

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



РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

КАРДИОЛОГИЯ БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

**Генеральный спонсор:
Главные спонсоры:**

**КРКА
АстраЗенека
Мерк Шарп и Доум
Новартис
Сервье**

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2007, 6 (5)
Москва 2007

**Организационный комитет
Российского национального конгресса кардиологов**

Сопредседатели: Хальфин Р.А.
Беленков Ю.Н.
Дедов И.И.

Заместители сопредседателей: Володин Н.Н.
Колтунов И.Е.
Оганов Р.Г.
Ступин В.А.

Ответственный секретарь: Кукушкин С.К.

Члены оргкомитета: Бойцов С.А.
Мартынов А.А.
Поздняков Ю.М.
Сельцовский А.П.
Чазов Е.И.
Шальнова С.А.

Организационный комитет Конгресса кардиологов стран СНГ

Сопредседатели: Оганов Р.Г. (Россия)
Чазов Е.И. (Россия)
Миррахимов М.М. (Кыргызская Республика)

Члены комитета: Адамян К.Г. (Республика Армения)
Адзерихо И.Э. (Белоруссия)
Аляви А.Л. (Узбекистан)
Бахшалиев А.Б. (Республика Азербайджан)
Джусипов А.К. (Казахстан)
Коваленко В.Н. (Украина)
Курбанов Р.В. (Узбекистан)
Попович М.И. (Республика Молдова)
Цинамдзгвришвили Б.В. (Республика Грузия)
????? (Республика Туркменистан)

Научный комитет Конгресса

Председатель:	Беленков Ю.Н.
Заместитель председателя:	Бубнова М.Г.
Члены научного комитета:	Александров Ан.А. Аронов Д.М. Бритов А.Н. Грацианский Н.А. Гуревич М.А. Дегтярева Е.А. Кухарчук В.В. Мареев В.Ю. Марцевич С.Ю. Небиеридзе Д.В. Носиков В.В. Оганов Р.Г. Чазова И.Е. Шальнова С.А.

Комитет по экспертизе работ молодых ученых

Председатели: Грацианский Н.А.
Кухарчук В.В.

Члены комитета: Ахмеджанов Н.М.
Бочкарева Е.В.
Марцевич С.Ю.
Небиеридзе Д.В.

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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ 7-9 октября 2008 г., г. Москва

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в Российском национальном конгрессе кардиологов, который состоится 7-9 октября 2007 года в г.Москве.

Тематика конгресса

- Фундаментальные исследования в кардиологии
- Новые медицинские технологии в кардиологии
- Новые подходы к терапии основных сердечно-сосудистых заболеваний
- Интервенционная кардиология
- Хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- Проблемы реабилитации кардиологических больных
- Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
- Совершенствование организации кардиологической службы

Научная программа конгресса включает лекции, пленарные доклады, научные и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Регистрация

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета заполненную регистрационную форму, а также подтверждение оплаты организационного взноса. **Организационный взнос** (не включает стоимость опубликования тезисов) до 1-го сентября 2007 г. — 1400 руб., с 1-го сентября 2008 г. — 1600 руб. **Опубликование тезисов** (одна работа) — 350 руб. (Сумма не включает стоимость сборника тезисов).

От оплаты организационного взноса и за публикацию тезисов освобождаются члены правления ВНОК, Ассоциации кардиологов стран СНГ, председатели симпозиумов и участники конкурса «Молодых ученых».

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!

Зарегистрироваться можно по адресу cardiocongress@gnicpm.ru и на сайте ВНОК: www.cardiosite.ru

Банковские реквизиты: Получатель платежа: Общественная организация «Всероссийское научное общество кардиологов» (ОО «ВНОК»)

Расчетный счет 40703810000000001646 в ООО КБ «МК Банк» г.Москвы

БИК 044585428, к/с 30101810900000000428, ИНН 7720029912, КПП 772001001

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: оргвзнос за участие Иванова И.И. в конгрессе кардиологов 2008; взнос за публикацию тезисов Иванова И.И. в материалах конгресса кардиологов 2008.

Правила оформления тезисов

Тезисы должны быть получены Оргкомитетом до **10 апреля 2008 г.**

Убедительная просьба- заблаговременно подавайте Ваши тезисы.

Тезисы, полученные позднее указанной даты, рассматриваться не будут.

1.Объем тезисов — 1 страница (А4), поля сверху, снизу, справа и слева — 3 см. Пожалуйста, используйте лазерный или струйный принтер, шрифт Times — 12 пт, через 1 интервал.

Не допускается размещение в тексте таблиц и рисунков. Тезисы будут печататься факсимильно, без повторного набора и не будут подвергнуты редакторской правке.

2.В заглавии должны быть указаны: название (заглавными буквами), с новой строки — фамилии и инициалы авторов, с новой строки — учреждение, город, страна.

3.В содержании тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следу-

ет приводить таблицы, рисунки и ссылки на литературные источники. В названии тезисов не допускаются сокращения.

4. Тезисы принимаются только в электронном виде в формате Word на электронный адрес: cardiocongress@gnicpm.ru, либо по почте в конверте на дискете 3,5" в формате Word и на бумаге в двух экземплярах. В одном файле должны содержаться одни тезисы. Имя файла, под которым будет сохранена работа оформляется по следующему правилу: фамилия и инициалы первого автора, название населенного пункта, порядковый номер работы. Например, **Иванов ИИ Москва 1** для одной (первой) работы и **Иванов ИИ Москва 2** для второй работы. Имя файла задается русскими буквами без пробелов.

При создании электронного сообщения в строке «Тема» обязательно указывается вид сообщения, фамилия и инициалы первого автора (или аббревиатуры организации), название населенного пункта, количество работ в сообщении (Пример: **Тезисы Иванов ИИ Москва 2, Тезисы РНЦХ Москва 10**)

Тезисы отправлять по адресу: 101990, Москва, Петроверигский пер., 10, ФГУ «ГНИЦ ПМ» Росмедтехнологий, Оргкомитет Конгресса кардиологов.

ВНИМАНИЕ! Вместе с тезисами в обязательном порядке необходимо прислать файл с информацией о контактном лице (Название тезиса, авторы, учреждение, город, страна, Ф.И.О. одного из авторов для переписки, его адрес, телефон, факс, электронная почта).

Тезисы, оформленные с нарушением требований, а также присланные по факсу рассматриваться не будут.

Пример оформления тезисов:

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ (точку не ставить)

Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия; ЛГМУ, Луганск, Украина (точку не ставить)

В рамках Конгресса будут проводиться:

А. Конкурс молодых ученых.

- К участию в конкурсе допускаются лица в возрасте до 35 лет.

- Автор (без соавторов) представляет на конкурс только одну работу.

- Для проведения предварительной экспертизы в Оргкомитет необходимо направить до 10 апреля 2008 г., с пометкой «На конкурс» в 2-х экземплярах следующие документы:

- конкурсная работа (статья объемом до 6 страниц, через 1,5 интервала, без библиографии),

- тезисы конкурсной работы (для включения в Сборник тезисов докладов),

- сведения об авторе (Ф.И.О., место работы, область научных интересов, адрес, контактный телефон, электронная почта),

- направление от учреждения,

- рекомендация научного руководителя

Работа допускается к финалу конкурса по итогам предварительной независимой экспертизы.

Результаты экспертизы будут размещены на сайте <http://www.cardiosite.ru> после 20 августа 2007 г.

Процедура финала Конкурса включает устный доклад (время выступления 15 мин).

Победители конкурса награждаются премиями и дипломами ВНОК.

Б. Школы по различным направлениям кардиологии.

Для производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования будут организованы:

- Сателлитные симпозиумы

- Доклады в рамках научной программы

- Выставка лекарственных средств, современных технологий, специализированных изданий, изделий медицинского назначения.

Адрес Оргкомитета:

101990, г. Москва, Петроверигский пер. 10
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий»

Оргкомитет конгресса кардиологов

Контактный тел./факс: (495) 624 45 93

E-mail: cardiocongress@gnicpm.ru

Официальный сайт: <http://www.cardiosite.ru>
(информация по Конгрессу)

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА
участника Российского национального конгресса кардиологов
Москва, 7-9 октября 2008 г.

Пожалуйста, заполняйте форму печатными буквами

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Должность _____

Ученая степень _____ Ученое звание _____

Место работы _____

Служебный адрес с индексом _____

Домашний адрес с индексом _____

Телефон: _____ служебный с кодом города _____

_____ домашний с кодом города _____

Факс с кодом города _____

Email _____

Оплата регистрационного взноса: Дата _____, № квитанции _____

Просьба поставить ☒ в соответствующих квадратах:

Нуждается ли Вы в гостинице: ☐ да ☐ нет

Тип номера: ☐ одноместный ☐ одно место в двухместном номере

Дата приезда _____ Дата отъезда _____

Регистрационную форму необходимо выслать в Оргкомитет до 1 сентября 2008г на электронный адрес: emanoshkina@gnicpm.ru, или по факсу: (495) 624-45-93. Зарегистрироваться можно и на сайте ВНОК: www.cardiosite.ru

0001 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОН-УАЙТА

Абдрахманов А.С.

Национальный научный медицинский центр, Астана, Казахстан

Цель: оценить факторы риска синкопальных состояний у больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта по данным чреспищеводного электрофизиологического исследования.

Методы: В наше исследование было включено 82 пациентов с синдромом ВПУ. Все обследованные пациенты были разделены на две группы: основную — с синкопе и пресинкопе, и контрольную — без синкопе, сопоставимые по полу и возрасту. Основную группу составили 46 (56,1%) пациентов (средний возраст 36,7±17,6 лет, из них 28 (60,9%) мужчин, 18 (39,1%) женщин). В группу клинического сравнения вошли 36 (43,9%) пациентов в возрасте 31,1±15,9 лет (24 (66,7%) мужчин, 12 (33,3%) женщин). Чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭ-ФИ) проводилось по стандартной методике с использованием электрофизиологической станции «Элкарт-ЧПС» фирмы «Электропульс» (Томск, Россия). Отношение шансов (Odds ratio, OR) развития синкопальных состояний у больных с синдромом ВПУ рассчитывался по формуле: $OR = (na \times nb) / (nb \times na)$; где NA и NB — число больных в исследуемых группах; na и nb — число больных в группах, имеющих изучаемый признак. Для расчета достоверности признаков рассчитывался χ^2 -квадрат [Реброва О.Ю., 2003].

Результаты: Анализ клинико-анамнестических, инструментальных и электрофизиологических данных у больных с ВПУ и синкопе показал, что влияние на риск развития синкопе оказывают длительность аритмического анамнеза ($p < 0,0001$), манифестный тип синдрома ВПУ почти в 3 раза ($OR = 2,9$; 95% CI 1,19–7,28), наличие фибрилляции-трепетания предсердий в 6 раз ($OR = 6,69$; 95% CI 1,4–32,1), увеличение исходной частоты сердечных сокращений более 100 уд/мин почти в 5 раз ($OR = 4,8$; 95% CI 1,2–18,8), исходная длительность цикла менее 600 мс в 3 раза ($OR = 3,4$; 95% CI 1,1–10,1), значения антеградной точки Венкебаха 200–220 ударов в 3 раза ($OR = 3,6$; 95% CI 1,3–9,9), длительность цикла тахикардии менее 300 мс в 4 раза ($OR = 4,2$; 95% CI 1,25–14,6), частота сердечных сокращений при тахикардии более 180 уд/мин почти в 4 раза ($OR = 3,9$; 95% CI 1,2–13,2); интервал вентрикулоатриального проведения во время тахикардии 120–150 мс в 5 раз ($OR = 5,4$; 95% CI 1,5–19,45).

Среди всех электрофизиологических факторов наибольшее влияние на риск развития синкопальных состояний оказывает снижение антеградного эффективного рефрактерного периода ДПЖС менее 260 мс, которое повышает риск развития синкопе в 9 раз ($OR = 9,3$; 95% CI 1,9–45,1; $p = 0,004$).

Выводы: Таким образом, выявление электрофизиологических факторов риска развития синкопальных состояний у пациентов с синдромом ВПУ является очень важным. Своевременное устранение этих факторов и профилактические мероприятия у категории лиц повышенного риска позволят предотвратить синкопальные состояния у пациентов с синдромом ВПУ, следовательно, снизить риск внезапной сердечной смерти.

0002 ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Абдулкадырова З.О., Гаджиев Г.Э.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования заключалась в изучении роли питьевой воды в эпидемиологии артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в Ногайском районе РД со сравнительно высокой распространенностью артериальной гипертензии (ФГ). Население этого района пользуется водами артезианских скважин. Контрольные исследования проведены в трех горных районах (Кулинском,

Тляратинском и Цунтинском) со сравнительно низкой распространенностью АГ. В этих районах население пользуется родниковыми и речными водами. Изучен химический состав вод 37 артезианских скважин в Ногайском районе и основных речных стоков в горных районах. Использованы метод атомно-абсорбционного спектроскопии и обычные химические методы.

Результаты. Воды артезианских скважин характеризовались повышенной минерализацией — 543,01 29,56 мг/л и преобладание натрия среди других катионов. По химическому составу воды этого региона классифицируются как гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-хлоридные. Соотношение основных ионов: $HCO_3 > SO_4 > Cl$ для анионов и $Na > Ca > K > Mg$ для катионов.

В водах артезианских скважин обнаружено содержание следующих микроэлементов (мг/л): $Zn = 0,077 \ 0,035$; $Cu = 0,006 \ 0,004$; $Pb = 0,005 \ 0,0006$; $Cd = 0,0005 \ 0,0185$; $As = 0,088 \ 0,0185$; $J = 0,75 \ 0,38$; $Br = 1,118 \ 0,4467$; $Mn = 0,121 \ 0,024$; $F = 0,296 \ 0,056$; $S_4 = 0,643 \ 0,176$; $Ra = 0,0083 \ 0,0009$; $Hg = 0,001 \ 0,0002$; $Ni = 0,0026 \ 0,0014$; $Co = 0,0005 \ 0,00012$.

Речные воды Горного Дагестана маломинерализованы. Сумма ионов в них колебалась от 113,50 мг/л (р.Джурмут) до 164,90 мг/л (р.Казикумухское койсу). По химическому составу они являются гидрокарбонатно-сульфатными-кальциево-магниево-натриевыми. Соотношение ионов: для анионов $HCO_3 \ SO_4 \ Cl$ и для катионов $Ca \ Mg \ Na$. Характерно отсутствие в этих водах ионов хлора. Он появляется ниже по течению.

Спектральный анализ сухих остатков вод показал наличие (% сухого остатка): алюминия 0,007 — 0,62, стронция 0,0012 — 0,006, титана 0,0012 — 0,008, марганца 0,0018 — 0,009, хрома от следов до 0,008, никеля — следы, меди 0,0035 — 0,0051, молибдена 0,0011 — 0,0025.

Содержание натрия в артезианских водах была от 12 до 33 раз выше, чем в речных водах высокогорных районов. Содержание калия в водах обоих регионов было ничтожным. В абсолютном отношении содержание кальция и магния в водах артезианских скважин было выше, чем в горных реках. Однако относительное их содержание было значительно ниже, чем в водах горных районов.

Выводы. Питьевые воды региона с высокой распространенностью АГ характеризовались высокой минерализацией, абсолютно и относительно высоким содержанием натрия. Содержание кальция и магния было относительно выше в водах горных районов.

0003 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И МЕТОПРОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Хабчабов Р.Г., Гусейнова И.А., Исламова У.А., Гафурова Р.М.

ГОУ ВПО «Дагестанская медицинская академия Росздрав», Махачкала, Россия

Цель: выявить сравнительную эффективность ивабрадина и метопролола в профилактике электрической нестабильности сердца у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и с синусовой тахикардией после перенесенного Q-ИМ.

Методы: Мы наблюдали 46 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК в сочетании с синусовой тахикардией в покое — число сердечных сокращений (ЧСС) более 80 в одну минуту, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 43 до 68 лет (мужчин — 42, женщин — 4), со дня их выписки из стационара и в течение одного месяца лечения. Всем пациентам записывали ЭКГ в 12 отведениях, проводили суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с использованием кардиокомплекса «Диакорд» в день их выписки из стационара и через один месяц. Оценивали число эпизодов смещения сегмента ST и их среднюю продолжительность (мин), а также регистрировали нарушения ритма и проводимости сердца. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм от исходного уровня и про-

должительностью 0,1 сек. расценивали как эпизод снижения этого сегмента. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я (контрольная) из 22 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол (эгилок фирмы Egis, Венгрия) в дозе 25-50 мг/сут (титрование до достижения ЧСС в покое 50-70 в одну минуту), нитросоединения и другие средства по показаниям; 2-я (основная) из 24 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, — ивабрадин (кораксан компании Servier, Франция) в дозе 10-15 мг/сут (титрование до достижения ЧСС в покое 50-70 в одну минуту) в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в обеих группах проводили в течение одного месяца сразу после стационарного этапа.

Результаты: У 26% контрольной и у 29% основной групп наблюдения при СМЭКГ исходно до лечения зарегистрирована депрессия сегмента ST, у 36% и 33% соответственно — инверсия зубца T. Через один месяц после лечения эпизоды депрессии сегмента ST имели место у 18% первой и 20% второй групп наблюдения. Среди всех эпизодов депрессии сегмента ST безболевые составили 87%; дневные — 55% и ночные — 45%. Наджелудочковые экстрасистолы встречались у всех пациентов в обеих группах: дневные — у 41%, ночные — у 59%. Желудочковые экстрасистолы исходно в контрольной группе зарегистрированы у 81%, в основной — у 85%. После лечения они наблюдались в обеих группах у 62% и 65% соответственно.

Выводы: У пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, раздельное лечение ивабрадином и метопрололом в сочетании со стандартной терапией одинаково эффективно уменьшает число эпизодов депрессии сегмента ST и частоту регистрации желудочковой экстрасистолии, что способствует профилактике электрической нестабильности сердца.

0004 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ПОСЛЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА

Абдуллаев А.А., Хабчабов Р.Г., Гусейнова И.А., Гафурова Р.М., Исламова У.А.

ГОУ ВПО «Дагестанская медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: определить влияние ивабрадина в составе стандартной терапии на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Методы: Мы наблюдали 24 пациента с синусовой тахикардией в покое (число сердечных сокращений более 80 в одну минуту), перенесших Q-ИМ, в возрасте от 43 до 68 лет (мужчин — 22, женщин — 2), со дня их выписки из стационара и в течение одного месяца лечения. 10 из них страдали артериальной гипертензией, у всех имела место стенокардия напряжения II-III ФК. Всем пациентам проводили среднесуточный подсчет числа приступов стенокардии, потребовавших их купирования одним впрыском под язык нитромина (фирма Egis, Венгрия), записывали ЭКГ в 12 отведениях, проводили регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков, временной и спектральный анализы показателей ВРС с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр» фирмы «Нейрософт ЛТД, Иваново». Исследование за период наблюдения проводилось исходно в сроки 16-21-е сут и к концу одного месяца от начала ИМ. Все больные получали ивабрадин (кораксан компании Servier, Франция) в дозе 10-15 мг/сут (титрование до достижения числа сердечных сокращений в покое 50-70 в одну минуту) аспирин, нитросоединения и другие средства по показаниям. Лечение ивабрадином проводили в течение одного месяца сразу после стационарного этапа.

Результаты: В основной группе через один месяц лечения по сравнению с исходными показателями уменьшилось среднесуточное число приступов стенокардии, потребовавших купирования одним впрыском под язык нитромина на 60%; увеличились стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R (SDDN) — $115,0 \pm 7,1$ мс, стандартное отклонение от

средних длительностей синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDANN) — $96,2 \pm 7,0$ мс и среднее для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDNNi) — $51,5 \pm 2,7$ мс по сравнению с исходными показателями до лечения — $101 \pm 6,9$, $93,2 \pm 7,2$ и $46,8 \pm 2,5$ мс соответственно.

Выводы: У пациентов с синусовой тахикардией после Q-ИМ использование ивабрадина в сочетании со стандартной терапией уменьшает среднесуточное число приступов стенокардии на 60%, увеличивает временные показатели ВРС и, следовательно, уменьшает симпатическое влияние на сердце, что может способствовать уменьшению частоты фатальных нарушений ритма и внезапной смерти.

0005 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ И АМИОДАРОНОМ НА ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЧАСТОТУ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Курбанов Н.А., Марданов Б.У., Кадыров М.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного применения β -блокатора бисопролола (Конкор, «Nycomed») и амиодарона (Кордарон, «Sanofi Aventis») у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), осложненной желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС).

Материалы и методы. Нами обследовано 13 больных с ДКМП обоего пола (9 мужчин, 4 женщин), средний возраст больных составил $51,92 \pm 7,9$ год. Для подтверждения диагноза ДКМП проводились клинический осмотр, ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенкардиография. Для изучения нарушений ритма сердца проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Обследование больных проводилось на исходном этапе и через 12 месяцев после начала терапии. Базисная терапия включала приём ингибиторов АПФ (100%), диуретиков (100%), антагонисты альдостерона (100%), гликозиды (38%). Бисопролол применялся в среднесуточной дозе $2,5 \pm 0,12$ мг, амиодарон — в поддерживающей дозе 200 мг в сутки, после предварительного насыщения по традиционной схеме.

Результаты. При оценке недостаточности кровообращения по ФК согласно диагностическим критериям NYHA у 3 (23%) больных установлен II ФК, у 6 (46%) — III ФК и у 4 (31%) — IV ФК сердечной недостаточности. При изучении частоты нарушений ритма сердца у больных с ДКМП нами выявлено, что у 100% больных наблюдались желудочковые аритмии. При этом у 8 больных (61,5%) регистрировались желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну. Среднее количество желудочковых экстрасистол (СКЖЭ) в час составило $250,13 \pm 48,03$. Мерцательная аритмия отмечалась у 5 больных (38%). Средняя ЧСС по группе составила $93,15 \pm 8,78$ ударов в минуту. При повторном обследовании больных после 12 месяцев терапии бисопрололом и амиодароном отмечалось достоверное уменьшение СКЖЭ в час до $56,79 \pm 11,36$ (на 77,3%, $p < 0,001$). При анализе внутрисердечной гемодинамики выявлена отчетливая тенденция к уменьшению показателей КСР ЛЖ — с $5,5 \pm 0,2$ см до $5,13 \pm 0,15$ см (на 6%, $p > 0,05$), ФВ ЛЖ увеличилась с $37,6 \pm 1,7\%$ до $47,6 \pm 2,3\%$ (на 26,5%, $p = 0,005$). При изучении влияния проводимой терапии на ЧСС у больных нами выявлено статистически достоверное её уменьшение до $75,3 \pm 3,2$ (на 8,6%, $p < 0,05$). Терапия бисопрололом и амиодароном не оказывала влияния в отношении мерцательной аритмии. В целом переносимость терапии была удовлетворительной. За период наблюдения случаев внезапной смерти не наблюдалось.

Выводы. Комбинированное использование бисопролола и амиодарона на фоне стандартной терапии у больных с ДКМП, осложненной ЖНРС приводит к достоверному уменьшению количества желудочковых экстрасистол, сопровождающийся улучшением сократительной функции ЛЖ.

0006 ВЗАИМОСВЯЗЬ АРИТМИЙ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Абдуллаев Т.А., Мухитдинов Х.К., Курбанов Н.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь внутрисердечной гемодинамики и нарушение ритма сердца у больных с ревматическими пороками сердца от типа поражения митрального клапана.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 36 больных с ревматическими пороками сердца (РПС) (женщин-24, мужчин-12), средний возраст которых составил $57 \pm 2,5$ лет. Длительность заболевания от 2 до 10 лет ($7,2 \pm 2,1$ лет). В контрольном периоде исследования проводились клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки с определением кардиоторакального индекса, 6-минутный прогулочный тест, общий и биохимический анализ крови, ревмопробы. ФК НК оценивался в соответствии с критериями предложенными Нью-Йоркском кардиологической ассоциацией (НУНА), при этом III ФК диагностирован у 7 (19,4%), III ФК — у 19 (52,8%) и IVФК — у 10 (27,8%) больных. В зависимости от типа поражения митрального клапана больные были разделены на 2 группы. I группу составили 12 пациентов с комбинированным митро-аортальным пороком (КМАП) с преобладанием недостаточности митрального клапана (НМК), II-группу составили 24 больных с КМАП с преобладанием стеноза митрального отверстия (СМО) (в т.ч. 3 больных после комиссуротомии и I — после аннулопластики трикуспидального клапана).

Результаты исследования. Сравнительный анализ результатов ХМЭКГ показал, что желудочковой нарушений ритма сердца (ЖНРС), в том числе и высоких градаций чаще встречались в I группе (парная 58,3% против 33,3%; $\chi^2=0,36$; $p>0,05$) соответственно. При анализе нарушений проводимости, также установлено, что блокада левой ножки пучка Гиса достоверно чаще встречалась в I группе (50% против 12,5%; $\chi^2=4,16$; $p<0,05$), а блокада правой ножки пучка Гиса достоверно чаще встречалась во II группе (25% против 66,6%; $\chi^2=4,02$; $p<0,05$) соответственно. При анализе частоты встречаемости мерцательной аритмии (МА) у больных с РПС показало, что постоянная форма МА достоверно чаще встречалась у больных с MC (16,5% против 95,8% $\chi^2=20,04$; $p<0,001$). Сравнительный анализ показателей системной и центральной гемодинамики выявил достоверные отличия: КДР на 6,6% ($6,1 \pm 0,1$ и $5,7 \pm 0,12$; $p<0,05$), КСР на 8,3% ($4,3 \pm 0,12$ и $3,9 \pm 0,13$; $p<0,05$) были больше соответственно в I группе. Аналогичные изменения претерпевали объемные параметры левого желудочка КДО на 13,9% ($193,5 \pm 9,8$ и $168,5 \pm 6,4$; $p<0,05$), КСО на 20,15% больше ($89,8 \pm 7,8$ и $71,7 \pm 4,2$; $p<0,05$) у больных с НМК соответственно. При этом у больных СМО размеры ЛП на 14,7% ($4,69 \pm 0,2$; $4,0 \pm 0,2$; $p<0,05$) были больше, сравнительно у больных НМК соответственно.

Таким образом, у больных с НМК наблюдаются более выраженные деструктивные изменения миокарда левого желудочка, о чем свидетельствует выраженная дилатация левого желудочка, превалирование высоких градаций ЖА, нарушение внутрижелудочковой проводимости по левой ножке пучка Гиса, а у больных СМО в большинстве случаев сопряжен с мерцательной аритмией постоянного характера и блокадой правой ножки пучка Гиса.

0007 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И ПАРАМЕТРАМИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У., Курбанов Н.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния тиреоидных гормонов (ТГ) во взаимосвязи с параметрами гемодинамики и частотой желудочковых аритмий у больных дилатационной кардиоми-

опатией (ДКМП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. В исследование включено 13 больных, страдающих ДКМП от 25 до 60 лет ($48,3 \pm 2,3$ лет). Проводились клинический осмотр, ЭКГ, Эхо-КГ, ХМЭКГ с определением среднего количества желудочковых экстрасистол в час (СКЖЭЧ), рентгенкардиометрия с определением кардиоторакального индекса (КТИ), определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) с помощью 6-ти мин. прогулочного теста, оценка клинко-функционального статуса по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), разработанной Российским многоцентровым исследованием «ФАСОН», а также определение содержания трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4) и тиреотропного гормона (ТТГ) в плазме больных. Сердечная недостаточность оценивалась по ФК согласно диагностическим критериями НУНА, при этом III ФК установлен у 8 (61,5%) и IV ФК у 5 (38,5%) пациентов. По результатам рентгенкардиометрии у всех больных (100%) была выявлена III степень увеличения КТИ.

Результаты. На основании анализа полученных данных выявлено, что у 7 (53,8%) больных уровни ТТГ в плазме были повышены и составляли в среднем $8,14 \pm 1,4$ mIU/L TSH (в норме $0,3-6,2$ mIU/L TSH). Вместе с тем у 6 (46,1%) больных отмечено снижение уровня Т3 до нижних границ нормы, средние показатели которого составляли $0,72 \pm 0,12$ ng/ml (в норме $0,69-2,02$ ng/ml). Показатели Т4 в плазме всех исследуемых больных были в пределах нормальных значений. При изучении взаимосвязи данных гормонального статуса и показателей гемодинамики, рентгенкардиометрии и частоты аритмий выявлено, что у больных с относительно низким уровнем трийодтиронина отмечалось увеличение СКЖЭЧ на 31% ($75,6 \pm 24,2$ и $51,7 \pm 12$ ЖЭ в час), однако эти различия не носили достоверного характера. В группе больных с повышенным уровнем ТТГ выявлено достоверное увеличение КТИ на 6% ($69,4 \pm 1,8$ и $65,5 \pm 1,1$, $p<0,05$), сопровождающийся уменьшением ФВЛЖ на 17% ($30,8 \pm 1,4$ и $37,1 \pm 1,74$, $p<0,05$), относительно больных с нормальными показателями ТТГ плазмы. При сравнении остальных показателей гемодинамики и клинического статуса у обследованных больных во взаимосвязи с уровнями Т3 и ТТГ достоверных различий не выявлено.

Выводы. Таким образом, у большинства обследованных нами больных выявляются относительное снижение уровней тиреоидных гормонов в плазме, в частности трийодтиронина, сопровождающееся характерным в таких ситуациях, повышением уровня ТТГ (согласно принципу «обратной связи» нейрогуморальной регуляции функции щитовидной железы), что коррелирует с изменением эхокардиографических параметров и частотой встречаемости желудочковых аритмий сердца.

0008 ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА И ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ СЕРДЦА ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Абдуллин М.Р., Иванов К.М., Чемезов С.В., Дорфман Е.Б., Чумакова Н.С.

ОргГМА, Оренбург, Россия

Цель заключается в выявлении клинко-морфологических особенностей поражений перикарда и структурной перестройки кардиомиоцитов и микроциркуляторного русла сердца при гнойно-септических заболеваниях.

Проанализированы результаты клинического и патологоанатомического исследования 176 пациентов, умерших от гнойно-септических заболеваний. Из них у 38 человек (21,6%) в развитие патологического процесса был вовлечен перикард. Изучались фрагменты секционного материала ткани сердца с использованием стандартной парафиновой проводки. Готовые срезы окрашивались гематоксилин-эозином и по ван Гизону. Весь гистологический материал исследовался микроскопически в проходящем свете. Определялась объемная плотность микроциркуляторного русла. Статистический анализ полученных данных проводился непараметрическими методами (критерии знаков, Вилкоксона-Манна-Уитни).

В 30 случаях обнаружены острые формы перикардита. В 7 случаях перикардит был фибринозным, в 13 — серозно-фибри-

нозным и в 10 случаях гнойным. У 8 пациентов отмечено скопление в околосердечной сумке трансудата (60 – 1300 мл). У 18 больных (47,4%) поражение перикарда имело существенное значение в летальном исходе. В 12 случаях из 38 (31,6%), перикардит осложнял течение абсцедирующей пневмонии и абсцессов легких. Из них в 8 случаях развитию перикардита предшествовала эмпиема плевры, что приводило к контактному пути передачи инфекции на перикард. При морфологически доказанном сепсисе перикардит встретился у 7 больных (18,4%). В 2 случаях перикардит осложнил течение инфекционного эндокардита. В 9 случаях перикардит возник на фоне разлитого гнойного перитонита. При микроскопии кардиомиоциты в большинстве случаев были гипертрофированы, по полюсам ядер имелись скопления бурого пигмента липофусцина, обнаруживалась мелкая белковая зернистость, располагающаяся между фибриллами. При выраженной степени зернистой дистрофии выявлялся пикноз ядер, в некоторых участках кариорексис и кариолизис. Отдельные участки имели дегенеративное ожирение и вакуольное перерождение. Отмечалось увеличение числа капилляров, плазматические капилляры выявлялись в небольшом количестве. Изменения чаще затрагивали интиму – набухание и фибриноидное пропитывание с выраженным отеком межучасточной ткани. Наибольшая объемная плотность капилляров приходится на эпикард и клетчатку – 2,9%. Вдвое меньшая плотность отмечалась в миокарде с уменьшением в сторону эндокарда – 1,6%. Увеличение объема экссудата приводило к повышению плотности капилляров во всех слоях, но преимущественно в эпикарде и прилежащем к нему миокарде.

Таким образом, наиболее значимые изменения перикарда происходили при следующих нозологических формах: абсцедирующие пневмонии и абсцессы легких, сепсис, септический эндокардит и гнойные осложнения у хирургических больных. Морфологические изменения кардиомиоцитов носили преимущественно дистрофический характер. Изменение объемной плотности капиллярного русла свидетельствовало о выраженном влиянии на состояние микроциркуляции в разных слоях сердца как воспалительного процесса в полости околосердечной сорочки, так и скопления трансудата.

0009 КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Абдурахимов Б. И., Рахимов З. Я., Джабарова Р. А.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров; Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

Цель: Оценить качество оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС) при использовании современных руководств клинической практики, принятых к внедрению в Республике Таджикистан.

Методы: Обследовано 183 больных с ОКС, которые были отобраны из 2099 пациентов с установленным диагнозом ИБС, что составило 13,5% от общего количества вызовов (15551), связанных с сердечно-сосудистой патологией. Больные с ОКС разделены на две группы: основную (91 человек) и контрольную (92 человека), которые были рандомизированы случайными числами по полу, возрасту, характеру и тяжести клинических проявлений. При этом основной группе оказывалась помощь строго по принятым новым стандартам, основанным на принципах доказательной медицины. Контрольная группа обслуживалась медицинским персоналом, которой была предоставлена относительная “свобода” действий и они оказывали помощь, опираясь лишь на личный опыт и знания.

Результаты: В контрольной группе достоверно преобладала полипрагмазия ($P < 0,001$) начиная уже с обезбоживания, когда последовательно назначалась «трехступенчатая» схема лечения: нитраты + ненаркотические анальгетики, баралгин и/или трамadol, затем, при недостаточном эффекте, наркотические анальгетики. Дроперидол-фентаниловая нейролептанальгезия использовалась лишь у 10,8% больных, тогда как в основной группе все больные с первых минут оказания помощи получали (наряду с

нитратами) наркотические анальгетики: морфин (6,5%), промедол (16,5%) или фентанил с дроперидолом (78%), что позволило не только более эффективно купировать боль, но и предотвратить связанные с ней всевозможные осложнения. Экстренное, внутривенное введение нефракционированного гепарина было начато у 17% больных основной и 3,3%- контрольной группы ($P < 0,05$). Наряду с гепарином одновременно использовалась ацетилсалициловая кислота у 34,1% основной и только 8,7%- контрольной группы. В плане медикаментозной защиты миокарда и ограничения ишемических повреждений также использовались β -адреноблокаторы (пропранолол) у более половины больных (57%) основной и 10,9%-контрольной. Непосредственные исходы лечения в сравниваемых группах оказались различными ($P < 0,05$): «острая» элевация сегмента ST на ЭКГ без образования зубца Q была отмечена у 31,8% больных основной и 34,7%- контрольной группы. В то же время купирование болевого синдрома в этой группе больных затянулось и у троих из них (3,3%) развился кардиогенный шок, а двое больных (2,2%) имели летальный исход в присутствии бригады скорой помощи. В основной группе больных фатальных исходов не наблюдалось.

Выводы: Внедрение современных стандартов оказания помощи больным ОКС, опирающихся на доказательную медицину, позволяет повысить качество оказания догоспитальной помощи при имеющихся ограниченных ресурсах и существенно улучшить непосредственные исходы этого заболевания.

0010 КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРВЕДИЛОЛОМ

Абдюкова Э. Р., Закирова А. Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: Оценить влияние β -адреноблокатора карведилола («Карведилол», фирмы «Макиз-фарма») при длительной реабилитации на клиническое состояние больных, толерантность к физической нагрузке и содержание растворимых молекул межклеточной адгезии (sE-селектин и sVCAM-1) в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования: Обследованы 60 больных ХСН функционального класса (ФК) II – III (по NYHA) с ФП (средний возраст $63,5 \pm 4,5$ лет). Все больные до начала исследования получали стандартную терапию ХСН, включавшую ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики, верошпирон, сердечные гликозиды, антикоагулянты. Пациенты были распределены в 2 группы. В 1 группу вошли 30 пациентов, которым назначали карведилол в начальной суточной дозе 3,125 мг, разделенной на два приема. В дальнейшем дозу титровали каждые 14 дней до максимально переносимой дозы – 12,5 мг x 2 раза в день. Во 2 группу вошло 30 пациентов, которые получали стандартную терапию ХСН без β -блокаторов. Продолжительность лечения составила 6 месяцев. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Исходно и через 6 месяцев лечения выполнялся тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), заполнялась шкала оценки клинического состояния больного (ШОКС), определялся уровень sE-селектина, sVCAM-1 в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест – систем (фирма Bender MedSystems, Австрия).

Результаты: Терапия карведилолом способствовала существенному улучшению клинического состояния больных: ШОКС уменьшился с $16,6 \pm 0,38$ до $3,5 \pm 0,22$ ($p < 0,01$), дистанция ТШХ увеличилась со $162,2 \pm 15,62$ до $312,2 \pm 19,89$ метров ($p < 0,001$). Повышение толерантности к физической нагрузке на фоне лечения карведилолом сопровождалось переходом 76,7% больных ХСН III ФК во II ФК. Сравнительное изучение содержания sE-селектина, sVCAM-1 в сыворотке крови здоровых лиц и больных ИБС, осложненных ХСН ФК II-III и ФП выявило, что у больных ИБС

с ХСН и ФП содержание растворимых молекул межклеточной адгезии существенно возрастает по сравнению с данными контрольной группы. Длительная 6-месячная терапия карведилолом характеризовалась снижением уровня sE-селектина и sVCAM-1 в сыворотке крови через 6 месяцев терапии по сравнению с группой больных, получавших стандартную терапию ХСН без β -блокаторов.

Выводы: ИБС, осложненная ХСН II–III (по NYHA) и ФП, характеризуется повышением в сыворотке крови уровня растворимых молекул межклеточной адгезии. Всесторонняя блокада α - β 1 и β 2-адренорецепторов карведилолом у больных ХСН ишемического генеза, осложненной ФП в процессе длительной реабилитации повышает толерантность к физической нагрузке и ингибирует воспалительные реакции, снижая уровни sE-селектина, sVCAM-1.

0011 ВЫРАЖЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ И БЕЗ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Абилова С.С.¹, Лунегова О.С.², Залеская Ю.В.², Готфрид И.Ю.², Миррахимов Э.М.¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия, ² Национальный центр кардиологии и терапии, Бишкек, Кыргызстан

Цель — оценить состояние сонных артерий (СА) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) в сочетании и без коронарной болезни сердца (КБС).

Методы. Обследовано 114 больных МС, среди которых 58 женщин и 56 мужчин в возрасте от 38 до 67 лет (средний возраст 52,1±6,7). Всем больным проводились клиническое обследование, определение сахара, липидов крови, дуплексное сканирование СА.

Результаты: Больные МС с КБС имеют более высокие уровни холестерин-липопротеидов высокой плотности (ЛПНП-ХС) (3,9±1,0 против 3,4±1,0, $p<0,05$) и \log триглицериды (ТГ) (0,4±0,2 против 0,33±0,19, $p<0,05$), чем пациенты с МС и без КБС. У лиц с МС в сочетании с КБС отмечаются более частое атеросклеротическое поражение СА (72,9% против 52%, $p<0,05$), а также множественное поражение СА (34% против 29,1%, $p<0,05$). Толщина интима-медиа у пациентов с МС с КБС имеет тенденцию к увеличению по сравнению с лицами с МС и без КБС, но без достижения уровня достоверности (0,078±0,02 против 0,072±0,013, $p>0,05$).

Выводы: Таким образом, лица с МС и КБС имеют более выраженные липидные нарушения, чем с МС и без КБС, что проявляется увеличением уровней ЛПНП-ХС и \log ТГ. Кроме того, у пациентов с диагностированной КБС чаще встречались атеросклеротические бляшки, а также множественное поражение сонных артерий.

Ключевые слова: метаболический синдром, сонные артерии, коронарная болезнь сердца.

0012 ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Абрамова Г.Н., Бурмистрова Л.Ф., Искендеров Б.Г., Беренштейн Н.В.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», Пенза, Россия

Цель: изучить динамику структурных изменений левого желудочка (ЛЖ) и показателей диастолической функции на фоне терапии антагонистами кальция и с учетом уровня паратиреоидного гормона (ПТГ) в крови у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовали 46 больных (25 мужчин и 21 женщина) с ГБ I–III степени. До и после лечения антагониста-

ми кальция больным проводили доплер-эхокардиографию на аппарате ALOKA-1700. Иммуноферментным методом определяли содержание ПТГ. Клинические состояния, связанные с нарушениями кальциевого обмена, исключались. С учетом уровня ПТГ больных разделили на 3 группы: 1-я группа (16 больных) — от нуля (0) до 25 пг/мл; 2-я группа (20 больных) — от 26 до 50 пг/мл и 3-я группа (10 больных) — выше 51 пг/мл. У включенных в исследование больных содержание ПТГ колебалось от нуля до 78 пг/мл. У 24 больных проводилась коринфаром ретард и у 22 больных — изоптином СР в адекватных дозах.

Результаты. В 3-й группе гипертрофия ЛЖ выявлялась в 81,8% случаев и в 1-й группе — в 50,0% случаев. У 18,7% больных 1-й группы диастолическая функция ЛЖ была в норме и, у 71,3% диагностировался I тип ДДЛЖ. В 3-й группе у всех больных была ДДЛЖ, в том числе у 50,0% — I тип и у 50,0% — псевдонормальный тип.

При терапии изоптином СР у больных 3-й группы отмечены наиболее выраженные сдвиги толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ, что вызвало достоверное уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ по сравнению с 1-й группой: на 19,3 и 11,7% соответственно ($p<0,01$). Показатели ударного индекса (УИ) и фракции выброса (ФВ) уменьшились недостоверно (на 7,7 и 2,5% соответственно; $p>0,05$). Однако за счет уменьшения ЧСС и УИ достоверно снизился сердечный индекс (СИ): на 10,6% ($p<0,05$). Кроме того, в 1-й группе V_e увеличился в среднем на 9,0% ($p<0,05$) и в 3-й группе — на 22,8% ($p<0,001$); наоборот, V_a уменьшился на 8,3 ($p<0,05$) и 18,3% ($p<0,001$) соответственно; время изоволюмического расслабления (ВИВР) — 8,6 ($p<0,05$) и 14,7% соответственно ($p<0,01$).

При терапии коринфаром ретард более существенно изменились показатели систолической функции (УИ, СИ, ФВ), и выраженность сдвигов зависела от исходного типа кровообращения и содержания ПТГ. Достоверно изменились особенно скоростные показатели трансмитрального кровотока (V_e , V_a) в 2-й и 3-й группах. Важно отметить, что выявлена достоверная корреляция между исходным содержанием ПТГ и величиной изменений показателей кардиогемодинамики на фоне терапии антагонистами кальция.

Выводы. Кардиопротективная и гипотензивная эффективность антагонистов кальция у больных артериальной гипертензией коррелирует с исходным содержанием паратиреоидного гормона в крови, что следует учитывать при выборе рациональной антигипертензивной терапии.

0013 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПРОИЗВОДНЫХ ДИГИДРОПИРИДИНА И НЕДИГИДРОПИРИДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Абрамова Г.Н., Искендеров Б.Г., Бурмистрова Л.Ф., Лохина Т.В., Казанцева Л.В.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», Пенза, Россия

Цель: изучить гипотензивную и антиишемическую эффективность комбинированной терапии антагонистами кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследованы 56 больных (32 мужчины и 24 женщины) с АГ II–III стадии и II степени (средний возраст 53,6 года). Из них у 43 больных (76,8%) была стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК), у 13 (23,2%) — III ФК и у 38 больных (67,9%) — гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Больным назначалась комбинированная терапия амлодипином (нормодипин) и ретардной формой верапамила (изоптин СР). До лечения и через 4 и 24 недели от начала терапии проводили суточное мониторирование АД и ЭКГ, доплер-эхокардиографию.

Результаты: через 4 недели после лечения полный гипотензивный эффект (АД ниже 140/90 мм рт.ст.) достигнут у 48 (85,7%)

и частичный эффект (снижение ДАД на 10 мм рт.ст. и более, но не до 90 мм рт.ст.) — у 8 (14,3%). Количество больных-дипперов увеличилось в 1,5 раза (69,6%) за счет уменьшения типов нон-диппер (30,4%) и найт-пикер (0%).

Также независимо от геометрии левого желудочка выявлено достоверное уменьшение показателей при болевой и безболевой ишемии миокарда. Особенно частота эпизодов ишемии и суммарная продолжительность депрессии сегмента ST ($p < 0,001$) уменьшились высоко достоверно. Также достоверно увеличилась ЧСС во время болевой ишемии миокарда, что свидетельствует о повышении коронарного резерва. На фоне 24-недельной терапии по сравнению с 4-недельной отмечено улучшение диастолической функции миокарда и регресс ГЛЖ. Индивидуальный анализ выявил исчезновение эпизодов болевой ишемии миокарда у 30 больных (53,6%), эпизодов как болевой, так и безболевой ишемии — 15 больных (26,9%).

На фоне комбинированной терапии значительно сократилась частота приступов стенокардии и повысилась толерантность к физической нагрузке. Важно, что за период наблюдения ни у одного больного прогрессирования коронарной недостаточности и/или развития острого инфаркта миокарда не отмечалось.

Необходимо отметить, что при комбинированной терапии частота побочных нежелательных эффектов, связанных с избыточной вазодилатацией, составила 5,4%. Эпизодов бради- и тахикардии не наблюдалось. По сравнению с монотерапией частота отдельных побочных эффектов сократилась в 1,5-4 раза.

Выводы. Комбинация амлодипина и верапамила ретард обладает высокой и стабильной гипотензивной, антиангинальной и антиишемической эффективностью у больных хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией.

0014 ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абрашкина Е.Д., Орлов Р.Б., Шутемова Е.А.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздздрав, Иваново, Россия

Цель: оценить изменения реологических свойств крови у больных гипертонической болезнью.

Методы: На базе клиники Ивановской государственной медицинской академии обследовано 32 пациента (15 мужчин, 17 женщин; средний возраст — $41,2 \pm 5,8$ года) с гипертонической болезнью II стадии, I-II степени. Избыточный вес выявлен у 22 пациентов, повышенный уровень холестерина — у 19 чел, причем уровень общего холестерина больше $6,5$ ммоль/л у 9 чел.

Исследование реологических свойств крови включало: определение вязкости с помощью ротационного вискозиметра АКР-2 (Россия); определение гематокрита с помощью капиллярной центрифуги МГЦ-8; определение деформируемости эритроцитов фильтрационным методом с расчетом коэффициента деформируемости эритроцитов; определение агрегации эритроцитов прямым оптическим методом в камере Горяева с расчетом среднего размера агрегата, показателя агрегации, процента неагрегированных эритроцитов. Оценивалась citoархитектоника эритроцитов путем определения числа дискоцитов, а также количества обратимо и необратимо деформированных эритроцитов. Рассчитывали индекс обратимости трансформации. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Результаты: При сопоставлении результатов исследования гемореологического профиля у больных с гипертонической болезнью с результатами, полученными у лиц контрольной группы, отмечены изменения всех изучаемых параметров. Вязкость крови у пациентов с гипертонической болезнью была выше, чем в контрольной группе. Среднее значение гематокрита в группе больных составило 43,8%. Деформируемость эритроцитов составила в группе больных — 1,96 (в контрольной — 1,74; $p < 0,05$). У больных с гипертонической болезнью отмечены умеренные агрегационные нарушения в виде достоверного повышения показателя агрегации эритроцитов (1,77; в контроле 1,57; $p < 0,05$), увеличения среднего размера эритроцитарного агрегата (6,62; в контроле — 5,79, $p < 0,05$), уменьшения процента неагрегированных эритроцитов (49,72%; в контроле — 59,93%; $p < 0,05$). У боль-

ных гипертонической болезнью изменения citoархитектоники эритроцитов заключались в уменьшении числа дискоцитов и увеличении числа клеток с измененной клеточной архитектоники преимущественно за счет обратимо деформированных форм. У пациентов с уровнем общего холестерина больше $6,0$ ммоль/л деформируемость эритроцитов была хуже, чем у больных с более низким уровнем холестерина.

Заключение: при гипертонической болезни имеются существенные нарушения citoархитектоники и агрегации эритроцитов, проявляющиеся увеличением количества обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов, показателя агрегации эритроцитов и среднего размера эритроцитарного агрегата. Определение характера гемореологических расстройств может дать дополнительную информацию не только о патогенетических механизмах развития заболевания, но и обосновать дифференцированный выбор гипотензивных препаратов с учетом их влияния на реологические свойства крови.

0015 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО КРУГА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС

Абсеитова С. Р.

Южно-Казахстанская медицинская академия; Областной кардиодиспансер, Шымкент, Казахстан

Изучение психологических аспектов течения сердечно-сосудистых заболеваний представляет особую актуальность в свете данных последнего десятилетия о достоверном увеличении сердечно-сосудистой смертности при присоединении психопатологических расстройств депрессивного круга у больных ИБС.

Цель исследования. Определить частоту, структуру психопатологических расстройств тревожно-депрессивного круга у больных с различными клиническими формами ИБС, в том числе среди коренного населения Казахстана.

Материал и методы исследования. Были обследованы три группы больных: 104 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), 91- больной с нестабильной стенокардией (НС), 89 больных с хронической ИБС (ХИБС). Психодиагностика включала: беседу-интервью, Клиническую Шкалы для оценки психического состояния больных ИБС, шкалы самооценки тревоги — Спилбергера и депрессии — Цунга.

Результаты исследования. У больных ОИМ расстройства депрессивного круга психопатологические расстройства диагностированы в целом в 88,5%, причем чаще всего тревожная депрессия. Их частота при НС была почти такой же, как при ОИМ — 87,9%, но при этом тревога приобретала отчетливые очертания в виде навязчивой кардиофобии, страха смерти и вторичной депрессии. Течение ХИБС в 75,3% осложнялось психопатологическими расстройствами и при этом на первый план выходили признаки истинной депрессии: упадок настроения, витальная тоска, снижение самооценки, пессимистическая оценка будущего и все это за маской кардиальных симптомов. Это объективно создает сложности в реальной оценке клинической ситуации у больных ХИБС.

При прочих равных условиях психопатологическим расстройствам депрессивного круга были более подвержены одинокие больные, некоренные жители, лица с относительно невысоким образовательным, социальным и материальным статусом. При сравнении русскоязычного и казахскоязычных вариантов тестирования, оказалось, что коренные жители Казахстана, особенно имеющую адекватную семейную поддержку (большие семьи, крепкие родственные связи, наличие моральной и материальной поддержки) имеют меньшую частоту и выраженность депрессии, хотя реактивная тревога и страх могли существенно не различаться по частоте.

Выводы. Психопатологические расстройства депрессивного круга особенно часто диагностируются при острых сердечно-сосудистых событиях (ОИМ, НС). В этих случаях они часто сочетаются тревогой и витальным страхом, что, очевидно, связано с неожиданностью и непредсказуемостью прогноза острых ситуаций. Хронизация же ИБС (ХИБС) ассоциируется с превалированием признаков истинной депрессии, но скрываемой за

маской кардиальных жалоб и симптомов. Об этом необходимо помнить при сложностях в клинической оценке ситуации. Коренное население Казахстана с устойчивыми семейными традициями и поддержкой менее подвержено депрессии, нежели некоренные жители.

0016 ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА

Абсеитова С.Р., Алимова Л.Б., Алипова Г.Ш.

Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Цель. Изучить исходы острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКС БП ST) в зависимости от оценки уровня риска.

Материалы и методы. За период с сентября 2001г. по декабрь 2006 г. в отделение реанимации и интенсивной терапии госпитализировано 2196 больных с ОКС БП ST. Средний возраст составил $59,9 \pm 8,7$ года, мужчин было 65%, женщин 35%. Все больные при поступлении стратифицированы по ближайшему риску смерти и нефатального инфаркта миокарда в соответствии с Рекомендациями Американской Коллегии Кардиологов и Американской Ассоциации сердца (ACC/AHA, 2000г). Кардиальный Тропонин Т (кТн Т) определен в 88 % случаев, уровень МВ фракции КФК — в 10%, миоглобин — в 1,4%. Повышение уровня наиболее чувствительного маркера некроза миокарда кТн Т было отмечено в 35% случаев.

В соответствии с коронарным риском проводилась общепринятая медикаментозная стратегия лечения (Рекомендации ЕОК, ВНОК).

Результаты. По критериям оценки ближайшего коронарного риска больные распределились на 3 группы: высокий риск — 1534 (69,8%) пациентов, промежуточный — 649 (29,5%) пациентов, низкий — 13 (0,6%) пациентов. В группе высокого риска проводилось более агрессивное антитромботическое (клопидогрель, низкомолекулярные гепарины), антиишемическое (инфузионные В-блокаторы и/или нитраты) лечение.

В исходах ОКС БП ST инфаркт миокарда развился у 843 больных (38%), в том числе фатальный ИМ у 42 (1,9%), нестабильная стенокардия — у 1353 (61%). В группе высокого риска частота развития ИМ составила 44,7%, нестабильной стенокардии — 55,3% случаев. В группе промежуточного риска ИМ развился в 24%, нестабильная стенокардия — 75,9% случаев. В группе низкого риска ИМ не развился. Смерть от всех причин за время госпитализации произошла у 50 (2,3 %) больных, 49 из них — группы высокого риска, 1 — промежуточного.

Опыт ведения регистра больных ОКС БП ST с 2001 года, тактика ранней стратификации риска с определением клинических, электрокардиографических, биохимических критериев позволило нам с 1.01.2007года включиться в Европейский Регистр ОКС. С принятием Государственной Программы «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы» планируется внедрение инвазивных вмешательств при ОКС БП ST в группе высокого риска.

Заключение. Наблюдаемая в группе высокого коронарного риска частота развития нефатального инфаркта миокарда и смерти требует агрессивного медикаментозного лечения и инвазивных вмешательств.

Оценка уровня риска — многофакторная проблема, объединяющая анализ данных анамнеза и физикального обследования, результаты ЭКГ и биохимических маркеров повреждения миокарда.

Одним из критериев, позволяющих объективировать риск неблагоприятных исходов при ОКС БП ST, является определение уровня кардиоспецифических маркеров. С 2001г кТн Т определен 2106 случаях (88 %) больных, уровень МВКФК был определен 275 (10%) случаев, миоглобин 34 сл. (1,4%). Наиболее чувствительным и специфичным маркером явился кардиальный тропонин Т(кТн Т) повышение его уровня было отмечено в 49% случаев. Миоглобин определялся в ранние часы поступления до 3-х часов и при развитии ОКС в стационаре повышение его уровня было отмечено в 15 сл (51%). Лечение проводилось.

0017 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТЕПЕНИ РИСКА ОКС

Абсеитова С.Р., Алипова Г.Ш., Алимова Л.Б.

Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Оценка уровня риска — многофакторная проблема, объединяющая анализ данных анамнеза и физикального обследования, результаты ЭКГ и биохимических маркеров повреждения миокарда.

Цель. Изучить исходы острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST(ОКС БП ST).

Материалы и методы. За период с сентября 2001г. по декабрь 2006 г. госпитализировано в отделение реанимации и интенсивной терапии 2415 больных с ОКС БП ST. Средний возраст составил $59,8 \pm 9,3$ года, мужчин было 66%, женщин 34%.

Для выбора стратегии введения всем больным при поступлении проводилась оценка ближайшего риска смерти и нефатального инфаркта миокарда в соответствии с Рекомендациями Американской Коллегии Кардиологов и Американской Ассоциации сердца (ACC/AHA).

Результаты. По клиническим, ЭКГ критериям оценки коронарного риска больные распределились на 3 группы: высокий риск — 1624 пациентов (67,2%), промежуточный — 778 пациента (32,2%) и низкий — 13 (0,5%).

Сравнительно с 2002г. в 3,4 раз увеличилось количество больных с ОКС прошедших 2006г., из-за внедрения Рекомендации ОКС на догоспитальном этапе.

Одним из критериев, позволяющих объективировать риск неблагоприятных исходов при ОКС БП ST, является определение уровня кардиоспецифических маркеров. С 2001г кТн Т определен 2106 случаях (88%) больных, уровень МВКФК был определен 275 (10%) случаев, миоглобин 34 сл. (1,4%). Наиболее чувствительным и специфичным маркером явился кардиальный тропонин Т(кТн Т) повышение его уровня было отмечено в 49% случаев. Миоглобин определялся в ранние часы поступления до 3-х часов и при развитии ОКС в стационаре ,повышение его уровня было отмечено в 15 сл (51%).

В исходах госпитального лечения нестабильная стенокардия верифицирована у 1353 (55%), инфаркт миокарда у 843 (35%), в том числе фатальный ИМ больных, смерть от всех причин за время госпитализации произошла

Частота развития ИМ наибольшая в группе высокого риска 687(42%) случаев, в группе промежуточного риска 156 (20%), низкого риска не было.

Нестабильная стенокардия в % соотношении была наиболее высокой в группе низкого риска 13 сл. (100%), промежуточного 493 (63%) случаев, и 1624 (52%) сл.

При дальнейшей обследовании выявлены экстракардиальные заболевания и сердечно-сосудистые заболевания не связанные с ИБС у 40 (1,6%) больных. Из них АГ 13 сл, аритмический шок-3, ТЭЛА-3сл, ПИМ 2, Укус каракурта с болевым синдромом-2.

Выводы: Для различных вариантов ОКС характерна различная вероятность риска смерти и нефатальных осложнений, поэтому оценка риска прогноза помогает выбрать наиболее правильную тактику лечения. Применение Рекомендации по лечению ОКС с учетом клинической ситуации не полностью устраняет риск повреждения миокарда или смерти больных симптомами ОКС/НС. Опыт применения Рекомендации по лечению ОКС в клинической практике, позволило войти в Европейский регистр ОКС и дальнейшее усовершенствование лечения больных с ОКС.

0018 ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Абсеитова С.Р., Басс Е.Е., Горбунова Л.Б.

Областной кардиологический центр, Шымкент, Казахстан

Цель: Исследовать уровень мозгового натрийуретического

пептида (NT—рго BNP) у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС БП ST).

Материалы и методы: Исследование выполнено на 29 больных с ОКС БП ST, поступивших через $5,9 \pm 2,7$ час от ангинозного приступа в БИТ и реанимации, без клинических признаков сердечной недостаточности. Средний возраст пациентов 56 ± 12 лет. Всем пациентам в момент поступления было проведено клинико-инструментальное обследование, включавшее ЭКГ, доплер-эхокардиографию, биохимические исследования крови. NT—рго BNP определяли при поступлении однократно, одновременно с первым определением тропонина T (Тн Т), повторное определение Тн Т проводили через 8–10 часов. NT—рго BNP и Тн Т исследовали методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа на анализаторе Elecsys 2010 (Roche diagnostics). За диагностически значимые уровни приняты значения: NT—рго BNP 334 пг/мл, Тн Т $0,03$ нг/мл. Допплер-эхокардиография выполнена на УЗ — сканере Logiq 400. Оценены КДР ЛЖ, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, фракция выброса и диастолическая функция ЛЖ.

Результаты: Выявлено повышение уровня NT—рго BNP у 10 больных ОКС БП ST. При первичном определении Тн Т у всех 29 пациентов с ОКС БП ST результат был негативным, по результатам повторного определения и повышенного уровня Тн Т ($0,204 \pm 0,188$ нг/мл) у 10 верифицирован диагноз острого ИМ без зубца Q. У этих же больных с ИМ без зубца Q выявлена значительная разница уровней NT—рго BNP $572,26 \pm 264,3$ пг/мл по сравнению с группой больных с нестабильной стенокардией (НС) NT—рго BNP $104,3 \pm 56,9$ пг/мл. По результатам доплер-эхокардиографии морфофункциональные показатели ЛЖ существенно не отличались у больных с ИМ без зубца Q и НС (КДР ЛЖ $4,5 \pm 0,3$ и $4,6 \pm 0,6$, КДО ЛЖ $94,75 \pm 11,3$ и $111,7 \pm 55,0$, КСО ЛЖ $38,5 \pm 10,5$ и $43,2 \pm 39,0$, ФВ ЛЖ $59,2 \pm 5,9$ и $59,1 \pm 6,9$ соответственно).

Известно, что определение уровня NT—рго BNP позволяет выявить у больных дисфункцию левого желудочка раньше, чем появятся ее клинико-инструментальные признаки и по некоторым данным может являться независимым фактором прогноза рецидива ОКС и смерти у больных с ОКС БП ST при длительном наблюдении.

Выводы: При определении NT—рго BNP у больных с ОКС БП ST выявленное повышение выше диагностически значимого уровня в группе больных с ИМ без зубца Q, в сравнении с группой больных с НС может быть более ранним предиктором развития ишемии миокарда, чем Тн Т, необходимы дальнейшие исследования.

0019 ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИБС

Абсеитова С.Р., Муталиева К.М., Байдаулетова З.С., Сейтжанова Г.М., Абдиева А.У.

Областной кардиологический центр, Шымкент, Республика Казахстан.

Цель: Оценить влияние экстракорпоральной кардиологической ударно-волновой терапии (ЭКУВТ) на клиническое течение тяжелых форм ИБС.

Материал и методы: Обследовано 25 больных со стабильной стенокардией ФК III–IV (CCS). Мужчин 17 (68%), средний возраст $55,5 \pm 12,2$ года. В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда у 18 (72%) больных, артериальная гипертония у 15 (60%), сахарный диабет у 4 (16%). 4 (16%) больных были с возвратной стенокардии после АКШ, 1 — после баллонной ангиопластики. Показаниями к лечению ЭКУВТ явилась стабильная стенокардия ФК III–IV (CCS): 1) при неэффективности медикаментозной стратегии лечения всеми основными группами препаратов в максимально переносимых дозах и невозможности проведения инвазивных и кардиохирургических вмешательств из-за тяжести состояния, тяжелых сопутствующих заболеваний, отказа пациента и т.д.; 2) при поражении дистального русла коронарных артерий; 3) при выраженном кальцинозе коронарных артерий; 4) возвратная стенокардия. 15 больным проведена КАГ.

Лечение проводилось на аппарате Storz Medical Modulith в 3 этапа по 3 процедуры с трёхнедельным перерывом, всего 9 процедур на фоне продолжающейся медикаментозной терапии.

Клиническое состояние больных оценивалось по дневнику самоконтроля, где отмечались приступы стенокардии и количество принятого нитроглицерина. Перед началом каждого этапа проводилось неинвазивное обследование: ЭКГ, ЭхоКГ, стресстесты (тредмил), СМ ЭКГ по Холтеру. Определялись маркеры некроза (МВ КФК), показатели гемостаза (агрегация тромбоцитов).

Результаты: Клиническое улучшение состояния отмечено у всех больных. Выявлено уменьшение количества приступов стенокардии с $9,2 \pm 3,4$ до $3,2 \pm 1$, уменьшились дозы короткодействующих нитратов в 3,5 раза. По результатам тредмил-теста отмечено снижение ФК стенокардии и повышение толерантности к физическим нагрузкам: до лечения средние показатели общего объема выполненной физической нагрузки в МЕ составило $4,64 \pm 0,31$, что соответствует ФК III, после лечения $8,2 \pm 0,23$, что соответствует ФК I–II. Улучшились показатели суточного мониторингирования ЭКГ: до лечения было $11,2 \pm 6,1$ эпизодов ишемии, после лечения — $5,5 \pm 2,1$; желудочковых экстрасистол до лечения было $27,4 \pm 1,5$, после лечения — $13,7 \pm 2,2$. Положительная динамика отмечена по показателям функции миокарда левого желудочка: до лечения ФВ $44,1 \pm 17,3\%$, КДР $5,3 \pm 1,68$ см, после лечения ФВ $58,4 \pm 13,9\%$, КДР $5,09 \pm 1,13$ см. Отмечено снижение показателей агрегации тромбоцитов: до лечения $9,1 \pm 2,1$ сек — $112 \pm 2,6\%$, после лечения — $12,8 \pm 2,8$ сек — $98 \pm 3,1\%$.

Вывод: ЭКУВТ по данным результатов клинико-инструментального исследования уменьшает ишемию миокарда, улучшает качество жизни пациентов, является эффективным методом лечения больных с тяжелой ИБС.

0020 КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ — СТАНДАРТНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абсеитова С.Р., Темиркулов М.А., Морозова Е.М., Муталиева К.М., Ойларова Т.М.

Областной кардиологический Центр, Шымкент, Казахстан

Цель исследования. Показать значимость коронароангиографического исследования как стандартного метода для определения прогноза и необходимой стратегии лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В 2006 году селективная коронароангиография (КАГ) проведена 172 больным ИБС, из них 130 (72,2%) со ССН ФК III–IV (CCS), 42 (23,3%) больных со ССН ФК II (CCS) и перенесенным инфарктом миокарда (ИМ). Средний возраст пациентов 51 ± 7 лет, мужчин было 160 (93%). В анамнезе: перенесенный инфаркт миокарда у 107 (62,2%) больных, артериальная гипертония у 130 (75,6%), сахарный диабет у 19 (11%) больных. Отбор больных для КАГ осуществлялся согласно общепринятому алгоритму с применением методов неинвазивного тестирования: тредмил-тест/велозерометрия, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, стресс-эхокардиография с дипиридамолом и ЧПЭС. КАГ проводилась на ангиографической рентген-установке UNIX+ фирмы Arelem.

Результаты. Больные ИБС ССН ФК III–IV (CCS): гемодинамически значимые стенозы ствола ЛКА выявлены у 5 (3,8%), трехсосудистые поражения — у 43 (33,3%), двухсосудистые поражения — у 44 (34,2%), однососудистые — у 23 (17,8%); гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий (КА) — у 7 (5,4%). Интактные коронарные артерии обнаружены у 7 (5,4%) пациентов. В группе больных ИБС ССН ФК II (CCS) с ИМ в анамнезе выявлены: 1 (2,4%) пациент с трехсосудистым поражением, 7 (16,7%) — с двухсосудистыми, 8 (19%) — с однососудистыми, гемодинамически незначимые стенозы в 18 (42,9%) случаях. Интактные коронарные артерии обнаружены в 8 (19%) случаях. Осложнения КАГ: у одного больного фибрилляция желудочков во время процедуры, купированная экстренной кардиоверсией; у двух больных — интраперационные ИМ без зубца Q (тропонин T $> 0,1$ нг/мл). После КАГ рекомендовано коронарное шунтирование 79 (36,9%) пациентам (прооперировано 17 — 21,5%), ангиопластика со стентированием — 81 (37,9%) (проведено 30 — 37%), 54 (25,2%) больным продолжена медикаментозная стратегия. 7 больных с поражениями дистального русла КА нап-

равлены на лечение экстракорпоральной ударно-волновой терапией (ЭКУВТ) на аппарате MODULITH фирмы Storz Medical. Из группы «интактные артерии» (15 — 8,7% пациентов) 2-м больным был выставлен диагноз вазоспастической стенокардии.

Выводы. Тяжесть ИБС и симптомов стенокардии (функциональный класс) в большинстве случаев зависит от степени обструкции коронарного русла. Инвазивные методы обследования коронарных артерий — селективная КАГ — стандартный метод обследования для диагностики, определения прогноза и дальнейшей стратегии лечения больных ИБС.

0021 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОМ НОСИТЕЛЬСТВЕ

Авдеев А.В., Рямзина И.Н.

Пермская Государственная Медицинская Академия им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: изучение влияния вирусного и бактериального инфицирования на течение ХСН у больных ИБС.

Материалы и методы: Обследовано 103 больных ИБС с ХСН. Пациенты были разделены на две основные группы. 1-ю группу составили 59 больных ИБС с ХСН I-II ф.к. (NYHA), 2-ю группу 44 пациента с ХСН III-IV ф.к. (NYHA). Инфицирование вирусами простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусами (ЦМВ), Chlamydia pneumoniae определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Для оценки выраженности иммунного ответа использовался коэффициент позитивности (КП). 44 пациентам проведено бактериологическое исследование носоглотки. О степени выраженности воспалительного процесса судили по уровню интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-6.

Результаты: по данным обследования выявлено наличие специфических Ig G к ВПГ у 100% больных ИБС с ХСН и у 96,7% пациентов группы сравнения. Антитела к ЦМВ обнаружены у 93,2% больных 1-й группы и 95,5% 2-й, тогда как в группе сравнения частота выявления специфических Ig G составила 80,0%. Повышение титра Ig G к хламидиям выявлено у 13,5% больных в 1-й группе и 15,9% во 2-й, тогда как в контрольной группе у 13,3% пациентов. Степень иммунного ответа на ВПГ была достоверно выше в группе больных с тяжелой ХСН, КП составил $21,01 \pm 4,46$ в 1-й группе больных и $23,61 \pm 3,51$ во 2-й ($p < 0,002$). В то же время различий в выраженности иммунного ответа к ЦМВ и Chlamydia pneumoniae между группами пациентов с ИБС с ХСН не выявлено.

Выявлено достоверное повышение уровня ИЛ-1 и ИЛ-6 у больных 2-й группы по сравнению с 1-й группой. В среднем уровень ИЛ-1 составил $119,97 \pm 144,83$ пг/мл во 2-й группе, и $50,74 \pm 35,98$ пг/мл в 1-й ($p < 0,04$). Уровень ИЛ-6 составил $5,76 \pm 11,49$ пг/мл, и $24,23 \pm 34,66$ пг/мл в первой и второй группах соответственно ($p < 0,004$).

Выявлено, что у больных с контаминацией носоглотки Staph. aureus достоверно чаще встречается стенокардия высоких степеней — в 70%, против 40% без носительства стафилококка ($p < 0,05$). У больных с контаминацией Str. pyogenes величина фракции выброса оказалась ниже $51,52 \pm 12,02\%$, по сравнению с пациентами без носительства стрептококка $59,21 \pm 3,24\%$.

Выводы:

1. По данным ИФА инфицирование ЦМВ и хламидиями наблюдается чаще у больных ИБС с ХСН, в сравнении с практически здоровыми.

2. Степень выраженности иммунного ответа на ВПГ ассоциируется с тяжестью ХСН. Прогрессирование ХСН сопряжено с повышением активности воспаления, маркирующимся увеличением количества ИЛ-1 и ИЛ-6.

3. Носительство Staph. aureus в носоглотке у больных ИБС ассоциируется с тяжестью коронарной недостаточности, не оказывает существенного влияния на тяжесть течения ХСН. При контаминации Str. pyogenes у больных ИБС выявляется тенденция к снижению сократительной функции миокарда левого желудочка.

0022 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Авезов Д.К., Шоалимова З.М., Камилова У.К., Жураева Ш.А., Рахмонов Р.Р.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение влияния шестимесячной терапии карведилолом на функциональную активность тромбоцитов у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III ФК.

Методы: Были обследованы 31 больных с ПИКС, мужчины в возрасте от 45 до 60 лет. Все больные были рандомизированы на две группы: 1 группа — 14 больных, получающие базисную терапию (ингибиторы АПФ, спиронолоктон, нитраты, аспирин, при необходимости петлевые диуретики), 2-ая группа — 17 больных, получающих на фоне базисной терапии — Карведилол. Титровые дозы карведилола проводили с 3,25 до 50 мг/сут целевой дозы. Все больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов по данным проведения теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и клинической оценки признаков ХСН. Агрегационную активность тромбоцитов исследовали на оптическом двухканальном агрегометре «Chronolog — 440» (США) по методу Born. Рассчитывали следующие параметры агрегации тромбоцитов: Аmax — максимальная амплитуда и Vagr. — скорость агрегации.

Результаты: Анализ показателей функциональной активности тромбоцитов выявил, что после подбора стандартной терапии показатели Аmax у больных ХСН ФК II и ФК III составил при концентрации индуктора 0,5 мкмоль 0,7 и 0,71 см соответственно. При дозе АДФ 5 мкмоль эти параметры составили 1,17 и 1,3 см соответственно. Через 6 месяцев терапии карведилолом у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 отмечалось снижение Аmax на 16 и 5,5% соответственно. Снижение данного параметра при дозе АДФ 5 мкмоль составил у больных ФК II 55% и у больных ФК III 47% ($P < 0,001$). Показатель Vagr у больных ХСН ФК II и ФК III при дозе АДФ 0,5 после подбора стандартной терапии составил 0,63 и 0,64 см/сек. При дозе индуктора 5 мкмоль этот параметр составлял 0,9 и 1,15 см/сек. Через 6 месяцев приема карведилола на фоне стандартной терапии наблюдалось снижение Vagr. при дозе АДФ 0,5 мкмоль у больных ХСН ФК II на 14,5% ($P < 0,02$) и у больных ХСН ФК III на 9,4% ($P < 0,05$). Снижение скорости агрегации тромбоцитов при дозе индуктора 5 мкмоль составил у больных ФК II 33% и у больных с ФК III 28% соответственно ($P < 0,001$). У больных с ХСН ФК II и ФК III после подбора стандартной терапии агрегационная активность тромбоцитов появлялась при дозе АДФ 3,7 и 3,9 мкмоль. Через 6 месяцев терапии карведилолом отмечалось улучшение показателей агрегационной активности тромбоцитов как у больных с ХСН ФК II, так и ФК III, характеризующиеся увеличением концентрации АДФ, которая вызывает необратимую агрегацию тромбоцитов составляя 21,8 и 21,8% ниже исходного уровня ($P < 0,001$).

Вывод: Таким образом, анализ результатов 6 месячного наблюдения больных ХСН выявил, что у больных ФК II и ФК III принимавших карведилол отмечается улучшение функциональной активности тромбоцитов, характеризующиеся уменьшением максимальной амплитуды и скорости агрегации тромбоцитов, улучшением агрегационной активности тромбоцитов.

0023 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Аверин Е.Е., Киракозов Д.А.

Областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

При попытке объяснить резкое ухудшение состояния здоровья населения России в конце XX и начала XXI столетия большое значение придаётся психосоциальным факторам, рост которых наблюдается, особенно в последние десятилетия. Существует мнение, что эффективность трудовой реабилитации и приверженность пациента к лечению зависит от психологических установок больного, его активности, личностного отношения к болезни и степени вовлеченности в лечебный процесс. Депрессия и тревога у больных с артериальной гипертензией (АГ) и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в ряду психологических факторов представляют собой высокозначимую проблему.

Цель: Распространенности депрессии и тревоги у пациентов с АГ и высоким риском ССО при амбулаторном контроле.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 128 человек: 46 мужчин и 80 женщин с АГ II степени, имеющие повышенный риск ССО, получавших антигипертензивную терапию (АГТ) на предварительном этапе, но не достигших целевых значений АГ. Средний возраст составил 54 года. Длительность АГ — более 10 лет. В соответствии с целью исследования по определению распространенности депрессии и тревоги у амбулаторных пациентов были использованы методики HADS, CES-D, Beck.

Результаты и обсуждение: По данным HADS распространенность тревоги (более 7 баллов) составила 58,5%, а депрессии — 31,7% причем, выраженная тревога и депрессия (более 11 баллов) выявлена у 29,3% и 14,6% соответственно. Важно отметить, что средняя тревога по группе составила 8,2 балла. По данным CES-D у 41% пациентов определялась умеренная депрессия, а у 12,8% степень депрессии была выраженной. По данным теста Бека депрессия определялась в 52,1 %.

Таким образом, более половины пациентов с АГ и высоким риском ССО имели тревогу и около трети депрессию (по HADS), что коррелировало с тестом Бека, при этом у половины обследуемых пациентов степень тревоги и депрессии были выраженные.

Данные исследования показывают необходимость выявления степени депрессии и тревоги у больных с АГ, имеющих высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и учитывать полученные данные при назначении комплексной терапии, а в некоторых случаях наряду с АГТ рекомендовать лечение психотерапевтов.

0024 ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Авраменко О.Е., Клименкова А.В., Шмидт Е.А., Бернс С.А., Барбараш О.Л.

ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: Оценить различия в состоянии эндотелиальной функции у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы: Обследовано 113 пациентов, госпитализированных в клинику ОКС без подъема сегмента ST. Из них 68 пациентов с ОКС без СД 2 типа (I группа), 45 пациентов — с ОКС в сочетании с СД 2 типа (II группа). Средний возраст составил 56,2±2,6 и 58,7±1,2 лет соответственно. Оценка сосудодвигательной функции эндотелия производилась на 10-е сутки пребывания в стационаре доплероским методом путем временной окклюзии плечевой артерии (манжеточная проба). Известно, что нормальной реакцией при проведении пробы с реактивной гиперемией является прирост диаметра плечевой артерии на 10% и более от исходных значений данного показателя.

Результаты: Установлено, что у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) нарушается адекватное кровоснабжение сердечной мышцы. Согласно современным данным, именно с эндотелиальной дисфункцией связывают уменьшение резерва коронарного кровотока. Таким образом, по нарушению эндотелий-зависимой вазодилатации, можно косвенно судить об уменьшении резерва коронарного кровотока. Было выявлено, что у больных с ОКС в сочетании с СД 2 типа величина эндотелий-зависимой вазодилатации была достоверно меньше, чем в

группе без СД 2 типа. При проведении пробы с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии был наибольшим у больных I группы (7,2%) в сравнении со II группой (5,3%) ($p<0,05$). У 9% больных с ОКС в сочетании с СД 2 типа и 14% с ОКС без СД 2 типа ($p<0,05$) при проведении пробы с реактивной гиперемией отмечались признаки вазоконстрикции, что может рассматриваться как предиктор острых коронарных событий. Достоверных различий при проведении пробы с нитроглицерином у больных в сравниваемых группах не отмечено ($p>0,05$).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что наибольшее угнетение эндотелий-зависимой вазодилатации отмечается у пациентов с ОКС в сочетании с СД 2 типа, и в меньшей степени — у пациентов с острыми формами ИБС без нарушения углеводного обмена.

0025 РЕАКТИВНОСТЬ ПРАВОЙ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН И ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Агафонова Т.Ю., Баталова А.А.

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

Целью исследования явилось изучение эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой вазодилатации правой плечевой артерии у практически здоровых мужчин и пациентов мужского пола, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Обследовано 34 мужчины в возрасте от 40 до 70 лет, которые были разделены на 2 равные группы: I — практически здоровые мужчины без признаков атеросклероза (возраст 49,1±1,09 лет), II — мужчины, перенесшие инфаркт миокарда (возраст 56,1±4,37 лет). Данные представлены в виде средних величин со среднеквадратичными ошибками. Оценивалась упругость правой плечевой артерии по данным поперечной скорости распространения пульсовой волны (СРПВпп) в покое, в пробе с реактивной гиперемией (РГ) по методике D. S. Celermajer и соавт. (1992) и в пробе с нитроглицерином (НГ). СРПВпп определялась с использованием ультразвукового датчика. Исследования выполнены при поддержке гранта Президента РФ МК-8011.2006.07.

Результаты. Показатели СРПВпп по плечевой артерии в покое составили 11,6±1,66 и 16,4±1,65 м/с (соответственно для I и II группы), $p=0,02$. После снятия 2-х мин. окклюзии сохранялись более высокие значения СРПВпп у мужчин II группы: 6,8±1,9 и 12,3±4,4 м/с (соответственно для I и II группы), $p=0,04$. При проведении пробы с НГ СРПВпп регистрировалась в конце каждой из пяти минут после приема 5 мг нитроглицерина. У лиц I группы показатели СРПВпп колебались от 9,3±2,9 до 1,8±0,03 м/с, а у мужчин, перенесших инфаркт миокарда — от 13,3±3,7 до 2,2±0,01 м/с. Разница в данных СРПВпп выявлена только на 4-й мин: 1,8±0,03 и 2,2±0,01 м/с (соответственно для I и II группы), $p=0,04$.

Выводы. Таким образом, у мужчин, перенесших инфаркт миокарда, не только повышена жесткость сосудистой стенки, но и изменены механизмы ее релаксации на эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой уровнях. Особенно заслуживает внимания факт пониженной реактивности мышечной оболочки артерии на пероральный прием нитроглицерина у лиц, страдающих ИБС, что необходимо учитывать в клинической практике.

0026 РОЛЬ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ С ФЛЕКАИНИДОМ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Адамян К.Г., Аствацатрян А.В.

НИИ Кардиологии, Инфарктное отделение, Ереван, Армения

Цель. Мы предположили, что нагрузочная проба с флекаинидом (ФНП) является маркером развития ремоделирования ле-

вого желудочка (РЛЖ) у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) на раннем этапе.

Материал и методы исследования. Обследовано 102 больных (62 мужчины, 40 женщины), средний возраст $44,7 \pm 22,7$ лет с первичным, передним ИМ (ЦИМ или НеЦИМ). Передняя локализация ИМ была выбрана нами исходя из того, что при таких ИМ значительно чаще бывает РЛЖ, в отличие от задней локализации. Диагноз ИМ выставлялся на основании клинико-анамнестических, инструментальных (ЭКГ, Эхо-КГ) и лабораторных данных. Все больные поступили в БИТ в течение первых 24 часов от начала ИМ. ФНП была проведена спустя 14-20 дней после ИМ. За 2,5 часа больным до пробы больным был однократно внутрь дан флекаинид 400 мг. Если при ФНП имелось расширение комплекса QRS на ЭКГ более чем на 25% от состояния в покое (QRSW), то такие больные считались априори больными с высоким риском развития РЛЖ. Эхо-КГ проводилась на 20 день, 6 и 12 месяцы после ИМ.

Результаты. QRSW в группе больных с ЦИМ наблюдалось в 30 случаях из 52 (57,7%). В 27 случаях из этих 30 (90,0%) ЭхоКГ выявила признаки РЛЖ. В группе больных с НеЦИМ QRSW наблюдалось только в 2 случаях из 50 (4,0%), однако у этих двух больных на 12 месяц исследования не наблюдались признаки РЛЖ. Достаточно высокая информативность ФНП объясняется, как нам кажется, специфическим воздействием нагрузки и спровоцированной ею ишемией на проаритмические эффекты флекаинида.

Выводы. ФНП эффективно выявляет на ранних этапах больных ИМ с потенциальной опасностью развития РЛЖ.

0027 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЕЙ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И МОНИТОРИРОВАНИИ ТЕРАПИИ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Адамян К.Г., Наргизян А.Б., Тумасян Л.Р.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Целью исследования являлась оценка прогностической значимости уровней мозгового натрийуретического пептида (МНУП) в стратификации риска и определении связи между изменениями уровней МНУП и модификацией прогноза у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IV функционального класса NYHA, развившейся вследствие дилатационной кардиомиопатии (ДКМП).

Методы: 88 больных (возраст $58,3 \pm 1,7$) с ДКМП ишемического генеза (конечный диастолический размер левого желудочка >60 мм, фракция выброса $<35\%$), находившихся в клинически стабильном состоянии на фоне терапии ингибитором АПФ, дигоксином и диуретиками, проспективно наблюдались в среднем $14 \pm 0,7$ месяцев. 46 из них в дополнение к стандартной терапии рандомизированно был назначен карведилол (К) с титрацией дозы до 50 мг/сутки. Уровни МНУП (пг/мл) в плазме определялись исходно и через 12 месяцев.

Результаты. Распределение больных в группы в соответствии с исходным уровнем МНУП (МНУП <300 , $300 < \text{МНУП} < 600$ и $\text{МНУП} \geq 600$) позволило определить больных с низким (10,4%), умеренным (20,5%) и высоким (37,7%) риском одногодичной смертности от сердечных причин ($p < 0,01$). Исходный уровень МНУП достоверно не различался у больных, получавших и не получавших К, однако лечение результативалось снижением уровня МНУП $>50\%$ у 78% больных в группе К по сравнению с 32% в группе больных, не получавших К ($p < 0,01$). Снижение уровней МНУП $>50\%$ от исходных ассоциировалось с достоверно меньшим числом осложнений по сравнению с больными, у которых уровни МНУП снижались $<30\%$ (относительный риск 0,35, $p < 0,01$). Одногодичная смертность составила 6,7, 13,3 и 25% при применении К и 14,3, 28,6 и 50% без применения К в группах больных с низким, средним и высоким исходным уровнем МНУП ($p < 0,01$), соответственно. Такое улучшение прогноза бы-

ло связано с изменением уровней МНУП под влиянием длительного лечения К.

Выводы: 1) Исходные уровни МНУП имеют высокодостоверную прогностическую значимость в стратификации риска больных с тяжелой ХСН. 2) Снижение уровней МНУП $>50\%$ от исходных позволяет выявить больных с низким риском серьезных сердечных осложнений. 3) Улучшение прогноза у больных с ХСН в течение длительной терапии карведилолом связано с достоверным снижением уровней МНУП.

0028 ИВАБРАДИН УЛУЧШАЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Адамян К.Г., Чилингарян А.Л., Аствацатрян А.В., Аствацатрян Т.Р., Варданян С.И.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Целью исследования являлось изучение влияния ивабрадина (И) на ишемию, сократительную функцию и вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных с ишемической кардиомиопатией (ИК).

Методы: 78 больных (21% женщины) с ИК NYHA IV в возрасте 58 ± 13 лет на стандартной терапии (СТ), включающей дигоксин, эналаприл, спиронолактон, фуросемид были рандомизированы в 2 группы: 1) И $7,5 \text{ мг} \times 2$ + СТ ($n = 39$); 2) СТ ($n = 39$). По 24 ч ЭКГ мониторинг определялись общее ишемическое время (ОИВ) как сумма продолжительности депрессий ST сегмента $\geq 1 \text{ мм}$ длительностью ≥ 1 мин и ВСР как стандартное отклонение нормальных RR интервалов (СОНИ). Показатели тканевого доплера исследования Е/Ем латерального митрального кольца ЛЖ, индекс локальной сократимости (ИЛС) по 16 сегментной модели на пике симптом-лимитированного тредмил стресс-ЭхоКГ теста по Bruce, а также продолжительность нагрузочного тредмил теста (ПНТ) были измерены на 30 и 90 дни наблюдения.

Результаты: На 30 день показатели ОИВ и СОНИ были достоверно лучше в группе И + СТ (ОИВ: И + СТ 23 ± 8 мин против СТ 38 ± 14 мин, $p < 0,01$; СОНИ: И + СТ $122,06 \pm 7$ мсек против СТ $105,03 \pm 13$ мсек, $p < 0,02$), достоверных различий в остальных показателях не наблюдалось. На 90 день различия в показателях ОИВ и СОНИ остались неизменными, однако в группе И + СТ наблюдалось улучшение диастолической функции ЛЖ и ПНТ, без достоверных различий в ИЛС: (Е/Ем: И + СТ $10,3 \pm 4,3$ против СТ $12,8 \pm 6,3$, $p < 0,02$; ПНТ: И + СТ 489 ± 152 сек против СТ 411 ± 135 сек, $p < 0,02$; ИЛС: И + СТ $1,5 \pm 0,2$ против СТ $1,4 \pm 0,3$, $p = 0,06$).

Выводы: И при добавлении к СТ улучшает ОИВ и ВСР, а также диастолическую функцию ЛЖ и ПНТ у больных ишемической кардиомиопатией.

0029 МОРФО-ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИХ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Азизов В.А., Мурадова С.Р., Ибрагимова Ш.С.

Кафедра внутренних болезней-II АМУ, Баку, Азербайджан

Целью данной работы было морфофункциональное изучение секреторных кардиомиоцитов при экспериментальном инфаркте миокарда. Исследования проводились на 15-ти экспериментальных животных после моделирования инфаркта миокарда через 24, 48 и 72 часа. Для выявления продукта секреции кардиомиоцитов были использованы как тривиальные, так и специальные гистохимические методы исследования.

Результаты: После 24-х часов моделированного инфаркта миокарда в исследованных регионах предсердий (ушко, латеральная и передняя стенки) количество и функциональная секреторная активность гистохимически позитивных кардиомиоцитов резко возрастает. После 48-ми часов активность указанных клеток по сравнению с предыдущим сроком исследования ста-

тистически достоверно уменьшена, после 72-х часов же происходит функциональное истощение этих клеток: они располагаются по одиночке, деформированы.

Заключение: Таким образом, после 24-х часов моделированного инфаркта миокарда морфогистохимические исследования выявили компенсаторные, после 48-ми часов — субкомпенсаторные, а после 72-х часов — декомпенсаторные изменения в секреторных кардиомиоцитах предсердия.

0030 ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГОРМОНОТЕРАПИЮ

Азизов В.А., Садыгова Т.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку Азербайджан

Целью данного исследования являлось изучение действия гормонотерапии на изменения АД у больных диссеминированным раком молочной железы. При этом ставилась задача максимально снизить общий риск развития сердечно-сосудистых осложнений, что предполагает не только коррекцию уровня АД в диапазоне оптимальных или нормальных показателей ($< 140/90$ мм рт.ст.), но и уменьшение степени поражения органов-мишеней.

Методы: основой для данного исследования послужили клинические материалы о результатах лечения и динамического наблюдения 135 больных диссеминированным раком молочной железы с сопутствующей АГ. Возраст больных колебался от 40 до 60 лет.

В зависимости от лекарственного препарата, все больные были рандомизированы на две группы. В первой группе ($n = 62$) больные принимали Тамоксифен 20 мг, во второй ($n = 73$) — Торемифен 60 мг. В обеих исследуемых группах препараты принимались внутрь, ежедневно, длительно (не менее 2 лет).

Для определения частоты и степени кардиологических осложнений всем больным проводились ЭКГ и Эхо-КГ исследования и мониторинг АД. Данные исследования проводились пациентам до начала ГТ (базисные данные) и через каждые 3, 6, 9 и 12 месяцев после начала антиэстрогенной терапии.

Результаты: В группе больных, лечившихся Тамоксифеном и не получавших антигипертензивной терапии, стабильное состояние АГ отмечалось у 11 ($36,7 \pm 8,8\%$) больных, прогрессирование АГ — у 19 ($63,3 \pm 8,8\%$) больных. У больных, получавших Торемифен, аналогичные показатели отмечались у 29 ($59,2 \pm 7,0\%$) и 20 ($40,8 \pm 7,0\%$) больных, соответственно.

Выводы: Таким образом, анализ полученных данных дает основание считать, что назначение антигипертензивной терапии больным с диссеминированным раком молочной железы и сопутствующей АГ, которым назначается длительная гормонотерапия, в большинстве случаев позволяет предотвратить прогрессирование АГ. Кроме того, следует отметить, что гормонотерапия Тамоксифеном, по сравнению с Торемифеном, в большей степени способствует прогрессированию АГ.

0031 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ В КОРОНАРНОЙ ШКОЛЕ «ЗДОРОВОЕ СЕРДЦЕ» В ГОРОДЕ КОКШЕТАУ

Аймакова Г.О.

Городская поликлиника, Кокшетау, Казахстан

Цель исследования: Анализ результатов наблюдения больных, прошедших обучение в коронарной школе «Здоровое сердце» за 2006 год.

Метод исследования: Анкетирование больных прошедших обучение в КШ «Здоровое сердце» до и после обучения.

Результаты и обсуждения:

В течение года прошли обучение — 3925 больных, в т.ч. первичных — 2267 больных, проведены беседы на групповом уровне — 1096, тренинги на групповом уровне — 830, беседы на индивиду-

альном уровне — 2459, тренинги на индивидуальном уровне — 861, консультации — 1569, лечебные вмешательства — 172, роздано памяток — 1780.

Выборочно, было проанкетировано 96 больных, средний возраст составил — 56.5 лет.

Поставленные задачи:

1. Знание о нормальных цифрах артериального давления.
2. Наличие тонометра в домашних условиях.
3. Умение измерять артериальное давление в домашних условиях

4. Частота развития гипертонического криза.

5. Знают что такое инфаркт миокарда

6. Знают что такое инсульт.

7. Получают регулярное лечение.

С января 2004 г в городской поликлинике г. Кокшетау открыта и работает коронарная школа «Здоровое сердце», где проходят обучение больные с артериальной гипертензией и ИБС, а также больные перенесшие ОИМ.

Выводы:

1. Открытие коронарной школы актуально и востребовано.

2. После обучения у пациентов изменилась психология и повысилась

ответственность за свое здоровье.

3. Повысилась информированность населения о таких заболеваниях

как острый инфаркт миокарда и инсульт.

4. Понятие о нормальных цифрах АД до обучения — 62%, а после

обучения — 100%. Наличие тонометра в домашних условиях — 48% до

обучения, а после обучения — 75%. Уменьшился процент ГК с 35,4% до

обучения, 12,5% после обучения, в то же время страдает ответственность

между врачами первичного звена и пациентами.

5. Работа КШ «Здоровое сердце» достаточно эффективна, но

необходимо активизировать работу врачей первичного звена, путем

повышения квалификации врачей для улучшения выявления сердечно

сосудистой патологии.

0032 ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ОТКРЫТОЙ ТЮМЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ГОТОВНОСТЬ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ

Акимова Е.В., Гакова Е.И., Каюмова М.М., Кузнецов В.А.

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

Цель. Изучение отношения к своему здоровью и готовности к профилактике открытой популяции Тюмени по данным почтового опроса населения.

Методы. Для проведения почтового опроса на основе избирательных списков жителей Центрального административного округа г.Тюмени была сформирована репрезентативная выборка, стратифицированная по полу и возрасту методом случайного отбора общей численностью 3200 человек. Отклик на почтовый опрос составил 70,3%. Полученные адреса были проверены в областном адресном бюро. Факторами включения в популяционную выборку были: 1) лица мужского и женского пола в возрасте 25-64 лет; 2) прописанные и проживающие на территории Центрального административного округа города. Факторами исключения из популяции были: беженцы, студенты, военнослужащие и заключенные.

Результаты. На вопрос о полезности профилактической проверки своего здоровья однозначно утвердительно ответила большая часть населения, причем женщин, уверенных в необходимости превентивных мер, оказалось достоверно больше, чем мужчин: $79,5-71,2\%$, $p < 0,01$. Кроме того, 18,3% участников почтового опроса также оказались более склонны к мнению о необходимости профилактических мер, тогда как 1,5% респондентов

сомневалось в их эффективности, и лишь весьма незначительная часть населения (0,5%) выразила однозначно отрицательное отношение к профилактике. Согласно проведенному опросу по поводу здорового образа жизни, безусловно, положительное мнение по этому вопросу выразило достоверно большее количество мужчин по сравнению с женщинами (42,7–34,0%, $p < 0,01$) и, напротив, сомневающихся женщин в отношении пользы здорового образа жизни оказалось достоверно больше (26,9–34,8%, $p < 0,01$). Среди респондентов не оказалось мужчин, категорично отрицающих благотворное влияние здорового образа жизни на предотвращение серьезных заболеваний, тогда как в женской субпопуляции такой ответ дали 16 женщин (1,2%). Большая часть горожан не снимает с себя личной ответственности за сохранение своего здоровья и только 0,8% участников почтового опроса полностью полагается на медицинских работников в отношении сохранения здоровья.

Выводы:

1. Результаты почтового опроса открытой популяции Тюмени показали высокую степень ответственности населения за свое здоровье, преимущественно среди мужского контингента.
2. В тюменской популяции выявлена высокая готовность населения для участия в профилактических программах.

0033 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ КАРДИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аксельрод А.С., Иванкова Н.И., Сыркин А.Л., Сиволоп Ю.П., Саеченков В.А., Янушкевич М.В.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью исследования явилось определение структуры сердечно-сосудистых нарушений (дифференциальная диагностика кардиалгий, выявление артериальной гипертензии и нарушений ритма) с подбором оптимальной кардиотропной терапии у пациентов с алкогольной болезнью (АБ).

Материал и методы исследования: всего обследовано 60 пациентов (мужчины и женщины от 32 до 67 лет, средний возраст $45,4 \pm 4,3$ лет) с АБ 1–2 ст, предъявляющих жалобы на боли в области сердца и/или пациенты, у которых за время пребывания в наркологическом стационаре регистрировалась артериальная гипертензия (АГ) и/или нарушения ритма. Всем пациентам в динамике в течение 1 года производились ЭКГ покоя, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с анализом variabilityности сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД (СМАД), эхокардиография (Эхо-КГ), нагрузочный тредмил тест. Производился динамический подбор терапии с последующим инструментальным анализом эффективности лечения (монотерапия и различные комбинации β -адреноблокаторов — бетаксолол 5–20 мг/сут, бисопролол 5–10 мг/сут, небиволол 2,5–10 мг/сут, метопролол 25–75 мг/сут; ингибиторов АПФ — эналаприл 2,5–20 мг/сут, фозиноприл 10–40 мг/сут, лизиноприл 5–20 мг/сут; блокаторов кальциевых каналов — фелодипин 5–10 мг/сут, амлодипин 2,5–10 мг/сут, нифедипин 10–40 мг/сут; амиодарон 200–600 мг/сут).

Результаты: ИБС диагностировалась лишь у 3 пациентов (5%), АГ — у 50 (83%), нарушения ритма — 53 (88,3%). Среди нарушений ритма преобладали одиночная и парная суправентрикулярная экстрасистолия (47%), реже встречались одиночная и групповая желудочковая экстрасистолия и желудочковая тахикардия (28,3%) и пароксизмальные суправентрикулярные нарушения ритма (18,5%); суправентрикулярная тахикардия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Постоянная мерцательная аритмия выявлялась у 2 пациентов (3,3%). Терапия амиодароном была показана лишь 2 пациентам (3,3%). Наиболее эффективной гипотензивной комбинацией было сочетание β -адреноблокатора и препарата антагонистов кальция. При использовании ингибиторов АПФ клиническая эффективность по СМАД была достигнута лишь у 4 пациентов (4,8%).

Выводы:

1. Частота встречаемости ИБС у пациентов с АБ низкая (5%).
2. Наиболее часто у пациентов с АБ выявляются устойчивая кар-

терапии ингибиторами АПФ артериальная гипертензия «волнообразного» течения, в лечении которой наиболее эффективной является комбинация препаратов β -адреноблокаторов и антагонистов кальция.

3. Среди нарушений ритма у пациентов с АБ наиболее часто встречаются суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия.

4. Пароксизмальные нарушения ритма, а также постоянная форма фибрилляции предсердий встречаются редко, но требуют постоянной антиаритмической терапии с периодической коррекцией доз.

5. Пациенты с АБ нуждаются в наблюдении кардиолога не менее 1 года ПАП.

0034 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Аксенова Т.А., Пархоменко Ю.В., Горбунов В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель нашего исследования: определить выраженность эндотелиальной дисфункции у больных изолированной гипертонической болезнью и при сочетании ГБ и ХОБЛ; и проследить влияние курения на функцию эндотелия

Материалы и методы: обследовано 36 больных изолированной ГБ и 34 больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ I стадии. Среди больных изолированной ГБ было 14 не курящих пациентов и 22 курильщика, у которых индекс курения в среднем составил $10,24 \pm 3,24$ пачко/лет. У пациентов ГБ в сочетании с ХОБЛ индекс курения был выше и составил $26,75 \pm 8,68$ пачко/лет. Также обследовано 22 здоровых пациента соответствующего возраста и пола, 8 из них курили, у них индекс курения был $7,94 \pm 3,07$ пачко/лет. Всем обследованным определяли количество десквамированных эндотелиоцитов по методу Hladovec J., и состояние нитроксидпродуцирующей функции эндотелия по методу Голикова П.П., 2001.

В результате обследования установлено, что у здоровых не курящих лиц концентрация нитритов (NO_2) составила $6,26 \pm 0,27$ мкмоль/л, нитратов (NO_3) — $27,48 \pm 0,93$ мкмоль/л и суммарных метаболитов оксида азота (NO_x) — $33,77 \pm 1,06$ мкмоль/л. Курение приводило к выраженному снижению метаболитов оксида азота, у лиц данной группы NO_2 составили $4,08 \pm 0,27$ мкмоль/л ($p < 0,01$), NO_3 — $18,41 \pm 1,27$ мкмоль/л ($p < 0,001$), NO_x — $22,13 \pm 1,69$ мкмоль/л ($p < 0,001$). У больных ГБ все показатели были достоверно ниже группы контроля, причем при наличии курения снижение было более выраженным. Так у не курящих пациентов с ГБ NO_2 составили $4,08 \pm 0,27$ мкмоль/л, NO_3 — $19,27 \pm 0,86$ мкмоль/л, NO_x — $23,09 \pm 0,93$ мкмоль/л. У курящих больных с ГБ уровни метаболитов оксида азота составили $4,01 \pm 0,15$, $17,81 \pm 0,74$ и $21,81 \pm 0,84$ мкмоль/л соответственно. Присоединение ХОБЛ еще более усугубило нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия, у пациентов данной группы NO_2 составили $3,73 \pm 0,13$ мкмоль/л, NO_3 — $16,34 \pm 0,96$ мкмоль/л, NO_x — $20,06 \pm 0,45$ мкмоль/л, $p < 0,001$ во всех случаях.

Количество десквамированных эндотелиальных клеток у здоровых не курящих составило $2,69 \pm 0,29$ на 104 на литр, у здоровых курильщиков — $4,89 \pm 0,58$ на 104 на литр; у не курящих с ГБ — $8,42 \pm 0,96$ на 104 на литр; у курящих с ГБ — $9,49 \pm 0,39$ на 104 на литр; при сочетании ГБ и ХОБЛ — $11,1 \pm 0,72$ на 104 на литр, во всех группах различия с контролем достоверны.

Выводы:

1. У здоровых курильщиков нитроксидпродуцирующая функция эндотелия достоверно снижена, а количество десквамированных эндотелиоцитов достоверно выше по сравнению со здоровыми не курящими лицами.

2. При наличии ГБ 1–2 стадии концентрации метаболитов оксида азота достоверно ниже по сравнению с контролем. Курение и ХОБЛ 1 степени еще в большей степени усугубляли нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия.

3. Количество десквамированных эндотелиальных клеток достоверно повышалось у больных ГБ по сравнению с контрольной группой, наличие ХОБЛ 1 степени и курения приводило к более выраженному повышению.

0035 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОТОПА И НОРВАСКА У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Алеева Г.Н., Железов В.Е., Чистяков С.И.

ЗАО «МАКИЗ-ФАРМА», Москва, Россия; ГУЗ «Республиканская больница № 1, Саранск, Россия

Цель: в открытом перекрестном рандомизированном исследовании сравнить антигипертензивную эффективность и переносимость двух лекарственных форм амлодипина — Амлотопа (ЗАО «МАКИЗ-ФАРМА») и Норваска® (Pfizer, США) у больных с артериальной гипертензией.

Методы: в исследование включены 30 пациентов обоего пола, средний возраст $50,0 \pm 9,4$ лет, с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (продолжительностью в среднем 6,8 лет). Больные рандомизированы в две группы: 15 пациентов получали Амлотоп в течение 6 недель, затем после 2-недельного перерыва — Норваск® в течение 6 недель (1 группа), 15 пациентов — Норваск®/Амлотоп в том же режиме (2 группа). Начальная доза амлодипина — 5 мг/сутки, с последующим увеличением при неэффективности в течение 2 недель до 10 мг в сутки. В ходе исследования использованы методы анкетирования до и после лечения (анкета «Качество жизни», Аронов Д.М., Зайцев В.П., 2002), полного физикального обследования, суточного мониторирования артериального давления (СМАД) с помощью аппарата МДП-НС-01 (Россия) до и после 6, 8, 14 недель лечения, частоты сердечных сокращений (ЧСС), контроля массы тела с вычислением индекса массы тела (ИМТ). Критерии эффективности терапии: «отличный» ответ на лечение — достижение целевых уровней САД < 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст.; «хороший» — снижение ДАД на ≥ 10 мм рт.ст. по сравнению с исходным при уровне ≥ 90 мм рт.ст.; «удовлетворительный» — снижение ДАД на 5–9 мм рт.ст.; отсутствие ответа на лечение — снижение ДАД < 5 мм рт.ст. по сравнению с исходным при уровне ≥ 90 мм рт.ст.

Результаты: использование Амлотопа и Норваска® позволило снизить САД через 2 недели лечения на 9% и 10%, через 4 недели — на 12% и 15,8% соответственно. При этом на фоне применения Амлотопа «отличный» результат лечения получен у 52%, «хороший» — у 34%, «удовлетворительный» — у 14% больных; снижение ДАД происходило на всех этапах контроля. Пациентов с отсутствием эффекта на прием препарата Амлотоп не зарегистрировано. Норваск®: «отличные» результаты лечения получены у 60%, «хорошие» — у 23%, «удовлетворительные» — у 7% больных, отсутствие ответа на лечение — у 10% больных; снижение ДАД отмечено только после 4-недельного этапа контроля. В обеих группах на фоне лечения амлодипином имела место умеренная тахикардия, несколько более выраженная (недостоверно) при приеме Норваска®. Анализ побочных эффектов не выявил различий между группами. Побочных эффектов, вынудивших отменить лечение, в ходе исследования не выявлено. Имевшие место единичные нежелательные реакции носили легкий и умеренный характер и, как правило, не были связаны с приемом препарата. ИМТ в период наблюдения достоверно не изменялся. Оценка качества жизни выявила положительную динамику на фоне лечения в обеих группах.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о сопоставимой эффективности и переносимости Амлотопа (ЗАО «МАКИЗ-ФАРМА») и Норваска® (Pfizer, США).

0036 РОЛЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Александрова О.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Целью работы явилось изучение влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на агрегационные свойства тромбоцитов и эритроцитов, а также деформабельность эритроцитов у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы исследования. Обследовано 67 больных (25 мужчин и 42 женщины) с ГБ I–II степени (классификация ВОЗ/МОАГ, 1999), средний возраст составил — $55,6 \pm 5,5$ лет, длительность ГБ — $9,4 \pm 1,6$ лет. Основная группа (35 человек) дополнительно к традиционной медикаментозной терапии, получала внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), с помощью аппарата лазерной терапии «Мулат». Курс состоял из 7 ежедневных процедур длительностью 20 минут. Контрольная группа (32) получала традиционную медикаментозную терапию без включения курса лазерной терапии.

Исследование агрегации тромбоцитов и эритроцитов проводилось с помощью анализатора агрегации AP 2110. Оценивались следующие параметры: степень агрегации (СтА, %) и скорость агрегации (СкА, %/мин). Деформабельность эритроцитов (ДЭ) определяли с помощью пробы на упаковку. Рассчитывали коэффициент ДЭ. Исследование показателей проводили до начала лечения и после курса проводимой терапии.

Результаты. После проведенного лечения в основной группе больных с гиперагрегацией тромбоцитов отмечалось достоверное снижение исходно повышенных показателей: СтА с $85,2 \pm 2,5$ до $61,1 \pm 2,8$ ($p < 0,001$) и СкА с $34,8 \pm 3,8$ до $21,8 \pm 1,2$ ($p < 0,01$). При исходной гипоагрегации отмечалось повышение СтА с $33,5 \pm 1,8$ до $62,3 \pm 1,4$ ($p < 0,001$), а СкА с $14,8 \pm 1,6$ до $23,3 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). При исходной гиперагрегации эритроцитов отмечалось снижение СтА с $58,9 \pm 1,2$ до $48,5 \pm 0,9$ ($p < 0,001$), а СкА с $18,7 \pm 2,2$ до $14,5 \pm 0,5$ ($p < 0,01$), при исходной гипоагрегации отмечалось повышение СтА с $27,7 \pm 1,8$ до $46,4 \pm 1,6$ ($p < 0,001$), а СкА с $9,6 \pm 1,1$ до $13,7 \pm 0,8$ ($p < 0,01$).

В группе контроля после лечения достоверных изменений не произошло. Так, при признаках гиперагрегации тромбоцитов СтА снизилась недостоверно — с $82,4 \pm 2,2$ до $79,2 \pm 3,2$, а СкА с $35,6 \pm 3,1$ до $29 \pm 2,6$. При исходной гипоагрегации отмечалось недостаточное повышение показателей СтА с $31,8 \pm 2,3$ до $40,3 \pm 3,8$, а СкА — с $13,7 \pm 2,3$ до $16,2 \pm 1,4$. При исходной гиперагрегации эритроцитов не отмечалось достоверного снижения СтА — с $58,3 \pm 1,5$ до $55,6 \pm 1,8$ и СкА — с $17,6 \pm 2,3$ до $16,8 \pm 1,2$. При исходной гипоагрегации отмечалось недостаточное повышение показателей СтА — с $28,9 \pm 1,2$ до $32,5 \pm 1,5$, а СкА — с $10,3 \pm 0,5$ до $10,6 \pm 0,3$.

При анализе ДЭ после лечения у больных основной группы отмечалось достоверное снижение коэффициента ДЭ с $0,69 \pm 0,03$ до $0,58 \pm 0,02$ ($p < 0,01$). В контрольной группе коэффициент ДЭ снизился недостоверно — с $0,68 \pm 0,03$ до $0,62 \pm 0,04$.

Выводы: ВЛОК в составе комплексного лечения оказывает положительное нормализующее влияние на агрегационную активность как тромбоцитов, так эритроцитов, а также деформабельность эритроцитов. Применение ВЛОК показано больным ГБ с нарушениями в системе гемостаза.

0037 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИЙ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ МЕРЦАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Александрова Т.С., Карякина Т.Н., Болушева Л.Ф., Котляров А.А.

ГОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева», медицинский факультет, кафедра госпитальной терапии, Саранск, Россия

Цель исследования: изучить влияние медикаментозной и электрической кардиоверсий на параметры кардиогемодинамики и постконверсионный ритм у больных с персистирующим мерцанием предсердий.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 30 пациентов с рецидивом мерцанием предсердий (МП) в возрасте от 22 до 71 года. Программа исследования включала проведение ЭКГ, Эхо-КГ при поступлении в стационар на фоне МП и после восстановления синусового ритма (СР). ЭКГ и ХМ ЭКГ регистрировали в первые сутки после кардиоверсии, Эхо-КГ на 5 сутки.

Результаты. В среднем давность МП составила 64 ± 11 дней. Средний возраст больных 52 ± 2 года. 18 больным (60%) проводили электрическую кардиоверсию (ЭКВ), у 12 пациентов (40%) для купирования МП использовали хинидин в средней дозе 1,4 г. Эффективность ЭКВ составила 83%, а медикаментозной кардиоверсии (МКВ) — 58%. У 6 больных ритм не восстановился.

ХМ ЭКГ после ЭКВ: ЧСС max — 98 ± 3 , ЧСС min — 49 ± 1 ; одиночные наджелудочковые экстрасистолы в количестве 290 ± 286 за сутки, желудочковые экстрасистолы в количестве 44 ± 33 за сутки. После МКВ: ЧСС max — 100 ± 9 , ЧСС min — 52 ± 3 . Выявлены: одиночные наджелудочковые экстрасистолы в количестве 17 ± 7 за сутки, желудочковые экстрасистолы в количестве 4 ± 3 за сутки. У трех пациентов зафиксирован период асистолии — 1,4, 1,5 и 1,8 секунд. У двух больных на протяжении всего исследования регистрировалась депрессия сегмента ST, у одного — короткие пароксизмы антриодной тахикардии с ЧЖС 200 в минуту и у двух больных — пароксизмы наджелудочковой тахикардии с ЧСС 130 в минуту.

ЭКГ после ЭКВ: интервал QT составил $0,42 \pm 0,01$ с, интервал PQ $0,17 \pm 0,008$ с, комплекс QRS $0,081 \pm 2$ с. ЧСС уменьшилась на 31% по сравнению с ЧСС при МП ($p=0,0002$). Дисперсия интервала QT составила 39 ± 2 мс. После МКВ: интервал QT — $0,42 \pm 0,02$ с, интервал PQ $0,18 \pm 0,01$ с, комплекс QRS $0,082 \pm 1$ с. ЧСС уменьшилась на 39% ($p=4,5 \times 10^{-9}$). Дисперсия интервала QT составила 48 ± 6 мс (у 2 больных 80 мс).

Эхо-КГ после ЭКВ: ЛП увеличилось на 1% ($p=0,8$), КДР уменьшился на 3% ($p=0,06$), КСР уменьшился на 7% ($p=0,01$), ФВ увеличился на 9% ($p=0,02$). После МКВ: ЛП увеличилось на 1% ($p=0,7$), КДР уменьшился на 2% ($p=0,2$), КСР уменьшился на 4% ($p=0,1$), ФВ увеличился на 4% ($p=0,005$). Также была проанализирована Эхо-КГ у 6 больных, которым ритм не удалось восстановить: ЛП увеличилось на 4% ($p=0,09$), КДР увеличился на 2% ($p=0,3$), КСР уменьшился на 4% ($p=0,3$), ФВ увеличился на 3% ($p=0,4$).

Вывод. 1. Восстановление синусового ритма методом электроимпульсной терапии сопровождается улучшением параметров кардиогемодинамики: достоверно уменьшаются диастолический и систолический размеры сердца, и увеличивается фракция выброса; на фоне применения хинидина достоверно увеличивается ФВ.

2. У тех больных, которым не удалось восстановить синусовый ритм, достоверно увеличились размеры ЛП.

0038 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИКОВ МОРДОВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМ ОБЩЕСТВОМ КАРДИОЛОГОВ В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЕ «РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ»

Александровский А.А., Макашкин Н.П., Аширов Р.З., Оганов Р.Г., Романов М.Д., Колпаков Е.В., Морозов М.Ю., Степанова Е.А., Грибанов А.Н., Николаев В.И., Котляров А.А.

ГОУВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», Министерство здравоохранения РМ, МУЗ «4-я городская клиническая больница», ФГУ «НИЦ профилактической медицины», ЦКБ № 1 ОАО «Российские железные дороги», Саранск, Москва, Россия

Основание: Социально-экономические и медико-биологические трудности уменьшения смертности от заболеваний органов кровообращения служат основанием для непрерывного поиска оптимальных путей ее снижения. Определенную помощь клиницистам и организаторам здравоохранения могут оказать такие инновационные технологии, как телемедицина и Интернет.

Цель: улучшить диагностику и лечение нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда участием в глобальной Программе «Регистр острых коронарных синдромов» (Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)), приблизив региональную кардиологию к мировому уровню.

Методы: заполнение компьютеризованной истории болезни, телемедицинская связь через Интернет с Европейским обществом кардиологов (ЕОК), анализ результатов и внедрение международных методов диагностики и лечения острых коронарных

синдромов (ОКС) в больницах Мордовии и в учебный процесс на клинических кафедрах МГУ им. Н.П.Огарева.

Предварительные результаты: В процессе перевода истории болезни и Протокола исследования на русский язык возникла необходимость более детального изучения российских, европейских и американских методических рекомендаций для ОКС, а также других литературных источников с позиций доказательной медицины. Полученные новые знания и методики GRACE начали внедряться в практику работы местных кардиологов, которые приняли новацию без энтузиазма, ссылаясь, в основном, на экономические проблемы. Пришлось применять методы административного воздействия и принципы материальной заинтересованности. Реализация упоминаемой Программы потребовала дополнительных расходов, но обследование и лечение пациентов с ОКС стало улучшаться. Работа с Регистром ОКС не только способствовала приближению кардиологической помощи к соответствующим Стандартам Минсоцздрава РФ, но и выявила ряд недостатков в них (рекомендации этанола, нифедипина, дозы нитроглицерина и др.).

Судя по оперативным данным ЕОК на середину апреля 2007 г., в Программе участвуют 104 центра (активно работают 49) из 31 страны (активные центры в 21 стране): Бельгия, Великобритания, Германия, Испания, Франция и др. Зарегистрировано 6 российских центров, но активно сотрудничают только 3, в т.ч. — Мордовский центр Миокард.

Выводы: участие в международной Программе «Регистр ОКС» улучшает обследование и лечение пациентов с неотложной коронарной патологией, заметно повышает качество до- и последиатрической подготовки провинциальных медиков, мотивирует создание местных методических рекомендаций и Стандартов по кардиологии.

0039 НЕЗАВИСИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алексеев Д.В., Виноградов В.Ф.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучить возможности прогнозирования раннего неблагоприятного исхода у больных, переживших первые сутки острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Методы исследования: обследовано 252 больных ОИМ (178 мужчин и 74 женщины, медиана возраста 62 года). Основную группу, использовавшуюся для построения прогностической модели, составили 192 больных. Оценка работоспособности полученной модели проводилась на независимой контрольной выборке из 60 пациентов. Основная и контрольная группы статистически значимо не различались по изучаемым признакам. Пациенты наблюдались от момента поступления в стационар до выписки (медиана продолжительности госпитального периода — 23 дня). В исследовании изучен риск развития комбинированной конечной точки, включавшей в себя смерть и развитие серьезных осложнений, таких как нефатальный рецидив ОИМ, острая сердечная недостаточность (ОСН), а также угрожающие жизни нарушения ритма и проводимости. Течение заболевания считалось неблагоприятным в случае возникновения указанной конечной точки. В остальных случаях течение ОИМ условно считалось благоприятным. Все пациенты в первые двое суток госпитализации прошли однократное комплексное клиническое, психологическое и инструментальное обследование, включавшее в себя сбор анамнеза, физикальное исследование, электрокардиографию в 12 отведениях, ритмографию для изучения вариабельности сердечного ритма, поверхностное картирование электрокардиограммы (ПКЭКГ), эхокардиографию, оценку выраженности депрессии по шкале Гамильтона. Для прогнозирования возникновения указанной конечной точки использовался метод бинарной логистической регрессии.

Результаты: В основной группе благоприятное течение заболевания наблюдалось у 129 (67,2%) пациентов, неблагоприятное — у 63 (32,8%) больных. Независимыми предикторами неблагоприятного течения ОИМ по данным многофакторного регрессионного анализа были следующие факторы:

Клинические: степень тяжести ОШН при поступлении — отношение шансов (ОШ) 22,37 при 95% доверительном интервале (ДИ) от 2,01 до 34,92 и частота сердечных сокращений при поступлении — ОШ 1,05; ДИ 1,01–1,09.

Психологические: степень выраженности депрессивной симптоматики — ОШ 1,2; ДИ 1,1–1,3.

Эхокардиографические: структурно-функциональный индекс (интегральный эхокардиографический показатель, впервые предложенный авторами и представляющий собой отношение конечно-диастолического размера левого желудочка к фракции выброса) — ОШ 4,75; ДИ 1,48–15,3; тип трансмитрального диастолического спектра кровотока — ОШ 1,68; ДИ 1,06–4,56.

Показатели ПКЭКГ: общая площадь зоны некроза ≥ 21 см² или наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса — ОШ 6,21; ДИ 1,99–19,35;

Выводы: При прогнозировании исходов и осложнений у больных, переживших первые сутки ОИМ, наиболее эффективно сочетание клинико-психологических данных с результатами неинвазивных инструментальных методов исследования.

0040 ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Алиева Д.З., Хасаев А.Ш.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования. Изучить состояние внутрисердечной и центральной гемодинамики у многорожавших женщин.

Материал и методы. Обследовали 56 небеременных женщин фертильного возраста. В зависимости от числа предшествовавших родов они были распределены следующим образом — 21 нерожавшая (1 подгруппа), 19 — малорожавших (2 подгруппа) и 16 многорожавших (3 подгруппа).

Центральная гемодинамика исследована методом эхокардиографии. Измерение параметров левого желудочка в М — режиме в нашем исследовании проводилась по методу Penn convention. В ходе исследования определяли следующие показатели гемодинамики: конечно-систолический объем (КСО), конечно-диастолический объем (КДО), ударный объем (УО), минутный объем сердца (МОС), фракцию выброса (ФВ), работу левого желудочка (РЛЖ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), среднее гемодинамическое артериальное давление (АД ср.).

Результаты и обсуждение. Гемодинамические показатели у женщин 1 подгруппы соответствуют существующим нормативам. Во 2 и 3 подгруппах эти показатели, хотя и оказались в пределах нормальных значений, имели существенные отличия. Так, КДО, КСО, УО и УИ у них были более высокими, чем в 1 подгруппе. Эти изменения достигали статистической значимости у женщин 3 подгруппы. Как известно, увеличение объемов сердечных камер (КДО и КСО) принято рассматривать как признак менее эффективной контрактильной способности миокарда. ФВ, другой показатель эффективной работы сердца, также оказался выше в 1 подгруппе. Несмотря на это, величина МОС в 1 подгруппе была такая же, как и во 2-й и 3-й. Очевидно, это связано с большей частотой у них ЧСС: $80,0 \pm 2,8$ против $72,5 \pm 1,7$ и $72,9 \pm 2,1$ сокращений за минуту ($p < 0,05$).

Закключение. Таким образом, основные кардиогемодинамические показатели у многорожавших женщин достоверно отличаются от таковых у нерожавших.

Мы рассматриваем эти изменения как показатель начинающегося снижения контрактильной функции сердца. Высокий УО, УИ и СИ при нормальной величине МОС необязательно указывают на хорошую сократимость миокарда. Более значимые показатели гемодинамики, такие как ФВ и КСО, у них говорят о начинающемся снижении контрактильной способности миокарда.

0041 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА В

ДИНАМИКЕ И ДАННЫМ КОРОНАРОГРАФИИ

Алфёров С.П., Свистов А.С., Власенко С.В., Рыжман Н.Н., Сухов В.Ю.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра военно-морской госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия.

Цель работы. На основании динамики изменений перфузии миокарда в процессе консервативного лечения по данным однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ), провести стратификацию риска возникновения инфаркта миокарда и внезапной смерти у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Сопоставить данные ОФЭКТ с результатами коронарографии (КАГ).

Методы. Обследовано 24 пациентов (возраст 41–63 года, 16 мужчин, 8 женщины) с ОКС без подъёма сегмента ST. По совокупности клинико-инструментальных данных все пациенты изначально были отнесены к группе низкого риска развития инфаркта миокарда и внезапной смерти (в соответствии с Национальными рекомендациями по диагностике и лечению больных с ОКС).

ОФЭКТ миокарда левого желудочка проводилась в покое с использованием радиофармпрепарата на основе технеция (99Тс). Оценка нарушений перфузии проводилась на основании количественного анализа участков гипо- и аперфузии миокарда левого желудочка по 16 стандартным сегментам. Проведена оценка показателей конечного диастолического объема (КДО) левого желудочка. Первичная ОФЭКТ проводилась в первые сутки лечения, повторная сцинтиграфия миокарда выполнялась данным пациентам через 15–20 дней после коронарного события. Части пациентов выполнена плановая КАГ.

Результаты исследования. У всех пациентов по данным первичной ОФЭКТ обнаружены дефекты перфузии миокарда различной степени и площади. В ряде случаев результаты первичной ОФЭКТ послужили дополнительным критерием в постановке окончательного диагноза мелкоочагового инфаркта миокарда.

При анализе парных ОФЭКТ у 80% обследованных больных низкого риска на фоне общепринятой консервативной терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения площади гипо- и аперфузии миокарда левого желудочка, степени нарушения перфузии по сегментам в процентах от должных показателей, уменьшение или отсутствие отрицательной динамики по показателю КДО левого желудочка.

В 20% случаях при повторном исследовании выявлена отрицательная динамика в виде расширения зоны и степени нарушения перфузии миокарда левого желудочка, увеличение показателя КДО. В данной группе больных выявлена прямая корреляционная связь между динамикой показателей ОФЭКТ и низкой толерантностью к физической нагрузке.

Область нарушения перфузии по данным ОФЭКТ в 100% случаев совпадала с атеросклеротическим поражением соответствующей коронарной артерии, кровоснабжающей данный участок миокарда.

По данным ОФЭКТ не выявлена линейная зависимость между площадью и процентной степенью нарушения перфузии миокарда левого желудочка и степенью стенозирования коронарной артерии по данным КАГ.

Выводы. Динамическая оценка показателей ОФЭКТ у обследованных больных в процессе обследования и лечения позволила выделить группу пациентов с высоким риском развития инфаркта миокарда и внезапной смерти на основании расширения зоны и степени гипоперфузии миокарда левого желудочка, возрастания показателя КДО.

Данным пациента показано применение хирургических методов лечения и более агрессивной тактики терапии в предоперационном периоде.

0042 АКУПUNKТУРНАЯ ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А.Л., Садыкова Г.А., Узенбаева Ф.В., Лысова Е.

Научно-исследовательский институт терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель — цитологическая характеристика тромбоцитов периферической крови в динамике гирудотерапии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. Обследованы 35 больных ИБС стенокардия напряжения ФК-II-III в возрасте от 45 до 72 лет. Мужчин 24, женщин 11. Качественную и морфофункциональную характеристику тромбоцитов проводили по С.Т.Наджимитдинову. Акупунктурную гирудотерапию проводили на следующие биологически активные точки: 1-й сеанс — V-VI межреберье слева на 2 поперечных пальца от заднесрединной линии 1 пиявка, на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка по средней линии пиявка, на 3 мм. от внутреннего ногтевого угла мизинца левой руки, V межреберье парастерно слева 1 пиявка. 2-й сеанс — III-V межреберье слева на 2-4 поперечных пальца от переднесрединной линии 4-5 пиявок. 3-й сеанс — на точки, расположенные в середине расстояния между внутренним концом складки локтевого сгиба и внутренним надмышечком плечевой кости правой и левой руки 2 пиявки, на точку, расположенную на пересечении переднесрединной и сосковой линии 1 пиявка. Экспозиция пиявок неполная — 10-15 минут. 4-й сеанс — по краю реберной дуги справа 4 пиявки. Экспозиция — полная.

Результаты. У обследованных больных при изучении качественной характеристики тромбоцитов в мазках периферической крови у 25% больных выявлено повышение агрегации тромбоцитов в виде увеличения малых, средних и появления больших агрегатов, усиления шероховатости, выпячивания на поверхности тромбоцитов в виде шиповидных отростков. Выявление слипания тромбоцитов к лейкоцитам приводило к образованию лейкоцитарного микротромба. При прогрессировании диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови происходило слипание к лейкоцитарному микротромбу эритроцитов. Появление миллионов лейкоцитарно-эритроцитарных микротромбов в кровеносном сосуде прогнозировало о сосудистой катастрофе. Агрегация и агломерация тромбоцитов сопровождается секреторной их деятельностью по мерокриновому типу. При этом происходит полное и частичное порождение тромбоцитов. К концу курса лечения после приема 4-5 сеансов гирудотерапии по акупунктурно-сегментарному принципу значительно уменьшились слабость, боли в области сердца, улучшился сон, стало реже беспокоить сердцебиение. По данным ЭКГ улучшились обменные процессы в миокарде. Положительный эффект лечения наблюдался у 80% обследованных, улучшилось качество жизни. Цитоморфологические исследования качественной характеристики тромбоцитов свидетельствовали об усилении процесса дезагрегации характеризующиеся снижением процесса адгезии и агломерации тромбоцитов в периферической крови.

После лечения тромбоциты располагались в одиночку, становились мелкими, неактивными, что свидетельствовало о снижении процесса гиперкоагуляции и тенденции нормализации свертывания крови.

Таким образом, функционально-морфологическая характеристика тромбоцитов периферической крови служит одним из ранних и доступных методом, указывающим на прогноз нагревающего тромбоцитарного внутрисосудистого тромба. Своевременное выявление и профилактическое лечение, в том числе акупунктурной гирудотерапии снижает риск сосудистых катастроф.

0043 ДИНАМИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЭКСЦЕНТРИЧЕСКИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Амурханова Л.М., Джалимбаев Э.Д., Аманалиева Н.О., Крошкун Ю.А., Тюлемышева Г.Ж.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценка динамики показателей систолы и диастолы при длительном наблюдении у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с эксцентрическим ремоделированием сердца.

Материал и методы: обследовано 155 больных (средний возраст 45,4±2,6 лет) с ранней стадией ЭГ без ЭКГ или ЭХОКГ

признаков ГЛЖ. Гемодинамические параметры оценивались с помощью двумерной и доплер-ЭхоКГ на аппарате «Sequoia-256» фирмы «Acuson» (США). Эксцентрическое ремоделирование сердца определялось по следующим признакам: относительная толщина стенок (ОТС) < 0,45; индекс КДР ЛЖ > 3,1 см/м² и индекс ММЛЖ < 125 г/м². Длительность наблюдения составила от 4,5 до 6 (в среднем — 5,2±0,4) лет.

Результаты: среди 155 больных ЭГ эксцентрическое ремоделирование ЛЖ выявлено у 18 пациентов. При повторном обследовании АД было практически таким же (143,3±3,3/97,6±0,3 мм рт.ст. до и 139,3±3,3/96,3±3,3 мм рт.ст. в конце наблюдения). Толщина МЖП (0,91±0,06 см) и задней стенки ЛЖ (0,93±0,01 см) оставалась неизменной (0,92±0,02 и 0,92±0,02 см, соответственно). Индекс массы миокарда ЛЖ (106,8±16,6 и 110,7±3,15 г/м², соответственно) достоверно повышался в основном за счет некоего увеличения КДР ЛЖ (с 5,24±0,1 см до 5,40±0,1 см) при неизменной ФВ ЛЖ (64,0±3,0% до и 66,1±2,0% после). Показатели диастолической функции ЛЖ имели тенденцию к ухудшению. В частности, отношение E/A снизилось с 0,98±0,06 до 0,85±0,05 (нд), а отношение E1/A1 уменьшилось с 1,48±0,21 до 1,41±0,14 (нд). Размер левого предсердия увеличился в среднем на 3,8% (с 2,9±0,08 см до 3,01±0,15 см), однако изменения также были недостоверными. Что касается геометрических характеристик ЛЖ, то у всех 18 пациентов к концу наблюдения сохранялся эксцентрический тип ремоделирования, т.е. перехода в другие типы структурной перестройки сердца не наблюдалось ни в одном случае.

Выводы: у больных эссенциальной гипертензией с эксцентрическим ремоделированием сердца при наблюдении в сроки до 5 лет не отмечается существенной динамики систолических показателей. Диастолические параметры имеют тенденцию к незначительному ухудшению.

0044 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВАРИАбельНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Целью исследования было изучить взаимосвязь показателей, характеризующих психологический статус (ПС) больных со стабильной артериальной гипертензией (АГ) и четырех типов вариальности артериального давления (АД): I — вариальность в период бодрствования (ВАДд); II — вариальность в период, проведенный на рабочем месте (ВАДр), III — вариальность в ночной период (ВАДн), IV — вариальность за сутки (ВАДс).

Материалы и методы: После двухнедельной отмены антигипертензивной терапии 217 больным с АГ без тяжелых сопутствующих заболеваний оценивался ПС, проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). Аппарат для СМАД (SpaceLabs 90207) устанавливался в период между 10-10.30, затем больные ориентировочно в 11 часов прибывали на свое рабочее место. Период бодрствования определялся как промежуток времени между 8-22, ночной период — 0-6, период «на рабочем месте» — 11-19 часами. При оценке психологического статуса применялась русская версия психологического опросника «Minnesota Multiphasic Personality Inventory» — СМОЛ (Зайцев В.П. 1982). Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмена, с учетом возраста, пола и продолжительности АГ. ВАД определялась как стандартное отклонение от средней с использованием программы APBM-FIT и индивидуального анализа.

Результаты: Среднесуточные показатели СМАД составили: для систолического АД (САД) — 145,3±11,3, диастолического (ДАД) — 91,4±7,1 мм рт.ст. Были выявлены следующие прямые достоверные корреляционные связи (p<0,05) ПС и ВАД: а) ВАДр была взаимосвязана с показателями шкал L, 6; б) ВАДд — шкалы 6; в) ВАДн — шкалы 3; г) ВАДс — шкалы 4. Таким образом, повы-

шение показателей шкал, характеризующих уровень социальной дезадаптации (психоэмоциональная незрелость, агрессивность, стремление к лидерству, демонстративность поведения — шкалы L, 4, 6, 3) приводили к повышению вариабельности АД. Вместе с тем, были выявлены обратные достоверные корреляционные связи ($p < 0,05$): 1) ВАДр была взаимосвязана с показателями шкал 9, 7; 2) ВАДд — шкал 1, 9; 3) ВАДн — шкалы 1. Таким образом, повышение показателей шкал, отражающих астенический тип поведения (социальная конформность, сострадательность, отсутствие лидерских черт характера — шкалы 1, 7) а также оптимизм и жизнерадостность (шкала — 9) приводили к снижению ВАД. Кроме того ВАДр в большей степени зависела от показателей психологического статуса больных (шкалы L, 6, 7, 9) чем остальные типы ВАД.

Выводы: Снижение уровня ВАД больных со стабильной АГ было взаимосвязано с астеническим типом поведения и такими чертами характера, как социальная комфортность, сострадательность и оптимизм. Напротив, психоэмоциональная незрелость, агрессивность, стремление к лидерству, демонстративность поведения приводили к повышению ВАД.

0045 СОПОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ДНЕВНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

Целью исследования было сопоставить информативность двух видов дневной вариабельности артериального давления (АД) у больных со стабильной артериальной гипертензией (АГ): I — в период бодрствования (ВАДд); II — в период, проведенный на рабочем месте (ВАДр)

Материалы и методы: Представлены результаты анализа базы данных 6 исследований (217 больных). После двухнедельной отмены антигипертензивной терапии больным с АГ и без тяжелых сопутствующих заболеваний оценивалось качество жизни (КЖ), проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). Аппарат для СМАД (SpaceLabs 90207) устанавливался в период между 10 — 10.30, затем больные ориентировочно в 11 часов прибывали на свое рабочее место. Повторное СМАД и оценка КЖ проводилось после курса эффективной монотерапии основными антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозировках в течение 1-3 месяцев. Период бодрствования определялся как промежуток времени между 8 — 22, ночной период — 0 — 6, период «на рабочем месте» — 11-19 часами. Для изучения КЖ применялся опросник «General Well-Being Questionnaire» (Siegrist J. и соавт, 1989). Шкалы I, II, III, IV, V, VI, VII опросника соответственно оценивали физическое самочувствие, работоспособность, положительное и отрицательное психологическое самочувствие, психологические способности, способность к социальным контактам, социальное самочувствие пациентов. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента Спирмена, с учетом возраста, пола и продолжительности АГ. ВАД определялась как стандартное отклонение от средней с использованием программы ARBM-FIT и процедуры индивидуального анализа. Информативность ВАР была оценена на основании расстояния Махаланобиса и t-критерия (показатель считался информативным при $t > 1,98$) при сопоставлении данных до и после лечения.

Результаты: Среднесуточные показатели СМАД составили: для систолического АД — $145,3 \pm 11,3$, диастолического — $91,4 \pm 7,1$ мм рт.ст. Было показано, что ВАДд не обладала информативностью, в то время как ВАДр (средняя и диастолическая) была информативна ($t = 2,50$ и $t = 2,17$ соответственно). Кроме того, были выявлены следующие статистически значимые корреляции ($p < 0,05$): 1) ВАДд с показателями шкал I, II, VI опросника КЖ; 2) ВАРр — шкал I, III, IV, VI, VII. Таким образом, ВАДр: 1) обладала большей информативностью по сравнению с ВАДд; 2) коррелировала практически со всеми составляющими КЖ.

Выводы: ВАДр в большей степени взаимосвязана с КЖ т.к. не зависит от циркадного ритма АД и отражает в основном тран-

зиторные, стресс-индуцированные подъемы АД на рабочем месте. Исключение из анализа промежутков времени, связанных с циркадными переходами парасимпатической активности нервной системы в симпатическую повысило информативность оценки ВАД в дневной период.

0046 АСИСТОЛИЯ ГЛАЗАМИ ЛАБОРАНТОВ

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

Краевая клиническая больница, Пермь, Пермская медицинская академия,

Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Минувшие полвека клиницисты посвятили поиску и анализу различных аспектов нестабильности миокарда, среди которых преобладают электрофизиологические методы. Между тем ещё на рубеже XIX — XX веков целой плеядой выдающихся представителей фундаментальной науки физиологии была сформулирована ионная теория раздражения, отшлифованная в дальнейшем.

Цель работы — изучить условия, в которых стабильные состояния реализуются в нестабильные в рамках возможностей лабораторий больницы.

Методы исследования: работа выполнена на базе клиники госпитальной хирургии Пермской медицинской академии в основном в 1996—98 годах. Особенность её заключается в том, что никаких протоколов в то время и быть не могло. С появлением оборудования нового поколения отработывалась методика исследования параметров гомеостаза на анализаторах Radiometer ABL 505 (Дания) и Chiron Diagnostics 860 (США). Забор крови был доверен ведущим специалистам больницы — важнейший преаналитический этап исследования — шаг в бездну неопределённости! Эмпирические поиски позволили сформировать из многотысячного потока разрозненных исследований 2 группы пациентов: первую (контрольную) — условно здоровые сотрудники лабораторий ($n = 34$), в начале исследований их средний возраст составлял 32 года (от 8 до 67), среди них 14 мужчин и 20 женщин; во вторую группу включены больные реанимационных отделений преимущественно экстракардиального хирургического профиля (без явных структурных изменений сердца), $n = 77$, средний возраст был = 44 годам (от 13 до 79), из них 56 мужчин и 21 женщина. За прошедшие 11 лет мы неоднократно пересматривали полученные лабораторные данные, сопоставляя их с параметрами ЭКГ и динамикой клиники.

Результаты: в реанимации из 77 человек умерло 26 с тяжёлыми заболеваниями на фоне массивных ятрогенных вмешательств. Однако больше всего «сюрпризов» за минувшие годы преподнесла группа контроля: зарегистрировано 7 неотложных ситуаций и 3 смерти. Парадоксально, но в системе гомеостатизации события развивались по единому биологическому сценарию: истощение буферных систем крови, глубокие нарушения метаболического и респираторного звеньев гомеостаза, с «хрестоматийно-сквозными» критериями — гипоксией и нарушением кислотно-щелочного равновесия. Предопределяющим условием являлся электролитный дисбаланс — лабораторная предтеча дальнейшей электрической нестабильности и системных нарушений организма. Клинический парадокс заключался в отсутствии единого критического уровня электролитов, в частности, и носил индивидуальные диссипативные особенности.

Выводы: 1. Условия реализации стабильных состояний в нестабильные — переход систем гомеостатизации за рамки референтных отношений гомеостаза, когда «электролитное безумие» сменяется «электрохимическим молчанием» — асистолией. 2. Статистика плановых состояний неприемлема в urgentных ситуациях: посекундно обрушивается система жизнеобеспечивающих факторов.

0047 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Анкин В.В., Невзорова И.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель: изучить тяжесть и прогностическую значимость различных нарушений сердечного ритма и проводимости у лиц молодого возраста с идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК).

Методы: 62 подросткам мужского пола в возрасте от 14 до 18 лет с идиопатическим ПМК, верифицированным ЭхоКГ методом, проведено комплексное обследование, включавшее ЭКГ, ЭхоКГ, вариационную пульсометрию, велоэргометрию, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и электрофизиологическое исследование (ЭФИ) сердца.

Результаты: у 90,8% подростков выявлялись кардиалгические боли в области сердца. Одышка, в 1/3 случаев не соответствовала выраженности гемодинамических нарушений. Астено-невротические расстройства наблюдались у 2/3 больных, головные боли и головокружения — 70% обследованных, а у 21% из них зарегистрированы обмороки. Жалобы отсутствовали только у 6,5% подростков. На ЭКГ при ХМ у большинства больных выявлены различные аритмии: желудочковая (ЖЭ) (51,3%) и наджелудочковая (НЖЭ) (78,3%) экстрасистолия, синусовая тахи-брадиаритмия (18,4%), пароксизмальная мерцательная аритмия (МА) (2,6%), нарушения проводимости (3,6%). Аритмии, связанные с изменением функции автоматизма синусового узла (СУ) встречались в 5,2% случаев. Значения скорректированного интервала Q-T (Q-Tc) превышали его должные показатели на 25% ($p < 0,01$). Значения Q-Tc при ЖЭ имели тенденцию к удлинению ($0,441 \pm 0,24$; $p < 0,001$). Отсутствовала корреляция между нарушениями функции проводимости и изменениями интервала Q-Tc ($r = 0,18$; $p > 0,1$). У 74,4% больных НЖЭ зарегистрированы преимущественно в дневное время, что указывает на их недоброкачественный характер. При ЭФИ сердца у 11,9% подростков выявлены дополнительные пути проведения (ДПП) в атриовентрикулярной (АВ) зоне. У 70% обследованных эффективный рефрактерный период АВ соединения был ниже 200 мс., а в 15,3% случаев он сочетался с транзитной МА. При проведении проб с атропином нормализовались показатели ЭФИ функции СУ, а параметры состояния АВ области остались без изменения. У 78,3% обследованных ДПП сочетались с коротким рефрактерным периодом, что может способствовать трансформации НЖ аритмий в трепетание или мерцание желудочков. ЭФИ сердца позволило доказать функциональный характер нарушений в области СУ и органические изменения в АВ зоне.

Выводы: в возникновении дисритмий при ПМК существенную роль играют не только функциональные, но и органические изменения в проводящей системе сердца, что необходимо учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий. Для точной оценки механизмов возникновения аритмий и их прогностической значимости следует проводить комплексное инструментальное неинвазивное обследование лиц молодого возраста с проявлениями ПМК.

0048 ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЖЕНЩИН

Аникин В.В., Романова Т.О.

ГОУ ВПО Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучить клинко-функциональный статус и обосновать особенности реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ) женщин.

Методы исследования: программа сравнительного изучения 120 женщин 37-75 лет ($56,9 \pm 0,86$ лет) и 100 мужчин 37-72 лет ($51,9 \pm 1,9$ лет) больных инфарктом миокарда включала углубленное клиническое обследование с анализом жалоб, факторов риска, гликемического профиля, ЭКГ, проведение холтеровского мониторирования (ХМ), эхокардиографии.

Результаты: установлено, что при ИМ у женщин по сравнению с мужчинами в 5 раз чаще выявлялся сахарный диабет, в 1,5 раза — артериальная гипертония, в 2,5 раза — отягощенная наследственность, в 2 раза — избыточная масса тела, в 2,5 раза — абдоминальный тип ожирения. Курение в 3 раза чаще отмечалось у мужчин, однако, его встречаемость у женщин также оказалась

высокой (25%). В 27% случаев у них наблюдалась преждевременная менопауза или овариэктомия (22%). Типичный болевой синдром (42,5%) начала ИМ у женщин сочетался (37,5%) с выраженной одышкой или удушьем, болями в животе, рвотой и другими атипичными проявлениями ИМ. При ХМ установлено, что аритмический синдром встречался практически у всех больных, независимо от пола. Злокачественные наджелудочковые аритмии достоверно чаще определялись у женщин (35,1%) по сравнению с мужчинами (15,9%); желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну преобладали среди мужчин (52,9%) и женщин старше 55 лет (44,2%) по сравнению с женщинами моложе 55 лет (24%). Наблюдалась прямая зависимость выраженности аритмического синдрома от длительности и степени артериальной гипертонии. Проявления желудочковой экстрасистолии прямо коррелировали с обширностью и глубиной ИМ и были заметнее у женщин с Q-ИМ. Ранняя постинфарктная стенокардия, сопровождавшаяся дислокацией сегмента ST, по данным ХМ, возникала чаще и была выраженнее у женщин (27,3%), чем у мужчин (17,6%). При исследовании вариабельности сердечного ритма у 92,8% женщин и 88,3% мужчин наблюдались признаки вегетативной дисфункции с преобладанием симпатикотонии и изменениями показателей как временного, так и спектрального анализа, которые находились в ассоциативных взаимоотношениях с проявлениями аритмического синдрома.

Заключение: выявленные особенности ИМ у женщин обосновывали дифференцированные подходы к непрерывному восстановительному лечению, включавшему нивелирование отягощающих факторов, комплексную терапию бета-адреноблокаторами (метопролол, небиволол), ингибиторами АПФ (зофеноприл), антиагреггационными и антиаритмическими препаратами, антидепрессантами (коаксил) и небензодиазепиновыми анксиолитиками (афобазол), а также дозированные физические нагрузки. Все это приводило к мобилизации коронарных резервов, улучшало репаративные процессы в сердечной мышце и функционирование аппарата кровообращения, способствовало восстановлению физического, психического и вегетативного статуса больных.

0049 ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ДОКСОРУБИЦИНА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТЕКЦИИ МИОКАРДА ПРИ ПОМОЩИ СТАТИНОВ

Антон Е.А. Иванов В.М., Кобец В.А., Чобану Н.В., Корчма-ру И.Ф., Попович М.И.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: Изучение возможности протекции миокарда при помощи правастатина у пациентов получающих противоопухолевую терапию кардиотоксическим цитостатиком доксорубицином.

Методы исследования: В исследование были включены 53 пациента (29 мужчин, 24 женщины, средний возраст $49,5 \pm 1,9$ лет) с Неходжкинской лимфомой, получавшие доксорубицин (Дк) в течение 5 мес (суммарная доза 300 мг/м²). Все пациенты были подразделены на 3 группы: в 1-ую группу вошли 15 пациентов без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (СССП) (контрольная), во 2-ую группу — 20 пациентов с СССП, в 3-ю группу — 18 пациентов с СССП которым одновременно с химиотерапией был назначен правастатин в дозе 20 мг/сут. Эхокардиографию в одно- и двухмерном режимах, а также импульсную доплер-эхокардиографию выполняли до начала химиотерапии и по окончании основного курса. Забор крови для исследования липидного спектра осуществлялся утром, натощак до начала лечения и на фоне химиотерапии: через 2 мес и через 5 мес. Уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов высокой плотности (ЛВП) в сыворотке крови определялся ферментативным методом. Содержание в крови холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛНП) рассчитывалось по формуле Friedewald.

Полученные результаты: В результате 5-ти месячной противоопухолевой терапии в 1-ой и во 2-ой группах были обнаружены характерные для доксорубицинового поражения изменения

параметров систолической функции левого желудочка (ЛЖ), преимущественно у пациентов с СССП: достоверное снижение фракции выброса (ФВ) на $4,1 \pm 1,8\%$, укорочение времени выброса (ВВ) на $32,9 \pm 10,1$ мсек, увеличение индекса Tei (ИТ) от $0,56 \pm 0,03$ до $0,63 \pm 0,03$. В 3-ей группе была отмечена положительная динамика функциональных показателей сердечной деятельности: достоверное увеличение ФВ на $2,6 \pm 1,1\%$, ВВ на $12,3 \pm 5,4$ мсек и уменьшение ИТ от $0,58 \pm 0,03$ до $0,52 \pm 0,02$. Кроме того, в группе получавшей правастатин было выявлено достоверное снижение сыровоточного уровня ОХ и ЛНП (на $7,6\%$ и $15,6\%$ соответственно), содержание которых в 1-ой и во 2-ой группах достоверно повысилось, что подтверждает литературные данные о характере спровоцированных Дк изменений в липидном спектре.

Выводы: 1. Применение Дк в кумулятивной дозе 300 мг/м^2 в течение 5-ти мес сопровождается ухудшением параметров сократительной функции, преимущественно у пациентов с СССП; 2. При одновременном назначении правастатина отмечается улучшение показателей сердечной деятельности, что вероятно является проявлением его кардиопротекторного эффекта. 3. Коррекция гиперлипидемического эффекта Дк при помощи правастатина, является концептуально важным для пациентов с СССП, получающих Дк-содержащую химиотерапию.

0050 ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Глебов Н.О., Белошапкина Г.А.*, Перевозчикова Т.В.*

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

Целью исследования было выявить особенности эндотелиальной функции у больных с АГрм и найти возможные взаимосвязи эндотелиальной функции и стресс-реактивности.

Материалы и методы. В исследование включены 50 мужчин с машинистов и помощников машинистов локомотивов с артериальной гипертонией на рабочем месте (АГрм), у которых выявлено повышение среднесуточного артериального давления (АД) $>135/85 \text{ мм.рт.ст.}$ и различия между среднесуточными показателями систолического и/или диастолического АД, полученными в рабочие и выходные дни, на 6 и более мм рт.ст. и/или 3 и более мм рт.ст. соответственно. Кроме общеклинического обследования проводились холодная проба, психоментальные тесты с чтением незнакомого текста и математическим счетом. Для оценки эндотелий — зависимой вазодилатации (ЭЗВД) использовали окклюзионную пробу на аппарате «Acuson Aspen» (США). ЭЗВД оценивали в процентном отношении к исходной величине, нормальной реакцией плечевой артерии на увеличение скорости кровотока считали ее расширение не менее чем на 10% от исходной величины. Тест математический счет представлял собой устное вычитание однозначного числа (7) из трехзначного (624) с переключением внимания, с учетом дефицита времени, критики работы в течение 3 минут. Отрицательные эмоции во втором психоментальном тесте моделировались при публичном прочтении незнакомого текста. Оценивали максимальное АД на фоне пробы и изменение величины АД по сравнению с исходными значениями.

Результаты. При оценке эндотелиальной функции исходный диаметр плечевой артерии составил $4,6 \pm 0,18 \text{ мм}$, а ЭЗВД — $3,61 \pm 5,1\%$. Индивидуальный анализ показал, что 30% пациентов АГрм имеют ЭЗВД $>10\%$, 20% — сниженную вазодилатацию, у 50% пациентов выявлена вазоконстрикторная реакция. По полученным нами данным существует ассоциация повышенной кардиоваскулярной реактивности при холодной пробе с наследственной предрасположенностью к АГ. При проведении холодной пробы у больных с отягощенной по АГ наследственностью прирост САД составил $18,5 \pm 2,2 \text{ мм рт.ст.}$, значение этого показателя у пациентов не имеющих наследственный фактор было ниже ($p < 0,05$) и составило $11,9 \pm 2,4 \text{ мм рт.ст.}$. Имеется отрицательная корреляционная связь между приростом ДАД при выполнении теста математический счет и ЭЗВД ($r = -0,52$, $p = 0,01$). Боль-

ные с вазоконстрикторной реакцией эндотелия на манжеточную пробу по сравнению с пациентами, ответившими на окклюзию плечевой артерии дилатацией, имели прирост САД меньший на 33% ($p < 0,05$) при холодной пробе и больший на 46% ($p < 0,05$) при чтении незнакомого текста, больший прирост ДАД на 64% ($p < 0,05$) при проведении теста «математический счет».

Выводы. Для больных с гипертонией на рабочем месте характерно нарушение эндотелиальной функции и высокая частота вазоконстрикторных реакций. Имеется взаимосвязь сосудистой реакции на тест математический счет и ЭЗВД.

0051 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Шахматова К.И.*, Лобанова Н.А.*, Куликов В.П., Перевозчикова Т.В.*, Попов А.А., Ломаев И.С.*

Алтайский государственный медицинский университет, ОКБ на ст. Барнаул, ОАО РЖД*, Барнаул, Россия

Целью исследования: оценить показатели суточной вариабельности сердечного ритма (ВСР) и электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГВР) у работников стрессовых профессий с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. Обследованы 81 мужчин с АГ в возрасте от 30 до 64 лет, которые были разделены на две группы. Первую группу (39 человек) составляли машинисты и помощники машинистов (средний возраст $45,7 \pm 6,6$), вторую группу 42 железнодорожника других профессий (средний возраст $52,0 \pm 6,3$). Проводили суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ), оценку суточной вариабельности сердечного ритма (ВСР) и показателей ЭКГВР. При анализе суточной ВСР оценивались спектральные показатели и параметры гистограммы. При СМЭКГ оценивались нарушения ритма сердца, среднее за сутки частота сердечных сокращений (ЧСС) и длительность скорректированного интервала QT.

Результаты исследования. Средние значения всех исследуемых показателей в обеих группах были в пределах нормы и достоверно не отличались. При индивидуальном анализе частота встречаемости отдельных показателей в каждой группе была различной. По данным СМЭКГ выявлены сопоставимые результаты по возникновению нарушения ритма в обеих группах: суправентрикулярная экстрасистолия у 46% в 1-ой группе и 40% во 2-ой группе, вентрикулярная экстрасистолия у 30% человек в 1-ой группе и 19% во 2-ой, эпизоды синусовой тахикардии имелись у 2% пациентов в каждой группе, эпизоды желудочковой тахикардии у 2,5% пациентов в 1-ой группе и у 11% во 2-ой, пароксизмы мерцательной аритмии у 7% человек в 1-ой группе и у 2,5% во 2-ой. Средняя за сутки ЧСС более 90 уд/мин в 1-ой группе регистрировалась у 56%, во 2-ой у 54%. Частота встречаемости увеличенного QT интервала (более 450 мс) более 50% от суточной записи ЭКГ в 1-ой группе у 10%, во 2-ой — у 21%. При анализе показателей суточной ВСР в 1-ой группе снижение общей ВСР ($SDNN < 100 \text{ мс}$) встречалось в 2%, во 2-ой — в 21% случаев ($p < 0,05$).

По данным ЭКГ ВР поздние потенциалы предсердий (ППП) выявлены у 54% пациентов в 1-ой группе и у 52% — во 2-ой. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) выявлены у 31% в 1-ой группе и у 20% — во 2-ой.

Выводы: у больных АГ стрессовой профессии реже встречается снижение общей ВСР, имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости поздних потенциалов желудочков, что требует дальнейшего изучения.

0052 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, ПРИ ПЕРЕВОДЕ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ

Антюфьев В.Ф., Аретинский В.Б.

Областная больница восстановительного лечения «Озеро Чусовское», Екатеринбург, Россия

Цель: определение лабораторных и функциональных показателей у больных, после хирургической реваскуляризации миокарда, при переводе на долечивание.

Материалы и методы. Контингент обследуемых – 589 работающих мужчин подвергнутых реваскуляризации миокарда и «переведенных», непосредственно из кардиохирургической клиники, через 1-3 недели после операции, для долечивания. Группу больных после операции КШ составили 453 мужчины среднего возраста 54,8 ($\sigma=7.2$) года. Группу пациентов после стентирования составили 136 мужчин среднего возраста 53,6 ($\sigma=6,9$) года.

Результаты. У пациентов, подвергнутых КШ, наиболее часто отклонения по показателям: СОЭ (у 56%), количество тромбоцитов (у 50%), содержание глюкозы, АСТ и АЛТ (у 30%), лейкоцитов (у 17%), снижение гематокрита (у 27%), количества эритроцитов (у 12%) и гемоглобина (24%). У большинства больных, переведенных после КШ, выявляются изменения основных показателей системы свертывания крови: АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов (у 45%), коллаген-индуцированная агрегация тромбоцитов (у 82%), концентрация фибриногена (у 71%), активированное частичное тромбопластиновое время (у 54%), тромбированное время (у 50%), РФМК (у 50%). Более чем у половины пациентов, после стентирования, выявлены отклонения по показателям: концентрация фибриногена (81%), АЧТВ (87%), ПТВ (68%), ТВ (50%).

У больных, переведенных для долечивания после КШ, оценка работоспособности показывает, что 12% имеют низкую работоспособность (III ФК), 35% высокую работоспособность (I ФК), и у 53% больных работоспособность среднего уровня (II ФК). У большинства больных, после КШ, при ХМ ЭКГ выявлены различные сердечные аритмии. Предсердные аритмии регистрировались до 95% больных, желудочковые до 75%. У 20% больных, после КШ, использование ХМ ЭКГ выявляет эпизоды ишемии. Ишемия миокарда при ХМ ЭКГ выявляется в 2,5 чаще, чем при выполнении ТТДФН по «субмаксимальному» протоколу. Среди больных после стентирования, предсердные аритмии у 93%, а желудочковые у 73% обследованных. В группе больных, подвергнутых стентированию во время острой фазы инфаркта миокарда, желудочковые аритмии достоверно чаще. ЖЭ у 73% больных, аллоритмированная ЖЭ у 14%, парная и групповая ЖЭ была документирована у каждого пятого (20,4%). Регистрация стандартной ЭКГ в состоянии покоя дает ошибочное представление о наличии и частоте сердечных аритмий. Использование ХМЭКГ у 1/4 больных (26,5%), после стентирования, регистрирует как болевые, так и бессимптомные эпизоды ишемии миокарда.

Пациентам на этапе «долечивания» необходима комплексная лекарственная терапия, включающая одновременное применение препаратов от трех до девяти фармакотерапевтических групп, на фоне широкого применения физиотерапевтических методов и комплексов лечебной физкультуры, что принципиально отличает этот этап от санаторного и требует специального стандартизованного протокола обследования и лечения.

0053 ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Аргунова М. О., Автандилов А. Г., Глазунов А. В., Мухтарова А. Н.

ГОУ ДПО «РМАПО Росздрави», Москва, Россия

Цель: Исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с такими факторами риска как ожирение и курение.

Методы: Обследованы 75 пациентов с АГ 1-2 степени в возрасте от 22 до 57 лет (средний возраст $36,8 \pm 12,2$ года) включительно с индексом массы тела (ИМТ) $>25 \text{ кг/м}^2$, которые были разделены на три группы: 1-группа 26 пациентов с АГ и ожирением, 2-группа 26 пациентов с АГ и курением, 3-группа 23 пациента с сочетанием АГ, ожирения и курения.

Диагноз АГ ставился на основании данных анамнеза, стабильного повышения САД $\geq 140-149 \text{ мм рт.ст}$ и/или ДАД $\geq 90-109 \text{ мм рт.ст}$ по данным троекратного измерения АД.

Проводилось исследование общей сонной артерии (ОСА), плечевой артерии (ПА) методом ультразвукового дуплексного сканирования.

Для определения величины комплекса интима-медиа (КИМ) сонной и плечевой артерии проводили ультразвуковое исследование в В-режиме по общепринятой методике, предложенной Р. Pignolli (1986 г.)

Результаты: У всех обследованных пациентов при ультразвуковом исследовании была достигнута хорошая визуализация сонной и плечевой артерий, позволяющая производить измерения. Толщина КИМ ОСА в 1 группе пациентов составила $0,579 \pm 0,144$, КИМ ПА в этой же группе $0,366 \pm 0,048$, во 2 группе КИМ ОСА $0,604 \pm 0,143$, а КИМ ПА $0,371 \pm 0,046$; в 3-группе обследуемых КИМ ОСА составила $0,616 \pm 0,131$, КИМ ПА $0,375 \pm 0,044$. Выявлено, что толщина КИМ ОСА и ПА в 3-группе пациентов больше, чем в 1 и 2 группах пациентов.

Выводы: Таким образом, по мере увеличения числа факторов риска наблюдается достоверное увеличение толщины КИМ ОСА и ПА. А наиболее серьезным фактором риска в плане воздействия на толщину сосудистой стенки является курение, сочетание которого с ожирением становится наиболее агрессивным.

0054 ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА НА ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМУЮ ДИЛАТАЦИЮ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Аргунова М. О., Автандилов А. Г., Петросян К. Р., Анфилов В. В.

ГОУ ДПО «РМАПО Росздрави», Москва, Россия

Цель: оценка влияния β -адреноблокатора метопролола при острой фармакологической пробе (ОФП) на эндотелий-зависимую вазодилатацию плечевой артерии по результатам ультразвукового дуплексного сканирования у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени и некоторыми факторами риска (ожирение и курение).

Методы: В исследование включено 75 пациентов с АГ 1-2 степени в возрасте от 22 до 57 лет (средний возраст $36,8 \pm 12,2$ года), которые были разделены на три группы: 1я группа – 26 пациентов с АГ и ожирением, 2я группа – 26 пациентов с АГ и курением, 3я группа – 23 пациента с наличием АГ, ожирения и курения. Средняя продолжительность АГ составила $7,32 \pm 1,94$ лет.

Диагноз АГ ставился на основании данных анамнеза, стабильного повышения САД $\geq 140-149 \text{ мм рт.ст}$ и/или ДАД $\geq 90-109 \text{ мм рт.ст}$ по данным троекратного измерения АД.

Проводилась ОФП с метопрололом в дозе 100 мг. Оценка эффективности метопролола осуществлялась через 2 часа, когда, согласно имеющимся литературным данным, наступал его максимальный терапевтический эффект. ОФП проводили после 10-дневного периода без антигипертензивной терапии.

Исследование плечевой артерии (ПА) производили методом ультразвукового дуплексного сканирования. До и после приема метопролола оценивали эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) ПА при проведении пробы с реактивной гиперемией (РГ), вызванной 4-минутной окклюзией сосуда с помощью пневмоманжеты.

Результаты: При ОФП с метопрололом отмечена тенденция к увеличению средних значений ЭЗВД ($p=0,06$). Диаметр ПА в покое до ОФП с метопрололом составлял в 1й группе $3,8 \pm 0,2 \text{ мм}$, во 2й группе $3,9 \pm 0,2 \text{ мм}$, в 3й группе $4,0 \pm 0,2 \text{ мм}$. При ЭЗВД степень прироста диаметра ПА в 1й группе составила 8,1%, во 2й группе – 8,4%, в 3й группе – 8,7%. Таким образом, в 3-группе пациентов степень увеличения диаметра ПА при ЭЗВД больше, чем в 1й и 2й группах пациентов.

Выводы: Результаты настоящего исследования демонстрируют тенденцию к улучшению среднего значения вазодилатирующей функции эндотелия при ОФП с метопрололом в отсутствии динамики показателей диаметра ПА в покое. Возможно, этот результат обусловлен тем, что у пациентов 3й группы (с изначально

сниженной ЭЗВД), достигается нормализация вазодилатирующей функции эндотелия, в то время как у пациентов 1й и 2й группы этот показатель не изменяется.

0055 ДИНАМИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ ЗА 40-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Аргунов В.А.

Якутский научный центр СО РАМН, Якутск, Россия

Цель: выявить динамику атеросклеротического процесса в аорте и коронарных артериях у коренного и некоренного населения Якутии за 40-летний период путем сравнения результатов трех этапов патологоанатомических эпидемиологических исследований.

Методы: по программе ВОЗ визуально-планиметрическим методом за три этапа исследований были изучены аорта и коронарные артерии у 1033 [1-ый этап -1962-65 (423), 2-ой этап -1985-88 (443), 3-ий этап -2001-03 гг (167)] практически здоровых мужчин коренного и некоренного населения Якутии в возрасте 20-59 лет, умерших насильственной смертью и не имевших каких-либо хронических заболеваний. Определялась площадь возвышающихся атеросклеротических поражений (ВП), которая складывалась из суммы площадей фиброзных бляшек, осложненных поражений и кальциноза, степень стеноза коронарных артерий.

Результаты: установлено, что за 40-летний период произошла существенная эволюция атеросклероза негативного характера, в виде утяжеления течения атеросклеротического процесса в аорте и коронарных артериях как у коренного, так и некоренного населения, с преобладанием тяжелых видов атеросклеротических поражений. Различия были более выражены в возрасте старше 40 лет, а также между первым этапом и последующими этапами исследования. При этом различия в площади ВП в нисходящей ветви левой коронарной артерии между вторым и третьим этапами исследований у лиц некоренной национальности были менее значительны, чем между первым и вторым, что свидетельствует о некоторой стабилизации атеросклеротического процесса в данной популяции. Для коренного же населения темпы роста площади ВП остаются стабильно высокими на всех этапах. Так, если у мужчин якутов в возрасте 50-59 лет площадь ВП в левой нисходящей коронарной артерии составляла на 1-ом этапе $15,4 \pm 0,9\%$, то на 2-ом и 3-ем этапах возросла соответственно до $20,8 \pm 1,2\%$ и $27,8 \pm 0,6\%$ площади сосуда. За прошедший период существенно увеличилась частота стенозов коронарных артерий с преобладанием множественных участков стенозирования. Нами установлены существенные различия в строении неизмененных сосудов, заключающиеся в меньшей толщине интимы аорты и коронарных артерий у детей и лиц молодого возраста коренной национальности. В коронарных артериях толщина интимы оказалась существенно меньше у детей коренной национальности старше 1 года (1-14 лет) и у молодых мужчин якутов в возрасте 20-39 лет. Различия были существенны в проксимальных сегментах коронарных артерий.

Выводы: сохранение темпов роста и распространенности тяжелых видов атеросклеротических поражений в аорте и коронарных артериях жителей Якутии в последние десятилетия вероятно обусловлено усилением влияния факторов риска, детерминированных изменениями традиций образа жизни и питания. Следует отметить, что меньшая частота и распространенность атеросклероза в сосудах у коренных жителей, в значительной степени, обусловлена генетически детерминированными этническими особенностями строения сосудистой стенки.

0056 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПЕРМИ

Аршин Е.В., Хлынова О.В., Туев А.В.

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

Целью работы явилось изучение распространенности и

структуры АГ у больных РА в зависимости от возраста и пола на модели миллионного города.

Материалы и методы: по данным бюро медицинской статистики информационно-аналитического центра МУЗ г. Перми на основании обращаемости больных в 2002 году по статистической отчетности (Ф-047) в городе на 01.01.03 зарегистрировано 1848 больных с РА. Мы проанализировали 1622 больных с РА, что составило 88% от генеральной совокупности. Выборка, превышающая по объему 70% от уровня генеральной совокупности, считается сплошной. Для определения распространенности АГ у больных с РА нами использовался сплошной целенаправленный скрининговый метод. На каждого больного с РА заполнялась индивидуальная карта на основании собеседования и анкетирования, а так же анализа амбулаторных карт (Ф-025) и историй болезни из архивов ревматологических отделений г. Перми (3 МСЧ и 11 МСЧ) за 5 лет (1998-2002 годы). Из общей базы больных с РА были вычленены все пациенты, имеющие по документации верифицированный диагноз АГ и принимающие гипотензивные препараты. У остальных больных исключался диагноз АГ. В течение пяти дней (дважды в день) в домашних условиях измерялось АД. Из двух измерений в день брался наибольший уровень АД. Если в течение двух дней уровень САД равнялся или превышал 140 мм рт.ст. и (или) уровень ДАД - 90 мм рт.ст., то такие пациенты были отнесены в группу больных РА с АГ.

Результаты исследования: АГ встречается среди больных РА в 45,4%, что выше популяционного уровня. Распространенность АГ с РА в г. Перми составляет 9,18 на 10000 и зависит от пола и возраста. Распространенность у мужчин - 2,28 на 10000, у женщин в 6,5 раз выше - 14,87 на 10000. После 40 лет частота АГ у женщин с РА превышает популяционный уровень и составляет в 40-49 лет - 31,3%, в 50-59 лет - 47,3%, в 60-69 - 63,1% и в 70-79 лет - 71,32%.

Выводы: наличие ревматоидного артрита является самостоятельным фактором риска, оказывающим влияние на формирование артериальной гипертензии, и выбора адекватной терапии актуальных заболеваний.

0057 СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е С ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Асадуллина Г.В., Муталова Э.Г., Мустафина О.Е., Хуснутдинова Э.К.

Башкирский государственный медицинский университет, Институт биохимии и генетики УНЦ РАН, Уфа, Россия

Цель настоящего исследования заключалась в анализе ассоциаций полиморфного варианта гена аполипопротеина Е (Апо-Е) с риском возникновения эссенциальной гипертензии (ЭГ).

Методы. Идентификацию аллелей проводили методом полимеразной цепной реакции с последующей обработкой продуктов амплификации рестриктазой *Hin6I*. Полиморфность структуры гена, кодирующего синтез Апо-Е, обуславливает наличие трех изоформ Апо-Е: Е2, Е3, Е4. Парное сравнение частот аллелей и генотипов проводили с использованием точного двухстороннего критерия Фишера. Относительный риск (OR) рассчитывали, как отношение шансов. Выборку больных ЭГ составили 166 мужчин (русских и татар по этнической принадлежности), без сопутствующих хронических заболеваний. В группу сравнения вошли 200 практически здоровых мужчин (русских и татар по этнической принадлежности), без признаков сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты. По частотам генотипов и аллелей гена АпоЕ статистически значимых различий между здоровыми лицами и больными ЭГ не обнаружено. Поэтому был проведен анализ частот генотипов в выборке больных с учетом факторов риска ССЗ (наследственная отягощенность, курение, гипертрофия левого желудочка, ожирение). Сравнение групп больных ЭГ с нормальной массой тела и с ожирением показало, что у русских больных с индексом массы тела (ИМТ) >29 в 9,5 раз ниже частота генотипа Е3/4 в сравнении с группой больных с ИМТ <25 (10,34% относительно 40,00%, $p=0.044$). У татар в выборке больных с ожирением также понижена частота генотипа Е3/4 (9,52% против 43,48%, $p=0.017$) и частота аллеля е4 (4,76% против 26,09%,

$p=0.008$). Известно, что аллель $\epsilon 4$, генотип E3/4 и E4/4 маркируют повышенный риск гиперхолестеринемии, инфаркта миокарда. Поэтому можно предположить, что понижение частоты генотипа E3/4 в выборке больных ЭГ с ожирением отражает эффект отбора лиц с генотипом E3/4 в связи с ССЗ. В выборке больных татар с ИМТ <25 не встречаются носители генотипа E2/3, тогда как у больных с ожирением этот генотип встречается в 19.05% случаев ($p=0.044$), а частота аллеля E2 у последних больных составляет 9,52% ($p=0.048$). Этот факт представляется закономерным в свете данных литературы о повышенном содержании в плазме крови у носителей аллеля $\epsilon 2$ триглицеридов, что является фактором риска ССЗ.

Выводы. Полученные результаты молекулярно-генетического анализа ДНК-полиморфного локуса гена Апо-Е свидетельствуют об участии данного гена в этиопатогенезе ЭГ и могут быть рекомендованы для разработки тестов при медико-генетическом консультировании с целью раннего выявления лиц с высоким риском развития заболевания.

0058 ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ, ФЕРРИТИНА И ЖЕЛЕЗА СЫВОРОТКИ ПРИ ИБС И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Атаманова М.А.¹, Горохова С.Г.¹, Елагин О.С.², Феночка О.Н.²

¹ ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; ² ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД, Москва, Россия

Цель: исследование связи атеросклеротического поражения коронарных артерий с показателями гемоглобина крови, ферритина и железа сыворотки.

Методы. Обследовано 287 пациентов (средний возраст 58,93±11,41 лет), страдавших различными формами ИБС. В зависимости от наличия или отсутствия СД изучаемые пациенты были разделены на две группы: 1-я – 226 пациентов без диабета, 2-я – 61 пациент с сопутствующим СД 2 типа. Всем пациентам проводили клиническое обследование по стандартной программе, включавшей ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ, клинический анализ крови, определение сывороточных концентраций железа, ферритина, трансферрина, ОЖСС; 174 пациентам была выполнена коронароангиография (КАГ). Степень поражения коронарных артерий условно оценивали в баллах: 0 – отсутствие признаков коронарного атеросклероза, 1 – однососудистое поражение, 2 – двухсосудистое поражение, 3 – многососудистое поражение (трехсосудистое поражение или сочетание поражения ствола левой коронарной артерии и одной из трех основных артерий).

Результаты. У 86 (38,1%) пациентов из 1 группы и у 29 (47,6%) пациентов 2-й группы выявлена анемия разной степени выраженности. Среди лиц с острым инфарктом миокарда уровень гемоглобина ниже 120 г/л выявлялся в 68%. По результатам КАГ, у 132 (75,9%) пациентов выявлялось поражение коронарного русла, в том числе у 33 (25,0%) 1-сосудистое, у 43 (32,6%) – 2-сосудистое, у 56 (42,4%) – многососудистое; у 42 (24,1%) пациентов коронарные артерии были без признаков атеросклеротического поражения, несмотря на наличие клиники стенокардии и признаков ишемии миокарда на ЭКГ (выявлены «мышечные мостики» и др.). Распределение пациентов с ИБС без инфаркта миокарда по уровню ферритина и степени поражения коронарного русла выявило достоверную взаимосвязь между степенью атеросклеротического поражения коронарного русла и показателями гемоглобина крови (хи-квадрат = 23,9, $p=0,000$), железа сыворотки (хи-квадрат = 16,5, $p=0,001$) и ферритина (хи-квадрат = 14,3, $p=0,006$); при многососудистом поражении коронарных артерий определялось снижение уровня указанных показателей гемоглобина крови и сывороточного железа, но повышение уровня ферритина сыворотки. Сравнение медианы значений ферритина сыворотки у пациентов обеих групп с многососудистым поражением выявило достоверно более высокий уровень этого показателя при сопутствующем диабете.

Выводы. Среди пациентов с ИБС, особенно при сочетании с СД 2 типа, отмечается высокая встречаемость анемии. Увеличение степени атеросклеротического поражения коронарных артерий ассоциировано со снижением уровня гемоглобина и железа

сыворотки, повышением концентрации ферритина. В большей мере отклонения указанных показателей выражены при сочетании ИБС с СД 2 типа. Полученные результаты следует учитывать при комплексной терапии ИБС.

0059 АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННАЯ ЭКСПРЕССИЯ АТРОГИНА-1 И TGF β В МИОКАРДЕ ВИЧ-ТРАНСГЕННЫХ И ДИКОГО ТИПА КРЫС И КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОЦИСТЕИНА

Ашихмин Я.И

Московская Медицинская Академия им.И.М. Сеченова, Москва, Россия; Emory University, Atlanta, USA

Избыточное потребление алкоголя может приводить к развитию дилатационной кардиомиопатии и миокардиальному фиброзу. Четкие механизмы, задействованные на ранних стадиях этого явления, до сих пор изучены недостаточно, равно как неразработанным остается и специфическое лечение алкогольной кардиомиопатии. К сожалению, распространенность алкоголизма среди ВИЧ-инфицированных лиц высока. Тем не менее, взаимодействие алкоголя и ВИЧ на уровне миокарда в настоящее время не охарактеризовано. В этой связи следующие цели работы были поставлены: (1) выявить молекулярные механизмы, запускающие развитие алкогольной/ВИЧ-кардиомиопатии, и (2) определить возможности процистеина, предшественника мощного антиоксиданта глутатиона, в ограничении алкоголь-индуцированного повреждения миокарда.

Методы. Трансгенные крысы, несущие гены ВИЧ-1, и крысы дикого типа в течение 12 недель получали алкоголь (36% от общего калоража) или воду (группы контроля) в составе жидкой диеты по Lieber-DeCarli. Количественный анализ экспрессии генов атрогина-1 и TGF β в миокарде левого желудочка (ЛЖ) проводился на аппарате ПЦР реального времени iCycler (Bio-Rad). Проводились морфологический анализ окрашенных гематоксилин-эозином и трихромом полутонких срезов ЛЖ и оценка соотношения масса сердца/масса тела.

Результаты. В группах ВИЧ (n=6) и ВИЧ + алкоголь (n=6), в сравнении с контрольными животными (n=6), регистрировалось более высокое соотношение масса сердца/масса тела ($p<0.05$), а также значимый периваскулярный фиброз и признаки атрофии, особенно выраженные в группе ВИЧ+алкоголь. Статистически достоверно экспрессия атрогина-1 была в 5–43 раза выше в группе алкоголя, в 14 раз выше – в группе ВИЧ и в =_32 раза выше в группе ВИЧ + алкоголь, в сравнении с группой контроля. Экспрессия мРНК TGF β была в =_5 раз выше в группе животных, получавших алкоголь. Последние исследования, проведенные в нашей лаборатории, свидетельствуют о том, что индуцированный алкоголем оксидативный стресс, включающий снижение уровня глутатиона, ведет к индукции атрогина-1. В отдельном эксперименте добавление в диету крыс, получавших алкоголь, процистеина снижало в 6 раз уровень мРНК атрогина-1 ($p<0.05$) и в 2 раза – TGF β (N/S), однако их экспрессия все же оставалась выше, чем в группе контроля. Интересно, что паттерн экспрессии Атрогина-1 и TGF β в мышечной ткани (m. plantaris) экспериментальных животных во многом повторял закономерности, выявленные в отношении миокарда.

Выводы. Таким образом, мы впервые, по нашим сведениям, продемонстрировали, что молекулярный каскад атрогин-1/TGF β , ассоциированный с миокардиальным фиброзом и дегенерацией пула протеинов, оказывается задействованным на ранних стадиях развития алкогольной кардиомиопатии и ВИЧ-кардиомиопатии. Введение в рацион питания процистеина снижает уровень экспрессии атрогина-1, что потенциально может противостоять развитию и прогрессированию алкогольной кардиомиопатии, в особенности в условиях хронической ВИЧ-инфекции.

0060 МАСКИ ГИПОТИРЕОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ащкина А.В., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Ведение больных с заболеванием щитовидной железы, а в частности с гипотиреозом, представляет собой некоторые трудности, поскольку клинические маски этого заболевания очень разнообразны. Больной П. 54 лет, наблюдался в клинике в сентябре 2006 г. Жалобы при поступлении на боль ноющего характера в левой половине грудной клетки, возникающую при ходьбе на 100 м; одышку, возникающую при подъеме на один этаж; подъема АД до 220 и 120 мм рт.ст.; смазанность речи; боли в ногах, усиливающиеся после ходьбы более 50 м.; общую слабость, сонливость, утомляемость. В 52 года появились ноющие боли в левой половине грудной клетки, одышка при обычной физической нагрузке, стало повышаться АД до 250 и 130 мм рт.ст. В 2005 году появились боли в ногах, стал отмечать смазанность речи. Объективно: рост 198 см, вес 110 кг, кожные покровы с желтушным оттенком, алопеция верхних и нижних конечностей, периорбитальный отек, голос низкий, речь не четкая. Тоны сердца приглушены, ЧСС 50 в мин. АД 190 и 110 мм рт.ст. При обследовании — клинический анализ крови: гемоглобин 118 г/л, гематокрит 38%, эритроциты 3,5 миллиона, ЦП 0,92; б/х крови: КФК 2814 ед/л (14 норм), МБ фракция 8,3 ед/л (норма); ЭКГ: ЧСС 46 в мин.; УЗИ б/п: стеатоз печени, билиарный сладж; ЭХО-КГ: акинез передней стенки ЛЖ, жидкость в перикарде; УЗИ щитовидной железы: объем 7,8 см³, в верхнем полюсе левой доли гипозоногенный узел 8,6-6,5 мм. Назначалась терапия энапом, арифоном, кардикетом, верошпиноном, на фоне которой состояние больного не улучшалось. Через 10 дней после начала терапии, были готовы результаты тиреоидных гормонов: Т3 в 0,76 пг/дл, Т4 1,4 пмоль/л, ТТГ 95 МЕ/л, Антитела к ТПО 847 МЕ/мл. Клинический диагноз: Сочетанные заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения III ф.к. Постинфарктный кардиосклероз (сроки ИМ известны). Первичный гипотиреоз тяжелого течения, развившийся в исходе хронического аутоиммунного тиреоидита. Гидроперикард. Фоновое заболевание: ГБ III ст. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Сопутствующие: Эмфизема легких. Пневмосклероз. Стеатоз печени. Билиарный сладж. К лекарственной терапии был добавлен L — тироксин в начальной дозе 12,5 мг, с последующим увеличением до 100 мг. Через месяц после начала терапии: состояние больного значительно улучшилось: боли в сердце не беспокоили, без одышки поднимался на 6 этаж, АД стабилизировалось на цифрах 130-140 и 80-90 мм рт.ст., болей в ногах нет, уменьшилась сонливость, периорбитальный отек, на ЭКГ ЧСС 76 в мин., КФК уменьшилась до 5 норм. Через пол года после назначенной терапии мы пригласили больного повторно: жалоб нет, вес 98 кг, речь четкая, КФК — 189 ед/л (норма), антитела к ТПО 22 нормы, остальные показатели тиреоидного статуса в норме. Это клиническое наблюдение еще раз доказывает, что щитовидная железа вездесущий орган, и коррекция гипотиреоидных состояний влияет на функцию многих органов и систем.

0061 МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СЕРИИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Бабак Н.Л., Дитятев В.П.

ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия; ГОУ ВПО «УГМА Росздрава», Екатеринбург, Россия

Цель: показать возможность и оптимизирующие эффекты ишемического preconditionирования (ИП), моделируемого серией физических нагрузок (ФН) у пациентов, которым планируется стентирование (Ст) коронарных артерий (КА).

Методы: в исследование включены пациенты со стабильной стенокардией (С) и ангиографически значимыми стенозами 1-2 КА. Для выявления склонности к ИП использован скрининг безболевой ишемии (БИ). Там, где по данным ВЭМ-пробы ишемические изменения ЭКГ опережали возникновение С или совпадали с ней, предполагалась наибольшая склонность к ИП (1 группа — 118 человек). Там, где С опережала ишемические изменения ЭКГ или последние отсутствовали при типичных ангинозных приступах, предполагалась наименьшая склонность к ИП (2 группа — 78 человек). Сравнимые группы были однородны по

возрасту, полу, клинике, показателям липидного спектра и системы гемостаза, степени поражения КА, методу стентирования (прямая имплантация стентов одной фирмы). Единственным различием был тип реакции на ФН. Моделирование ИП осуществлялось проведением ВЭМ-пробы по стандартному протоколу с непрерывно и постепенно возрастающей ФН до появления ангинозных приступов и/или ЭКГ-признаков ишемии. После отдыха (до самопроизвольного исчезновения болей и ЭКГ-признаков ишемии) ФН повторялась еще 2 раза с интервалом 2-10 мин при условии неиспользования нитроглицерина (НГ). Нативную реализацию ИП контролировали с помощью ХМ ЭКГ, дополняя с согласия больного обычную активность стандартизированной серией ФН по вышеописанному протоколу. КАГ и Ст КА проводили по стандартным протоколам.

Результаты: получены данные, свидетельствующие о различных типах реакции на ФН, согласующихся с ролью вариантов ишемии (болевая, безболевая) в реализации феномена ИП. Наличие БИ с большей вероятностью предопределяет реализацию ИП. Показаны возможность моделирования ИП серией ФН и оптимизирующие эффекты подобного «ишемического тренинга» при различных вариантах течения ИБС после Ст КА. У пациентов 1 группы общее число пери- и постпроцедурных осложнений было достоверно меньше, чем во 2 группе ($p < 0,001$). Отдаленные ангиографические результаты Ст не выявили достоверных различий частоты и степени рестеноза в обеих группах. Однако, в случае возникновения гемодинамически значимого (75% и выше) рестеноза в отдаленный период клинические результаты были лучше у пациентов 1 группы: возобновление стенокардии с положительной ВЭМ-пробой наблюдалось достоверно реже ($p < 0,001$) при отсутствии различий в выраженности стенозов. Во 2 группе достоверно чаще ($p < 0,001$) в отдаленный период при возникновении рестеноза развивались инфаркты миокарда.

Выводы:

1. Серийная ФН может служить эффективной моделью ИП.
2. Пациенты с выраженной склонностью к ИП лучше переносят процедуру Ст и имеют меньше пери- и постпроцедурных осложнений.
3. Не влияя на частоту и выраженность рестеноза, ИП улучшает клинические исходы Ст КА.
4. Отсутствие склонности к ИП может служить критерием риска развития ИМ и нестабильного течения ИБС.
5. Моделирование ИП серией ФН, наряду с медикаментозным лечением, может быть дополнительным фактором улучшения качества жизни больных со С.

0062 ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СОКРАТИМОСТИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Багманова З.А., Мазур Н.А., Карамова И.М., Плечев В.В., Нагаев И.А., Бузаев В.С., Руденко В.Г., Червякова К.В., Загидуллин Б.И., Яманаева И.Е.

Республиканский кардиологический диспансер, кафедра госпитальной хирургии БГМУ, Уфа, Россия; кафедра кардиологии РМАПО, Москва, Россия

Цель: выявление признаков поражения миокарда ЛЖ у больных ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе с помощью тканевой импульсно-волновой доплерографии (ИВ ТДИ) и анализ динамики параметров ИВ ТДИ после коронарной ангиопластики со стентированием (КАПС).

Методы: обследовано 67 чел (16 Ж, 51 М, 53±2 лет) в связи с тем, что они предъявляли жалобы на болевые ощущения в груди. После клинко-инструментального обследования с использованием ЭКГ в 12 отв, суточного ЭКГ по Холтеру, ВЭМ-пробы, ЭХО-КГ у 16 чел не выявлено признаков ИБС (группа контроля). У остальных 51 чел с клиникой типичной и атипичной стенокардии были выявлены различные нарушения, в связи с чем проводилось их дообследование, включавшее добутиновую стресс-ЭХО-КГ, ИВ ТДИ и коронароангиографию (КАГ). По КАГ у 15 бол выявлены мышечные мостики и у 36 бол — одно- и многососудистые стенозы ветвей ЛКА и/или ПКА, в связи с чем

у 16 бол с гемодинамически значимыми стенозами КА произведена КАПС. Адекватность реваскуляризации миокарда оценивалась при повторной стресс-ЭХО-КГ через 14 дней после КАПС. Также повторялась ИВ ТДИ: измеряли максимальную систолическую продольную скорость — Sm (см/с), скорости в раннюю и позднюю диастолу — Em и Am (см/с), отношение Em/Am в области фиброзного кольца митрального клапана (ФК МК) и 12 сегментах миокарда ЛЖ.

Результаты: исходная глобальная продольная систолическая сократимость миокарда ЛЖ в группе ИБС характеризовалась достоверно более низкими значениями по сравнению с контрольной группой (Sm 7,0±0,2 и 8,2±0,5 см/с ФК МК медиально, $p<0,05$; Sm 7,5±0,4 и 9,8±0,8 см/с ФК МК латерально, $p<0,05$). Диастолическая дисфункция подтверждалась обратным соотношением продольных скоростей при ИБС (Em 6,8±0,4 и 10,9±0,5 см/с, $p<0,001$, Em/Am 0,8±0,1 и 1,2±0,3 ФК МК медиально; Em 10,4±0,8 и 12,0±0,8, нд, Em/Am 1,4±0,3 и 1,4±0,2 ФК МК латерально). Снижение локальной продольной сократимости при ИБС достоверно выявлялось в области задне-перегородочных (ЗП) и задних (З) сегментов (базальные ЗП Sm 6,2±0,2 и 7,8±0,9 см/с, $p<0,05$; базальные З Sm 6,2±0,2 и 8,6±0,7 см/с, $p<0,01$; средние ЗП Sm 5,1±0,1 и 6,5±0,6 см/с, $p<0,05$; средние З Sm 5,3±0,1 и 6,9±0,5 см/с, $p<0,01$). Через 14 дней после КАПС достоверного прироста продольных систолических и диастолических скоростей не выявлено.

Выводы: 1). ИВ ТДИ выявляет снижение продольной систолической глобальной и локальной сократимости и региональную диастолическую дисфункцию ЛЖ у больных ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе и рекомендуется для диагностики наиболее ранних признаков поражения миокарда, не визуализирующихся рутинной Эхо-КГ. 2). Достоверной динамики наблюдаемых параметров ИВ ТДИ у больных ИБС через 14 дней после ангиопластики со стентированием не отмечено.

0063 САМОКОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНГИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Багманова Н.Х., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Палассе-ри К.М.

РУДН, Москва, Россия

Цель: изучить возможность применения самоконтроля АД (СКАД) для оценки эффективности антигипертензивной терапии в период стационарного лечения.

Методы: обследовано 150 пациентов (97 женщин), средний возраст 55,8±1,8 лет, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения с артериальной гипертензией (АГ) (АД>190/105 мм рт.ст.). У 100 пациентов антигипертензивная терапия основывалась на фелодипине ER. СКАД выполняли все пациенты с использованием аппарата UA 767PC (AND). Клиническое АД измерялось лечащим врачом в утренние часы во время обхода.

Результаты: целевого АД (<140/90 мм рт.ст., при СД 2 типа <130/80 мм рт.ст.) при выписке достигли по данным клинического измерения АД 80% пациентов. Достижение контроля АД (<135/85 мм рт.ст.) в конце междозового интервала (в утренние часы) по данным СКАД отмечено у 29,3%. У 50,7% в группе наблюдения уровень СКАД в утренние часы превышал 135/85 мм рт.ст., несмотря на достижение целевого АД при клиническом измерении. У 63,3% больных, достигших целевого АД по данным клинического измерения АД, была выявлена скрытая недостаточная эффективность лечения. В группе фелодипина ER пропорция таких пациентов была меньше, чем в группе традиционной терапии: 46% против 60% по группам наблюдения в целом, 52,3% vs 93,75% ($p<0,05$) относительно пациентов, достигших целевого АД.

Выводы: проведение СКАД в период госпитализации позволяет выявить скрытую недостаточную эффективность антигипертензивной терапии. Учет данных СКАД при коррекции терапии в период госпитального ведения пациентов позволяет улучшить качество контроля АД.

0064 ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ БЕТА-БЛОКАТОРОМ III ПОКОЛЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛОМ

Бадина Л.К., Тургунова Л.Г.

Карагандинская государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан

Цель: изучение влияния длительной терапии карведилолом («Таллитон», Венгрия, «Egis») на показатели сократительной функции миокарда, качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся на фоне перенесенного инфаркта миокарда.

Методы: материалом для исследования были 24 больных (16 мужчин, 8 женщин) с ИБС. Средний возраст больных составил 55,4±8,6 лет), длительность заболевания- 10,4±4,7 лет. Все больные перенесли ИМ, имели хроническую сердечную недостаточность II-III ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). У больных, находящихся на базисной терапии, назначали карведилол в начальной дозе 6,5 мг с постепенным увеличением в течение 7-10 дней до 12,5 мг. До начала лечения, через 12 и 24 недели в динамике оценивали функциональное состояние левого желудочка по показателям эхокардиографии (Эхо-КГ) и качество жизни по Миннесотскому опроснику качества жизни больных ХСН. Статистическая обработка результатов исследования проводилась по общепринятой методике.

Результаты: применение карведилола уже в течение первых дней у 33,3% больных сопровождалось уменьшением одышки, сердцебиения, слабости. Через 12 недель после лечения зарегистрировано достоверное снижение суммарного счета Миннесотского опросника, прежде всего за счет двух первых групп факторов — характеризующих физические и эмоциональные ограничения; изменения сократительной функции миокарда носили недостоверный характер. Через 24 недели после начала терапии улучшение качества жизни больных сопровождалось благоприятным влиянием на структурное и функциональное состояние левого желудочка. Уменьшение размеров левого предсердия, конечного диастолического размера свидетельствовало об улучшении релаксации левого желудочка и улучшении сократительной способности миокарда: %αР увеличился на 16,5%, ФВ- на 11,5%. Корреляция суммарного показателя Миннесотского опросника качества жизни с фракцией изгнания составила $r = -0,55$. Применение карведилола в базисной терапии ХСН характеризовалось хорошей переносимостью: только в 1 случае терапия была прервана в связи с ухудшением состояния в период титрования доз. Ни у одного из больных не было необходимости в назначении сердечных гликозидов, у 66,7% больных появилась возможность снижения дозы диуретиков или их отмены. Обращало внимание, что в течение наблюдаемого периода случаи госпитализации составили 29,2%; случаев внезапной смерти или смерти, связанной с прогрессированием сердечной недостаточности не отмечалось.

Выводы: Применение карведилола в дозе 6,25-12,5 мг в сутки в сочетании с ингибитором ангиотензин-превращающего фермента и (или) диуретиком оказывает положительный терапевтический эффект у 70,8% больных с сердечной недостаточностью II-III ФК. Об эффективности лечения карведилолом свидетельствует достоверное улучшение структурно-функциональных показателей миокарда и уменьшение физических и эмоциональных ограничений, связанных с заболеванием.

0065 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 1-2 СТЕПЕНИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Бадина Л.К., Тургунова Л.Г.

Карагандинская государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан

Цель: изучение эффективности применения карведилола («Таллитон», Венгрия, «Egis») при лечении больных артериальной гипертензией различного генеза.

Методы: 49 больных АГ в возрасте от 27 до 68 лет (21— муж-

чин, 28 – женщин), из них 15 – с эссенциальной гипертензией (ЭГ), 16 – с хроническим пиелонефритом и 18 – с метаболическим синдромом, при этом у 39,9% имел место СД. В исследование включались пациенты с сохраненной функций почек, без признаков застойной сердечной декомпенсации. После 3-х дневного периода отмены плановой гипотензивной терапии всем больным назначали карведилол в начальной дозе 12,5 мг 1 раз в сутки с последующим увеличением дозы до 50 мг в сутки. Критерием оценки гипотензивного эффекта являлась нормализация диастолического АД (достижение уровня 90 мм рт.ст и менее) – полный эффект или снижение диастолического АД менее чем на 10% – частичный эффект. До начала лечения и в динамике через 8 недель по общепринятым методикам проводилось исследование креатинина, холестерина, липидов, гликемического профиля, содержания гликированного гемоглобина (HbA1c) и показателей Эхо-КС.

Результаты: монотерапия карведилолом к концу периода наблюдения была эффективной у 73,5% больных, при этом отмечалось достоверное снижение среднего САД на $24,0 \pm 10,4$ мм рт.ст, ДАД – на $12,6 \pm 7,40$ мм рт.ст. при исходных значениях САД $168,5 \pm 10,9$ мм рт.ст и ДАД – $105,6 \pm 7,20$ мм рт.ст. ЧСС уменьшилось с $79,9 \pm 9,2$ до $71,0 \pm 8,1$ ударов в минуту ($p < 0,01$). Антигипертензивная эффективность различалась в зависимости от генеза артериальной гипертензии: у больных с ЭГ положительный эффект был достигнут у 80%, с хроническим пиелонефритом – у 62,5% и пациентов с метаболическим синдромом – у 77,8%. Средняя суточная доза карведилола составила $28,5 \pm 6,6$ мг, варьируя от $32,5 \pm 9,5$ в группе больных с нефрогенной АГ до $26,0 \pm 8,0$ у больных с ЭГ. Суточная доза 25 мг была эффективна у 66,7% пациентов, 12,5 мг – у 13,9% больных. Не выявлено клинически значимого преимущества у больных, принимавших по 50 мг в виде однократной дозы или по 25 мг 2 раза в день. Лечение карведилолом характеризовалось хорошей переносимостью (ни в одном случае не потребовалось полной отмены препарата).

В динамике лечения не было обнаружено отрицательного влияния карведилола на гликемический профиль, показатели HbA1c, на уровень триглицеридов. За время наблюдения отмечалась тенденция к снижению содержания общего холестерина на 5,6%. Применение карведилола сопровождалось избирательным действием на гемодинамику, определяемым исходными значениями фракции выброса и степенью гипертрофии миокарда.

Выводы: монотерапия карведилолом в средней суточной дозе $28,5 \pm 6,6$ мг оказывает положительный терапевтический эффект у 73,5% больных с артериальной гипертензией 1–2 степени различного генеза, характеризуется хорошей переносимостью, благоприятным влиянием на гемодинамику, показатели липидного и углеводного обмена.

0066 ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В КАЗАХСТАНЕ

Байтасова Н.Б., Мусалиева А.Т., Куттыбаева Б.С., Тохтасунова С.В., Тохтасунова М.Ж., Нургазиева А.С., Рысмендиев Б.А., Нурмагамбетова Г.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи полиморфизма генов-кандидатов предрасположенности к развитию ишемической болезни сердца у мужчин казахской национальности.

Нами изучены полиморфизмы генов APOB; APOC3; APOE; PON1; LPL, ACE, AGTR1, AGT, NOS3, PAI1; F2, FBG, MTHFR у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших инфаркт миокарда (181) и у практически здоровых лиц (112), не имеющих клинических проявлений ИБС и наследственной предрасположенности к атеросклерозу. Обследованные лица были в возрасте от 30 до 55 лет, мужского пола, не состояли друг с другом в родстве, проживают в Алматы и Алматинской области.

Методы. Исследование проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием олигонуклеотидных праймеров. Для анализа частотного распределения аллелей и ге-

нотипов полиморфизма изученных генов по Харди-Вайнбергу был использован критерий χ^2 .

Результаты исследования показали, что частоты генотипов и аллелей изученных полиморфизмов (APOB; APOC3; APOE; PON1; LPL, ACE, AGTR1, AGT, NOS3, PAI1; F2, FBG, MTHFR) у лиц казахской национальности сопоставимы с частотами генотипов и аллелей этих генов у азиатов (китайцы, японцы).

В исследовании нами не было обнаружено различий между больными ИБС и практически здоровыми лицами казахской национальности в распределении генотипов и частоте встречаемости аллельных вариантов большинства генов (APOB; APOC3; APOE; LPL, ACE, AGT, NOS3, PAI 1; F2, FBG, MTHFR), кроме генов PON1 и AGTR1.

Так, генотип LL и аллель L полиморфизма гена PON1 преобладал у больных ИБС по сравнению со здоровыми лицами и это различие было достоверно ($\chi^2 = 6,99$, $p < 0,05$; $\chi^2 = 4,58$, $p < 0,05$, соответственно).

При сравнении частотного распределения аллелей гена AGTR1 между группами больных ИБС и здоровых лиц казахской национальности установлено, что у больных частота аллеля C достоверно выше, чем частота данного аллеля в группе здоровых лиц ($\chi^2 = 4,4$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, исследования, проведенные в Казахстане, позволяют сделать вывод о том, что аллели L и C генов параксоназы 1 и рецептора ангиотензина II первого типа, соответственно, являются молекулярно-генетическими маркерами предрасположенности к развитию ишемической болезни сердца у лиц казахской национальности.

0067 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Балахонova Н.П., Дранкина О.М.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова; Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение состояния микроциркуляции у больных гипертонической болезнью молодого возраста методом конъюнктивальной биомикроскопии (КБ).

Методы. Методом конъюнктивальной биомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы (БК) глазного яблока с использованием микрофото съемки при увеличении в 60 раз обследовано 85 больных гипертонической болезнью (ГБ) молодого возраста (средний возраст 34,6 лет). Контрольную группу составили практически здоровые лица того же возраста. Сосуды БК по выражению Струкова А.И. (1976г.) являются «окном» в микроциркуляцию всего организма, что позволяет по их состоянию судить о состоянии микроциркуляции всей сосудистой системы данного пациента в целом.

Результаты. Выявлено, что уже на ранних стадиях заболевания имеются микроциркуляторные нарушения, проявляющиеся сужением артериол, расширением венул, уменьшением артериоло-венулярного соотношения с 1:2 в норме до 1:3–1:4 при ГБ, повышенной извилистостью и неравномерностью венул. Эти изменения можно трактовать как ремоделирование микрососудов.

Кроме того, у пациентов с нарушением липидного обмена, устанавливаемого по показателям липидограммы, выявлены внутрисосудистые изменения, проявляющиеся агрегацией эритроцитов II–III степени, замедлением кровотока. Назначение антиагрегантов, в том числе пармидина, данной группе пациентов уже через 2–3 недели от начала лечения приводило к обратному развитию внутрисосудистых нарушений: нормализации кровотока, исчезновению агрегации эритроцитов.

В процессе лечения при достижении оптимального артериального давления (АД) и поддержании его в течении года у пациентов через год отмечалось достоверная нормализация сосудистых изменений, что указывало на обратное развитие процессов ремоделирования микрососудов и подтверждала необходимость длительного контролируемого лечения у данной группы больных.

Выводы. Известно, что артериальная гипертензия приводит к ремоделированию сердца, что ведет к развитию осложнений,

снижающих качество жизни и ухудшающих прогноз. Изучению ремоделирования сосудов уделяется меньше внимания. В настоящей работе показано, что микрососудистое русло под влиянием артериальной гипертензии также подвержено ремоделированию. Контролируемая нормотензия в течении года приводит к обратному развитию сосудистых и изменений микроциркуляторного русла у больных гипертонической болезнью (ГБ), а следовательно, к улучшению прогноза.

0068 ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Барменкова А.В., Калев О.Ф.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия

Ревматоидный артрит характеризуется частым развитием кардиоваскулярной патологии атеросклеротического генеза и является одной из причин развития вторичного остеопороза (ОП). Важную роль в возникновении данных осложнений играет прием глюкокортикоидов (ГК) и менопауза (МП).

Цель. Изучить типологические особенности электрокардиограмм (ЭКГ) у женщин с ревматоидным артритом (РА) во взаимосвязи с показателями минеральной плотности костной ткани в зависимости от наличия менопаузы и приема глюкокортикоидов.

Материалы и методы. Обследовано 109 женщин с достоверным диагнозом РА по критериям АРА, 1987 г., в возрасте до 65 лет (средний возраст $47,3 \pm 10,5$ лет). В соответствии с предложенной нами классификацией ОП при РА больные были разделены на группы: 28 лиц с изолированным воспалительным вариантом (только РА — 1 вариант), 30 женщин — с вариантом, сочетанным с глюкокортикоидным механизмом (РА+ГК — 2 вариант), 15 пациенток — с вариантом, сочетанным с постменопаузальным механизмом (РА+МП — 3 вариант) и 36 больных с комбинированным вариантом (РА+ГК+МП — 4 вариант). ЭКГ снималась в 12 отведениях, проводился типологический анализ с оценкой по критериям О.Ф.Калева, 1988г. Минеральная плотность кости (МПК) измерялась в предплечье, поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Lunar Prodigy-3 и оценивалась согласно критериям ВОЗ, 1994 г.

Результаты. Нормальная ЭКГ описана у 54% ($n=15$) женщин с 1 вариантом, 30% ($n=9$) — со 2 вариантом, 20% ($n=3$) — с 3 вариантом, 17% ($n=6$) лиц с комбинированным вариантом. Изменения ЭКГ 1 степени (ст.) диагностированы у 17% ($n=5$) лиц со 2 вариантом, 13% ($n=2$) — с 3 вариантом, 3% ($n=1$) — с 4 вариантом. Изменения ЭКГ 2 ст. установлены у 46% ($n=13$) женщин с 1 вариантом, 53% ($n=16$) — со 2 вариантом, 60% ($n=9$) — с 3 вариантом, 72% ($n=26$) больных с 4 вариантом. Изменения ЭКГ 3 степени установлены только при сочетании с постменопаузальным механизмом ($n=1$) и комбинированном ($n=1$) вариантах развития ОП.

Остеопения (ОПН) диагностирована у 61% ($n=17$) больных с 1 вариантом, 43% ($n=13$) — со 2 вариантом, 47% ($n=7$) — с 3 вариантом и 36% ($n=13$) лиц с 4 вариантом. ОП установлен у 21% ($n=6$) женщин с 1 вариантом, 40% ($n=12$) — со 2 вариантом, 53% ($n=8$) — с 3 вариантом и 58% ($n=21$) обследованных с 4 вариантом развития ОП.

Выводы. У женщин с ревматоидным артритом наблюдается одновременное нарастание степени изменений электрической активности сердца и минеральной плотности костной ткани от изолированного воспалительного варианта к комбинированному. Наиболее выраженные изменения ЭКГ и МПКТ установлены при комбинированном варианте, когда имеется влияние всех трех патогенетических механизмов — ревматоидного воспаления, приема ГК и менопаузы.

0069 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У

БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Бартош Л.Ф., Кузнецова Т.Н., Крылова А.В., Дорогова И.В., Сапрыкина Е.А., Шошкина О.Н., Курбатова Н.И., Алексеева В.И., Самойлова Е.П.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, ГУЗ ОДКБ им. Н.Ф. Филатова, МУЗ ПГКБ № 4, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить эффективность антигипертензивных препаратов применяемых для терапии артериальной гипертензии (АГ) у беременных в зависимости от доз в практической работе ЛПУ Пензенской области.

Материалы и методы: данное исследование основано на анализе медицинской документации (обменная и индивидуальная карты беременных, истории родов). В исследование включены 119 беременных в возрасте от 19 до 41 года (средний возраст $28,6 \pm 5,7$ лет) со сроком гестации 9-38 недель с хронической АГ, гестационной гипертензией и гестозом. Беременные с ренальными и эндокринными формами гипертензии в анализ не включались.

Результаты исследования: по данным исследования выделены четыре группы беременных с АГ сопоставимые по возрасту, данным анамнеза, сроку гестации. Первую группу составили женщины ($n=33$, средний возраст $27,4 \pm 4,6$ лет) получавшие в качестве монотерапии метилдопу в средней суточной дозе 750 мг ($n=21$) и 375 мг ($n=12$), исходными цифрами АД $148,3 \pm 9,5/95,4 \pm 7,5$ мм рт.ст., и $147,1 \pm 6,6/94,6 \pm 7,5$ мм рт.ст. соответственно. Во вторую группу вошли беременные ($n=29$, средний возраст $24,6 \pm 4,2$) находившиеся на монотерапии клонидином в средней суточной дозе 0,3 мг ($n=15$), цифрами АД до лечения $152,4 \pm 11,9/98,7 \pm 5,3$ мм рт.ст. и 0,15 мг ($n=14$), исходными цифрами АД $151,4 \pm 13,2/97,6 \pm 7,3$ мм рт.ст. Третью группу составили женщины ($n=23$, средний возраст $26,3 \pm 5,2$ лет) получавшие в качестве антигипертензивной терапии нифедипин в средней суточной дозе 60 мг ($n=10$) и 30 мг ($n=13$) с цифрами АД до лечения $152,6 \pm 11,8/98,7 \pm 8,8$ мм рт.ст., и $150,5 \pm 10,9/97,3 \pm 8,6$ мм рт.ст. соответственно. В четвертую группу вошли женщины ($n=34$, средний возраст $25,8 \pm 4,5$) находившиеся на парентеральной комбинированной терапии (сульфат магния 25%-20 мл, дибазол 1%-4мл, папаверин 2%-2мл), исходными цифрами САД $148,6 \pm 7,8$ мм.рт.ст. и ДАД $96,4 \pm 5,7$ мм.рт.ст. В первой группе на фоне терапии метилдопой в дозе 750 мг цифры САД и ДАД снижались на 10% (134 ± 2 мм рт.ст.), и 16% ($84,3 \pm 4,4$ мм рт.ст.), ($p < 0,01$) соответственно, а в дозе 375 мг-САД на 3% ($142,9 \pm 3,2$ мм рт.ст.), ДАД на 2% ($92,6 \pm 4,7$ мм рт.ст.), ($p = 0,05$) по сравнению с исходными цифрами АД. Во второй группе в дозе 0,3 мг цифры САД уменьшились на 17% ($126,8 \pm 7,9$ мм рт.ст.), ДАД на 19% ($79,9 \pm 9,7$ мм рт.ст.), ($p < 0,01$), а в дозе 0,15 мг-на 2% ($148,7 \pm 8,6$ мм рт.ст) и 1% ($96,4 \pm 6,3$ мм рт.ст.), (различия не достоверны) соответственно. В третьей группе в дозе 60 мг цифры САД снижались на 15% ($121,1 \pm 3,4$ мм рт.ст.), ДАД на 19% ($80,2 \pm 5,7$ мм рт.ст.), ($p < 0,01$), а в дозе 30 мг-на 12% ($132,1 \pm 7,4$ мм рт.ст.) и 16% ($81,6 \pm 7,8$ мм рт.ст.), ($p < 0,01$) соответственно. В четвертой группе наоборот было отмечено увеличение САД на 0,6% ($149,6 \pm 11,3$ мм рт.ст.), ДАД на 2,3% ($98,7 \pm 7,9$ мм рт.ст.), (различия не достоверны).

Таким образом, анализ показал зависимость достижения целевого уровня АД от доз назначаемых антигипертензивных препаратов, а также неэффективность таких лекарственных средств как сульфат магния, дибазол и папаверин.

0070 ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ДИНАМИКУ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И АРИТМИИ СЕРДЦА У КОРОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ

Барышишникова И.Н., Калев О.Ф., Немкова Л.М., Пискунов С.А., Лукин О.П., Мокселев В.И., Кругликова А.В.

ГОУ ВПО «Челябинская Государственная Медицинская Академия Росздрава»; Челябинская областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Цель: Сравнить частоту болевой и безболевой ишемии и аритмий ишемического генеза у больных коронарным атероск-

лерозом до и после реваскуляризации миокарда различными методами.

Методы: Обследовано 78 мужчин с ишемической болезнью сердца, в возрасте от 45 до 65 лет ($55,7 \pm 4,1$), которым по данным коронароангиографии планировался оптимальный для данного больного метод реваскуляризации миокарда (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) или коронарное шунтирование (КШ)). У 63 чел. (80,8%) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, из них у 15 (23,8%) имелась хроническая аневризма сердца. 31 пациенту (1 группа) с наличием гемодинамически значимых (>50%) локальных стенозов (протяженностью не более 20–25 мм) коронарных артерий (не более 4–5 стенозов) было выполнено ЧКВ (стентирование коронарных артерий – 27 чел и баллонная ангиопластика – 4 чел; 47 пациентам (2 группа) с гемодинамически значимым многососудистым поражением коронарных артерий, наличием постинфарктных аневризм было выполнено КШ с резекцией аневризм (10 чел). Всем пациентам наряду с полным клиническим обследованием было выполнено суточное ЭКГ мониторингирование до вмешательства и через 1 и 6 месяцев после вмешательства.

Результаты: В обеих группах после вмешательства значительно уменьшилась тяжесть стенокардии: в 1 группе перед вмешательством наблюдалась стенокардия напряжения III–IV ф. класса у 19 (61,3%) чел, после вмешательства ее частота уменьшилась до 12,9%, во 2 группе до вмешательства наблюдалась у 30 чел (63,8%), после вмешательства частота уменьшилась до 14,9%. В 1 и 2 группах – эпизоды болевой ишемии до вмешательства с 9 (29%) и 11 (23,4%) чел уменьшились до 2 (6,45%) и 3 (6,38%) чел после вмешательства, безболевой ишемии с 6 (19,4%) и 7 (14,9%) чел. уменьшились до 1 (3,2%) и 3 (6,4%) чел, сочетание болевых и безболевых эпизодов с 16 (51,6%) и 29 (61,7%) чел уменьшились до 2 (6,45%) и 4 (8,5%) чел. Эпизоды аритмий, индуцированных ишемией миокарда (ЖЭС, ПЖТ, ПНТ) регистрировались до вмешательства у 13 (42%) и 16 (34%) чел, после вмешательства уменьшились до 1 (3,2%) и 13 (27,6%) чел. После ЧКВ и КШ количество болевых и безболевых эпизодов, их суммарная длительность и суммарный индекс ишемии, частота регистрации аритмий достоверно уменьшились по сравнению с исходными, и в 1 группе это было отмечено уже в раннем восстановительном периоде, достоверно выше в 1 группе уменьшилась частота регистрации аритмий.

Выводы: ЧКВ и КШ одинаково эффективны в плане коррекции болевой и безболевой ишемии. В группе ЧКВ уменьшение ишемически индуцированных аритмий более выраженное уже в раннем восстановительном периоде, чем в группе КШ, что объясняется в этой группе более тяжелым типом хирургического вмешательства.

0071 СОСТОЯНИЕ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ЭНАЛАПРИЛ (ЭНАП)

Батищева Г.А., Чернов С.Ю.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценка влияния терапии препаратом группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента эналаприл (энап, фирмы «KRKA») на уровень адренореактивности рецепторов клеточных мембран у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с легочной (ЛГ) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 49 больных ХОБЛ, в период обострения, в возрасте от 38 до 64 лет, которые были разделены на две группы. В первую группу (n=26) вошли больные ХОБЛ с ЛГ. Вторую группу (n=23) составили больные ХОБЛ с сочетанием ЛГ и АГ. Группу контроля составили 20 здоровых лиц; средний возраст 43 ± 7 лет. Фармакотерапия больных обеих групп включала применение препарата эналаприл (энап) наряду с назначением отхаркивающих (лазолван) и бронхолитических (беродуал) средств. Режим дозирования энапа в 1-ой группе у больных ХОБЛ с ЛГ составил 2,5–5 мг/сут, у пациентов 2-ой группы, при ХОБЛ с ЛГ и АГ – 10 мг/сут.

Программа обследования включала определение показателей АД, среднего давления в легочной артерии (СДЛА) методом Kitabatace et al.(1983), уровень адренореактивности рецепторов мембран эритроцитов (β-арм) по методике Длусской И.Г. и соавт. (1997) до лечения и через четыре недели приема препаратов.

Результаты: до начала терапии у больных ХОБЛ с ЛГ имелись изменения показателя β-арм= $39,36 \pm 2,7$ ед. ($p < 0,05$), у больных ХОБЛ с ЛГ и АГ – β-арм= $51,9 \pm 2,3$ ед, что достоверно отличалось от показателей здоровых лиц β-арм= $18,0 \pm 4,5$ усл.ед. ($p < 0,05$), указывая на выраженную десенситизацию адренорецепторов

Фармакотерапия энапом у больных 1-ой группы с ХОБЛ и ЛГ позволила, наряду с умеренным уменьшением систолического АД с $135,3 \pm 2,5$ мм рт.ст. до $122,5 \pm 2,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и СДЛА с $27,1 \pm 3,7$ мм рт.ст. до $22,0 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), снизить величину β-арм с $39,36 \pm 2,7$ ед до $28,8 \pm 2,4$ ед ($p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении адренореактивности рецепторов клеточных мембран.

Прием энапа у больных 2-ой группы, страдавших ХОБЛ с сочетанием ЛГ и АГ, позволил снизить систолическое АД с $162,3 \pm 4,5$ мм рт.ст. до $140,5 \pm 6,3$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), уменьшить СДЛА с $27,86 \pm 6,0$ мм рт.ст. до $20,59 \pm 3,69$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). При этом величина β-арм менялась недостоверно, с тенденцией к улучшению, с $51,9 \pm 2,3$ ед до $41,5 \pm 5,0$ ед. Необходимо отметить, что только у 2 больных, принимавших энап, появился побочный эффект в форме кашля на второй неделе фармакотерапии, что потребовало отмены препарата.

Выводы: показана эффективность клинического применения эналаприла (энап) для фармакологической коррекции ЛГ и АГ у больных ХОБЛ. При этом установлено улучшение функционального состояния адренореактивности рецепторов мембран эритроцитов, более выраженное для пациентов ХОБЛ с изолированной ЛГ, чем при сочетании сосудистой гипертензии одновременно в малом и большом круге кровообращения, у больных ХОБЛ с ЛГ и АГ.

0072 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ ПРЕПАРАТОМ ЭНАП

Батищева Г.А., Чернов Ю.Н.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель – определение эффективности и безопасности назначения препарата группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента эналаприл (Энап) у лиц операторских профессий.

Методы – скрининговое исследование с измерением показателей АД у поездных диспетчеров (n=122), машинистов и помощников машинистов (n=146) на рабочем месте, до начала смены с последующим комплексным обследованием выявленных лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Программа обследования включала определение тонуса периферических сосудов на компьютерном комплексе АЦПКО-8-РИЦ, оценку параметров центральной гемодинамики с использованием компьютерного комплекса «Бианкор», велоэргометрическое исследование по ступенчато возрастающей методике, регистрацию психофизиологических показателей с помощью компьютерного комплекса «Селект-М» с определением скорости простой и сложной двигательной реакции, теппинг-теста, реакции на движущийся объект, критической частоты световых мельканий (КЧСМ). Для мониторингирования состояния регуляторных систем применялась методика исследования вариабельности сердечного ритма «Варикард».

Из выявленных во время скринингового исследования лиц с повышенными показателями АД была сформирована группа пациентов гипертонической болезнью I-II стадии (n=38), которые принимали эналаприл (энап) в суточной дозе 10–20 мг/сут. Фармакотерапия проводилась в амбулаторных условиях без отрыва от основной производственной деятельности с последующим контролем показателей гемодинамики и психофизиологических функций через четыре недели приема препаратов

Результаты – распространенность АГ среди машинистов составила – 30%, диспетчеров – 46%. В группе наблюдения больных

гипертонической болезнью, выделенных из числа обследованных лиц, последующий контроль через 2 недели и 4 недели приема препарата показал снижение АД до целевого уровня $<140/90$ мм рт.ст. у 84,2% работников железнодорожного транспорта. По результатам исследования вариабельности сердечного ритма выявлено уменьшение напряженности регуляторных систем, что отразилось на повышении показателя SDNN на 48–87% ($p<0,05$), мощности спектра $TP*1000$ в 1,6–2,8 раза ($p<0,01$). По данным велоэргометрического исследования установлено увеличение мощности пороговой нагрузки на 12%, при достоверном увеличении продолжительности выполнения нагрузочного теста с $15\pm 0,1$ мин до $17\pm 0,1$ мин ($p<0,05$). Контроль психофизиологических показателей, оцениваемых по скорости простой и сложной двигательной реакции, а также состояния зрительного анализатора с учетом величины показателя КЧСМ существенных изменений на фоне приема энапа не выявил.

Вывод: прием препарата эналаприл (Энап) у лиц операторских профессий (машинисты, диспетчеры) в амбулаторных условиях, без отрыва от основной производственной деятельности, позволяет проводить коррекцию уровня АД наряду с повышением физической работоспособности без ухудшения профессионально-значимых психофизиологических функций.

0073 СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Батушкин В.В.
УВМА, Киев, Украина

Цель: стратификация факторов риска сердечной смерти, реинфаркта или госпитализации вследствие нестабильной стенокардии у больных пожилого и старческого возраста в течение первого года после ОИМ.

Методы: обследовано 519 больных ОИМ старше 60 лет: I группа — пациенты возрастом 60–74 года ($n=313$ человек) и II группа — старше 74 лет ($n=206$ больных). Средний возраст в группах составлял — в I — $63,2\pm 3,1$ года, во II — $76,7\pm 4,3$ года. Конечной композитной точкой выбраны кардиальная смерть, реинфаркт, госпитализация вследствие нестабильной стенокардии, возникшие в течение первого года после стабилизации ОИМ (6–10 день). Был использован ковариантный регрессионный анализ 39 признаков включающих клинко-демографические, анамнестические и лабораторно-инструментальные характеристики пациентов.

Результаты: В течение года композитная точка была достигнута у 32,3% больных I группы и 58,7% больных II группы. Была построена отдельная для каждой возрастной группы статистическая модель. Определены 10 независимых факторов охватывающих 82% прогностической информации. Для больных I группы (в порядке убывания) это высокая ЧСС, приступы ОЛЖН, сердечная недостаточность в анамнезе, гипертензия, высокий уровень креатинина, сахарный диабет, предшествующее лечение аспирином, позднее начало лечения, постинфарктный кардиосклероз. Для больных II группы — высокая ЧСС, кардиогенный шок, сердечная недостаточность в анамнезе, высокие уровни биохимических маркеров некроза, сахарный диабет, ОЛЖН, высокий уровень креатинина, предшествующее лечение диуретиками (с-индекс 0,80).

Выводы: среди пациентов на ОИМ пожилого и старческого возраста с помощью регрессионного ковариантного анализа выделяются независимые факторы влияющие на годичный прогноз течения ОИМ. Существуют возрастные различия которые позволяют прогнозировать сердечную смерть, реинфаркт, госпитализацию вследствие нестабильной стенокардии в течение первого года с момента ОИМ.

0074 ДИНАМИКА СИММЕТРИИ ВОЛНЫ $T(\beta_T)$ КАК ОТРАЖЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Батушкин В.В., Чайковский И.А., Гема А.И., Файзильберг Л.С.
КГКБ №5, Киев, Украина

Цель — изучение взаимосвязи динамики симметрии волны $T(\beta_T)$ и показателей внутрисердечной гемодинамики по данным эхокардиографии у больных с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы: было обследовано 35 больных в острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда. У всех больных проводилась эхокардиография (SonoSite 180 plus) и синхронная регистрация параметров электрокардиограммы в фазовом пространстве, прежде всего показателя β_T , отражающего симметрию волны T электрокардиограммы. Исследование зависимости между параметром β_T ЭКГ в фазовом пространстве и показателями внутрисердечной гемодинамики проводилось в ходе пробы с нитроглицерином. Данные регистрировались трижды — до приема нитроглицерина, через 1 минуту и через 3 минуты после приема одной таблетки нитроглицерина под язык.

Результаты: Под влиянием нитроглицерина через 1-ну минуту КСР и КДР уменьшились ($56,1\pm 0,75$ против $59,8\pm 0,89$; $40,8\pm 0,59$ против $42,7\pm 0,81$, $p<0,05$). Через 3 минуты наблюдались явления «рикошета» — статистически достоверное ($p<0,05$) увеличение КСР и КДР по сравнению с исходным. ФВ менялась незначительно. Показатель β_T через 1 минуту также уменьшился ($0,81\pm 0,05$ против $0,91\pm 0,05$, $p<0,05$), а через 3 минуты существенно увеличился ($1,04\pm 0,06$ против $0,91\pm 0,05$, $p<0,03$).

Выводы: Изменения симметрии волны $T(\beta_T)$ в фазовом пространстве коррелируют с ЭХО-графикой изменений размеров полости левого желудочка в ходе пробы с нитроглицерином. Таким образом, динамика симметрии волны $T(\beta_T)$ может отражать внутрисердечную гемодинамику у больных с инфарктом миокарда и, следовательно, быть дополнительным неинвазивным скрининговым методом исследования.

0075 ПАРАМЕТРЫ ВЕКТОРА QRS И ИХ СВЯЗЬ С МАССОЙ МИОКАРДА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ

Баум О.В.¹, Волошин В.И.¹, Попов Л.А.¹, Муромцева Г.А.²
Сатмари В.З, Руткай-Недецкий И.З, Бахарова Л.А

¹Институт теоретической и экспериментальной биофизики РАН (ИТЭБ РАН), Пушкино, ²Гос. НИЦентр профилактической медицины (ГНИЦ ПМ) Росздрава, Москва, Россия; ³Институт нормальной и патологической физиологии Словацкой АН (ИНПФ САН), ⁴Международный лазерный центр “Братислава” (МЛЦБ), Братислава, Словакия

Цель: Оценить, используя методы математического моделирования, физические закономерности, связывающие изменения параметров электрокардиографического комплекса QRS, массу миокарда (ММ) и площадь поверхности (ПП) левого желудочка (ЛЖ) и величину специфического потенциала ЭКГ (SP) при изменении геометрии ЛЖ.

Методы: Методологической особенностью работы является системный подход к проблеме, сочетающий математическое и компьютерное моделирование электрической активности сердца с исследованиями электрического поля сердца человека. Для получения модельных электрокардиосигналов (ЭКС) использованы биофизические модели ИТЭБ РАН и ИНПФ САН; ремоделирование ЛЖ имитировалось на системе компьютерного моделирования ИТЭБ РАН; выборки реальных ЭКС для нормы и ГЛЖ (359 и 138 пациентов, соответственно) получены в ГНИЦ ПМ на системе “Уран” с верификацией размеров сердца по данным ЭхоКГ; величины SP рассчитывались по методике Л. Бахаровой.

Результаты: На модели желудочков показано, что при пропорциональных изменениях размеров сердца и системы Гис-Пуркине величина QRS_{max} изменяется, в первом приближении, пропорционально росту поверхности желудочков (а не массы миокарда), так как амплитуда ЭКС определяется в каждый момент времени площадью деполяризованных участков эпикарда и эндокарда, что соответствует модели двойного слоя по поверхности электрически активного миокарда. Наряду с параметром SP ($QRS_{max}/MM/LJ$) целесообразно поэтому исследовать и поведение “Surface SP” ($QRS_{max}/ПП/LJ$). Получены основные 3-D паттерны волны возбуждения, соответствующие моменту дос-

тижения максимума QRS. Показано, что QRSmax предпочтительнее рассчитывать как максимальное значение пространственного вектора QRS, использование же в формулах амплитуд зубцов псевдоортогональных отведений может приводить к существенной (до 30%) погрешности. В связи с тем, что экстракардиальные факторы могут маскировать существующие чисто физические зависимости между электрическими и геометрическими параметрами сердца, на компьютерной модели анатомически изолированного ЛЖ была рассчитана его парциальная электрическая активность в зависимости от геометрии эпикарда и эндокарда ЛЖ, а на модели целостного сердца исследовано поведение вектора QRST(t) при имитации развития симметричной и асимметричной ГЛЖ. Показано, что во втором случае, в зависимости от локализации гипертрофированных участков ЛЖ (на передней или задней стенках ЛЖ и/или на межжелудочковой перегородке), модельный QRSmax может как увеличиваться, так и уменьшаться по отношению к исходному.

Выводы: Полученные результаты представляют интерес для создания «сценариев» развития ГЛЖ в терминах биофизических моделей для проверки гипотез и проведения научных исследований, направленных на разработку и оптимизацию алгоритмов распознавания ГЛЖ.

0076 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бахтияров Р.З., Бахтиярова Р.С.

ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Оренбург, Россия; НУЗ ОКБ ст. Оренбург ОАО РЖД, Оренбург, Россия

Цель: определить изменения эндотелиальных механизмов регуляции сосудистого тонуса при хронической сердечной недостаточности (ХСН) различной выраженности.

Методы: обследовано 120 пациентов мужского пола 30–60 лет с ХСН различной тяжести (I–IV ФК, I–III стадии согласно классификации Общества специалистов по сердечной недостаточности, 2003). Вазомоторная функция эндотелия оценивалась с помощью ультразвука высокого разрешения по методу D.S.Celermajer et al., 1992, с определением эндотелий-зависимой (ЭЗВД) и эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНВД). Состояние нитрооксидэргического статуса выявлялось путем оценки экспрессии эндотелиальной NO-синтазы (Western-blott анализ), а также метаболитов оксида азота в сыворотке крови с помощью метода Грисса). Содержание эндотелина-1 в плазме определялось иммуноферментным методом. Параметры центральной гемодинамики оценивались с помощью двухмерной эхокардиографии. Контрольную группу составили 10 человек без признаков сердечно-сосудистой патологии и факторов риска, той же возрастно-половой категории.

Данные обработаны статистически с использованием параметрических и непараметрических методов.

Результаты: ЭЗВД у больных ХСН статистически достоверно снижалась по мере утяжеления ХСН, при этом частота «парадоксальных» вазоконстрикторных реакций возрастала. В то же время ЭНВД страдала в существенно меньшей степени. Корреляционный анализ показал, что снижение фракции выброса левого желудочка сопровождается нарушением ЭЗВД, что подтверждает роль выраженности ХСН в патогенезе рассматриваемых нарушений. Наблюдаемые изменения связаны с дисбалансом выработки факторов, регулирующих сосудистый тонус, ключевыми из которых принято считать оксид азота и эндотелин-1. Нами выявлено снижение экспрессии эндотелиальной NO-синтазы и повышение уровня эндотелина-1 в плазме, прогрессирующие по мере утяжеления ХСН. Вместе с тем синтез оксида азота в организме возрастал, однако, учитывая снижение экспрессии эндотелиальной NO-синтазы, это позволяет думать об альтернативных путях синтеза оксида азота, что в конечном итоге не приводило к улучшению вазомоторных реакций эндотелия.

Выводы: при хронической сердечной недостаточности происходит нарушение эндотелиальных механизмов регуляции тонуса сосудов, прогрессирующее по мере ее прогрессирования, что способствует нарушению регионарной гемодинамики и её несоответствию метаболическому запросу тканей.

Использование ультразвука высокого разрешения с целью выявления дисфункции эндотелия может использоваться гораздо шире и служить адекватным критерием эффективности при оценке действия различных препаратов, используемых в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности.

0077 РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УМСТВЕННОГО ТРУДА В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ г. БАКУ

Бахшалиев А.Б., Бехбудова Д.А., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М., Касумов З.И.

НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

В настоящей работе проводилась оценка эпидемиологической ситуации в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди работников преимущественно умственного труда в организованных популяциях г. Баку.

Обследованы 289 сотрудников (70%) двух произвольно избранных НИИ АН Азербайджанской Республики (г. Баку) (109 мужчин и 180 женщин). Комплексное обследование пациентов наряду с другими методами включало: заполнение медико-генетической карты, стандартный опрос по выявлению основных факторов риска (ФР) ССЗ, опрос по стандартной анкете Rose, измерение АД по методу Короткова, антропометрию и психологическое тестирование по анкете Jenkins.

Анализ результатов исследования наряду с удовлетворительной информированностью научных работников по вопросам профилактики ССЗ, выявил достаточно высокую распространенность среди них основных ФР ССЗ. Только 6,4% обследованных мужчин и 17,2% женщин не имели ни одного ФР ССЗ. Наибольшее число мужчин (52,3%) имели по 2 и 3 ФР. У каждого шестого мужчины отмечено наличие 4-х ФР одновременно. Среди мужчин оказались также лица с одновременным наличием 7 и 8 ФР ССЗ. Среди женщин наличие 3-х, 4-х и более ФР одновременно отмечено в 22% случаев. Наиболее частым ФР как среди мужчин (61,5%), так и среди женщин (50%) оказалась избыточная масса тела (ИМТ). Причем, более, чем у половины из них значение ИК превышало 29. Женщины с объемом талии более 88 см составили 26,1%. Следующими по частоте встречаемости ФР оказались: среди мужчин – курение (39,4%), низкая физическая активность (НФА) (34,9%) и артериальная гипертония (АГ) (33,3%); среди женщин – НФА (26,1%) и АГ (26,1%). Интересно, что у каждого 10-го пациента как мужского (9,2%), так и женского (10%) пола выявлялась наследственная отягощенность по ишемической болезни сердца (ИБС). В 22,5% случаев у наших пациентов среди кровных родственников 1-ой степени родства отмечено наличие сахарного диабета (СД) II типа. Следует отметить, что среди обследованных мужчин наличие СД отмечено в 9,2% случаев, а среди женщин – в 2,2% случаев. Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 3-х мужчин (2,8%) и одной женщины (0,6%). По данным опросника Rose стенокардия напряжения выявлена у 4,8% обследованных мужчин и женщин. АГ в сочетании с ИМТ и СД отмечена у 5-ти мужчин (4,6%) и 2-х женщин (1,1%).

То, полученные результаты исследования демонстрируют высокий риск ССЗ среди работников преимущественно умственного труда и свидетельствуют в пользу того, что разработка и внедрение эффективных мероприятий по предупреждению ССЗ не теряют своей актуальности в настоящее время. Информированность о растущей распространенности ССЗ и СД способствует повышению заинтересованности населения в использовании на практике имеющихся в арсенале профилактической медицины мероприятий, помогающих достичь здорового долголетия.

0078 СОСТОЯНИЕ ГЕМО- И ЛИМФОКАУГУЛЯЦИИ И ЛИМФООБРАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ В УСЛОВИЯХ СПАЗМА

КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ БЛОКАТОРОВ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ

Бахшалиев А. Б., Ибрагимли Ф. И., Керимова Н. В., Гаджиева Г.Я.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель: изучение свертывающего потенциала крови и лимфы, а также установление наличия и степени лимфогонных свойств представителей антагонистов ионов кальция при моделировании длительного спазма коронарных сосудов.

Методы: эксперименты были проведены на 45 кроликах породы «шиншилла» обоего пола массой 2-3 кг. Модель острого спазма коронарного сосуда создана путём внутривенного введения 0,1 мл 0,02% раствора эргометрин малеоната на 1 кг веса животного. После создания модели коронаростазма животным вводили исследуемые препараты: дилзем- АК бензотиазепинового ряда производства «Godecke/Parke-Davis» внутривенно капельно по 10 мл в 100 мл физиологического раствора и изоптин- АК фенилалкиламинового ряда производства «Knoll/Abbot» 0,25% раствора по 5 мл внутривенно капельно в 100 мл физиологического раствора. Забор крови производили из бедренной артерии через введённую в неё полиэтиленовую канюлю. Для получения лимфы дренировали грудной лимфатический проток по методу Корниенко А.А. (1977 г). Для определения состояния скорости лимфооттока в сердечной мышце с целью выяснения лимфогонных свойств изучаемых препаратов был использован метод Feola в модификации Кедика А. А. (1982 г). Функциональное состояние гемо- и лимфокоагуляции было оценено по комплексу общепринятых тестов: ВС, ПИ, АЧТВ, ТВ, АТ-III, Ф, ФА.

Результаты: установлено, что самый высокий уровень гиперкоагуляционных сдвигов крови и лимфы, а также нарушения лимфодренажа сердечной мышцы наблюдается в течение одного часа после моделирования коронаростазма, и, причём сдвиги, выявленные в обеих средах (кровь и лимфа), носят однонаправленный характер. А также исследуемые препараты по-разному действуют на свертывающую способность крови и лимфы и лимфообращения. Дилзем оказывал гипокоагуляционные изменения крови во всех периодах исследования, где ВС достигал 70% ($p < 0,05$), ПИ составил 116% ($p < 0,001$), а концентрация белка Ф составила 131% ($p < 0,01$) - через 3 дня относительно интактного состояния, а после введения изоптина положительные гемокоагуляционные изменения наблюдались лишь в поздние периоды, в конце эксперимента. В начальные периоды исследования в лимфе произошли глубокие гиперлимфокоагуляционные изменения, которые восстанавливаются в поздние периоды исследования, в период через 10 дней, под действием изоптина. Противолимфосвертывающим действием обладал дилзем, где гипокоагуляционные изменения в лимфе наблюдались в период через 7 дней – ВС составил 78% ($p < 0,01$), ПИ достиг 82% ($p < 0,01$) относительно данных интактной группы, РФМК присутствовал в лимфе в начальные периоды исследования, через 1 день и 3 дня, в остальные периоды он был отрицательным. В качестве лимфостимулирующего действия, способствующего улучшению кровоснабжения сердца обладал дилзем, где уже через 3 дня скорость лимфооттока ускоряется на 63% ($p < 0,001$). После инфузии изоптина в период через 3 дня время появления лимфотропного красителя в надсердечном лимфоузле сокращается на 73% ($p < 0,05$), а его полное выведение – на 42% ($p < 0,01$) по сравнению с данными интактного состояния. Стимуляция лимфодренажа сердечной мышцы посредством введения изоптина не могла коррегировать выраженное замедление скорости лимфооттока сердечной мышцы.

Закключение: препаратом выбора с целью профилактики ишемического повреждения сердечной мышцы и коррекции нарушенного лимфообращения при коронаростазме являлся дилзем, который обладал лимфогонными свойствами и более выраженным противосвертывающим действием не только в крови, но и в лимфе.

0079 СОСТОЯНИЕ КАМЕР СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОМ КАНДИДОЗЕ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ

ДИАБЕТОМ

Бахшалиев А. Б., Кулиев О.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан.

Цель: изучить функциональное состояние камер сердца у больных инсулиннезависимым сахарным диабетом с глубоким висцеральным микозом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных сахарным диабетом 2-ого типа с системным кандидозом. Группа сравнения 20 пациентов с сахарным диабетом 2-ого типа без кандидоза. По показателю глико-гемоглобина все больные были в состоянии субкомпенсации. Оценка состояния камер сердца проведена на основании комплексного эхокардиографического исследования. Исследование потоков крови проводилось в цветном спектральном импульсно-волновом режиме. Системный кандидоз установлен на основании микробиологического исследования различных сред организма больных.

Результаты. В группе больных с кандидозом у 10 (25%) выявлен гиперкинетический, у 25 (62,5%) гипокинетический и у 5 (12,5%) эукинетический тип центральной гемодинамики. Аналогичные изменения отмечены в группе сравнения. Фракция изгнания левого желудочка была снижена менее 60% у всех пациентов, с более выраженным снижением в группе с микозом. Ремоделирование левого желудочка – эксцентрическая гипертрофия миокарда с дилатацией наблюдалась у 35 (87,5%) больных и у 5 (12,5%) без дилатации, в группе с кандидомикозом. В группе больных без микоза эксцентрическая гипертрофия с дилатацией выявлена у 8 (40%) больных, без дилатации у 12 (60%) больных. В группе больных с наличием кандидоза общая экскурсия митрального клапана с возможной сепарацией отмечалась у 16 (40%). Протопс задней створки митрального клапана выявлен у 8 (20%). Протопс задней створки трикуспидального клапана выявлен у 6 (15%). Диастолический объем правого желудочка был увеличен со сниженной фракцией изгнания менее 60% у 18 (45%) больных. Выпот в перикард отмечался у 4 (10%) пациентов. Увеличение размера и объема левого предсердия отмечено у 18 (45%), правого у 16 (40%) больных. У 22 (55%) больных отмечался гипокинез на задней стенке левого желудочка. Диастолическая дисфункция 1-2-ой степени выявлена у 16 (40%), при этом отмечен застойный тип с ослабленной функцией левого предсердия. Аналогичные изменения отмечались у 8 (40%) больных без кандидоза. Диастолическая дисфункция левого желудочка 3-ей степени выявлена у 14 (35%) больных, при этом также отмечался застойный тип с ослабленной функцией левого предсердия. В группе без микоза 3-ей степени диастолической дисфункции не выявлено. Трансаортальный поток со сниженным ударным объемом по Доплеру отмечался у 12 (30%) больных. Транстрикуспидальный поток был нарушен у 18 (45%) больных. Поток крови в легочной артерии был нарушен у 18 (45%). Следует отметить, что выраженных изменений в правых отделах сердца в группе больных без микоза не отмечено.

Закключение. Исследование позволило объективизировать доклинические проявления сердечной недостаточности, что способствует адекватному подбору терапии.

0080 ОБЪЕМНАЯ НАГРУЗКА НА СЕРДЦЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бейшенкулов М.Т., Баитова Г.М.

НЦКТ имени академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Изучить функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) при объемной нагрузке на сердце у больных неосложненным инфарктом миокарда (ИМ).

Методы. Обследовано 30 здоровых добровольцев (контроль), 45 больных ИМ с острой сердечной недостаточностью (СН) II класса по Киллип (1 группа) и 54 больных с неосложненным ИМ (ФВ ЛЖ > 40%) (2 группа). Всем больным на 3 сутки заболевания проводилась объемная нагрузка (ОН) с помощью аппарата «Вакуум», который представляет собой вакуумный насос, соединен-

ный с герметичными камерами, куда помещают нижние конечности. При включении насоса происходит снижение давления в камерах на 60 мм рт.ст., а в нижних конечностях депонируется 600–800 мл крови. После быстрой разгерметизации эта кровь устремляется к сердцу, создавая ОН; при этом проводилась ЭХО и доплер-эхокардиография. Проспективное наблюдение осуществлялось в течение 1 года.

Результаты. У здоровых лиц при ОН фракция выброса (ФВ) ЛЖ увеличивается, в диастолу кровь перераспределяется в сторону фазы быстрого наполнения, форма ЛЖ становится более эллипсоидной, меж- и внутрижелудочковая асинхрония не нарастает (нормальная реакция). У больных ИМ с СН (1 группа), наоборот, при ОН ФВ ЛЖ снижается, нарастает диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ, форма ЛЖ становится шарообразной, увеличивается меж- и внутрижелудочковая асинхрония («патологическая» реакция). У больных неосложненным ИМ (2 группа) при ОН «нормальная» реакция выявляется в 40,7% случаев, «патологическая» — в 59,3%. СН в течение 1 года развилась только у больных с «патологической» реакцией на ОН в 28,1% случаев.

Выводы.

1. При проведении ОН на сердце у больных неосложненным ИМ в 59,3% случаев происходит ухудшение сократимости, нарастание ДД, сферификация ЛЖ, меж- и внутрижелудочковой асинхронии («патологическая» реакция на ОН).

2. У больных с «патологической» реакцией на ОН в 28,1% случаев развивается хроническая СН в течение 1 года.

0081 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С И БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST

Бейшенкулов М.Т., Баитова Г.М., Мадярова Ы.М.

НЦКТ имени академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить эффективность догоспитального применения бетаблокаторов (ББ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) с и без элевации сегмента ST.

Методы: обследовано 55 больных с исходной элевацией сегмента ST (Q волновой ИМ- QИМ) и 62 больных с исходной депрессией сегмента ST (He-Q- волновой ИМ- HQИМ). Пациенты QИМ (1гр.) догоспитально получали: аспирин 250мг, метопролол 15мг в/в дробно, стрептокиназу 1,5млн в/в капельно, госпитально: аспирин 250мг, метопролол 100мг внутрь, гепарин 7,5тыс Ед п/к 2раза 5 дней, эднит 20мг/с. Догоспитальное лечение больных HQИМ (2гр.) отличалось заменой тромболитической терапии гепарином 4тыс ЕД в/в, госпитальное лечение не отличалось. Каждая группа разделена на подгруппы в зависимости от сроков введения метопролола: 1а и 2а — больные с догоспитальным введением, 1б и 2б — с госпитальным введением. Больным проводили: клинический осмотр, ЭКГ, Эхо-КГ, доплерэхокардиографию на 3, 30 сутки и 6 месяц заболевания. Группы больных были сопоставимы по возрасту и сопутствующим заболеваниям.

Результаты. На 3 сутки заболевания размер некроза (nQ и sQ), показатели систолической (СФ) и диастолической (ДФ) функций ЛЖ у больных QИМ (1а гр. и 1б гр.) не различались ($p_{1a-16}>0,05$). К 30 суткам у больных QИМ (1а и 1б гр.) различий в размерах некроза между группами не наблюдалось, различия были при анализе СФ и ДФ ЛЖ. Так у больных с догоспитальным введением ББ (1а гр.) достоверно были меньше КДО и КСО ЛЖ, выше — ФВ ЛЖ и меньше — индекс сферичности (ИС) ЛЖ ($p_{1a-16}<0,05$). На 6 месяц у больных QИМ выявлены различия в КСО ЛЖ (1а гр. — $88,2\pm 3,4$ мл, 1б гр. — $98,7\pm 2,9$ мл, $p_{1a-16}<0,05$) и ФВ ЛЖ (1а гр. — $52,8\pm 2,1\%$, 1б гр. — $45,1\pm 1,01\%$, $p_{1a-16}<0,05$). К 6 месяцу у больных 1б гр. увеличился ИС ЛЖ с $0,54\pm 0,02$ на 30 до $0,64\pm 0,03$ ($p_{1a-16}<0,05$), то есть форма сердца стала более шарообразной. На 6 месяце СН развилась в 1а гр. у 7,7%, в 1б гр. у 14,3% больных, различий повторных случаев ОКС не было (1а гр. — 15,4%, 1б гр. — 14,3%).

У больных HQИМ показатели СФ ЛЖ на 3, 30 сутки и 6месяц заболевания оставались в пределах нормы. Выявлены различия при анализе ДФ ЛЖ: на 30с Е/А ЛЖ был $1,03\pm 0,05$ во 2а гр. и $0,87\pm 0,04$ во 2б гр. ($p_{2a-26}<0,05$), но в динамике к 6 месяцу Е/А

ЛЖ в последней гр. увеличился до нормы — $1,0\pm 0,01$ ед ($p_{30с-6м}<0,05$). На 6 месяце повторные случаи ОКС значительно меньше встречались во 2а гр. — 12,5% против 21,3% во 2б гр.

Выводы: Таким образом, раннее догоспитальное применение бетаблокаторов у больных ИМ с и без элевации сегмента ST приводит к ограничению зоны некроза, улучшению СФ, ДФ, геометрии ЛЖ и прогноза заболевания.

0082 ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ЗАЩИТЫ И ИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Белая О.Л., Калмыкова В.И., Куроптева З.В., Байдер Л.М.

МГМСУ, Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова, Москва; Институт биохимической физики РАН, Москва, Россия

Цель работы: Изучить изменения процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы защиты (АОЗ) у больных ИБС: стабильной стенокардией II и III ФК.

Материалы и методы: у 293 больных стенокардией II и III ФК, средний возраст $58,3\pm 1,2$ лет, 157 из них с постинфарктным кардиосклерозом, мужчин — 145, женщин — 148, в едином образце крови и плазмы для каждого больного общепринятыми методами определяли состав липидов, продуктов ПОЛ — диеновых конъюгатов и продуктов, реагирующих с 2-тиобарбитуровой кислотой (ТБК-продуктов), уровень мочевой кислоты, активность эритроцитарных антиоксидантных ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГП) ($n=60$), гомоцистеина ($n=30$) методом газо-жидкостной хроматографии, а также активность антиоксидантной системы церулоплазмин/трансферрин (АОС ЦП/ТФ) и метгемоглобина ($n=89$) методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) и корреляционные связи между ними. Для уточнения норм изучаемых показателей по возрастному признаку были сформированы 2 группы сравнения условно здоровых лиц, обе включали по 20 пациентов, средний возраст $17,4\pm 0,4$ и $46,8\pm 3,7$ лет. 32 больным после взятия крови была проведена коронароангиография (КАГ).

Результаты: Достоверных различий в составе липидов между группами больных стенокардией II и III ФК не выявлено. При повышенном содержании продуктов ПОЛ у больных стенокардией II ФК активность СОД и АОС ЦП/ТФ не отличалась от таковой у условно здоровых людей, активность ГП достоверно на 36% ниже. У больных стенокардией III ФК интенсификация процессов ПОЛ сопровождалась достоверным снижением активности СОД на 15%, ГП на 48%, АОС ЦП/ТФ на 20%. Отношение СОД/ГП, свидетельствующее о более выраженном дисбалансе в системе тканевых антиоксидантных ферментов в сторону окислительного стресса, максимально при стенокардии III ФК. Уровень гомоцистеина в плазме крови у 87% больных ИБС повышен по сравнению с таковым у здоровых людей, у 37% — выше общепринятой нормы. Достоверных различий в показателях метгемоглобина между группами больных и здоровых не выявлено. По данным КАГ у 66% больных преобладали 70–90%-стенозы коронарных артерий, у 40% — окклюзии коронарных артерий. Выявлена достоверная прямая корреляционная связь между количеством стенозов и возрастом больных ИБС, уровнем ОХС, ХС-ЛПНП, ТБК-продуктов и обратная между числом стенозов, уровнем СОД и активностью АОС ЦП/ТФ.

Выводы: изменения в системе «ПОЛ-АОЗ» у больных стабильными формами ИБС нарастают с увеличением ФК стенокардии. Выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий зависит от активности тканевых и плазменных антиоксидантных систем защиты.

0083 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ

НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Беленкова С.В., Стаценко М.Е., Спорова О.Е., Шилина Н.Н.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель: сравнить клиническую эффективность применения милдроната в комплексной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) и базисного лечения у пациентов с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом (СД) 2-го типа в постинфарктном периоде.

Методы: Исследование проводили у 60 пациентов в возрасте от 45 до 70 лет с ХСН (I-III функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA)) и СД типа 2 в раннем постинфарктном периоде (3-4 неделя от начала инфаркта миокарда). Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: основная группа (30 человек) получала в дополнение к базисной терапии милдронат 1,0 г/сутки. Первые 10 дней лечения милдронат вводился внутривенно болюсно (медленно) 10 мл, далее назначался перорально по 500 мг 2 раза в сутки. В контрольной группе (30 человек) применяли только базисную терапию. В качестве сахароснижающей терапии больные получали гликлазид + метформин. Дозы базисных препаратов для лечения ХСН и СД в обеих группах статистически не различались. Период наблюдения составил 16 недель. Исходно и в конце лечения проводилось клиническое обследование, оценивалось качество жизни (КЖ) с применением Миннесотского опросника, определялись дистанция 6-минутной ходьбы (ТШХ) и ФК ХСН, выполнялась эхокардиография. В динамике оценивали ряд метаболических показателей, отражающих состояние углеводного и липидного обменов (глюкоза крови натощак, гликозилированный гемоглобин (ГГ), общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ)).

Результаты: в обеих группах отмечалось достоверное уменьшение ФК ХСН, более выраженное в 1-й (-19% vs -14%, $p < 0,05$). Толерантность к физической нагрузке по данным ТШХ достоверно увеличилась на 26,5% ($p < 0,05$) и 18% ($p < 0,05$) соответственно в 1-й и во 2-й группах. КЖ пациентов к концу наблюдения во 2-й группе повысилось на 10%, а в 1-й группе — на 20%. Использование милдроната привело к более благоприятной динамике основных структурно-функциональных параметров сердца. В обеих группах по окончании курса терапии отмечалось постепенное восстановление сократительной способности миокарда, однако лучшая динамика наблюдалась у больных, получавших милдронат: ФВ в 1-й группе увеличилась на 12% ($p < 0,05$), во 2-й — на 7% ($p < 0,05$). В результате исследования выявлено благоприятное влияние добавления милдроната к базисной терапии на состояние липидного и углеводного обменов. В основной группе достоверно уменьшился уровень ТГ — на 33% ($p < 0,05$), выявлена тенденция к снижению уровня ОХС крови — на 28% ($p < 0,01$). Через 16 недель исследования наблюдалось уменьшение ГГ в обеих группах, но более значимо у больных, получавших милдронат (-12% vs -3%).

Выводы: включение милдроната в лечение ХСН у больных СД 2-го типа благоприятно влияет на клинико-гемодинамические показатели, качество жизни и показатели липидного и углеводного обменов.

0084 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ

Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Гущенко Т.Э.

ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томск, Россия

Хирургическая реваскуляризация миокарда — аортокоронарное шунтирование позволяет снизить риск развития коронарных осложнений, однако наличие психологических факторов негативно отражается на социальном прогнозе пациентов.

Цель: сравнить показатели качества жизни пациентов после операции аортокоронарного шунтирования в зависимости от уровня алекситимии.

Материалы и методы: На базе кардиологического диспансера были обследованы 101 пациент с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) в возрасте 44 — 65 лет (82 мужчины, 19 женщин), перенесшие операцию аортокоронарного шунтирования. Проспективное исследование предусматривало оценку клинических и социально-психологических характеристик состояния больных. Использовались методы: клинико-психопатологический, клинико-физикальный, катamnестический, экспериментально-психологический, статистический. Уровень алекситимии определялся по шкале TAS-26. Показатели качества жизни до и через год после оперативного вмешательства оценивались по общему опроснику качества жизни SF-36.

Результаты: Сравнительный анализ двух групп больных ИБС, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования: с алекситимией ($n=45$; уровень алекситимии по шкале TAS — $80,24 \pm 0,88$) и без алекситимии ($n=56$; уровень алекситимии по шкале TAS — $64,13 \pm 1,15$) не выявил статистически значимых различий по возрасту на момент обследования, возрасту начала ИБС, продолжительности коронарного стажа, показателям спектра липидов крови, степени тяжести соматического состояния. Психический статус больных в предоперационный период и на момент катamnеза обнаружил статистически значимые различия по частоте тревожных расстройств, которые подтверждались данными по шкале самооценки тревоги Шихана. Пациентам с алекситимией, испытывающим затруднения в трактовке собственных ощущений и эмоций, работа со шкалами самооценки облегчала осознание и принятие отдельных симптомов в их состоянии. Уровень тревоги по шкале Шихана до операции в группе больных с алекситимией был достоверно выше и составил $35,67 \pm 2,61$ по сравнению с показателем в группе больных без алекситимии был достоверно выше (ощущений изомний, ла ИБС, продолжительности коронарного стажа, показателем $28,34 \pm 1,99$ в группе больных без алекситимии; $p=0,025613$). На момент катamnеза статистически значимые различия сохранялись при снижении показателей тревоги в целом. Несмотря на то, что до операции частота депрессивных проявлений в обеих группах существенно не отличалась, на момент катamnеза пациенты с высоким уровнем алекситимии обнаруживали более выраженные расстройства депрессивного спектра. Средние показатели в группах по отдельным параметрам качества жизни в предоперационный период не отличались. Однако через год после операции пациенты с алекситимией обнаруживали худшие показатели в связи с актуальными проблемами как физического, так и психического здоровья, по частоте депрессивных и тревожно-фобических расстройств и числу неработающих (сохраняющейся инвалидизации) на момент катamnеза.

Выводы: Выявлена статистически значимая роль алекситимии в прогнозировании динамики психоэмоционального и соматического статуса больных ИБС, определяющих качество жизни после операции аортокоронарного шунтирования.

0085 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЭНАЛАПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолитецкая В.Г., Буркин М.А., Белолитецкий Н.А., Серажим А.А.

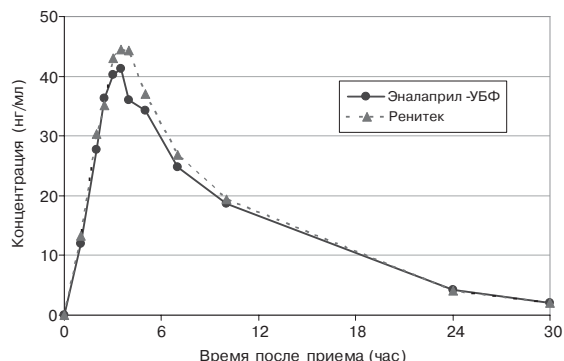
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава»; ГУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток РАМН, Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов эналаприла — таблеток Эналаприл-УБФ (ОАО «Уралбиофарм», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками Ренитек («Мерк Шарп и Доум», Нидерланды).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизиро-

ванным методом по перекрестной схеме. Поскольку неизмененный эналаприл является пролекарством, методом ИФА определяли концентрации его активного метаболита эналаприлата.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили эналаприлата в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 25 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили эналаприлата практически совпадают.



Значения фармакокинетических параметров эналаприлата, полученные при изучении Эналаприла-УБФ и Ренитека хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация эналаприлата в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Эналаприла-УБФ в среднем через $3,44 \pm 0,68$ ч, а Ренитека — через $3,58 \pm 0,58$ ч и составила $47,9 \pm 17,5$ нг/мл и $54,4 \pm 23,2$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения ($439,0 \pm 141,5$ нг*ч/мл и $464,7 \pm 145,3$ нг*ч/мл соответственно) и достоверно не отличались. Степень относительной биологической доступности таблеток Эналаприл-УБФ по отношению к таблеткам Ренитек составила в среднем $94,8 \pm 11,6\%$.

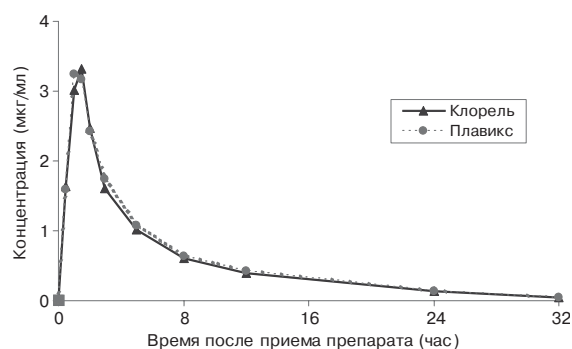
0086 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ КЛОПИДОГРЕЛЯ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолипецкая В.Г., Меркулова Е.А., Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Зверков Ю.Б..

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов клопидогреля — таблеток, покрытых оболочкой, Клорель (ЗАО «ФП Оболенское», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками, покрытыми оболочкой, Плавикс («Санофи-Винтроп», Франция).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Поскольку клопидогрель является пролекарством и не детектируется в плазме крови человека в концентрациях, превышающих 0,01 мкг/мл, определяли концентрации его метаболита (ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием). На рисунке представлены средние фармакокинетические профили метаболита клопидогреля в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 75 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние концентрации метаболита клопидогреля были очень близки на протяжении всего интервала наблюдения.



Значения фармакокинетических параметров метаболита клопидогреля, полученные при изучении Клореля и Плавикса хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация метаболита клопидогреля в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Клореля в среднем через $1,39 \pm 0,37$ ч, а Плавикса — через $1,31 \pm 0,35$ ч и составила $3,79 \pm 0,77$ мкг/мл и $3,80 \pm 0,88$ мкг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: $18,14 \pm 4,88$ мкг*ч/мл и $17,62 \pm 5,02$ мкг*ч/мл соответственно.

Степень относительной биологической доступности *f* метаболита клопидогреля при приеме таблеток Клорель по отношению к таблеткам Плавикс составила в среднем $99,8 \pm 25,2\%$ (С.И.: 87,4–107,3%).

0087 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ СИМВАСТАТИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

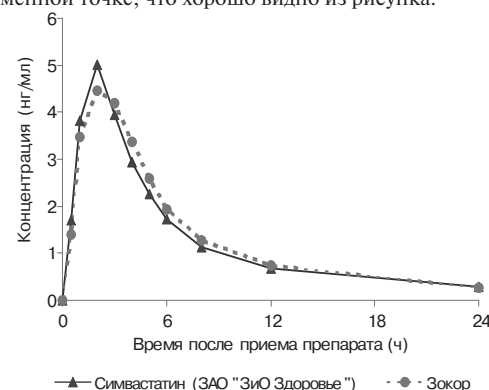
Белолипецкая В.Г., Суханов Я.В., Воронина В.П., Марцевич С.Ю., Писарев В.В., Зверков Ю.Б., Смирнова Л.Б.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов симvastатина производства ЗАО «ЗиО Здоровье» (Россия) и ЗАО «Северная Звезда» (Россия) в сравнении с зарегистрированным препаратом симvastатина Зокор производства «Мерк Шарп и Доум» (Нидерланды).

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

Средние значения концентрации симvastатина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного приема внутрь 40 мг (2 таблетки) тестируемых и референсного препаратов были очень близки и достоверно не отличались ни в одной временной точке, что хорошо видно из рисунка.



Значения фармакокинетических параметров симvastатина при однократном приеме Симvastатина (ЗАО «ЗиО Здоровье», Россия) и Симvastатина (ЗАО «Северная Звезда», Россия) хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались от фармакокинетических параметров препарата сравнения Зокору. Степень относительной биологической доступности Симvastатина (ЗАО «ЗиО Здоровье», Россия) по отношению к Зокору составила в среднем $101,2 \pm 24,8\%$, а Симvastатина (ЗАО «Северная Звезда», Россия) по отношению к Зокору — $104,0 \pm 24,6\%$.

0088 СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Бердыханова Р.М.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования: определить систоло-диастолические взаимоотношения отделов сердца и гемодинамики для установления особенностей ремоделирования сердца у больных с мерцательной аритмией

Были обследованы больные с мерцательной аритмией (МА, постоянной и пароксизмальной формами) — 43 человека (средний возраст — $54,8 \pm 1,9$ лет). Контрольную группу составили 23 практически здоровых лица.

Методом эхо- и доплер-эхокардиографии изучались следующие показатели: конечно-систолический и конечно-диастолический объемы ЛЖ (КСО и КДО), и их индексированные величины (КСОИ, КДОИ), толщина стенок ЛЖ в систолу и диастолу, фракция выброса (ФВ%), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительная толщина стенок ЛЖ (ОТС), конечно-систолический миокардиальный стресс (КСМС), конечно-диастолическое напряжение стенки (КДНС); показатель, характеризующий активную диастолу (ВУРН/ФИР), отношение систолы к продолжительности сердечного цикла (S/RR) и диастолы к продолжительности сердечного цикла (D/RR). Кроме того, изучались величины среднего артериального давления (САД), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), систолического (СДЛА) и диастолического (ДДЛА) давления в легочной артерии, показатель УСФ/УСР, демонстрирующий соответствие сердечного выброса периферическому сопротивлению сосудов.

Различия между показателями больных с МА и контролем были существенными: КСО и КСОИ были выше нормы (соответственно $57,85 \pm 5,85$ мл и $28,39 \pm 2,88$ мл/м² против нормы $35,84 \pm 2,04$ и $18,95 \pm 0,93$, $p < 0,01$; КДО и КДОИ также были выше нормы $145,51 \pm 7,34$ мл, $p < 0,001$ и $74,31 \pm 3,72$ мл/м², $p < 0,01$). Сократительная функция по сравнению с контролем была сниженной: ФВ — $63,30 \pm 2,21\%$, в контроле — $70,69 \pm 0,76\%$, $p < 0,01$. На фоне повышенного ИММЛЖ отмечались нормальная ОТС и повышенные КСМС и КДНС, САД, а отношение УСФ/УСР превышало норму в 2,5 раза. ОПСС оставалось в пределах нормы.

Гемодинамика малого круга кровообращения характеризовалась ростом почти в 2 раза и выше по сравнению с контролем СДЛА (до $41,56 \pm 3,87$), ДДЛА (до $17,96 \pm 1,87$) мм рт.ст. ($p < 0,001$). Отношение систолы к продолжительности сердечного цикла (S/RR) и диастолы к продолжительности сердечного цикла (D/RR) статистически достоверно отличалось от нормы за счет удлинения систолы и укорочения диастолы ($p < 0,001$), также меньшие нормы был показатель ВУРН/ФИР ($p < 0,001$).

Таким образом, увеличение объемов ЛЖ, ИММЛЖ, КСМС и КДНС, перегрузка левых и правых отделов сердца, перестройка структуры сердечного цикла в сторону укорочения диастолы у больных МА указывает на то, что именно эти факторы являются важными составляющими при ремоделировании сердца у больных МА.

0089 ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бердыханова Р.М., Джусупов А.К., Атарбаева В.Ш.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования: изучить характер изменений структуры и функции левого желудочка (ЛЖ) сердца в зависимости от стадии сердечной недостаточности (НК).

Обследовано 45 больных НК: 16 — с НК I, 19 — с НК II ПА и 10 — с НК II ПБ (по классификации В.Х.Василенко, Н.Д.Стражеско и Г.Ф.Ланга).

Контрольную группу составили 49 практически здоровых лиц.

Проводилось изучение объемов левого желудочка, фракции выброса (ФВ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), относительной толщины стенок сердца (ОТС), конечно-систолического меридионального стресса (КСМС), отношение продолжительности диастолы к сердечному циклу (D/RR) на эхокардиографе «Алока-1700» по общепринятой методике (объемы ЛЖ в М-режиме по Тейхольцу).

У больных с НК I отмечалось уменьшение диастолических объемов по сравнению с нормой ($P < 0,001$). У больных с НК IIПА существенно возросли объемы левого желудочка: систолические возросли в 4 раза, а диастолические — в 2 и более раза по сравнению с нормой и показателями больных с НК I, соответственно величина ФВ значительно снизилась, до $44,11 \pm 3,0\%$ ($P < 0,001$). У больных с НК II ПБ эти показатели превышали контрольные цифры в несколько раз: систолические в 5-7 раз, диастолические — в более чем 2 раза ($P < 0,001$), при этом ФВ соответственно уменьшилась в 2 и более раза ($P < 0,001$).

У больных с НМНК I отмечалось снижение ММЛЖ по сравнению с контролем ($p < 0,05$). У больных с НМНК II наряду с возрастанием ММЛЖ более чем в 2 раза по сравнению с контролем (до $359,24 \pm 22,18$ г) ($p < 0,001$), ОТС стала меньше, при этом заметно возросла нагрузка сердца: КСМС возрос в 2 раза по сравнению с нормой (до $95022,42 \pm 8208,69$, в контроле — $41572,24 \pm 2153,36$ дин/см², $p < 0,01$). Прогрессирующий рост ММЛЖ и КСМС у больных с НМНК II ПБ выражался в том, что они превышали норму в 3 раза, а показатели больных с НМНК IIА в 1,5 раза.

С увеличением функционального класса СН продолжительность диастолы укорачивается, в то время как продолжительность систолы удлиняется не столь значительно: D/RR в контроле — $0,64 \pm 0,031$, у больных с НМНК I, НМНК IIА и НМНК II ПБ — соответственно $0,58 \pm 0,17$ ($p < 0,05$), $0,48 \pm 0,03$ ($p < 0,001$) и $0,40 \pm 0,038$ ($p < 0,001$).

Таким образом, у больных неревматическим миокардитом происходит прогрессирующее, в зависимости от стадии недостаточности кровообращения, изменение структуры и функции левого желудочка сердца, что позволяет судить о стадии сердечной недостаточности.

0090 МЕСТО АТИПИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Берестеникова Л.Н., Чумакова Г.А., Тимофеев А.В., Фищева Н.С., Булыгин С.Ю.

МУЗ Городская Больница №1, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель: Изучить распространенность атипичных малосимптомных форм гипертиреоза среди пациентов с мерцательной аритмией (МА).

Методы: В исследование включены 72 пациента с МА (средний возраст: $55,6 \pm 9,9$ лет, 35,7% — мужчины), проходивших лече-

ние в кардиоинфарктном отделении Городской больницы №1 г. Барнаула с апреля 2005 г. по февраль 2007 г. У всех включенных больных при исследовании функции щитовидной железы был выявлен гипертиреоз. Гипертиреоз диагностировался на основании определения уровня гормонов: тиреотропного гормона (ТТГ), свободного Т4, свободного Т3. Малоклиническим считался гипертиреоз при наличии лабораторных данных, характерных для клинического тиреотоксикоза (уровень ТТГ ниже нормы, повышенный уровень свободного Т4 и/или свободного Т3) и отсутствии выраженных клинических проявлений. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: Малосимптомный гипертиреоз выявлен у 13 больных (18%), среди них женщины составили 78%. Средний возраст — $54 \pm 5,8$ лет. Средний индекс массы тела (ИМТ) — $33,1 \pm 4,4$ кг/м². У всех ИМТ > 25. Несмотря на повышенный ИМТ, больные отмечали снижение массы тела за последние месяцы на $8,5 \pm 2$ кг. У 7 человек (56%) отмечалось увеличение объема щитовидной железы. Другие симптомы, характерные для тиреотоксикоза, у этих больных отсутствовали. У 70% больных тиреотоксикоз совпал с предшествующим приемом амиодарона или иодида, у остальных — болезнь Грейвса. У 82% больных длительность тиреотоксического анамнеза была незначительной — $1,5 \pm 1,4$ месяцев. По особенностям течения МА больные разделились на три группы. Первая группа (20 человек) — больные с пароксизмальным течением МА, у которых частота приступов МА была реже 1 раза в месяц. У 79% больных пароксизмы МА длились менее 48 часов. Восстановление СР у всех пациентов произошло на фоне урежающей терапии (β-блокаторы, соли калия и магния). В первые 3 суток восстановления СР произошло у 86%, у остальных — в течение недели. Вторую группу (22 человека) составили больные с непрерывно-рецидивирующей МА, у которых пароксизмы рецидивировали с частотой от 2–4 раз в месяц до 3 раз в неделю. У 82% пароксизмы МА длились менее 24 ч. У всех больных СР восстановился на фоне урежающей терапии в первые сутки от начала лечения. Третью группу составили 30 человек (42%), у которых спонтанного восстановления СР не произошло. У 18 больных с давностью МА менее 3 суток СР восстановлен хинидином, новокаиномидом или электрической кардиостимуляцией. У остальных пациентов МА сохранялась более месяца, СР за время госпитализации не был восстановлен.

Выводы: Малосимптомный гипертиреоз выявлен у 18% пациентов с мерцательной аритмией чаще у женщин среднего возраста. Все больные малосимптомным гипертиреозом имели ожирение различной степени. У 70% пациентов малоклинический гипертиреоз ассоциировался с приемом амиодарона или иодида. У 58% пациентов МА имела пароксизмальный характер и купировалась на фоне урежающей терапии. В 52% случаев пароксизмы мерцательной аритмии на фоне тиреотоксикоза имели непрерывно-рецидивирующий характер.

0091 ИССЛЕДОВАНИЕ «ПРОФИЛЕЙ» КОНЦЕНТРАЦИИ КРЕАТИНКИНАЗЫ И МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНКИНАЗЫ В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЕВ УСПЕШНОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ РЕПЕРFUЗИИ

Берштейн Л.Л., Гришкин Ю.Н., Новиков В.И., Вишневецкий А.Ю., Узилевская Р.А.

Медицинская академия последипломного образования, кафедрa кардиологии им. М.С.Кушаковского, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Сформулировать критерии эффективной миокардиальной реперфузии, основанные на характере изменения концентраций общедоступных ферментных маркеров — креатинкиназы (КК) и МВ-фракции креатинкиназы (МВ) после тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Методы. Обследовано 107 пациентов в возрасте 59 ± 11 лет, поступивших с ОИМ с подъемом сегмента ST, которым выполнялся системный тромболитический альтеплазой или стрептокиназой. У 64% пациентов был ОИМ передней локализации. Изучена возможность диагностики успешной реперфузии на основании изучения «профилей» концентрации КК и МВ. Анализ уровня ферментов в венозной крови выполнялся 5-кратно: до тромболитической

и еще четыре раза с интервалом 6 часов, полученные показатели обозначались по порядку взятия анализов, например, для КК — КК1, КК2 и т.д. Взаимная иерархия значений концентрации фермента («профиль») кодировалась цифрами от 1 до 5, расположенными в ряд, причем позиция цифры в ряду соответствовала порядковому номеру анализа. Например, для КК ряд 1 5 4 3 2 отражал следующую взаимную иерархию, соответственно, КК1, КК2, КК3, КК4, КК5: концентрация КК1 — 1-ая снизу (наименьшая), КК2 — 5-я снизу (наибольшая), КК3 — 4-ая снизу, КК4 — 3-я, КК5 — 2-ая. Критерием эффективности реперфузии служило уменьшение индекса локальной сократимости левого желудочка в динамике (до и через 10 ± 3 дня после тромболитической терапии при эхокардиографии). Результаты. Из индивидуальных профилей диагностическую ценность имел только профиль КК 1 5 4 3 2 (11/36 — неуспешная реперфузия (95% ДИ 16,4–48,1), 25/36 — успешная (95% ДИ 51,9–83,6), $p < 0,05$. Данный профиль был наиболее распространенным (33,6% от общего числа профилей КК). Для дальнейшего анализа профили были сгруппированы в совокупности (ω), таким образом, чтобы выявить диагностическую ценность раннего (6 или 12 ч) максимума уровня ферментов. Сгруппированные по этому принципу профили продемонстрировали следующие показатели чувствительности и специфичности: 1) Максимальная КК2 (6 ч) или КК3 (12 ч) (ωКК): 81% и 49%; Максимальная МВ2 или МВ3 (ωМВ): 85% и 36%, $p < 0,05$ в обоих случаях. Объединение совокупностей профилей КК и МВ дало следующие результаты: ωКК и ωМВ: чувствительность — 77%, специфичность — 53%; ωКК или ωМВ — 89 и 31%, соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях.

Выводы. Регистрация профиля КК 1 5 4 3 2 позволяет надежно определять результат реперфузии миокарда при ОИМ. При ином характере ферментных профилей объединение для анализа профилей КК и МВ с ранним пиком концентрации в совокупности позволяет неинвазивно предсказывать результат реперфузии в первые 24 ч после ОИМ, причем наибольшей ценностью обладает совокупность ωКК.

0092 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УСПЕШНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕПЕРFUЗИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Берштейн Л.Л., Гришкин Ю.Н., Новиков В.И., Вишневецкий А.Ю., Узилевская Р.А.

Медицинская академия последипломного образования, кафедрa кардиологии им. М.С.Кушаковского, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Сформулировать критерии эффективной миокардиальной реперфузии на основании анализа динамики сегмента ST и зубца Т после тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Методы. Обследовано 106 пациентов с ОИМ с подъемом ST (возраст 59 ± 11 лет, 65% — передний ОИМ). Оценивалась динамика сегмента ST и зубца Т на трех электрокардиограммах — исходной, через 3 и 48 ч после тромболитической (ЭКГ-1, 2 и 3). Отдельно для передних и непередних инфарктов оценивались степень снижения сегмента ST в отведении с его максимальной исходной элевацией (снижение STmax ПИМ и НПИМ) и уменьшение суммарной элевации ST во всех отведениях с его подъемом (снижение STsum ПИМ и НПИМ). Также рассчитывались суммарные амплитуды зубцов Т в отведениях с элевацией ST на ЭКГ-2 и ЭКГ-3 (sumT2, sumT3); их разность между ЭКГ-2 и ЭКГ-1 (sumT2–sumT1) и между ЭКГ-3 и ЭКГ-1 (sumT3–sumT1). Реперфузия миокарда считалась эффективной в случае уменьшения эхокардиографического индекса локальной сократимости левого желудочка при через 10 ± 3 дня после тромболитической терапии по сравнению с исходным (не более 30 мин от начала тромболитической терапии). Для значений каждого критерия была найдена точка разделения, позволяющая наилучшим образом дифференцировать пациентов по результату реперфузии.

Результаты. У обследованных пациентов на ЭКГ-2 наблюдалось статистически достоверное снижение степени элевации сегмента ST в результате реперфузии, в то же время степень снижения ST при расчете по одному отведению с максимальной элевацией

цией и при расчете суммарной элевации ST достоверно не различались. Значение STmax (для ОИМ всех локализаций) составляло $4,9 \pm 3,2$ мм на ЭКГ-1 и $2,2 \pm 1,6$ мм на ЭКГ-2, STsum — $16,6 \pm 11,4$ и $7,4 \pm 6,9$ мм, соответственно ($p < 0,05$ в обоих случаях). Также отмечалось достоверное снижение суммарной амплитуды зубцов T на ЭКГ-2 ($7,9 \pm 19,8$) и ЭКГ-3 ($-8,3 \pm 17,2$) по сравнению с ЭКГ-1 ($29,8 \pm 22,7$), $p < 0,05$ для обеих.

Ниже в порядке убывания диагностической ценности приводятся оценивавшиеся критерии реперфузии с указанием рассчитанных для них точек разделения, а также чувствительность и специфичность указанных критериев: sumT3-sumT1 < -28 мм*: чувствительность 68%, специфичность 76%; снижение STsum ПИМ $> 44,0\%$ — 81 и 62%; снижение STsum НПИМ $> 58,8\%$ — 100 и 42%; снижение STmax НПИМ $> 66,7\%$ — 83 и 53%; снижение STmax ПИМ $> 33,3\%$ — 81 и 54%; sumT3 < 10 мм* — 98 и 30%; sumT2-sumT1 < -28 мм* — 39 и 86%; sumT2 < 14 мм — 75 и 43% (* $p < 0,05$).

Выводы. Анализ доступных электрокардиографических показателей позволяет оценивать эффективность миокардиальной реперфузии после ОИМ. Наибольшую ценность среди исследованных электрокардиографических параметров имеют динамика суммарной элевации ST через 3 ч и динамика амплитуды зубца T через 48 ч.

0093 О ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ «КОРОНАРНОГО» ТИПА ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА

Бехбудова Д.А., Бахшалиев А.Б., Ахмедова Т.А.

НИИ кардиологии МЗ Азербайджанской Республики, Баку, Азербайджан

Настоящая работа проведена в рамках эпидемиологического исследования организованной популяции трудоспособного населения г. Баку. Интерес представляло изучение частоты встречаемости «коронарного» типа поведения (тип А) и его особенностей среди работников преимущественно умственного труда. Всего обследовано 109 мужчин и 180 женщин в возрасте 20–65 лет, являющихся сотрудниками двух произвольно избранных научно-исследовательских институтов г. Баку. В качестве одного из методов комплексного обследования пациентов применялся опрос по психологической анкете Jenkins, позволяющей установить принадлежность опрашиваемых к тому или иному типу психологического поведения.

По результатам настоящего исследования почти у каждого четвертого обследованного мужчины (23,9%) и каждой пятой женщины (20,6%) установлено наличие «коронарного» типа поведения. Анализ частоты встречаемости основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) позволил установить наличие избыточной массы тела (ИМТ) (50%) и курения (42,3 %) у каждого 2-го мужчины с типом А. У каждого 3-его из них была установлена артериальная гипертензия (АГ) (30,8%), у каждого 4-го — низкая физическая активность (НФА) (26,9%) и избыточное употребление алкоголя (23,1%). В то же время следует отметить, что 61,5% мужчин с поведением типа А имели ученую степень кандидата наук, а 11,5% — ученую степень доктора наук. Среди мужчин с поведением типа В и АВ не оказалось ни одного обладателя ученой степени доктора наук, а ученую степень кандидата наук имели, соответственно, 50% и 47,8% обследованных. Среди женщин с поведением типа А более, чем у каждой 2-ой (56,8%) отмечалась ИМТ. ИК > 29 отмечен почти у каждой 3-ей обследованной этой группы. У 45,9% женщин с типом А было отмечено наличие абдоминального типа ожирения. Почти у каждой 3–4-ой обследованной этой группы (27,03%) установлена АГ. При этом почти каждая 4-ая женщина с типом А имела ученую степень кандидата наук (18,9%). Только среди женщин с типом А оказались обладательницы ученой степени доктора наук (8,1%).

Таким образом, в настоящем исследовании установлена достаточно частая выявляемость «коронарного» типа поведения среди работников преимущественно умственного труда. Лиц с поведением типа А наряду с высокой частотой встречаемости основных ФР ССЗ и их сочетаний характеризовали более высокие по-

казатели научной деятельности. Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что при разработке профилактических мероприятий, предназначенных для внедрения среди лиц, занятых преимущественно умственным трудом, специальное внимание следует уделять вопросам целесообразности и специфичности методов психологической коррекции поведенческого фактора риска ССЗ среди рассматриваемой категории населения.

0094 МЕДИКО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Бисюк Ю.В.

ГКБСМП №1, Воронеж, Россия

Целью исследования явилось детальное изучение дефектов в оформлении медицинской документации, качественный анализ и обобщение дефектов и их причин при оказании кардиологической помощи.

Методы. В основу данной работы положены результаты изучения 312 медицинских карт (историй болезни) больных, госпитализированных в кардиологические отделения стационаров.

Результаты. Неудовлетворительное качество описания жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни отмечено в 8,3%, 20,8% и 21,8% медицинских карт стационарного больного соответственно. В 57,5% случаев эти дефекты сочетались.

Значительное число дефектов выявлено при сборе анамнеза жизни — 47 случаев (21,8%). Врачи не указывали перенесенные ранее заболевания, не выясняли наличие неблагоприятных условий жизни и труда. Сочетание дефектов данной группы отмечено в 21,3%.

Дефекты в описании объективного статуса выявлены в 78 случаях (25,0%). Среди дефектов оформления медицинской документации обращают на себя внимание небрежное ведение листа назначений — 199 случаев (63,8%), неверная формулировка направительного диагноза — 168 случаев (53,8%), неинформативность или малая информативность дневников — 157 случаев (50,3%).

Сокращения в записях, исправления, зачеркивания и неразборчивый почерк выявлены в общей сложности в 39,1% проанализированных медицинских карт.

В 22,5% случаев не указана лекарственная непереносимость ни на обложке медицинской карты стационарного больного, ни в листе назначений.

Грубым дефектом, являлось отсутствие динамического наблюдения за больными (13,5%). Во всех этих случаях данный дефект мог послужить причиной неблагоприятного исхода вследствие несвоевременного принятия мер по оказанию экстренной медицинской помощи.

Отсутствие указания времени первичного осмотра затрудняло экспертную оценку своевременности проводимых лечебно-диагностических мероприятий, что крайне важно при жизнеугрожающих ситуациях.

Неаккуратно вклеенные листы назначений, результатов исследований, исправления в них затрудняют понимание тех данных, которые особенно важны для доказательства адекватности, своевременности и правильности проведенного лечения.

Выводы. Таким образом, постоянное и систематическое изучение структуры дефектов при оформлении первичной медицинской документации, их причин и источников, введение в практику работы стационаров локальных нормативных актов, регламентирующих правила ведения истории болезни, позволит повысить качество оказания медицинской помощи на всех этапах и существенно снизить риск предъявления судебных исков со стороны пациентов и их родственников.

0095 ПРАВОВАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ И ПАЛАТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Бисюк Ю.В.

ГКБСМП №1, Воронеж, Россия

Цели исследования. С целью изучения правовой информированности врачебного персонала и выявления причин возникновения информационно-деонтологических проблем было проведено анонимное анкетирование 50 врачей-кардиологов и анестезиологов-реаниматологов палат интенсивной терапии кардиологических отделений в г. Воронеже, работающих в условиях оказания экстренной кардиологической помощи.

Методы исследования. Социологическое исследование проводилось с помощью использования специально разработанной для этой цели анкеты, включавшей в себя 22 вопроса.

Результаты и выводы. Результаты социологического исследования показали следующее.

1. По мнению врачей, количество жалоб пациентов за последние годы увеличилось и такая тенденция, скорее всего, сохранится и в будущем. Увеличение числа конфликтов врачи объясняют чрезмерной конфликтностью больных (70,0% респондентов) и неумением врача найти «общий язык» с больным (28,0%).

2. Крайне серьезная ситуация с правовой информированностью врачебного состава: 52,0% опрошенных врачей не знакомы с нормативными документами, регламентирующими их профессиональную деятельность и правоотношения с пациентами.

3. Большинство врачей оценивают свои правовые знания как удовлетворительные (64,0%) или плохие (22,0%) и испытывают потребность в изучении нормативной базы.

4. Ложное чувство корпоративности, страх быть наказанным за допущенные дефекты в работе побуждают врачей скрывать свои ошибки: 70,0% врачей не сообщают об ошибках коллег руководителю подразделения и администрации. Такое положение не может не настораживать, так как сокрытие дефектов приводит к их позднему выявлению (или невыявлению вообще), несвоевременной коррекции лечения, удлиняет сроки лечения, увеличивает риск неблагоприятного исхода заболевания, не способствует повышению уровня квалификации врачебного состава.

5. Негативное отношение врачей к ведению медицинской документации (62,0% опрошенных пишут историю болезни «для прокурора», 6,0% считают, что подробные записи никому не нужны) объясняется, во-первых, непониманием важности медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного в формировании четкого и ясного врачебного мышления и, во-вторых, недостаточным осознанием юридического значения медицинской документации. Назрела необходимость нормативного закрепления правил ведения первичной медицинской документации, широкого использования в работе формализованных шаблонов (при этом формы шаблонов должны быть едиными для всех ЛПУ и утверждены Министерством здравоохранения и социального развития РФ), Облегчить труд врачей могут компьютерные технологии, оборудование в ЛПУ автоматизированных рабочих мест, для чего необходимо целевое финансирование медицинских учреждений здравоохранения.

6. Низкая правовая информированность врачей требует организации в ЛПУ подготовки врачебного персонала по вопросам медицинского права.

0096 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМНОГО ГОМЕОСТАТИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС

Боева А.Н., Сараев И.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью исследования стала разработка нового подхода к оценке функционального состояния больных ИБС на основе анализа детерминированно-хаотического поведения организации синусового ритма сердца как показателя состояния системного гомеостатического регулирования.

Методы: исследование проводили в двух группах — контрольной и основной, по 25 человек в каждой. Мужчин и женщин в них было поровну. Средний возраст составил 42,5±3,6 и 46,4±4,2, соответственно. В основной группе все пациенты страдали постинфарктным кардиосклерозом и стабильной стенокардией напряжения II-III ф.кл. Контрольная группа состояла из

лиц с рядом хронических заболеваний дыхательной и пищеварительной систем, находившихся на момент исследования в стадии ремиссии. Всем обследованным лицам кроме общеклинического исследования проводился 24-часовой мониторинг кардиоритма, который помимо стандартного анализа был дополнен расчетом динамики относительной энтропии кардиоритма и оценкой топологических свойств ее странного аттрактора с помощью пакета программного обеспечения, позволяющего количественно изучать свойства случайно-подобных феноменов.

Результаты: индивидуальные аттракторы динамики энтропии кардиоритма были получены из экспериментальных данных путем восстановления по известному алгоритму Чжуа-Паркера. Процедура проекции этих объектов из n-мерного пространства в 3-х мерное позволила визуализировать их на дисплее компьютера в форме, аналогичной отображению аттрактора Лоренца. В дальнейшем изучение топологии было упрощено путем построения моделей искомого динамического процесса в виде наименьшего из возможных гиперкубов, куда мог быть вписан каждый из полученных индивидуальных образов аттрактора энтропии кардиоритма. Количественные характеристики модели-гиперкуба во всех случаях при определенном приближении сохраняли ряд топологических особенностей вписанных в них структур — аттракторов энтропии кардиоритма. Модели были описаны 24 числовыми параметрами, которые отражали степень деформации гиперкубов, во всех случаях далеких от идеальной геометрической формы. Установлено, что у всех больных ИБС по сравнению с контрольной группой изучаемые аттракторы информационного показателя организации кардиоритма — его энтропии были деформированы достоверно в большей степени. Об этом свидетельствовало наличие эффектов сплюсывания модели феномена — гиперкуба, его вытяжения при повороте отображения на 180 градусов от базовой проекции, а также смещения относительно нулевой координаты трехмерного проекционного пространства и, наконец, консолидация объекта, то есть его проецирование в гиперкуб достоверно меньшего, чем в контроле объема.

Выводы: проведенное исследование позволяет заключить, что применение информационного анализа и характеристик детерминированно-хаотических динамических процессов для изучения организации синусового кардиоритма у больных ИБС перспективно, поскольку позволяет выявить новые объективные количественные характеристики функционального состояния пациентов.

0097 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Болдина Н.В., Михин В.П., Сидорова С.А.
КГМУ, Курск, Россия

Цель: Изучить динамику показателей суточного профиля артериального давления у больных в остром периоде ишемического инсульта.

Методы: Под наблюдением находилось 30 больных артериальной гипертонией с ишемическим инсультом в возрасте от 55 до 70 лет (средний возраст 64,2±2,3 года), доставленных в неврологическое отделение в первые 48 часов с момента развития инсульта. Все больные страдали артериальной гипертонией 2-3 степени от 3 до 20 лет и не лечились или лечились нерегулярно. Диагноз ишемического инсульта был подтвержден данными спиральной компьютерной томографии. Все пациенты получали базовую терапию инсульта: кардиоаспирин 300 мг в сутки, престаирум по 2-4 мг/сутки, арифон по 1,5-2,5 мг/сутки, трентал по 100 мг в/в капельно в течение первых 7 дней заболевания. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью монитора АВРМ-02 («Meditech», Венгрия) дважды: в острейший период (1-5 сутки) и в конце острого периода (21-24 день). Артериальное давление (АД) измеряли в течение 24 часов с интервалом 15 минут днем и 30 минут ночью.

Результаты: Повышение АД отмечается у большинства больных в первые дни ишемического инсульта. При СМАД в 1-5 день у 65% больных отмечается недостаточное (суточный индекс менее 10%) снижение АД в ночные часы (тип non-dipper), у части

больных (25%) — преимущественно ночная гипертензия (тип night-peaker), когда АД в ночные часы превышает дневные показатели (суточный индекс имеет отрицательные значения), у нескольких (10%) больных — чрезмерное (более чем на 20%) ночное падение АД (тип over-dipper). Также у многих больных в первые дни инсульта повышена суточная вариабельность АД. К концу острого периода (21–24 день), по данным СМАД, уменьшается доля больных с повышенной вариабельностью АД, снижаются средние показатели вариабельности АД, увеличивается доля больных с нормальным (dipper) типом суточной кривой АД. Средние значения систолического АД (САД) за сутки снизились на 18,4% (со $152,9 \pm 3,2$ до $124,7 \pm 3,4$ мм рт.ст.), а диастолического АД (ДАД) — на 19,3% (с $88,1 \pm 3,5$ до $71,1 \pm 4,0$ мм рт.ст.). В дневные часы САД уменьшилось на 17,2% (со $160,3 \pm 6,7$ до $132,8 \pm 4,4$ мм рт.ст.), а ДАД — на 16,6% (с $93,7 \pm 2,6$ до $78,1 \pm 5,7$ мм рт.ст.). В ночное время показатели САД и ДАД снизились на 21% (со $142,5 \pm 3,5$ до $112,6 \pm 2,5$ мм рт.ст.) и 23,1% (с $79,2 \pm 5,5$ до $60,9 \pm 2,7$ мм рт.ст.) соответственно, что превышает суточные и дневные показатели АД.

Выводы: Повышение АД возникает в первые дни инсульта у большинства больных как в дневное, так и в ночное время. К концу острого периода показатели СМАД достоверно снижаются, преимущественно в ночные часы, что благоприятно сказывается на дальнейшем прогнозе заболевания и снижает риск осложнений ишемического инсульта.

0098 БИОМЕХАНИКА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Борзенкова Г.А., Германов А.В., Терешина О.В., Бугаева Л.Н., Космынина М.А.

ГОУВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель. Основываясь на анализе количественных параметров кинетики магистральных артерий, выявить степень их активного участия в переносе и распределении изгнанного ударного объема при экстрасистолической аритмии.

Материал и методы исследования. Больные ИБС с нарушением сердечного ритма в виде экстрасистолии с различной локализацией эктопического центра, возникающей до момента открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков. Использован метод компьютерной сфигмографии совместно с ЭхоКС, компьютерной апекскардиографией и УЗДГ магистральных артерий. Производилась регистрация сфигмограмм предэкстрасистолического, экстрасистолического и первого постэкстрасистолического комплексов сонной, локтевой, лучевой, бедренной артерий, а также задней артерии голени и свода стопы. В автоматизированном режиме производился контурный анализ сфигмограмм, включающий нормировку сфигмограммы от нуля до единицы с целью исключения влияния аппаратного усиления сигнала, калибровка по уровню артериального давления. Рассчитывались первая и вторая производные, производилось деление исходной сфигмограммы на периоды по экстремумам и переходу через ноль значений второй производной. В каждый выделенный период, который соответствует определенному моменту функционирования артериального сосуда, определялись основные параметры кинетики сосудистой стенки: скорость, ускорение, мощность (средние и экстремальные величины), а также работа за выделенный период. ЭхоКС и компьютерная апекскардиография использовались для уточнения момента возникновения экстрасистолического сокращения в кардиоцикле и определения ударного объема. УЗДГ магистральных артерий для оценки эффективности работы артериальной стенки в формировании результирующего кровотока.

Результаты и выводы. Основная функция артерий эластического типа направлена на размещение изгнанного УО и кумуляцию потенциальной энергии при растяжении ближайших к сердцу сосудов, переводу этой энергии в кинетическую энергию движения крови. Магистральные артерии мышечного типа за счет активного сокращения их мышечного слоя обеспечивают одновременно проталкивающий и присасывающий кровь эффект. Тем самым магистральные артерии сохраняют и дополняют энергию мышечного сокращения сердца. Совместный анализ параметров

кинетики и УЗДГ при экстрасистолии позволил количественно оценивать степень активности артериальной стенки и вклад внеочередных сокращений в результирующий кровоток и степень его нарушения. Это делает возможным обоснованно классифицировать экстрасистолы, исходя из их функционального значения для кровообращения. Нами также обнаружено, что ранние (до открытия митрального клапана) суправентрикулярные экстрасистолы с малым сердечным выбросом могут сопровождаться формированием на артериях мышечного типа пульсовой волны. Это подчеркивает электрическую связь предсердий с артериальной системой. В компенсаторную паузу всегда происходит значительное расширение диаметра артерий, а первое постэкстрасистолическое сокращение сопровождается резким усилением пропульсивной активности артерий. Результирующий кровоток на артериях мышечного типа при очередных и внеочередных сокращениях повторяет закономерности функционирования артерий и определяется ими.

0099 СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бороздин А.В., Пчелинцев В.П., Лиферов Р.А., Гириченко А.И., Трунина Т.П., Симагина И.В., Дьячкова О.Н., Юдина Г.Н.

ГОУ ВПО «РГМУ им. акад. И.П. Павлова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, МУЗ ГКБ №11, Рязань, Россия

Цель исследования: изучить состояние вегетативного гомеостаза у больных прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН) по показателям кардиоинтервалографии и зависимость его от наличия гипертонической болезни (ГБ) и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы: обследовано 62 больных ПСН (43 мужчин и 19 женщин), средний возраст $59,33 \pm 2,78$ лет. Изучались следующие данные: среднеквадратическое отклонение кардиоинтервалов (СКО), вариационный размах (dX), амплитуда моды (АМо), индекс напряжения (ИН), показатель активности регуляторных систем организма (ПАРС). Все больные были разделены на 4 группы. Первую составили 16 человек, страдавших ПСН и ХСН I стадии. Вторую — 17 больных ПСН, ГБ и ХСН I стадии. В третью группу вошли 21 пациент, имевших ПСН, ГБ и ХСН II стадии. Четвертую группу составили 10 больных ПСН и ХСН II стадии. Группу контроля составили 17 практически здоровых человек, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемыми группами.

Результаты: в контрольной группе СКО $0,047 \pm 0,005$, dX $0,23 \pm 0,02$, АМо $41,1 \pm 5,32$, ИН $109,23 \pm 44,68$, ПАРС $2,3 \pm 0,4$. Среди исследуемых достоверные различия получены между 1 и 2 группами по ПАРС ($4,92 \pm 0,98$ против $3,79 \pm 0,98$) ($p < 0,05$), 1 и 3 группами по ПАРС ($4,92 \pm 0,98$ против $5,06 \pm 1,17$) и АМо ($64,23 \pm 9,66$ против $69,48 \pm 8,23$) ($p < 0,05$), 2 и 3 группами по АМо ($57,88 \pm 7,23$ против $69,48 \pm 8,23$), ИН ($366,38 \pm 200,6$ против $435,34 \pm 192,015$) ($p < 0,05$) и ПАРС ($3,79 \pm 0,98$ против $5,06 \pm 1,17$) ($p < 0,001$); 1 и 4 ИН ($354,80 \pm 152,14$ против $500,19 \pm 297,09$) ($p < 0,05$); 2 и 4 ИН ($366,38 \pm 200,6$ против $500,19 \pm 297,09$) и ПАРС ($3,79 \pm 0,98$ против $5,25 \pm 2,82$) ($p < 0,05$); 3 и 4 достоверных различий не было. В сравнении с контрольной группой у всех больных ПСН наблюдалось снижение СКО и повышение ИН и ПАРС, свидетельствующие об увеличении активности симпатoadrenalовой системы (САС) и регуляторных систем (РС) организма ($p < 0,05$). У больных ХСН II стадии в сравнении с I стадией при отсутствии ГБ определялся повышение только ИН (наиболее чувствительного показателя, свидетельствующего о повышении активности САС). При сравнении показателей ВРС в группах больных, отличавшихся по наличию ГБ (т.е. 1 против 2 и 3 против 4 соответственно), в первом случае достоверные различия были лишь по показателю ПАРС (повышение уровня напряжения РС организма в 1 группе), во втором их не было совсем. Наибольшее число различий было между группами больных, страдавших ГБ и отличавшихся по стадии ХСН: АМо, ИН и ПАРС,

свидетельствующих о повышении САС и напряжения РС в целом при наличии ХСН II стадии.

Выводы: у больных ПСН выявляется наибольшая зависимость между активностью САС и стадией ХСН на фоне ГБ, что свидетельствует о наибольшем риске нарушений ритма и неблагоприятном прогнозе у этой категории пациентов.

0100 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Ботнару В.И., Русу Д.А.

ГУМФ «Николае Тестемичану», Кишинев, Молдова

Цель: исследование влияния хронической сердечной недостаточности на течение внебольничной пневмонии.

Методы: проведено проспективное исследование на 275 госпитализированных пациентах (без иммунодефицита) с внебольничной пневмонией средней тяжести (53%) и тяжелого течения (47%). Корреляция различных факторов с течением пневмонии определялась с помощью коэффициента Spearman, а независимые предикторы тяжелого течения и осложнений внебольничной пневмонии – в результате пошагово регрессионного анализа. Результаты представлены соотношением шансов (odds ratio – OR) и 95% доверительным интервалом (95% CI). Критерием сердечной недостаточности являлось значение фракции выброса левого желудочка не превышающее 50%.

Результаты: В результате исследования было отмечено взаимоотношение симптомов ведущего (внебольничной пневмонии) и сопутствующего заболевания (хронической сердечной недостаточности). В результате пошагово регрессионного анализа сердечная недостаточность (OR 2,2; 95% CI 1,4–4) была выявлена среди 5 независимых предикторов тяжелого течения (наряду со злоупотреблением алкоголя (OR 17,7; 95% CI 12,4–23), почечной недостаточностью (OR 9,5; 95% CI 3,8–15,2), гликемией ≥ 11 ммол/л (OR 1,5; 95% CI 1,2–3,8), и ошибками догоспитальной антибактериальной терапии (OR 6,1; 95% CI 3,05–9,12)).

Отмечена корреляция неблагоприятного течения внебольничной пневмонии и хронической сердечной недостаточности (по результатам исследования летальность составила 10%: 0,7% среди пациентов с внебольничной пневмонией средней тяжести и 21% с тяжелой внебольничной пневмонией). Но среди независимых предикторов неблагоприятного исхода внебольничной пневмонии были выявлены тахикардия (OR 4,8; 95% CI 1,9–12,3), наряду с неврологическими проявлениями (OR 28,4; 95% CI 14,5–55,5), почечной недостаточностью (OR 52,7; 95% CI 23,8–116,5), гипотермией (OR 19; 95% CI 10,2–34,2), злоупотреблением алкоголем (OR 3,6; 95% CI 1,5–8,8), легочными дистракциями (OR 11,7; 95% CI 1,4–24,5), распространением легочной инфильтрации (OR 34,8; 95% CI 17,1–70,8), при повторном рентгенологическом контроле и протекторным фактором – лихорадкой.

Связь между затяжным течением внебольничной пневмонии и наличием хронической сердечной недостаточности была статистически недостоверна.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют, что хроническая сердечная недостаточность отягощает течение внебольничной пневмонии.

0101 СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Ботова С. Н.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 5», Нижний Новгород, Россия

Цель: предложить критерии диагностики кардиоваскулярной автономной нейропатии (КАН) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), страдающих сахарным диабетом 2-го типа (СД2) по показателям вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Методы: первую группу составили 78 больных СД2, страдающих ХСН, вторую группу – 37 больных СД2 без признаков ХСН. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Оценка тяжести ХСН проводилась на основании шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). У всех больных исследовалась ВСР методом временного анализа на аппарате «Полиспектр-Ритм» фирмы Нейрософт, Иваново. В группе больных СД2 без ХСН дополнительно проведены кардиоваскулярные тесты (КВТ).

Результаты: в группе больных ХСН, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, проведен кластерный анализ по результатам тестов, характеризующих тяжесть ХСН (ШОКС) и показателям ВСР. Выявлено 2 кластера, в которых показатели ВСР достоверно отличались, а показатели тяжести ХСН не имели существенных различий. Так, в 1 кластере (26 больных) медиана SDNN составила 44,5 мс (интерквартильный интервал 40–50, минимум 33 мс, максимум 78 мс), во 2 кластере (52 больных) медиана SDNN составила 20 мс (интерквартильный интервал 14–26, минимум 10 мс, максимум – 32 мс), $p < 0,001$. Медианы ШОКС в обоих кластерах составили 4 балла. Таким образом, различия между кластерами, вероятно, не связаны с тяжестью сердечной недостаточности, а определяются выраженностью кардиоваскулярной автономной нейропатии. Уровень SDNN < 33 предлагается в качестве критерия диагностики КАН у больных СД2, страдающих ХСН.

Для определения качественных характеристик предлагаемого критерия обследовано 37 больных СД2, не имеющих признаков ХСН. В качестве «золотого стандарта» диагностики КАН использованы КВТ. Истинно положительный результат критерия выявлен у 20 больных, истинно отрицательный – у 10 человек, ложно положительный – у 6 больных, ложно отрицательный результат критерия выявлен у 1 больного. Вычислены следующие характеристики предложенного критерия: чувствительность – 76%, специфичность – 91%, прогностическая ценность положительного результата – 95%, прогностическая ценность отрицательного результата – 63%. Достоверность различий рассчитана с применением критерия χ^2 -квадрат Пирсона ($p = 0,00014$). Для оценки воспроизводимости предложенного критерия у 35 больных ХСН, страдающих СД2 проводилось повторное исследование ВСР другим специалистом в течение 1 недели после первичного по предлагаемой методике. Воспроизводимость методики 89%. Достоверность различий рассчитана с применением χ^2 -квадрат Пирсона ($p = 0,00011$).

Выводы: для диагностики кардиоваскулярной автономной нейропатии у больных хронической сердечной недостаточностью, страдающих сахарным диабетом 2-го типа необходимо использовать исследование вариабельности сердечного ритма. Критерием диагноза является уровень SDNN < 33 мс.

0102 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Бочкарева Ю.В.

ГУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Пенза, Россия

Цель исследования: изучение особенностей психических расстройств у больных АГ и эффективности терапевтической коррекции данной патологии при применении антигипертензивной моно- и комбинированной терапии.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 47 пациентов (33,3% мужчин и 66,7% женщин) с АГ 1-ой и 2-ой степени; средний возраст на момент включения составил $50,3 \pm 7,97$ года. Пациенты получали антигипертензивные препараты кордипин XL 40 мг, энап 20 мг, энап Н и корвитол 50 мг в режиме моно- и комбинированной терапии. В исходном состоянии, через 24 и 56 недель оценивалась эффективность и переносимость антигипертензивной терапии, результаты обследования, включавшего консультацию психотерапевта.

Результаты: У 42,7% больных выявлены депрессивные расстройства, при этом легкая депрессия отмечалась у 13,3% паци-

ентов с АГ, депрессия средней тяжести у 22,7%; а у 6,7% больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжёлое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные нарушения (слабость, сердцебиение, головные боли, головокружение, повышенная потливость). Наблюдалась ипохондрия с преувеличением тяжести заболевания, обострённым самонаблюдением. У большого количества пациентов выявлены стойкие нарушения сна: трудность засыпания, раннее пробуждение. Определённое место занимали симптомы астении, проявляющиеся повышенной слезливостью, вялостью, разбитостью. Все пациенты при назначении ступенчатой антигипертензивной терапии достигли «целевого» уровня АД на 16 недели исследования. При монотерапии больных препаратом кордипин XL и при комбинации 2-х антигипертензивных средств (кордипин XL и энап) отмечается тенденция к улучшению психического состояния пациентов, так как происходит уменьшение числа пациентов с депрессивными расстройствами (снизилась степень выраженности депрессии на 0,69 балла). В структуре депрессивных расстройств уменьшился удельный вес тревожных проявлений. При использовании трех и четырех антигипертензивных препаратов, у пациентов отмечается нарастание депрессивных расстройств, в структуре которых, лидируют симптомы тревоги и депрессивно-ипохондрические расстройства, количество которых увеличилось по сравнению с исходным состоянием на 50%.

Выводы: У больных АГ 1-ой и 2-ой степени выявлены депрессивные расстройства. При ступенчатой антигипертензивной терапии препаратами: кордипин XL, энап, энап Н, корвитол у всех больных, достигнут «целевой уровень» АД. Выявлены изменения психического статуса в зависимости от различных комбинаций антигипертензивных препаратов: при монотерапии кордипином XL и его комбинации с энапом отмечается уменьшение депрессивных расстройств, а при использовании комбинированной схемы, включающей приём 3-х и более антигипертензивных препаратов отмечается нарастание депрессии.

0103 ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Бродская Т.А., Гельцер Б.И., Невзорова В.А.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток, Россия

Цель: Особое место в ряду экстрапульмональных проявлений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) принадлежит сердечно-сосудистым нарушениям, к которым традиционно относят формирование легочной гипертензии и легочного сердца, микроциркуляторные и гемореологические расстройства, отягощенное течение ишемической болезни сердца, сердечных аритмий, артериальной гипертензии. В последние годы выяснено, что жесткость центральных артерий является высокоинформативным независимым фактором кардиоваскулярного риска. Неизвестно, наблюдается ли нарушение механических свойств артериального русла у больных ХОБЛ. Целью исследования было изучение жесткости центральных артерий при ХОБЛ неинвазивным способом.

Методы: Проведено обследование 60 больных с I-III стадиями ХОБЛ в период обострения и ремиссии методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1 (TensioMed, Венгрия)) с определением скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА), индекса аугментации (ИА) и соотношения систолического и диастолического индексов площади коронарной перфузии (ИПС/ИПД). Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев соответствующего пола и возраста.

Результаты: В целом по группе больных ХОБЛ жесткость центральных артерий была выше, чем у здоровых лиц и характеризовалась увеличением СПВА, повышением ИА и соотношения индексов коронарной перфузии (ИПС/ИПД). Однако, увеличение артериальной ригидности не нарастало синхронно с увеличением тяжести ХОБЛ. Жесткость аорты закономерно повышалась в I и II стадиях заболевания (СПВА=10,24±1,2 м/с; ИА=-15,2±6,1% (p<0,05)), но существенно снижалась, приближаясь к нормальным значениям, в III стадии (СПВА=

7,5±1,5 м/с; ИА=-45,5±6,5% (p>0,05)). На первых этапах увеличение жесткости можно объяснить усилением «агрессивности» патогенетических факторов ХОБЛ, а снижение СПВА в III стадии — нарастающей гиподинамией миокарда. Нарушение артериальной ригидности носило устойчивый характер, мало изменяясь от периода обострения к ремиссии, что указывает на органический характер описываемых изменений. Индекс ИПС/ИПД наиболее тесно коррелировал со снижением сократительной способности миокарда (r=-0,92; p<0,01), уровнем гипоксемии (r=-0,81; p<0,01), тяжестью (r=0,75; p<0,01) и длительностью (r=0,64; p<0,01) заболевания.

Выводы: У больных ХОБЛ повышена жесткость центральных артерий. По результатам неинвазивной артериографии индекс ИПС/ИПД — дополнительный информативный критерий тяжести ХОБЛ и ухудшения условий функционирования миокарда. С учетом возрастающего интереса к исследованию жесткости артерий, как надежному предиктору кардиоваскулярного риска, необходимы дальнейшие исследования в этом направлении для уточнения механизмов сердечно-сосудистых нарушений при ХОБЛ.

0104 СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНОМ И НОРМОТЕНЗИВНОМ СОСТОЯНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Брюка Н.А., Коростова Е.А., Лямина Н.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Скорость пульсовой волны (СПВ) один из чувствительных признаков, отражающих раннее нарушение эластичных свойств сосудистой стенки, и является одним из значимых факторов влияющих на риск сердечно-сосудистых осложнений у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования состояла в оценке СПВ у лиц молодого возраста с АГ, имеющих гипертензивный анамнез менее 5 лет, без выраженного поражения органов мишеней и нормотоников, при различных вариантах суточного профиля и вариабельности АД.

Обследовано 28 молодых пациентов мужского пола с АГ I стадии, с анамнезом гипертензии менее 5 лет, средний возраст 30,05±1,2 лет, с ИМТ 30,4±1,2 вошедших в основную группу и 20 практически здоровых лиц среднего возраста 29,5±1,6 лет, с ИМТ 29,8±1,7 — группа контроля. Всем проведено суточное мониторирование АД системой амбулаторного мониторирования АД (ТМ 2421, AND, Япония) с интервалом измерения 15 мин днем и 30 мин ночью. Для измерения СПВ проводили синхронизированную с ЭКГ запись спектра скоростей потока в восходящем и брюшном отделе аорты.

При анализе результатов исследования выявлено у пациентов основной группы достоверное (p<0,05) увеличение СПВ, по сравнению с группой контроля (5,7±0,9 м/сек и 4,6±0,8 м/сек, соответственно). При оценке СПВ в зависимости от суточного профиля АД получено, что наиболее высокие значения СПВ отмечались у пациентов основной группы с суточным профилем non-dippers (dippers-5,7±0,7 м/сек; over-dippers — 5,1±0,5 м/сек; non-dippers — 6,12±1,1 м/сек). В группе контроля значения СПВ у пациентов при аналогичном суточном профиле были ниже, чем в основной группе и составили: dippers 4,7±1,2 м/сек, over-dippers 4,3±1,0 м/сек.

При изучении СПВ с учетом вариабельности АД, определялось увеличение СПВ у пациентов с нарушенной вариабельностью АД, по сравнению с пациентами, имеющих нормальную вариабельность, как при гипертензивном, так и при нормотензивном состоянии.

Таким образом, скорость пульсовой волны является информативным показателем, отражающим изменения эластических свойств сосудистой стенки при нарушении вариабельности АД, как при гипертензивном, так и нормотензивном состоянии. Скорость пульсовой волны зависит от суточного профиля АД и наиболее неблагоприятным, даже на ранних стадиях заболевания является суточный профиль non-dippers.

0105 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ Н-ТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО

НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бугримова М.А., Савина Н.М., Преображенский Д.В., Куприянова О.Г., Сидоренко Б.А.

ФГУ “Учебно-научный медицинский центр” УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить значение уровня N-терминального мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в оценке состояния больных с декомпенсацией ХСН.

Методы: В исследование было включено 108 больных 74,8±7,9 лет с ХСН II-IV ФК по NYHA, 82% больных с ишемической этиологией заболевания. Контрольную группу составили 10 больных с ИБС, без признаков СН. Определение NT-proBNP в плазме проводилось конкурентным иммуноферментным методом (ELISA) с использованием реактивов Biomedica (Австрия). По медиане уровня NT-proBNP были выделены две основные группы больных с ХСН: больные с NT-proBNP более 1775 фмоль/мл (n=54) и больные с NT-proBNP менее 1775 фмоль/мл (n=54).

Результаты: У больных с ХСН уровень NT-proBNP был достоверно выше, чем у лиц с ИБС без признаков СН (p=0,0008). В группе с NT-proBNP > 1775 фмоль/мл больные имели большую длительность ХСН в анамнезе (p=0,001), дольше находились в стационаре (p=0,026), чаще госпитализировались повторно (p=0,04). У больных с уровнем гормона выше медианы чаще выявлялась одышка в покое (p=0,0001), ортопноэ (p=0,02), гепатомегалия (p=0,003), асцит (p=0,001), влажные хрипы в легких, ЧД была достоверно выше, а САД ниже. В этой группе преобладали больные IV ФК по NYHA. При ЭхоКГ в группе с более высоким уровнем гормона преобладали больные с выраженным ремоделированием ЛЖ (p=0,004), более низкой ФВ ЛЖ (p=0,0001), большим КДР ЛЖ (p=0,0001), большим объемом ЛП (p=0,009). У больных с уровнем NT-proBNP менее медианы реже регистрировались желудочковые нарушения ритма сердца на ЭКГ (p=0,037), при рентгенологическом исследовании достоверно реже выявлялись признаки венозного застоя (p=0,0001), пневмония (p=0,016), гидроторакс (p=0,001). У больных с уровнем гормона выше медианы были достоверно более высокими уровень креатинина, мочевины, АСТ, белка мочи и более низкими общий белок и в частности альбумин (p<0,05). Петлевые диуретики внутривенно и бета-адреноблокаторы чаще назначались больным с уровнем гормона выше медианы (p=0,04, p=0,013). Отмечен больший процент умерших больных в группе с уровнем NT-proBNP выше медианы (p=0,0001), особенно вследствие декомпенсации ХСН (p=0,003). По результатам логистического регрессионного анализа с более высокими уровнями гормона были ассоциированы ФВ ЛЖ менее 35% (ОШ=2,9, ДИ 1,87-4,59, p=0,0001), признаки задержки жидкости по малому кругу кровообращения (ОШ=1,6, ДИ 1,24-2,02, p=0,0001), желудочковые нарушения ритма сердца (ОШ=2, ДИ 0,988-4,05, p=0,04). Уровень NT-proBNP > 1775 фмоль/мл обладает 76% чувствительностью и 79% специфичностью для выявления больных с ФВ ЛЖ менее 35% (площадь под кривой 0,80, ДИ 95%, p=0,0001) и 67% предсказательной точностью для выявления больных с высоким риском смерти в указанной группе.

Выводы: У больных с ХСН значимо повышены уровни NT-proBNP. Выявлена достоверная связь уровней NT-proBNP и степени тяжести ХСН. Оценка NT-proBNP играет важную роль в определении прогноза у больных с ХСН.

0106 УРОВНИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ХСН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Бугримова М.А., Савина Н.М., Преображенский Д.В., Куприянова О.Г., Сидоренко Б.А.

ФГУ “Учебно-научный медицинский центр” УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: оценить уровни мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), современного маркера ХСН, в зависи-

мости от функционального статуса больных старшей возрастной группы.

Методы: В исследование было включено 108 больных (57% мужчин и 43% женщин) 74,8±7,9 лет, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, 82% больных с ишемической этиологией заболевания. Контрольную группу составили 10 больных с ИБС, без признаков НК. Всем больным с ХСН проводилось обследование и лечение согласно Российским рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, период наблюдения составил 12 месяцев. Количественное определение NT-proBNP в плазме проводилось на аппарате Multiscan plus (Германия) конкурентным иммуноферментным методом (ELISA) с использованием реактивов Biomedica (Австрия). Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы SPSS 14.

Результаты: У больных с ХСН уровень NT-proBNP составил 1775[1090;2917] фмоль/мл, по сравнению с группой больных с ИБС без признаков НК-405[360;417] фмоль/мл (p=0,0008). Среди больных старше 60 лет у мужчин уровни NT-proBNP были выше, чем у женщин, но достоверные различия получены только у лиц 75-89 лет (p=0,008). Уровень гормона был ниже у больных страдающих ХСН 2 и менее лет (p=0,005). У больных с ПИКС в анамнезе уровни гормона были выше (p=0,038). В течение года наблюдения более трети больных поступали в стационар повторно, при этом уровни NT-proBNP были достоверно выше у лиц госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН (p=0,01). Больные с ХСН и жалобами на усталость, одышку в покое, ортопноэ имели более высокие уровни гормона (p<0,05). Уровни гормона были выше при наличии акроцианоза, влажных хрипов в легких, гидроторакса, асцита и гепатомегалии при врачебном осмотре (p<0,05). Уровень NT-proBNP зависел от ЧД (r=0,4, p=0,0001) и САД (r=-0,3, p=0,005). Больные с IV ФК по NYHA имели достоверно более высокие уровни NT-proBNP против больных с II и III ФК среди всех больных с ХСН: 2614 [1599;4017] фмоль/мл против 927 [888;1509] фмоль/мл и 1512 [966;2269] фмоль/мл, соответственно (p=0,0001). У больных с II ФК уровни гормона были ниже, чем у лиц с III ФК, но достоверных отличий получено не было (p=0,06). Уровни NT-proBNP достоверно различались в зависимости от стадии ХСН и составляли 1248 [841;1695] фмоль/мл для больных II А стадии, 1808 [1410;2550] фмоль/мл для больных II Б стадии и 3705 [2721;5419] фмоль/мл для больных III стадии по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко, в модификации ОССН (p=0,0001). Уровни гормона коррелировали с ФК (r=0,47, p=0,0001) и стадией ХСН (r=0,66, p=0,0001).

Выводы: У больных с ХСН значительно повышен уровень NT-proBNP. Уровни гормона зависят от пола больных, длительности и этиологии ХСН. Уровни NT-proBNP возрастали пропорционально степени тяжести и ФК ХСН. Таким образом, NT-proBNP является фактором, отражающим тяжесть поражения сердца в процессе развития ХСН.

0107 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Буданова В.А., Кулюцин А.В., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: анализ совокупности факторов, обуславливающих приверженность к антигипертензивной терапии бета-адреноблокаторами у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) в условиях организованного коллектива.

Методы: исследование проводили у 68 пациентов АГ I-2 степени, I-III стадии (ВНОК, 2004), получавших пролонгированные кардиоселективные бета-адреноблокаторы (бетаксолол, метопролол тартрат) в течение 24 месяцев. Исследуемая группа, представлявшая собой организованную популяцию работников предприятия, состояла из 37 (54,4%) мужчин и 33 (48,5%) женщин, в возрасте от 40 до 59 (средний возраст 46,1±1,8 лет). Исследование было реализовано в рамках добровольного медицинского страхования. Пациентам оказывалась социальная поддержка, исключался финансовый фактор. Приверженность оценивали по индексу комплаентности, который рассчитывали как от-

ношение принятых доз препарата, к количеству выданных на месяц, выраженному в процентах. В соответствии с ним делили пациентов на группы с высоким, средним и низким уровнем комплаенса, соответственно при его значениях более 80%, 20-80% и ниже 20%. Статистическая обработка выполнялась с использованием программы Statistica 6.

Результаты: через 24 месяца продолжают лечение 70,5% больных из числа включенных в исследование. По степени комплаентности пациенты распределялись: с высокой степенью приверженности — 33,8%, со средней — 30,9%, с низкой — 35,3%. Из значимых факторов, влияющих на приверженность к антигипертензивной терапии, выделяли: выраженность клинической симптоматики АГ ($p < 0,05$), нежелательные реакции препаратов ($p < 0,05$), стабильность антигипертензивного действия ($p < 0,05$), кратность приема препаратов ($p < 0,05$), скорость достижения эффекта ($p < 0,05$). Низкий уровень приверженности в 66,7% случаев был обусловлен побочными реакциями, неэффективностью лечения (15,7%) и низкой мотивацией, на фоне бессимптомного течения заболевания (17,6%). К факторам, не влияющим на приверженность к антигипертензивной терапии, относились образовательно-правовой статус и назначение комбинации с диуретиком. Немаловажное значение имела мотивация самого пациента к регулярному лечению, которая формировалась благодаря качественному сотрудничеству с врачом.

Выводы: организация лечебно-профилактических мероприятий в условиях организованного коллектива на основе добровольного медицинского страхования с одной стороны повышало ответственность врача и ориентировало его на достижение целевого уровня артериального давления, с другой стороны мотивировало руководство предприятия к материальным затратам для сохранения трудоспособности работников. При оценке приверженности антигипертензивной терапии следует учитывать комплекс взаимосвязанных факторов.

0108 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГИПОТИРЕОЗОМ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Бузиашивили Ю.И., Тугеева Э.Ф., Свириденко Н.Ю., Мацкеплишвили С.Т., Арипов М.А., Жертковская Е.В.

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

Цель исследования — исследовать влияние гипотиреоза на структурно-функциональные параметры левого желудочка.

Клиническая характеристика и методы обследования. Исследовано 22 больных с гипотиреозом, все лица женского пола, средний возраст составил $41,4 \pm 4,2$ лет, средняя продолжительность течения заболевания до коррекции гормонального профиля $12,5 \pm 3,4$ мес. Наряду с клинико-лабораторными методами всем пациентам выполнена эхокардиография в т.ч. тканевая доплероэхокардиография с оценкой систолической и диастолической скорости движения митрального кольца до начала заместительной терапии и в сроках 6-12 мес после начала заместительной терапии.

Результаты: Среди показателей ремоделирования ЛЖ статистически значимые различия обнаружены по конечно-диастолическому объему (КДО): исходно $136,5 \pm 7,2$ мл, на фоне терапии — $127,8 \pm 9,3$ мл, $p < 0,05$, массе ЛЖ исходно $189,2 \pm 12,5$ гр., на фоне коррекции $171,4 \pm 9,8$ гр, $p < 0,05$. Фракция ЛЖ, толщина стенок ЛЖ, показатели диастолической функции ЛЖ, индекс сферичности и конусности не имели достоверных различий. По данным тканевой доплероэхокардиографии отмечено статистически значимое увеличение скорости раннего диастолического наполнения и систолической скорости движения митрального кольца.

Заключение: При гипотиреозе отмечено увеличение массы миокарда и конечно-диастолического объема левого желудочка со снижением скорости движения митрального кольца. На фоне заместительной терапии происходит уменьшение объемных показателей и увеличение скорости движения митрального кольца.

0109 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИИНСУЛЬТНОЙ АКТИВНОСТИ 3-ОКСИПИРИДИНАЦЕТИЛЦИСТЕИНАТА И МАЛОНАТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Букина С.Ю.

МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Ишемический инсульт занимает важное место в структуре cerebrovasкулярных заболеваний. При ишемическом поражении мозга происходит нарушение функции дыхательной цепи митохондрий, глутаматной «эксайтотоксичностью», повышением синтеза NO, развитием оксидантного стресса, экспрессией генов и апоптозом. В настоящее время проводится поиск новых нейропротекторов, воздействующих на глутаматергическую систему, антагонистов Ca^{2+} и NO, антиоксидантов.

Цель: сравнительная оценка клинической эффективности нейропротекторов малоната и 3-оксипиридинацетилцистеината (3-ОПЦ) при ишемии головного мозга в эксперименте.

Материалы и методы: исследование проведено на 42 нелинейных крысах массой 180–200 гр. Ишемию головного мозга у животных вызвали посредством перевязки левой общей сонной артерии под эфирным наркозом. Начиная с первых суток ежедневно однократно внутримышечно вводили исследуемые препараты. Проведено 6 серий экспериментальных исследований на крысах, на 7 животных в каждой группе: 1 группа — интактная, 2 группа — контрольная (физиологический раствор), 3 группа — с применением малоната 5 мг/кг, 4 группа — малоната 50 мг/кг, 5 группа — 3-ОПЦ 5 мг/кг, 6 группа — 3-ОПЦ 50 мг/кг. Оценивали динамику поведения в тесте «открытое поле» по Бурешу.

Результаты: характерная особенность поведенческих изменений в постинсультный период у группы животных в контрольной группе заключалась в нарастании ориентировочно — исследовательской и общедвигательной активности, начиная с 7-8 дня моделирования инсульта, которая перерастала в гиперактивность (как по показателю количества посещенных квадратов, так и по количеству стоек и «норковых» движений) с максимумом на 12 день (достоверность снижения показателей на 64%, $p < 0,001$). У животных, получавших малонат и 3-ОПЦ в дозе 5 мг/кг, гиперактивность достигается к 5 дню, восстанавливается до нормальных значений к 10 дню (достоверное снижение показателей на 84%, $p < 0,001$). У группы животных, получавших малонат и 3-ОПЦ в дозе 50 мг/кг происходило полное восстановление к 7 дню (достоверное снижение показателей на 96%, $p < 0,001$).

Выводы: доказана эффективность производных 3-оксипиридина при лечении ишемии головного мозга. Наиболее выраженный нейропротективный эффект 3-ОПЦ в дозе 50 мг/кг проявляется регрессом общемозговых нарушений и более быстрым восстановлением двигательных функций.

0110 МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Бурангулова А.В., Муталов А.Г., Давлетшина Л.И., Хасанова Г.В.

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, Уфа, Россия

Цель исследования — выявление ранних маркеров атеросклероза у детей с избыточной массой тела.

Методы исследования. Обследование детей включало анализ анамнестических данных и наличия факторов риска, клинический осмотр и инструментальные методы обследования (ЭКГ, СМАД, исследование липидного спектра, коагулограммы, УЗИ плечевой артерии с проведением пробы с реактивной гиперемией).

Результаты. Обследовано 58 детей в возрасте от 13 до 17 лет. Анализ анамнестических данных показал, что низкие физические нагрузки отмечались более чем у 2/3 детей, свыше половины обследованных детей жаловались на головные боли, возникающие на фоне переутомления, у 58 % детей ИМТ был выше 30, 24% обследованных детей в возрасте от 12 до 16 лет пробовали курить и 50% детей из этой же возрастной группы пробовали алкогольные напитки. Следует отметить, что в семьях, где один из родителей курит, курящие дети встречаются чаще.

Исходная ваготония обнаружена у 45% детей, у 32% детей доминировала симпатикотония, и у 23% определялась эйтония, при этом в группе контроля равновесие вегетативной нервной системы было свойственно 56,4% детей, ваготония — 33,3% и симпатикотония — 10,3% ($p > 0,05$). Анализ клиноростатической пробы (КОП) показал преобладание гипердиастолического

(32%) и гиперсимпатического (17%) вариантов. Данные варианты КОП несут большую информацию о скрытых гипертензивных реакциях и часто обнаруживаются у детей с наследственной отягощенностью по гипертонической и ишемической болезням. Среди наших детей 39% имеют давление, превышающее возрастную норму, и 2/3 из их числа имеют в семейном анамнезе артериальную гипертензию. Повышенный уровень ОХ определялся у 31% обследованных — до $6,13 \pm 0,18$ ммоль/л, увеличение общего холестерина отмечено за счет ХС ЛПНП до $3,88 \pm 0,33$ ммоль/л, при уровнях ХС ЛПВП и триглицеридов, не превышающих нормальных значений. Изменения в коагулограмме были выявлены у 79% детей. Основные нарушения характеризовались увеличением времени фибринолитической активности изолированно, или в сочетании с нарастанием протромбинового индекса, или с увеличением концентрации фибриногена, что может свидетельствовать о наклонности к тромбозам у детей из данной группы.

Результаты исследования свидетельствуют о нарушении вазодилатирующей функции эндотелия, что проявилось уменьшением эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД). Выявлена взаимосвязь между эндотелиальной дисфункцией и возрастом, некоторыми факторами риска, диастолической дисфункцией. По сравнению со здоровыми толщина комплекса интима-медиа достоверно выше у подростков, имеющих стабильную артериальную гипертензию, ожирение или метаболические нарушения, характерные для метаболического синдрома.

0111 РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ГРУППЕ ЛИЦ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА

Бурдина Е.Н., Ховалева Я.Б., Головской Б.В.

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

Целью настоящего исследования был анализ группы людей, общая площадь пространственной петли (SoB) которых статистически отличалась от лиц группы сравнения и составила $2,5 \pm 0,21 \text{ см}^2$, $p=0,0006$.

Методы: нами обследовано 80 человек (средний возраст составил $37,5 \pm 3,9$ лет), из которых у 50 человек была выявлена гипертензия первой степени. Всем пациентам исходно было проведено ЭКГ, клиническое обследование, Эхо КГ с использованием доплеровского режима. Для изучения характера электрической активности сердца использовался метод векторкардиографии. Нами применен новый подход к оценке векторной петли. С помощью профессиональной программы для построения математических и технических графиков SPSS SIGMA PLOT v 8,0 формировался пространственный силуэт векторной петли в кубе с возможностью его поворотов и ротации в любой плоскости пространства. Это позволило визуализировать и оценивать векторкардиографическую кривую в пространстве при максимальном раскрытии ее силуэта. Одним из интегральных показателей, характеризующих векторкардиографическую петлю в пространстве является общая площадь пространственной петли QRS в плоскости ее максимального раскрытия.

Для уточнения нормативных показателей выделена группа лиц в количестве 12 человек, без выявленных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Средняя масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в группе сравнения 174 ± 13 г. Общая площадь пространственной петли (SoB) $1,2 \pm 0,1 \text{ см}^2$.

Результаты. Обнаружено достоверное различие ММЛЖ и инд.ММЛЖ в группе сравнения и исследуемой группе. ММЛЖ соответственно 174 ± 13 г и $239,1 \pm 13,66$, $p=0,00017$, индекс ММЛЖ $96,4 \pm 7,41 \text{ г/см}^2$ и $126,9 \pm 7,69 \text{ г/см}^2$ $p=0,00017$. Представляя изучаемую группу в виде диаграммы рассеяния двух зависимых признаков SoB и ММЛЖ, было обнаружено, что данная группа состоит из двух подгрупп «А» и «Б» с высоким коэффициентом корреляции между изучаемыми признаками в каждой отдельной подгруппе. Подгруппы сопоставимы по возрасту и полу. Взаимовлияние изучаемых признаков было подтверждено с помощью метода линейной регрессии в каждой подгруппе. В подгруппе А р линейной регрессии 0,00016; в подгруппе Б р линейной регрессии 0,000001. Проведя сравнительную характеристику лиц

обеих подгрупп, было выявлено, что лица подгруппы А, имеют в анамнезе достоверно более высокие цифры систолического АД. 200 мм рт.ст. — в подгруппе А, и 167,52 мм рт.ст. — в подгруппе Б; $p=0,05$. Стаж гипертензии — 9,7 лет в подгруппе А и 6,7 лет в подгруппе Б; $p=0,05$. У лиц подгруппы А выявляются в два раза чаще признаки атеросклероза. Выявлено достоверное отличие обеих подгрупп по признакам, характеризующим геометрию левого желудочка. По всем показателям p от 0,0004 до 0,002.

Выводы: таким образом, можно сделать вывод, что группа с большой площадью петли представлена лицами с двумя различными типами взаимодействия изучаемых показателей. Характер зависимости определяется уровнем и давностью артериальной гипертензии, состоянием диастолической функции и геометрией левого желудочка.

0112 ИНДЕКСЫ НАГРУЗКИ ДАВЛЕНИЕМ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Бурсиков А.В., Кузнецова В.В., Швагер О.В.

ГОУВПО «ИВГМА Росздрава», Иваново, Россия

Цель: изучить влияние состояния гемодинамики при физической нагрузке на структурно-функциональное remodelирование сердца при гипертонической болезни (ГБ) в дебюте ее выявления.

Методы: обследовано 60 мужчин, в возрасте от 18 до 59 лет, средний возраст $33,2 \pm 1,6$ лет с давностью выявления ГБ не более 3 лет, в среднем $1,5 \pm 0,2$ года. Диагноз ГБ устанавливался с использованием критериев ВОЗ/МОАГ (1999). Пациенты с другой сердечно-сосудистой патологией исключались из исследования. У всех пациентов установлена 1 степень повышения АД. Контрольную группу составили 25 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста ($29,5 \pm 2,0$ года). Проведены нагрузочная проба на велоэргометре по непрерывно возрастающей ступенчатой методике до достижения субмаксимальной ЧСС и эхокардиография в М и доплеровском режимах, а также сопоставление полученных результатов. Индекс нагрузки давлением (ИНД) определялся как отношение прироста систолического АД к приросту двойного произведения на каждой ступени нагрузки.

Результаты. Получены достоверные различия индекса нагрузки давлением (ИНД) пациентов с ГБ и практически здоровых лиц при выполнении стандартизированной физической нагрузки, которые количественно характеризуют имеющиеся место регуляторные нарушения, характеризующие становление ГБ. Определена средней силы корреляционную связь индексов нагрузки давлением при выполнении работы мощностью 50 Вт, 75 Вт и 100 Вт (ИНД 50), (ИНД 75) и (ИНД 100) с индексом массы миокарда (ИММ) (соответственно $r=0,59$, $r=0,52$, $r=0,69$) и конечно-диастолическим размером левого желудочка (КДР) (соответственно $r=0,43$, $r=0,44$ и $r=0,59$). САД покоя у пациентов с ГБ давностью до 3 лет оказывало гораздо меньшее влияние на КДР и ИММ ($r=0,14$ и $r=0,14$). Корреляционные связи средней силы выявлены между конечно-систолическим размером левого желудочка (КСР) и ИНД 50 ($r=0,58$), ИНД 75 ($r=0,58$), ИНД 100 ($r=0,61$). САД покоя у пациентов с ГБ давностью до 3 лет оказывало меньшее влияние на КСР ($r=0,21$). Имеется связь ИНД с состоянием диастолической функции левого желудочка: наиболее высокие коэффициенты корреляции скоростных показателей раннего и позднего диастолического наполнения (Е и А) с ИНД 50 — ($r=0,50$ и $r=0,40$), ИНД 75 — ($r=0,45$ и $r=0,52$), ИНД 100 — ($r=0,56$ и $r=0,63$) соответственно для скоростей раннего (Е) и позднего (А) заполнения левого желудочка, что превышает значения коэффициента корреляции для Е и А с САД покоя ($r=0,22$ и $r=0,16$).

Выводы: неадекватное нагрузке повышение АД, выраженное в величинах ИНД, при нагрузке в 50, 75 и 100 Вт является маркером ГБ, оказывающим влияние на поражение органов-мишеней в частности — увеличение массы миокарда, изменение его полос-тей и состояния диастолической функции.

0113 ПРИЧИНЫ СОХРАНЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Бурсиков А.В., Манюгина Е.А., Карманова И.В.
ГОУВПО «ИвГМА Росздрава», Иваново, Россия

Цель: выявить причины сохранения курения среди мужчин работоспособного возраста, страдающих АГ, для чего изучить влияние АГ на качество жизни (КЖ) курящих мужчин, их мотивации к курению и степень никотиновой зависимости, а также частоту депрессии как возможной причины никотиновой зависимости.

Методы: обследовано 37 курящих мужчин, работающих в цехах обслуживания пассажирского транспортного предприятия ПАТП-1 г. Иваново. Средний возраст обследованных $46,5 \pm 2,5$ лет. Использованы анкета «Качество жизни пациентов с АГ», тест Фагерстрема, тест определения мотивации к курению, анкета STS-D.

Результаты: Среди курящих мужчин, работающих в цехах обслуживания транспортного предприятия, АГ выявлена у 12 человек (32,4%). Они составили первую группу, курящие мужчины без АГ — 25 человек — вторую группу. Качество жизни (КЖ) курящих мужчин с АГ существенно ниже чем КЖ курящих мужчин без АГ ($p < 0,05$), причем из компонентов КЖ достоверные отличия имели место только симптомы заболевания ($p < 0,05$), а его восприятие и функциональные возможности у курящих мужчин с АГ и без АГ не различались ($p > 0,05$). Сильная никотиновая зависимость выявлены у 5 (41,7%) из 1 группы и 36,0% второй группы, умеренная, соответственно, — у 3 (25,0%) и 7 (28,0%), слабая — 1 (8,3%) и 7 (28,0%), отсутствует — у 2 (8%) второй группы. Сильный уровень мотивации к курению — у 8 (66,7%) человек первой группы и 12 (48,0%) человек второй группы, умеренный, соответственно, — у 1 (8,3%) и 9 (36,0%), низкий уровень мотивации у 2 человек 2 группы, отсутствует у 2 человек 1 группы и 2 человек 2 группы. Из конкретных мотиваций в обеих группах преобладают психологическая зависимость и поддержка при нервном напряжении, а также их сочетание: у 9 (75%) человек 1 группы и 10 (45%) второй группы. Однако для получения расслабляющего эффекта курят только лица без АГ — 5 (20%), а с целью стимулирующего — только лица с АГ-1 (8,3%). В обеих группах была выявлена умеренная депрессия. Депрессии более глубокого уровня выявлено не было. Частота выявления умеренной депрессии преобладала в 1 группе: 33% (4 человека) во второй она выявлена у 4 человек (16%).

Выводы: АГ снижает КЖ курящих мужчин, влияет на уровень мотивации к курению, но не снижает степень никотиновой зависимости. Ведущими мотивациями сохранения курения вне зависимости от наличия АГ являются психологическая зависимость и поддержка при нервном напряжении и их сочетание. Только у лиц с АГ встречается желание получить стимулирующий эффект от курения и только у лиц без АГ — расслабляющий, что, возможно, обусловлено большей частотой умеренной депрессии у курящих мужчин с АГ.

0114 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КРОВИ С ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Быкова Е.Г., Болдуева С.А., Иванова М.И., Гайкова Л.Б.

Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было изучение характера воспалительных изменений в клиническом анализе крови у пациентов при поступлении и на 4-5 сутки после развития ОИМ. А также изучение экспрессии маркера апоптоза CD95 на лимфоцитах и CD14 на моноцитах.

Методы: Нами обследовано 775 пациентов, госпитализированных в течение первых 5 суток после развития ОИМ. Средний возраст пациентов составил $57,9 \pm 9,6$ лет, из них 75% мужчин, в 71% случаев имел место первичный ОИМ, у 65% регистрировался ОИМ с зубцом Q, передняя локализация встречалась в 57% случаев, аневризма левого желудочка (ЛЖ) была выявлена у 39%. Все больные получали стандартную терапию нитратами, бета-блокаторами, ингибиторами АПФ, дезагрегантами. 135 больным был выполнен системный тромболизис (СТЛ).

Забор клинического анализа крови проводился при поступлении и на 4-5 сутки после ОИМ. На 4-5 сутки проводился тест

для определения уровня экспрессии CD95 на лимфоцитах и CD14 на моноцитах методом непрямой реакции поверхностной иммунофлуоресценции. Так же пациентам выполнялось Эхокардиографическое исследование и суточное мониторирование ЭКГ на 7-10 сутки после ОИМ. Статистическая обработка данных производилась с использованием непараметрического метода Крускала-Уоллиса, значимой считалось достоверность с вероятностью безошибочного прогноза менее 0,05.

Результаты: У пациентов с Q ОИМ выявлялось более значимое повышение уровня лейкоцитов, нейтрофилов как в первые, так и на 4-5 сутки после ОИМ в то время как уровень моноцитов и СОЭ имел более высокие значения на 4-5 сутки при сравнении с неQ ОИМ. При повторном ОИМ отмечались меньшие, чем при первичном ОИМ повышение нейтрофилов, СОЭ как в первые, так и на 4-5 сутки. Течение ОИМ осложненное развитием ранней постинфарктной стенокардией характеризовалось более низким значением моноцитов на 4-5 сутки и лимфоцитов, несущих маркер апоптоза CD95. При развитии желудочковой экстрасистолии 3-5 класса по Lowp регистрировались более высокие значения уровня лейкоцитов, нейтрофилов, базофилов. У пациентов с развившимся пароксизмом фибрилляции-трепетания предсердий в острый период ОИМ определялся более высокий уровень базофилов и снижение числа лимфоцитов, экспрессирующих CD95.

В группе пациентов, которым выполнялся СТЛ, регистрировались более высокие значения уровня лейкоцитов на 4-5 сутки, повышения уровня моноцитов, экспрессирующих CD14 и более низкие показатели СОЭ.

Выводы: Таким образом, у пациентов с Q ОИМ и осложненным постинфарктным течением чаще выявлялись изменения воспалительного характера. Повышение уровня лейкоцитов и моноцитов после СТЛ отражает процессы реперфузии. Экспрессия маркеров апоптоза CD95 и CD14, активированных моноцитов, носила разнонаправленный характер, что требует дальнейшего изучения.

0115 ДИНАМИКА УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Ваниева О.С., Зотова И.В., Алехин М.Н., Гогин Г.Е., Затеишиков Д.А., Сидоренко Б.А.

ФГУ Учебно-научный Медицинский Центр Управления Дедами Президента РФ; *ФГУ ЦКБ с поликлиникой Медицинский Центр Управления Делами Президента РФ, Москва, Россия

При мерцательной аритмии (МА) часто отмечается повышение в крови уровня мозгового натрийуретического пептида (ProBNP). В случае восстановления синусового ритма может происходить нормализация значений ProBNP.

Целью работы явилось изучение динамики уровня ProBNP после успешной кардиоверсии у больных с длительным пароксизмом МА.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 37 больных (24 мужчин и 13 женщин) с длительностью МА более 48 часов. Средний возраст — $59,1 \pm 1,44$ лет. Длительность МА составила $94,7 \pm 36,66$ дней. 36 (97%) больных страдали артериальной гипертензией, у 7 (19%) в анамнезе была ИБС и у 2 (5%) — ревматический порок сердца. Сердечная недостаточность (СН) была у 25 (68%) больных. Тяжесть клинических проявлений СН оценивалась по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации. У 9 больных был I ФК, у 14 — II ФК, у 3 больных III ФК. Фракция выброса (ФВ) менее 40% отмечалась только у 4 больных. Всем больным перед кардиоверсией проводилась чреспищеводная эхокардиография для исключения тромбоза ушка левого предсердия. Уровни ProBNP определялись исходно и через неделю после успешной кардиоверсии. Уровень ProBNP определялся методом электрохемилюминесценции тест системой Elecsys proBNP (Roche). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета статистических программ SPSS 13.

Результаты исследования: Уровень ProBNP исходно составил $381,4 \pm 90,98$ пг/мл, через неделю после кардиоверсии $471,1 \pm 104,92$ пг/мл. Уровень ProBNP измеренный исходно был

достоверно выше у больных с ФВ менее 40% ($1189,4 \pm 378,33$ против $251,9 \pm 54,28$, $p=0,003$).

В среднем по группе, через неделю после кардиоверсии отмечалось повышение уровня ProBNP на $110,9 \pm 132,38$ пг/мл. При этом у 14 больных после кардиоверсии отмечалось снижение ProBNP (в среднем на $374,6 \pm 112,41$ пг/мл) а у 17 больных повышение уровня пептида (в среднем на $462,8 \pm 121,53$ пг/мл). В группе пациентов, у которых после восстановления ритма уровень ProBNP увеличился, чаще отмечалась тяжелая СН на фоне пароксизма — II и III ФК ($p=0,029$), эти пациенты имели более длительный анамнез артериальной гипертензии ($12,4 \pm 3,14$ лет против $5,18 \pm 1,11$ лет, $p=0,048$).

Заключение: У больных с длительными пароксизмами МА после восстановления синусового ритма может отмечаться как снижение уровня ProBNP, так и его повышение. Повышение уровня ProBNP после кардиоверсии может быть связано с дисфункцией левого желудочка на фоне выраженной СН и длительной артериальной гипертензии.

0116 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАГМЕНТАРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИ- И БРАДИАРИТМИЯМИ

Василевская Т.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

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

Цель. Оценить диагностические возможности фрагментарного мониторингирования ЭКГ (ФМ) у больных с редкими приступами тахи- и брадиаритмии в анамнезе.

Методы. В исследование включено 34 пациентов (10 мужчин и 24 женщины, средний возраст — $42,5 \pm 16,9$ лет). Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу включено 6 пациентов с жалобами на головокружение и/или обморочные состояния, во 2-ю группу — 28 больных с жалобами на приступы учащенного сердцебиения и/или перебоев в работе сердца. Всем пациентам проведена стандартная электрокардиография (ЭКГ) и холтеровское мониторирование (ХМ). ФМ проводилось с помощью регистратора событий в виде наручных часов («MERLIN», «MEDITECH», Венгрия) с возможностью активации записи самим пациентом (путем накладывания ладони на поверхность регистратора) 1-го канала ЭКГ при возникновении симптомов.

Результаты. Продолжительность ФМ составила от 4 до 50 (в среднем $11 \pm 11,0$) суток. В 1-й группе: у 2-х пациентов зарегистрирована СА-блокада II степени, с паузами до 4120 мсек, у 1-го — синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 42–56 в минуту, у 2-х — нарушения проводимости не выявлено. У 17-летней пациентки с частыми эпизодами потери сознания, наблюдавшейся в течение 13 лет у невропатолога с диагнозом эпилепсия, в пресинкопальном состоянии был зарегистрирован эпизод веретенообразной желудочковой тахикардии типа «пируэт», обусловленный синдромом удлиненного интервала QT (в последующем ей был имплантирован кардиовертер-дефибрилятор). Во 2-й группе: у 4-х пациентов диагностированы пароксизмы наджелудочковой тахикардии с ЧСС от 170 до 200 в 1 минуту, у 6-ти — частая желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия, у 4-х — пароксизмы фибрилляции-трепетания предсердий с частотой для желудочков 95–200 в минуту, у 13-ти — синусовая тахикардия с ЧСС от 100 до 150 в минуту, у 1-го — нарушения ритма не выявлено. Всего при ФМ диагностически значимые нарушения ритма и проводимости были выявлены у 50% обследованных пациентов. Из них, при сопоставлении результатов ХМ с данными ФМ установлено: в 1-й группе совпадение заключения у 1-го пациента, во 2-й группе — у 7-и больных.

Выводы. Наш опыт применения ФМ ЭКГ показал высокую диагностическую ценность у больных с редкими приступами тахи- и брадиаритмии. В ряде случаев ФМ позволяет исключить диагноз сердечной аритмии и определить последующую тактику ведения данной категории пациентов.

0117 ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ

ПРЕДСЕРДИЙ, ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Василец Л.М., Тарасова О.А.

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

Цель: изучить параметры воспаления при фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), обозначить особенности в зависимости от формы аритмии, а также степени повышения артериального давления, и определить возможности предикторного значения в отношении ФП.

Методы: обследовано 97 пациентов с АГ, из них 42 больных АГ без аритмии и 38 — с ФП на фоне АГ. Группу сравнения составил 21 практически здоровый человек. Концентрации С-реактивного протеина (СРП) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа) определялись с помощью тест-систем (ООО «Биохиммакс», Москва — для СРП; и ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург — для ФНО-альфа), фибриноген — методом измерения мутности после солевой преципитации. Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0. Оценка предикторной ценности проводилась с использованием метода линейной регрессии.

Результаты: концентрация ФНО-альфа была наибольшей у пациентов с ФП во время пароксизма ($354,91 \pm 180,96$ пкг/мл) и значимо не отличалась при перманентной ($14,81 \pm 1,77$ пкг/мл), рецидивирующей персистирующей форме ФП вне пароксизма ($14,21 \pm 6,61$ пкг/мл) и при АГ без аритмии ($17,96 \pm 13,78$ пкг/мл) ($p>0,05$). В группе практически здоровых ФНО-альфа достоверно ниже ($1,16 \pm 0,64$ пкг/мл; $p=0,0001$). Концентрация СРП у больных ФП достоверно ниже, чем в группе больных АГ без аритмии ($4,30 \pm 1,96$ мг/л и $4,99 \pm 1,82$ мг/л соответственно; $p=0,010$). Во время пароксизма мерцания предсердий уровень СРП в плазме крови существенно не отличался от такового у пациентов вне пароксизма ФП ($4,69 \pm 2,14$ мг/л и $5,37 \pm 1,77$ мг/л соответственно; $p>0,5$). При перманентной ФП СРП наиболее низкий ($2,76 \pm 0,22$ мг/л). В группе контроля концентрация СРП была достоверно ниже ($1,36 \pm 0,71$ мг/л; $p=0,0001$).

Риск развития ФП при АГ увеличивается в 2 раза при уровне ФНО-альфа более 32,0 пкг/мл, возможность возникновения пароксизма аритмии возрастает в 3 раза при концентрации ФНО-альфа более 44,0 пкг/мл. Риск развития АГ у практически здоровых лиц возрастает в 3 раза при уровне ФНО-альфа более 2,3 пкг/мл, в 2 раза при уровне СРП более 2,2 мг/л, а также в 2 раза при уровне фибриногена более 4,0 г/л.

Выводы: 1). Наличие фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией ассоциировано с высоким уровнем ФНО-альфа и меньшим уровнем СРП в сравнении с пациентами без аритмии; 2). Уровень ФНО-альфа и СРП обратно коррелирует с тяжестью фибрилляции предсердий, т.е. при перманентной форме показатели воспаления ниже, чем при её рецидивирующей персистирующей форме. Пароксизм мерцательной аритмии сопровождается значительным повышением концентрации ФНО-альфа. 3). Независимым предиктором возникновения фибрилляции предсердий у пациентов с артериальной гипертензией является изменение содержания маркеров воспаления; 4). Увеличение концентрации маркеров воспаления является предиктором развития артериальной гипертензии у практически здоровых лиц.

0118 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Секисова М.А., Терехова Ж.В.

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

Важная биологическая роль микроциркуляции предполагает ее участие в развитии сердечно-сосудистых заболеваний уже на начальных этапах. Поэтому изучение особенностей терминального сосудистого русла при воздействии неблагоприятных факторов имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Цель. Установить особенности микроциркуляторной картины у больных ИБС с гиперхолестеринемией и артериальной гипертензией по сравнению с пациентами без данных факторов риска.

Методы. Исследовано 40 больных с различными формами ИБС, которые были разделены на 2 группы: 1 — с нормальным уровнем холестерина и АД ($n=12$), 2 — с гиперхолестеринемией и артериальной гипертензией ($n=28$). Группы не различались по возрасту и половому составу. Микроциркуляция исследовалась методом лазерной доплеровской флоуметрии. Во 2 группе больных наблюдалось снижение так называемого коэффициента вариации K_v , отражающего выраженность вазомоторной активности микрососудов и дающего интегративную оценку микроциркуляции ($5,8 \pm 0,5\%$ против $9,0 \pm 0,7\%$ в 1 группе, $p < 0,01$).

Результаты. Компьютерный анализ амплитудно-частотного спектра колебаний перфузии продемонстрировал уменьшение вазомоторной активности миоцитов прекапиллярных сфинктеров на 50% ($p < 0,05$), ассоциирующееся со спазмом гладких мышц микрососудов. При этом, несмотря на компенсаторный рост пассивных факторов микрогемодикуляции, в частности увеличения амплитуды кардиоритмов на 45,8% ($p < 0,05$), уровень тканевой перфузии оставался во 2 группе больных ниже, составив $5,26 \pm 0,22$ ед против $6,15 \pm 0,36$ ед в 1 группе ($p < 0,05$). У пациентов с гиперхолестеринемией и АГ установлено также достоверное снижение резерва капиллярного кровотока на 29,5%, что свидетельствует о депрессии эндотелиальных факторов сосудистой релаксации. Анализ гемодинамических типов микроциркуляции выявил преобладание у больных 2 группы застойно-спастического типа (41,2% против 1,7% в 1 группе) и существенное снижение частоты встречаемости нормального типа (5,9% против 40,0% в 1 группе).

Выводы. Таким образом, сочетание ИБС с гиперхолестеринемией и артериальной гипертензией приводят к грубым изменениям в системе микрогемодикуляции, характеризующимся снижением тканевой перфузии, сокращением резервных возможностей капиллярного кровотока и эффективности ее функционирования. Этот факт дает основание считать коррекцию уровня ХС и АД обязательными компонентами лечения коронарной недостаточности.

0119 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Ватаман Е.Б., Чобану Н.В., Филимон С.
Институт Кардиологии, Кишинёв, Молдова

Цель: Определение особенностей эндотелиальной дисфункции у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа.

Методы: В исследовании были включены 40 больных: 22 мужчины и 18 женщин (средний возраст $58,5 \pm 1,20$ лет), которые были разделены в две группы: I группа — с постинфарктным кардиосклерозом (ПК) и сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-го типа) и II группа — с постинфарктным кардиосклерозом и без сахарного диабета 2-го типа. Все больные принимали Ловастатин на протяжении одного года в средней дозе 33 мг/день. Всем больным были определены параметры липидов крови и произведено ультразвуковое исследование плечевой артерии по методу Seletager с соавт. (1992 г.) с функциональными пробами (проба с реактивной гиперемией и проба с нитроглицерином) и ультразвуковое исследование сонной артерии с определением индекса интима-медиа.

Результаты: После одного года наблюдения на фоне постоянного лечения Ловастатином произошло снижение уровня общего холестерина на 25,47% ($p < 0,01$) в I группе и 26,9% ($p < 0,01$) во II группе, холестерина липопротеинов низкой плотности — на 33,83% ($p < 0,001$) в I группе и 33,9% ($p < 0,001$) во II группе и триглицеридов — на 28,16% ($p < 0,05$) и 29,4% ($p < 0,01$) соответственно.

В момент включения в исследование у больных с ПК и СД 2-го типа отмечено поражение функции эндотелия: диаметр брахиальной артерии возрос после пробы с реактивной гиперемией

меньше чем на 10% (6,44%). После одного года лечения Ловастатином было получено увеличение диаметра плечевой артерии на 6,68% ($p < 0,05$) в I группе и 15,4% ($p < 0,001$) во II группе и объема крови в плечевой артерии на 20,09% ($p < 0,05$) в I группе и 26,17% ($p < 0,05$) во II группе после пробы с реактивной гиперемией. Также больные с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2-го типа имели более выраженную гипертрофию артериальной стенки: индекс интима-медиа (ИИМ) сонной артерии был 1,08 мм по сравнению с больными с постинфарктным кардиосклерозом без сахарного диабета 2-го типа где ИИМ был 0,98 мм. После одного года лечения ИИМ уменьшился на 9,25% ($p < 0,01$) в I группе и на 7,14 ($p > 0,05$) во II группе.

Выводы: Длительное лечение Ловастатином привело к нормализации параметров липидов крови, уменьшению степени гипертрофии стенки артерии и улучшению параметров эндотелиальной функции у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2-го типа.

0120 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА В МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ватинян С.Х., Гургенян С.В., Никогосян К.Г.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Целью настоящего исследования явилось изучение влияния агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина в монотерапии и в комбинации с антагонистом кальция амлодипином на структурные и функциональные параметры левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией.

Методы: Обследованы 32 больных эссенциальной гипертензией I-II степеней (ЕОГ-ЕОК, 2003) — 18 мужчин и 14 женщин, средний возраст = $47,8 \pm 4,2$ лет. Выполнялась эхокардиография в двумерном режиме и доплер-эхокардиография. Определяли конечный диастолический размер (КДР), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗС) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП); рассчитывался индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). В исследование были включены больные со значениями ИММЛЖ ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 110 г/м² для женщин (ЕОГ-ЕОК, 2003) и с диастолической дисфункцией левого желудочка, оцененной по данным доплер-эхокардиографии. Больные были разделены на 2 группы по 16 в каждой. Больным I группы назначался моксонидин в дозе 0,4 мг в день; больные II группы получали моксонидин в дозе 0,2 мг в день в комбинации с амлодипином в дозе 2,5 мг в день. Для достижения целевого уровня АД в обеих группах при необходимости добавляли гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг в день. Исследования проводились в контрольном периоде и к концу 6-месячного срока наблюдения.

Результаты: Снижение АД до целевого уровня ($< 140/90$ мм рт. ст.) было достигнуто в обеих группах. К концу периода наблюдения регистрировалось уменьшение КДР от $5,35 \pm 0,06$ до $5,12 \pm 0,07$ см в I группе, $p < 0,05$ и от $5,36 \pm 0,05$ до $4,98 \pm 0,04$ см во II группе, $p < 0,001$; уменьшение ТЗС от $1,22 \pm 0,01$ до $1,12 \pm 0,03$ см в I группе, $p < 0,05$ и от $1,24 \pm 0,03$ до $1,07 \pm 0,02$ см во II группе, $p < 0,001$; уменьшение ТМЖП от $1,25 \pm 0,03$ до $1,12 \pm 0,02$ см в I группе, $p < 0,05$ и от $1,26 \pm 0,04$ до $1,08 \pm 0,01$ см во II группе, $p < 0,001$; снижение ИММЛЖ от $161,7 \pm 5,87$ до $139,5 \pm 3,65$ г/м² в I группе, $p < 0,05$ и от $159,9 \pm 5,64$ до $129,1 \pm 3,08$ г/м² во II группе, $p < 0,001$. К концу срока лечения наблюдалось достоверное улучшение всех параметров диастолической функции левого желудочка: отношение максимальной скорости раннего кровенаполнения к максимальной скорости наполнения в систолу предсердий увеличилось от $0,92 \pm 0,02$ до $1,28 \pm 0,06$ в I группе ($p < 0,05$) и от $0,93 \pm 0,02$ до $1,42 \pm 0,07$ во II группе ($p < 0,001$). Время изоволюмического расслабления левого желудочка и время замедления раннего кровенаполнения уменьшились (в I группе: от $119,6 \pm 3,99$ до $102,3 \pm 3,65$ мсек и от $188,9 \pm 7,02$ до $169,8 \pm 6,81$ мсек, соответственно, $p < 0,05$; во II группе: от $118,9 \pm 4,01$ до $96,1 \pm 2,88$ мсек и от $189,1 \pm 7,29$ до $150,8 \pm 5,74$ мсек, соответственно, $p < 0,001$).

Выводы: Моксонидин, подавляя симпатическую гиперактивность, эффективно снижает АД у больных эссенциальной гипертензией. Однако, в комбинации с амлодипином моксонидин

вызывает статистически достоверно более значительную положительную динамику структурных и функциональных параметров левого желудочка по сравнению с монотерапией.

0121 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ АНТРАЦИКЛИНОВ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Салахова А.М.
ДГМУ, Донецк, Украина

Цель: изучить влияние небиволола на ремоделирование артерий, обусловленное токсическим действием антрациклинов.

Методы: 73 пациента (23,5±3,1 лет), получавшие антрациклины по поводу онкогематологических заболеваний, не имевшие патологии сердечно-сосудистой системы и находившиеся в ремиссии, рандомизированы на две группы: 1-я — 37 больных, получавших небиволол в дозе 5 мг 1 раз в сутки; 2-я — 36 — без терапии β-адреноблокатором. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (21,5±3,2 года). Исходно и через 6 мес проводилось ультразвуковое сканирование плечевой артерии в покое и после действия фактора, стимулирующего эндотелий-зависимую вазодилатацию (компрессионная проба), с измерением пиковой систолической (Vps), максимальной конечной диастолической (Ved), усредненной максимальной (TAMX), усредненной по времени средней (TAV) скорости кровотока, индекса спектрального расширения (SBI), толщины интимы-меди, внутреннего диаметра сосуда; для оценки сосудистого сопротивления — индекса резистентности (RI), пульсационного индекса (PI) и систоло-диастолического соотношения (SD).

Результаты: Исходно в покое у пациентов Ved была выше, чем в контроле. Все остальные показатели не различались между группами. После декомпрессии в контроле наблюдалось увеличение Ved, снижение Vps, TAMX, TAV, PI, RI и SD. У пациентов Ved, PI, RI и SD снизились, Vps уменьшилась менее выражено, чем в контроле, TAMX не изменилась, а TAV увеличилась. После декомпрессии в контроле, а также у 18,9% обследованных 1-й группы и у 25% 2-й наблюдалось увеличение диаметра плечевой артерии. У 51,4% пациентов 1-й группы и у 55,6% 2-й диаметр артерии не изменился. А у 29,7% больных в 1-й группе и у 19,4% 2-й наблюдалась констрикция сосуда.

Через 6 мес в 1-й группе Ved в покое не изменилась, а после декомпрессии — увеличилась. Остальные скоростные параметры, а также показатели сосудистого сопротивления как в покое, так и после компрессионной пробы не изменились. У 78,4% пациентов, получавших небиволол, после декомпрессии наблюдалась дилатация артерии, а у остальных 21,6% — диаметр сосуда не изменился. Во 2-й группе через 6 мес скоростные параметры как в покое, так и после компрессионной пробы существенно не изменились. PI, RI и SD в состоянии покоя уменьшились по сравнению с предыдущим исследованием, а после декомпрессии возросли. Диаметр артерии в ответ на компрессию у 44,4% пациентов не изменился, а у 55,6% — уменьшился. Толщина интимы-меди увеличилась как в обеих группах.

Выводы: Антрациклины вызывают нарушение функционального состояния артерий, которое проявляется снижением их тонуса и патологическим изменением сосудистой реактивности, а также их структурные изменения — увеличение толщины комплекса интимы-меди. Назначение небиволола позволяет затормозить развитие ремоделирования артерий: стабилизировать Ved и параметры сосудистого сопротивления в состоянии покоя, нормализовать их реакцию в ответ на компрессионную пробу, а также улучшить функциональное состояние эндотелия.

0122 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ (АНЕМИЧЕСКОЙ) КАРДИОМИОПАТИИ

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В., Шевелев А.Н., Михальченко Е.В.
ДонГМУ, Донецк, Украина

Цель: оценить изменения показателей внутрисердечной гемодинамики при метаболической (анемической) кардиомиопатии.

Методы: Обследованы 56 больных (19 мужчин, 37 женщин, средний возраст — 33±14 лет), страдающих железодефицитной анемией (ЖДА) на протяжении 3–5 лет (в среднем 2,2±1,4 года). В зависимости от уровня гемоглобина все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 26 больных с анемией легкой степени тяжести (гемоглобин 110–96 г/л), во 2-ю — 30 со средней (гемоглобин 95–75 г/л). Контрольную группу составили 40 практически здоровых лиц (13 мужчин, 27 женщин, средний возраст 31±11 лет). Оценку состояния внутрисердечной гемодинамики проводили с помощью эхокардиографии в одно-, двумерном и доплеровском режимах по стандартной методике на ультразвуковом аппарате «Acuson Aspen» (США). При этом определялись конечно-диастолический и конечно-систолический размеры и объемы левого желудочка (КДР, КСР, КДО, КСО ЛЖ), ударный (УО) и минутный объемы сердца (МОС), индексы — ударный (УИ), сердечный (СИ), конечно-диастолический (КДИ) и конечно-систолический (КСИ), размер левого предсердия (ЛП), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, степень укорочения передне-заднего размера в систолу (ΔS), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf) максимальная скорость раннего наполнения (Е) и в систолу предсердий (А), их отношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления (IVRT) и замедления максимальной скорости раннего наполнения ЛЖ (DT).

Результаты: Анализ полученных данных показал, что у больных обеих групп имело место достоверное увеличение ЧСС, КСР, КСО, КДИ, КСИ, ЛП. При этом МОС и СИ значительно превышали контрольные значения. Одновременно у пациентов 2-й группы было зарегистрировано статистически значимое увеличение КДР и КДО, снижение ФВ, ΔS, Vcf по сравнению с контролем. При анализе показателей трансмитрального кровотока у больных обеих групп отмечалось достоверное увеличение А и IVRT, а также снижение соотношения Е/А по сравнению с контролем. Кроме этого у пациентов 2-й группы отмечалось достоверное уменьшение Е и увеличение DT. Подобные изменения соответствуют диастолической дисфункции по типу «недостаточной релаксации».

Выводы: При ЖДА возникают дилатация левых камер сердца, нарушения систолической и диастолической (по типу «недостаточной релаксации») функции миокарда, более выраженные при анемии средней степени тяжести по сравнению с легкой.

0123 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПАЦИЕНТОВ

Вахракова М.В., Кудрявцева С.А.

Городской кардиологический центр (МУЗ ГБ №3), Владимир, Россия

Цель: оценить эффективность и переносимость терапии мексидолом у больных гипертонической болезнью (ГБ) I–II ст. с учетом гендерных особенностей пациентов.

Методы: 17 больных ГБ I–II ст. в период ухудшения были пролечены в течение 10 дней препаратом мексидол внутривенно в суточной дозе 200 мг. ежедневно. Средний возраст пациентов составил 47,6 года; из них мужчин и женщин было поровну; средняя длительность заболевания — 10,1 лет. В группу сравнения вошли 10 пациентов, сопоставимые с больными основной группы по возрасту, полу, особенностям заболевания, но без мексидола. Больные обеих групп получали базовую индивидуально подобранную антигипертензивную терапию до назначения мексидола. Эффективность лечения оценивалась по уровню клинического АД (определялось 3-х кратным измерением с вычислением среднего значения), данным суточного мониторирования АД (СМАД), динамике жалоб, по влиянию на психоэмоциональный статус и качество жизни больных. Психоэмоциональный статус исследовался с помощью психологических тестов и оце-

ночных шкал: цветовой тест Люшера, тест Спилберга, СМОЛ, шкала Бэка. Качество жизни (психологическая составляющая) оценивалось с помощью компьютерного теста «Качество жизни» (Зайцев В.П., Айвазян Т.А.). О переносимости лечения судили по количеству и выраженности побочных эффектов. Анализ проводился у мужчин и женщин в сравнительном аспекте.

Результаты: через 10 дней лечения в группе мексидола была зарегистрирована тенденция к более выраженному снижению по сравнению с группой без мексидола систолического и диастолического АД в дневное и ночное время по данным клинического измерения и по данным СМАД, но без статистически значимого различия между мужчинами и женщинами ($p > 0,1$). Достоверные различия были установлены в отношении показателей психоэмоционального статуса между мужчинами и женщинами в группе мексидола. Так, у женщин уровень тревожности, эмоциональной лабильности, выраженность и частота головных болей уменьшились достоверно в большей степени по сравнению с мужчинами той же группы ($p < 0,05$). Женщины достоверно чаще отмечали улучшение настроения, улучшение ночного сна (по всем фазам) ($p < 0,05$). Достоверных различий в переносимости лечения мексидолом между мужчинами и женщинами установлено не было.

Выводы: препарат мексидол приводит к достоверно более выраженной редукции психоэмоциональных нарушений у женщин по сравнению с мужчинами в составе комплексной терапии гипертонической болезни I-II ст. при сходной удовлетворительной переносимости лечения.

0124 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Велижанина И.А., Скоробогатова И.А., Велижанина Е.С.

Филиал ГУ НИИ, кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр»; Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия

Около трети своей жизни женщина находится в менопаузе. Течение артериальной гипертонии (АГ) в этот период имеет свои особенности, также как и характер суточного профиля артериального давления.

Цель. Изучить особенности течения АГ в сопоставлении с данными суточного мониторирования АД у женщин в период менопаузы.

Методы исследования. Обследовано 20 женщин АГ 1 – 2 степени, со средним и высоким риском сосудистых осложнений. Средний возраст пациенток составил $54,7 \pm 0,82$ года. Проводилось клиническое обследование, оценка степени выраженности климактерического синдрома по шкале модифицированного менопаузального индекса Купермана в модификации Уваровой, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) по стандартной методике, с использованием аппарата «MEDITECH, АВРМ-4» (Венгрия) на чистом фоне. Клиническое обследование. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 10.0 for Windows.

Результаты. У 35% пациенток АГ манифестировала после наступления менопаузы, у 10% – первые проявления АГ совпадали с ее наступлением, у 55% – АГ предшествовала менопаузе. В ходе исследования выделены две группы: 1 группа – АГ возникла после менопаузы, 2 группа – АГ предшествовала менопаузе. Возраст, средний возраст наступления менопаузы, офисное САД, ДАД в данных группах были сопоставимы. Проведен анализ медикаментозной терапии использовавшейся до исследования: 55% пациенток получали гипотензивную терапию, 45% женщин ранее не лечились. Большинство пациенток (54,5%) ранее принимали ИАПФ, (27,2%) – агонисты имидазолиновых рецепторов, имело место применение бета-блокаторов и препаратов раувольфии (адельфан). Во 2 группе с наступлением менопаузы практически все пациентки отмечали ухудшение течения заболевания, появление вегетативных проявлений. По степени выраженности в данной группе климактерические проявления легкой степени были отмечены у 63,6% женщин, умеренные у 36,4% женщин. В 1 группе у всех женщин были отмечены климактери-

ческие проявления легкой степени. По данным СМАД неблагоприятные изменения показателей утреннего подъема АД были отмечены во 2 группе: выявлено статистически значимое увеличение скорости утреннего подъема систолического и диастолического АД, уменьшение времени утреннего подъема как систолического, так и диастолического АД.

Выводы. Таким образом, женщины в менопаузальном периоде являются «группой риска» в плане возникновения и прогрессирования АГ. Показатели утреннего подъема АД у женщин с артериальной гипертензией, развившейся до менопаузы, являются прогностически неблагоприятными и могут отражать повышенный риск сосудистых осложнений. Степень выраженности климактерического синдрома проявляется более ярко у женщин с АГ предшествующей климаксу. Особенности суточного профиля АД целесообразно учитывать при назначении терапии.

0125 ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Вербовская Н. В., Гринштейн Ю. И.

Медицинская академия, Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель. Изучить зависимость артериального давления (АД) от градиента систолического давления (ГСД) между восходящим и нисходящим отделами аорты (ВАо, НАо) у пациентов с коарктацией аорты (КоА).

Методы. Под нашим наблюдением находилось 74 пациента с КоА и артериальной гипертензией (АГ) в возрасте $19,7 \pm 5,3$ лет. В первую группу входили 48 пациентов, которым была проведена транскатетерная баллонная ангиопластика (ТЛБАП), во вторую группу – 26 пациентов, после операции резекции КоА. Пациентам измерялся ГСД между ВАо и НАо с помощью непрерывно-волновой доплерографии (НВДГ) до вмешательства, непосредственно после и через 5-10 лет, а так же контролировалось артериальное давление в систолу и диастолу (АДс, АДд) в эти же периоды.

Результаты. Степень выраженности стеноза аорты оценивалась в диапазонах: 35%-50%, 51%-75%, 76%-99% и свыше 99%. По данным НВДГ выраженность стеноза в пределах 35%-50% наблюдалась у 15 (20,27%) человек и ГСД между ВАо и НАо составлял $44,6 \pm 1,3$ мм рт.ст., а средние показатели АДс были равны $133,67 \pm 5,06$ мм рт.ст. и АДд $81,33 \pm 3,06$ мм рт.ст. Стенозы в диапазоне 50%-75% были у 43 (58,12%) пациентов с ГСД $61,53 \pm 0,79$ мм рт.ст. и АДс $152,39 \pm 3,95$ мм рт.ст., АДд $89,19 \pm 2,02$ мм рт.ст. Степень выраженности стеноза в пределах 76%-99% была у 10 (13,51%) пациентов со средним АДс равным $145 \pm 6,95$ мм рт.ст., АДд $86,5 \pm 2,79$ мм рт.ст. и ГСД между ВАо и НАо $83,4 \pm 2,36$ мм рт.ст. Критический стеноз свыше 99% наблюдался у 5 (6,76%) пациентов, у которых ГСД был равен $133,2 \pm 20,16$ мм рт.ст., а АДс и АДд 150 и $75 \pm 7,1$ мм рт.ст. соответственно.

Непосредственно после проведения ТЛБАП АДс, АДд и ГСД между ВАо и НАо составляли $127,34 \pm 2,46$; $76,7 \pm 1,67$; $30,14 \pm 2,67$ мм рт.ст. соответственно. В группе прооперированных пациентов после резекции КоА АДс было равно $135,74 \pm 2,61$ мм рт.ст., АДд $82,22 \pm 1,74$ мм рт.ст. и ГСД $25,47 \pm 2,24$ мм рт.ст. Имелось статистически значимое снижение цифр АДс и ГСД между ВАо и НАо ($p < 0,05$). Результаты хирургической и эндоваскулярной коррекции порока не всегда соответствуют ожидаемым отдаленным результатам, а именно через 5-10 лет у 42 (57,53%) пациентов (18 прооперированных и 24 после ТЛБАП) средние цифры АДс были равны $151,1 \pm 1,8$ мм рт.ст. и АДд $89,3 \pm 1,9$ мм рт.ст. У части больных артериальная гипертензия была индуцирована рестенозами.

Выводы.

1. У больных с КоА наибольшее повышение средних показателей АДс отмечалось при выраженности стеноза аорты в диапазоне 51%-75%.

2. Наблюдалось достоверное снижение АДс непосредственно после транскатетерной баллонной ангиопластики или операции резекции коарктации аорты вне зависимости от степени выраженности стеноза аорты.

3. У 57,53% пациентов с КоА через 5-10 лет наблюдения от-

мечалась умеренная артериальная гипертензия.

0126 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АПФ ФОЗИНОПРИЛА НА МЕМБРАННО- КЛЕТОЧНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Вершинина А.М., Попова С.Н., Гапон Л.И., Вебер Э.Е., Мякишев С.А., Бусарова Е.С.

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

Цель. Оценить клиническую эффективность, влияние на динамику структурно-функциональных параметров мембран эритроцитов (Эр) ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) третьего поколения фозиноприла, в сравнении с бета-адреноблокатором метопрололом, в терапии больных артериальной гипертензией (АГ), сочетающейся с ожирением и гиперхолестеринемией (ГХС).

Методы. В условиях рандомизированного сравнительного исследования проведено обследование 119 больных с АГ I-II степени в ассоциации с ожирением (ОЖ) и ГХС среднего возраста 49,8±0,63 лет, имеющих ожирение (ИМТ >30) и повышенный уровень ХС плазмы крови. Пациентов случайным методом разделили на две сопоставимые группы: 1-я группа — фозиноприл (моноприл) в дозе 10–20 мг/с, 2-я группа — метопролол 25 — 50 мг/с. Исследование проводили в условиях «чистого» фона и через 16 недель терапии. Клиническая эффективность препарата оценивалась по данным офисного АД, СМАД; исследовали продукты ПОЛ: ДК, МДА, ШО, активность ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ): СОД, каталаза — в мембранах Эр; способность Эр к деформации оценивали с помощью метода экацитометрии; при исследовании учитывалась степень ОЖ и суточный ритм АД.

Результаты. На фоне терапии фозиноприлом отмечено достоверное снижение офисного САД со 154,06±1,34 до 128,45±1,07 и офисного ДАД с 98,56±0,8 до 81,61±0,84 мм.рт.ст. (p<0,001). У пациентов группы сравнения офисное САД и ДАД снижалось более выражено к 4-й неделе лечения. На фоне терапии фозиноприлом уменьшились показатели МДА (с 61,69±3,57 мМ/мл до 53,49±2,86 мМ/мл (p<0,01)) и ДК (не достоверно), активность СОД повысилась (тенденция), активность каталазы и уровень ШО достоверно не изменились. Наиболее значительными изменения были у пациентов АГ II степени, принимавших 20 мг/с моноприла. У пациентов с АГ I ст. (10 мг/с), отмечено снижение активности МДА с 60,31±6,07 до 46,47±4,01 мМ/мл и уменьшение индекса МДА/ШО с 1,30±0,16 до 1,03±0,09. Отмечено дозозависимое влияние фозиноприла на процессы деформации Эр. Выявлено отрицательное влияние степени ожирения на процессы липопероксидации в виде уменьшения активности СОД мембран Эр и снижения шифообразования. Получены взаимосвязи между процессами липопероксидации и показателями СМАД, что подтверждает роль клеточных мембран в развитии АГ. Показано, что более выраженное торможение процессов ПОЛ на фоне терапии фозиноприлом наблюдалось у пациентов с нарушенным суточным ритмом АД.

Выводы. Ингибитор АПФ фозиноприл в терапии АГ в сочетании с ожирением и ГХС проявляет высокую эффективность и хорошую переносимость. Отмечено его более благоприятное влияние, в сравнении с метопрололом, на показатели АД и состояние мембранно-клеточных параметров эритроцитов.

0127 ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Виллеальде С.В., Искова Х.В., Гудалис Н.И., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: в патогенезе сахарного диабета и его осложнений обсуждается роль неспецифического хронического воспаления и

оксидативного стресса. Цель исследования — оценить связь между маркерами воспаления и параметрами оксидативного стресса у пациентов с нелеченным сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: у 158 пациентов с нелеченным СД 2 типа (82 мужчины, средний возраст 56,2±0,7 лет (M±m), 30% пациентов курили, ИМТ 31,5±0,5 кг/м², длительность СД 2,3±0,2 лет, гликемия натощак 9,1±0,2 ммоль/л, HbA1C 7,8±0,1%, фруктозамин 290,4±6,9 мкмоль/л, АД 138,3±2,2/83,0±0,7 мм рт.ст, общий холестерин 5,84±0,09 ммоль/л, ЛПНП 3,62±0,08 ммоль/л, ЛПВП 1,27±0,03 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 2,43±0,14 ммоль/л, мочевая кислота 112,9±6,7 мкмоль/л) измерялись провоспалительные цитокины (ФНО-Δ, ИЛ-6) и маркеры оксидативного статуса (малоновый диальдегид плазмы (МДА), белковая SH-группа). Корреляционный анализ проводился по Спирману.

Результаты: выявлена положительная корреляция МДА (40,91±1,52 мкмоль/л) с параметрами контроля гликемии (глюкоза плазмы натощак r=0,40, p=0,016; фруктозамин r=0,81, p<0,0001; HbA1C r=0,31, p<0,05). Обнаружена положительная связь между МДА и ТГ (r=0,53; p=0,001), абсолютным увеличением количества моноцитов (r=0,35; p<0,05). МДА был выше у пациентов с дислипидемией III типа (по Фредриксену) в сравнении с IIb или IIa типами (48,66±0,08, 42,44±0,02, 34,51±0,02 мкмоль/л; p<0,05 для всех групп). Выявлена положительная корреляция ФНО-Δ (1,52±0,08 нг/л) с ТГ (r=0,35; p=0,02) и отрицательная с мочевой кислотой (r=-0,39; p=0,01), положительная связь ИЛ-6 (2,24±0,21 нг/л) с фруктозаминем (r=0,29; p<0,05). Обнаружена положительная корреляция между ФНО-Δ и МДА (r=0,43; p<0,05) и отрицательная между Δ-ФНО и антиоксидантными параметрами плазмы (SH-группа r=-0,49; p=0,04 и отношением SH/МДА r=-0,60; p=0,01).

Заключение: у пациентов с нелеченным СД 2 типа параметры неспецифического воспаления взаимосвязаны с показателями оксидативного стресса. Высокий уровень циркулирующих провоспалительных цитокинов связан с высоким уровнем оксидативных параметров и низкими антиоксидантными свойствами плазмы. Обратная связь между ФНО-Δ и мочевой кислотой возможно отражает антиоксидантные свойства низких концентраций мочевой кислоты, отмеченных в данной группе наблюдения.

0128 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

Виноградов В. Ф., Смирнова Л. Е.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель: изучить влияние артериальной гипертензии (АГ) на течение язвенной болезни (ЯБ) гастродуоденальной зоны при сочетании течения этих заболеваний.

Методы. Проведено клинко-эндоскопическое обследование у 560 больных, из числа которых были выделены две группы наблюдения: в 1-ю (контрольную) — вошли 140 больных ЯБ без АГ (мужчин — 76, женщин — 64; возраст — 51±3,4 года), во 2-ю (основную) — 420 больных ЯБ в сочетании с АГ (мужчин — 217, женщин — 203; возраст — 56±1,2 года). Степень АГ и риск развития сердечно-сосудистых осложнений оценивались по классификации ВОЗ/МОАГ (1999) и рекомендациям ЕОАГ-ЕОК (2003). I степень АГ была у 223 (53%), II — у 137 (33%), III — у 60 (14%) пациентов. Для диагностики метаболического синдрома руководствовались критериями экспертов Национального института здоровья США (2001). Проводили прицельную биопсию слизистой оболочки желудка (СОЖ) из антрального отдела и тела желудка с последующей светооптической микроскопией и исследованием на *Helicobacter Pylori* (НР). Для диагностики НР применялись также быстрый уреазный тест и иммунологические методы (серологический, ПЦР в кале).

Результаты. В отличие от больных ЯБ (1-я группа), при сочетании ЯБ с АГ (2-я) чаще выявляются: НР, локализация язвенного процесса в желудке, средние и большие размеры язв, эрозивное поражение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, осложненное течение (чаще желудочно-кишечное кровотечение и анемия), а также более тяжелые и атипичные формы заболевания. Связь этих нарушений с АГ подтверждалась нарастанием их частоты от I к III степени АГ. При ЯБ с АГ, в отличие

от ЯБ, благоприятное течение гастроэнтерологического заболевания наблюдалось значительно реже, а неблагоприятное — чаще (45% против 21%; $p < 0,001$). При этом от I к III степени АГ частота благоприятного течения уменьшалась, а неблагоприятного увеличивалась (38% и 62%, соответственно; $p < 0,001$). В случаях с благоприятным течением ЯБ, в 1-й группе доминировал обычный и низкий риск (95%), а с неблагоприятным — низкий и средний (64%). Во 2-й группе при благоприятном течении ЯБ преобладали средний и высокий риск (80%), а при неблагоприятном — высокий и очень высокий (77%), что указывало на связь характера течения ЯБ со степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Частота метаболического синдрома нарастала от 1-й (5%) к 2-й (14%, $p < 0,01$) группе и от I (12%) к III (23%; $p < 0,05$) степени АГ. Наличие метаболического синдрома сопровождалось, как правило, очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений у больных, неблагоприятным развитием язвенного процесса, а также нарастанием морфологических изменений в СОЖ — воспалительно-дистрофических и микроциркуляторных. Последние играли доминирующую роль и включали периваскулярные, сосудистые и внутрисосудистые нарушения. При этом возрастала частота и выраженность атрофических изменений и кишечной метаплазии в СОЖ.

Выводы. ЯБ гастродуоденальной зоны в присутствии АГ отличается более тяжелым течением, которое усугубляется по мере увеличения степени АГ. Сочетание ЯБ с АГ, особенно II и III степени способствует не только высокому риску развития сердечно-сосудистых осложнений и метаболических нарушений у этих больных, но и более неблагоприятному течению гастродуоденальной патологии.

0129 ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Водопьян А.В., Водопьян О.В., Карпенко А.В.

МУЗ Первая городская клиническая больница, Благовещенск, Россия; 4-я поликлиника, Благовещенск, Россия

Цель: Комплексное исследование больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта с целью выявления факторов, влияющих на прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы: Проведено обследование 47 больных со стабильной стенокардией, 33 мужчины в возрасте от 33 до 60 лет и 14 женщин в возрасте от 42 до 58 лет. Оценивались клинические параметры, морфофункциональные характеристики сердца, вариабельность АД в течение суток, проводилась запись ЭКГ, УЗИ сердца. Методом анкетирования оценивалось наличие признаков гастроэзофагеальной патологии в изучаемой группе пациентов. Клинические признаки ГЭРБ оценивались с помощью математического моделирования с использованием изобретения «Способ диагностики рефлюкс-эзофагита у больных бронхиальной астмой». Всем больным, с выявленным ГЭРБ проводилась эзофагогастроскопия.

Результаты: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) встречается в различных проявлениях: от таких симптомов как изжога, отрыжка, до грозных осложнений как эрозивный эзофагит, воспалительные и рубцовые стриктуры дистального пищевода, а также эзофагит Барретта. Заболевание имеет различные внепищеводные проявления. Кардиальные проявления, в частности, боли за грудиной, нередко трудно различить с истинными кардиалгиями. В литературе данный симптом описан как «non-cardiac chest pain». При ГЭРБ боли связаны с наклоном вперед, возникают в положении лежа, купируются приемом антацидных средств. У многих пациентов при ГЭРБ имеет место легочная и ларингеальная патология: бронхиальная астма, аспирационная пневмония. Доказано прогрессирование течения бронхолегочной патологии при присоединении ГЭРБ.

Распространенность вариантов течения ГЭРБ при ИБС, а соответственно возможность отягощения течения ИБС при наличии ГЭРБ практически не изучается. С помощью математического моделирования было выявлено наличие ГЭРБ у 8 (24,3 %) мужчин и 5 (35,7 %) женщин в исследуемой группе, которые ранее не предъявляли жалобы со стороны желудочно-кишечного

тракта. Отмечено в дальнейшем, что при обострении ГЭРБ у 3 (9,01 %) мужчин и 2 (14,2 %) женщин в группе достоверно совпадало с приступами стенокардии ($p < 0,05$) и нарушениями реполяризации на ЭКГ ($p < 0,01$). Применение препарата Ультоп в дозе 20 мг привело к уменьшению симптомов как ГЭРБ, так и стенокардии.

Выводы: таким образом, можно предположить, что проведение комплексного исследования, включающего изучение ГЭРБ у пациентов с ИБС позволяет получить важные данные о частоте и характере поражения и, соответственно, дифференцированно подойти к оценке прогноза и дальнейшей терапии больного.

0130 ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДВИЖЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА

Волкова Н.С., Кузнецова Л.И., Пархонюк Е.В., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Кафедра факультетской терапии лечебного факультета, Саратов, Россия

Цель: Изучить особенности движения верхней части межжелудочковой перегородки (МЖП) у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП).

Методы: Обследованы три группы больных. В основную группу включено 34 больных ПФП (ПФП). Во вторую группу (сравнения) вошло 10 больных ишемической болезнью сердца без перенесенного инфаркта миокарда, не страдающие аритмиями. Третью группу (сравнения) составили 10 практически здоровых людей, в возрасте от 20 до 62 лет, у которых при медицинском осмотре не было выявлено патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и отсутствовали тяжелые заболевания других внутренних органов.

Через 7-10 дней после восстановления синусового ритма проводилось ультразвуковое исследование сердца с использованием технологии DTI. В данном сообщении приводятся результаты анализа скорости движения верхней части межжелудочковой перегородки (МЖП) в различные фазы сердечного цикла.

Сопоставление групп по количественным характеристикам проводилось с использованием одномерного дисперсионного анализа. При помощи непараметрического корреляционного анализа изучались взаимосвязи между показателями скорости и такими характеристиками как возраст, степень артериальной гипертонии, а также стандартными параметрами эхокардиограммы.

Результаты: Скорости движения верхнего сегмента МЖП у больных ИБС были достоверно выше, чем у здоровых лиц в период активного наполнения желудочков (сistolы предсердий). Кроме того, подобная же взаимосвязь наблюдалась в скоростях движения верхнего сегмента МЖП в период предизгнания желудочков (— волна).

В период же пассивного наполнения обоих желудочков наблюдалась обратная тенденция: скорость движения верхнего сегмента МЖП у больных ИБС, также как и у больных с сочетанием ИБС и ПФП была достоверно ниже, чем у здоровых лиц.

Скорости движения верхнего сегмента МЖП у больных ПФП были достоверно ниже, чем у больных ИБС в следующие периоды: активного наполнения желудочков (сistolы предсердий) и предизгнания желудочков (+ и — волны).

Выводы: У больных с ПФП отмечены существенные особенности в движении верхней части МЖП в различные фазы сердечного цикла. Возможно, это связано с морфо-функциональными изменениями миокарда при ПФП.

0131 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДЛЯ ПРОГНОЗА ИЗМЕНЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Волкова С.Ю., Балина В.А., Шуплецова В.А., Шалаев С.В.

Институт терапии Тюменского Отдела Южно-Уральского научного центра РАМН, Областной кардиологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель. Изучить значение определения у больных с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) плазменного уровня нейрогуморальных медиаторов (НМ) в подостром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q, для прогноза изменений систолической функции ЛЖ в процессе проспективного наблюдения.

Материалы и методы. В проспективное наблюдение были включены 80 больных ИМ с зубцом Q (60 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 30 до 75 лет) с ФВЛЖ > 40% (в среднем $51 \pm 7,9\%$). У 50 пациентов на 10-14 день ИМ проведено определение плазменного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) и N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP) конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica и BioSource. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты. Средний срок наблюдения за пациентами составил $12,3 \pm 4$ месяца. При проведении контрольной Эхо-КГ из 66 пациентов, пришедших на заключительный осмотр, у 36 (54,5%) выявлено повышение ФВ, в среднем на $7,0 \pm 3,2\%$. У 30 (45,5%) — выявлено уменьшение ФВ, в среднем на $5,9 \pm 3,6\%$. При этом различий между группами по ряду таких показателей как: пол, возраст, перенесенному ранее ИМ, наличию сахарного диабета, глубине и локализации текущего ИМ, исходным Эхо-КГ-показателям и получаемой терапии, не выявлено. По результатам многофакторного анализа наиболее значимыми факторами, оказывающими влияние на величину ФВЛЖ в динамике, являлись: ИМ в анамнезе, АГ, глубина некроза при данном ИМ, а также исходный уровень ФНО- α более медианы (3,0 пг/мл), который повышал шанс снижения ФВЛЖ в процессе наблюдения более чем в 6 раз (ОШ=6,1 (1,2-31,8), $p=0,033$). Также мы отметили, что при сочетании плазменного уровня NT-pro BNP более 1000 пг/мл и плазменного уровнем ФНО- α выше медианы вероятность снижения ФВЛЖ в процессе долгосрочного наблюдения составляет 100% ($p=0,018$).

Выводы. Результаты проведенного анализа показали, что плазменный уровень ФНО- α более 3,0 пг/мл является основным предиктором снижения ФВЛЖ за период наблюдения. При сочетании плазменного уровнем ФНО- α выше медианы с уровнем NT-pro BNP в плазме крови более 1000 пг/мл вероятность снижения ФВЛЖ составляет 100%.

0132 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИМ С ЗУБЦОМ Q, У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Волкова С.Ю., Балина В.А., Шуплецова В.А., Шалаев С.В.

Институт терапии Тюменского Отдела Южно-Уральского научного центра РАМН, Областной кардиологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель. Изучить значение определения в подостром периоде (10-14 день) инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q у больных с сохранной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) плазменного уровня нейрогуморальных медиаторов (НМ) для оценки исхода заболевания.

Материалы и методы. В проспективное наблюдение были включены 80 больных ИМ с зубцом Q (60 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 30 до 75 лет) и ФВЛЖ > 40% (в среднем $51 \pm 7,9\%$). У 50 пациентов на 10-14 день ИМ проведено определение плазменного уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) и N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP) конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica и BioSource. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA (версия 6.0).

Результаты: Средний срок наблюдения за пациентами составил $12,3 \pm 4$ месяца. Исходы можно было оценить у 69 больных (86,3%), включенных в исследование. Течение ИБС было стабильным у 45 наблюдавшихся (64,3%). У 3 пациентов (4,3%) был летальный исход (в одном наблюдении не связанный с сердечно-сосудистыми заболеваниями). Экстренные повторные госпитализации были у 15 наблюдавшихся (21,7%). Из них — у 10 связанных с острым коронарным синдромом (ОКС), у остальных — с клиникой острой сердечной недостаточности (СН). У 6 (8,2%) была проведена операция реваскуляризации миокарда. При анализе влияния уровня НМ, определенных в подостром периоде ИМ, на исходы ИБС, было выявлено, что плазменный уровень NT-pro BNP более 1000 пг/мл является предиктором развития СН в процессе наблюдения (ОР= 20,0 (2,4-165,1), $p=0,017$), также как и плазменный уровень ФНО- α более медианы (3,0 пг/мл) (ОР= 20,0 (2,4-165,1), $p=0,017$). Отмечено, что плазменный уровень NT-proBNP выше верхней границы нормы (350 пг/мл) и ФНО- α более медианных значений повышают риск развития экстренной госпитализации (связанной как с ОКС, так и с СН) в период последующего наблюдения более чем в 3 раза (ОР =3,3 (1,8-6,3), $p=0,016$).

Выводы: Результаты проведенного анализа показали, что плазменный уровень NT-proBNP и ФНО- α , определенные в подостром периоде ИМ с зубцом Q у больных с сохранной ФВЛЖ, являются достоверными прогностическими факторами, указывающими на риск экстренных госпитализаций и развития СН в течение года после ИМ.

0133 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ

Волкова Э.Г., Панов Р.Ю., Минцер Р.З., Левашов С.Ю., Кирюшкин М.В., Приходько Е.Н.

Челябинская областная общественная организация врачей кардиологов и функциональных диагностов, Челябинск, Россия; Челябинской областной фонд обязательного медицинского страхования, Челябинск, Россия

Цель: Улучшение медико-демографической ситуации за счет снижения уровня преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) лиц трудоспособного возраста на основе раннего выявления и эффективного контроля артериальной гипертензии (АГ) в первичном звене здравоохранения

Методы: разработка и внедрение в практику специалистов первичного звена здравоохранения (участковый терапевт, врач общей/семейной практики) критериев, индикаторов и методов по раннему выявлению АГ, снижению риска сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смертности у закрепленного населения трудоспособного возраста обслуживаемого участка.

Результаты: Челябинской областной общественной организацией врачей кардиологов и функциональных диагностов были разработаны критерии, направленные на профилактику преждевременной смертности от ССЗ: критерии ранней диагностики АГ (процент охвата измерением артериального давления, оценка риска); критерии/индикаторы снижения суммарного риска ССЗ (доля лиц с контролируемой АГ, процент охвата диспансерным наблюдением, профилактические мероприятия — школы здоровья, работа со СМИ) и предупреждения осложнений ССЗ (доля лиц со снижением суммарного риска, доля лиц, снизивших количество (выраженность) факторов риска (ФР); критерии и методы по снижению преждевременной смертности от ССЗ (развитие острых состояний у лиц с АГ — гипертонические кризы, острый коронарный синдром, нарушения мозгового кровообращения, показатели инвалидности и смертности); критерии и методы структурной эффективности оказания помощи пациентам с АГ и ассоциированными заболеваниями (показатели временной нетрудоспособности, госпитализации), а также методы сбора и анализа критериев (лист учета ФР, форма журнала скрининга

АГ). Разработаны критерии экономического стимулирования, учитывающие объем и эффективность проводимой работы. Совместно с Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования был подготовлен пилотный проект, направленный на профилактику преждевременной смертности от ССЗ среди лиц трудоспособного возраста, в реализации которого принимают участие 3 терапевтических участка трех муниципальных ЛПУ Челябинской области. Реализация проекта предполагает раннее выявление лиц с АГ и пациентов с высоким риском на основе ширококомасштабного измерения артериального давления и стратификации индивидуального риска, проведение лечебно-профилактических вмешательств, мониторинг за эффективностью проводимых мероприятий, материальное стимулирование выполняемой работы.

Выводы: реализация проекта позволит улучшить ситуацию по ССЗ, будет способствовать разработке модели эффективного контроля ситуации по АГ и ассоциированным состояниям для диссеминации и создаст условия для внедрения инновационных технологий по контролю других ХНИЗ.

0134 ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВНИИ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Волков В.С., Нилова С.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Разработать патогенетические подходы к лечению эссенциальной артериальной гипертензии (АГ) у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС) на основании изучения особенностей суточного профиля артериального давления (АД).

Методы. Обследовано 210 больных АГ с сопутствующей ИБС (мужчин — 112, женщин — 98). У них определялась суточная экскреция Na^+ с мочой, проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Низкая суточная экскреция Na^+ с мочой ($152 \pm 8,0$ Мм/сут) имела у 23% больных, средняя ($210 \pm 8,5$ Мм/сут) у 24%, высокая ($274 \pm 8,7$ Мм/сут) у 53%. При пересчете на поваренную соль ПС оказалось, что больные потребляли в среднем соответственно 9 г, 12 г и 16 г. В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я группа — лица с низкой суточной экскрецией Na^+ с мочой, 2-я — с высокой.

Результаты. По данным СМАД, у всех больных АГ с сопутствующей ИБС 2-й группы АД на протяжении суток было выше, чем у больных 1-й. В процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в группе больных АГ с ИБС с низкой суточной экскрецией Na^+ с мочой ($p < 0,05$). Напротив, доля недипперов среди лиц с высокой суточной экскрецией Na^+ с мочой почти в 3 раза была выше, чем среди больных с низкой ($p < 0,05$). При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найт-пикеры только во 2-й. Изменение суточного профиля АД у обследованных больных АГ с сопутствующей ИБС мы связываем с гиперволемией, обусловленной повышенным потреблением Na^+ . В свою очередь гиперволемию приводит к тому, что у этих больных днем в вертикальном положении кровь в относительно больших количествах в силу своей тяжести депонируется в венах нижних конечностей, а ночью в горизонтальном положении приливает в сосуды верхней половины тела, что, с одной стороны, вызывает повышение АД ночью, а с другой, приводит к перегрузке миокарда объемом. Не исключено, что выявление повышения АД ночью является тестом на гиперволемию.

Выводы. 1. У больных АГ с сопутствующей ИБС с увеличением потребляемой ПС наблюдается повышение цифр АД, как днем, так и ночью. Выявление у больных АГ с ИБС изменения суточного индекса (недипперы, найт-пикеры) позволяет считать, что в основе заболевания у этой группы больных лежит гиперволемию индуцированная повышенным потреблением Na^+ ,

что дает основание для проведения более активного лечения мочегонными средствами.

0135 ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Волков М.М., Дегтерева О.А., Шевякова Е.В.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Научно-исследовательский институт нефрологии Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить распространенность кальцификации митрального и аортального клапанов сердца у пациентов на гемодиализе (ГД) и факторы, связанные с кальцификацией клапанов.

Методы: 131 пациенту (м/ж — 75/55), в возрасте $51,7 \pm 12,6$ лет (19-72 года), получавших ГД $77,7 \pm 75,6$ мес., выполнена комплексная трансторакальная доплер-эхокардиография. Состояние аортального клапана (АК) и митрального клапана (МК) оценивали как норма, уплотнение, кальциноз клапанных структур (клапанного кольца или створок), определяли наличие стеноза. У 88 пациента выполнено суточное мониторирование артериального давления (АД) и у 100 — мониторирование ЭКГ. ИБС выявлена у 55,6% пациентов, сердечная недостаточность (СН) у 50,0%. Определяли интактный паратиреоидный гормон (ПТГ), биохимические маркеры воспаления (фибриноген, С-реактивный белок). У 63 пациентов определена минеральная плотность костей (МПК) трех отделов скелета (поясничных позвонков, проксимального отдела бедра и предплечья) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА) с оценкой по Т-критерию.

Результаты: кальцификация клапанного аппарата сердца выявлена у 38,9% пациентов: АК — у 3,8%, МК — у 13,0%, обоих клапанов — у 22,1%. При кальцификации АК стеноз развивался у 58,8% пациентов, МК-19,1%. При сравнении групп пациентов, различающихся по наличию кальцификации клапанов обнаружено, что у пациентов с кальцификацией клапанов был старше возраст ($p < 0,001$), больше длительность диализного лечения ($p = 0,003$), чаще встречалась ИБС ($\chi^2 = 6,02$; $p = 0,014$), сердечная недостаточность ($\chi^2 = 3,85$; $p = 0,05$), были выше уровни ПТГ ($p = 0,037$) и щелочной фосфатазы ($p = 0,003$), С-реактивного белка ($p = 0,016$), ниже МПК предплечья ($p = 0,048$). Кроме того, у пациентов с кальцификацией клапанов был больше размер левого предсердия ($p = 0,001$), выше скорость потоков через митральный ($p < 0,001$) и аортальный клапаны ($p < 0,001$).

Выводы: кальцификация АК и МК сердца часто встречается у пациентов на ГД, преобладает сочетанная кальцификация этих клапанов. Кальцификации сердечных клапанов больше выражена у пациентов более старшего возраста, с более продолжительным лечением на ГД, биохимическими признаками гиперпаратиреоза, воспаления, с наличием ИБС, СН. Впервые обнаружена связь между кальцификацией клапанов и снижением МПК. Кальцификация клапанов сочеталась с дилатацией левого предсердия и ускорением потоков через МК и АК.

0136 К ВОПРОСУ АВТОМАТИЗАЦИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Шумахер Г.И., Тушев А.Н., Воробьев Р.И., Нечунаева Е.В., Андреева А.Ю., Хорева М.А., Гавриленко Н.М., Бородаева А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Алтайский государственный технический университет, Барнаул, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение дисфункции эндотелия по оценке десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) у пациентов с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца с помощью специальной авторской компьютерной программы. Объектом исследования явились 112 пациентов (преиму-

шественно мужчин) в возрасте от 42–65 лет. Все пациенты имели диагноз болезней системы кровообращения — ишемическую болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). В качестве контрольной группы были обследованы пациенты без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Проводились клиническое, лабораторное и функциональное исследования. В сыворотке крови изучали параметры липидного обмена: хиломикроны, хилокрит, а также концентрацию общего холестерина и триглицеридов ферментативным методом с использованием наборов фирмы «Human» (Germany). Также определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы «Human» (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой и низкой плотности. Критериями оценки показателей липидного обмена служили рекомендации ВНОК (2004).

В качестве маркеров функции эндотелия определяли десквамированные эндотелиоциты по методике Hladovec J. (1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4. Автоматизированную оценку ДЭ проводили с помощью разработанной компьютерной программы, позволяющей идентифицировать ДЭ и проводить их морфологический анализ. Для элиминации артефактов использовалось вейвлет-преобразование, оставляющее только особенности изображения в требуемом диапазоне частот. Далее после преобразования Хафа выделялись контуры ДЭ и ограничивающая прямоугольная область клетки. Определение морфологии клеток выполнялось с помощью нейронной сети с обучением типичных представителей каждого типа методом Лавенберга-Маркварта, после приведения изображения к единому масштабу.

У большинства пациентов были выявлены IIa и IIb типы гиперлипидопроteinемий с соответствующим изменением спектра липидов и липопротеидов, а также снижение ХС ЛПВП. Наиболее высокий индекс атерогенности зафиксирован у пациентов с ИБС/ПИКС. Оценка функционального состояния эндотелия у больных ИБС показала, что количество циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов составило $7,2 \pm 0,8$ клеток/100 мкл, что превышает показатели контрольной группы. Отмечен наиболее высокий уровень ДЭ у лиц с ИБС/ПИКС и специфические изменения их морфологических характеристик.

Результаты наших исследований демонстрируют перспективность определения уровня и характеристик ДЭ для оценки состояния эндотелия во взаимосвязи с тяжестью заболевания. При этом использование оригинальной разработанной компьютерной программы позволяет стандартизировать тестирование.

0137 ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИСТИЧЕСКОГО ИМПЕДАНСА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Воронова Е.И., Ховаева Я.Б., Берг М.Д., Кабирова Ю.А.

ГОУ ВПО ПГМА им.ак. Е.А.Вагнера, Росздздрав, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить влияние аортального импеданса на морфо-функциональное состояние сердца у лиц с артериальной гипертензией. Задача определения входного импеданса аорты как количественной меры постнагрузки левого желудочка может быть решена с помощью современных методов измерения показателей центральной гемодинамики при одновременном использовании адекватных математических моделей основных физиолого-математических факторов Законченной теории артериального импеданса, в полной мере учитывающей все формирующие его факторы, на сегодняшний день пока не существует. В нашем исследовании для определения характеристического импеданса аорты (Z , дин/см⁵) мы использовали предложенный Карпманом В.Л. и Орлом В.Р. неинвазивный метод

Материал и методы: обследовано 73 практически здоровых лиц с нормальными значениями АД и 56 пациентов с АГ I–II степени. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Всем обследуемым, помимо общего клинического обследования была сделана

ЭХО-КГ по специально разработанному протоколу с определением структурно-функциональных характеристик сердца и аорты.

Результаты: рассчитаны диаметры и объемы полости левого желудочка в разные фазы сердечного цикла, индексы диаметров и объемов левого желудочка как отношения диаметров и объемов левого желудочка к площади поверхности тела. Толщина задней стенки ЛЖ в систолу и диастолу достоверно повышалась по мере роста АД. Та же закономерность выявлялась и при оценке толщины межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу. Масса миокарда левого желудочка, а так же ММ ЛЖ, отнесенная к площади поверхности тела, была достоверно выше в группе с повышенным АД.

Характеристический импеданс аорты (Z) в группах равнялся: $87,55 \pm 4,30$ и $159,7 \pm 4,50$ дин/см⁵ соответственно. У лиц с нормальным АД импеданс был меньше, а в группе с артериальной гипертензией — достоверно выше ($p=0,0000$). Величина импеданса прямо связана с тангенциальным напряжением стенки аорты ($r=0,35$; $p=0,0001$) и обратно — с максимальной скоростью потока крови в аорте ($r=0,20$; $p=0,0001$). Величина импеданса закономерно увеличивается с возрастом обследованных, ростом САД и ДАД, увеличением индекса массы тела. Нами также выявлена связь между величиной характеристического импеданса аорты и неблагоприятной наследственностью по раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний ($r=0,20$; $p=0,001$). Значение аортального импеданса прямо связано с толщиной стенок ЛЖ (с толщиной задней стенки левого желудочка — $0,42$ ($p=0,002$), с толщиной межжелудочковой перегородки — $0,25$ ($p=0,006$). Эти данные свидетельствуют о том, что функциональная перестройка аорты способствует ремоделированию сердца у лиц с артериальной гипертензией, что можно рассматривать, как один из механизмов развития гипертрофии миокарда при артериальной гипертензии.

0138 КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Вискубова Е.В., Сорока Н.В., Россиха О. А., Тихонова В. М., Шелестова И. А., Космачева Е. Д.

Краевая клиническая больница № 1. им. проф. С. В. Очаповского, ЦГХ, Краснодар, Россия

Цель: оценить результаты хирургического лечения постинфарктных аневризм ЛЖ. ультразвуковым и клиническим методом в послеоперационный срок наблюдения от 4 до 15 месяцев.

Методы: В 2006 г. 79 пациентам в возрасте от 37 до 74 лет ($55,9 \pm 7,3$) были выполнены операции по поводу постинфарктных аневризм ЛЖ. Из них 70 мужчин (88,6%), 9 женщин (11,4%). Практически все пациенты имели сердечную недостаточность (ХСН 2А–3ст., ФК 3–4 по NYHA) и стенокардию напряжения высокого функционального класса; у 65% пациентов коронарное русло с поражением двух и более сосудов. Для ремоделирования ЛЖ использовались 3 методики хирургического лечения: линейная пластика (48 операций–60,7%, из них 23 в сочетании с тромбэктомией), эндовентрикулопластика по V.Dor синтетической заплатой и заплатой из ауто- и ксеноперикарда (22 операции–27,8%, из них 16 с тромбэктомией) и пластика по W.S.Stoney (9 операций–11,5%, из них 1–с тромбэктомией). В 71 случаях (89,9%) пластика ЛЖ была дополнена реваскуляризацией миокарда в необходимом объеме (среднее количество шунтов $1,83$), в 4 случаях (5,1%) — пластикой постинфарктных ДМЖП, в 1 случае (1,3%) — протезированием АК с пластикой фиброзного кольца. Для анализа результатов лечения проводились Эхо-КГ (с оценкой систолической и диастолической функций ЛЖ, КДР и КДОлж, степени митральной регургитации и наличия тромбоза ЛЖ), клиническое и лабораторное наблюдение. Антикоагулянтная терапия варфарином под контролем МНО назначалась всем пациентам.

Результаты. КДОлж до операции составил $110\text{--}360$ мл ($198,5 \pm 49,3$), после операции уменьшился на 20,96% $110\text{--}210$ мл (средний объем $156,9 \pm 26,4$) ($p<0,001$). КДРлж $48\text{--}70$ мм ($59,9 \pm 5,1$), после операции уменьшился на 4,0% ($57,40 \pm 3,2$) ($p<0,001$). Исходная ФВ составила 20–46% ($36,2 \pm 4,9$), после хи-

рургического лечения выросла незначительно на 2,8% (37,2±5,5) ($p>0,05$). Почти в 90% случаев при выписке — отсутствие стенокардии, уменьшение симптомов сердечной недостаточности, повышение толерантности к физической нагрузке. Госпитальная летальность составила 2,6% (2 человека). У 9 пациентов возникли ретромбозы ЛЖ (все после линейной пластики): в ранний послеоперационный период (до 1 месяца) у 5 человек, в поздний — у 3 человек. У 1 пациента отмечалось преходящее тромбообразование в полости ЛЖ на фоне нерегулярного приема варфарина.

Выводы. 1. Хирургическое remodelирование постинфарктных аневризм ЛЖ независимо от вида пластики приводит к уменьшению КДО и КДР, а в сочетании с реваскуляризацией миокарда ведет к клиническому улучшению. Улучшение контрактильной способности миокарда ЛЖ в нашем исследовании было статистически недостоверным.

2. У пациентов с тромбозом ЛЖ после проведения линейной вентрикулопластики более высокий риск повторного тромбообразования. Больным с тромбозами ЛЖ после пластики необходим длительный прием антикоагулянтов под лабораторным и Эхо-КГ контролем.

0139 ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИИ CHLAMYDIA PNEUMONIAE

Гаджиева З.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Согласно современным представлениям о патогенезе атеросклероза, активно дискутируется роль инфекционных агентов, в частности *Chlamydia pneumoniae* (ХП), в его развитии. Имеются также данные, что эндотоксинемия, как результат инфекционного воспалительного процесса, вызывает гиперлипидемию.

Цель исследования — изучение липидного спектра у больных ИБС в зависимости от наличия и отсутствия серологических признаков инфицирования ХП.

Материал и методы исследования. Обследовано 122 больных ИБС. В контрольную группу были включены 40 человек без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Инфицированность ХП определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Иммунокомб II *Chlamydia Bivalent IgA* и *IgG* фирмы “ORGENICS” (Израиль). Диагностически значимыми считались титры *IgA* — 1:8 и выше, *IgG* — 1:16 и выше. Исследование липидного спектра крови проводилось на автоанализаторе “Ультра 905” (“Kone”, Финляндия).

Результаты исследования. У больных ИБС с положительной реакцией на инфицированность ХП, по антителам класса *IgA*, общий холестерин крови (ОХС) составил $5,55 \pm 0,12$ ммоль/л, при отрицательной реакции — $5,34 \pm 0,19$ ммоль/л ($p>0,05$). В контрольной группе соответственно $4,75 \pm 0,20$ ммоль/л и $4,32 \pm 0,08$ ммоль/л ($p>0,05$). У больных ИБС с положительной реакцией на анти-ХП-*IgA* гиперхолестеринемия, в частности его уровень $\geq 6,0$ ммоль/л наблюдался уже достоверно чаще, чем у серонегативных больных (в 36,26±5,04% и 16,13±6,61% случаев соответственно, $p<0,02$). Среди больных ИБС с диагностически значимым титром *IgA* к ХП достоверно чаще встречались лица с уровнем ЛПНП выше 3,0 ммоль/л (в 72,53±4,68% случаев и, для сравнения, только у 51,61±8,98% серонегативных к ХП больных ИБС, $p<0,05$). Серопозитивность к ХП по антителам класса *IgG* также оказалась связанной с увеличением процента лиц с повышенным уровнем ОХС и ЛПНП в крови. Однако в этом случае разница не достигла статистической значимости. Исследование содержания в крови ЛПВП и триглицеридов не показало наличия каких-либо достоверных различий в зависимости от инфицированности больных ИБС ХП. Коэффициент атерогенности (КА) отражает патогенность липидного спектра крови в целом. Среди обследованных больных ИБС с положительной реакцией на антитела класса *IgA* к ХП число лиц с $КА>3,0$ было статистически достоверно выше, по сравнению с той группой, в которой такая реакция была отрицательной ($p<0,05$). Аналогичной была направленность КА и у тех больных ИБС, у которых инфицированность ХП подтверждалась только позитивной реакцией на антитела класса

IgG. Но в этом случае разница не достигала статистической значимости ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, инфицированность ХП приводит к некоторым нарушениям липидного спектра. Эти нарушения выражены довольно слабо. Различия касаются содержания в крови ОХС, ЛПНП, КА. Отсутствие более значимых различий в показателях липидного спектра в зависимости от инфицированности ХП мы склонны объяснять тем, что влияние инфекционного фактора на механизмы регуляции липидного обмена недостаточно велико.

0140 К ВОПРОСУ О НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Гадданова А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

После открытия роли эндотелия в регуляции сосудистой функции возникла необходимость в разработке тестов для оценки эндотелиальной вазомоторной функции. Из неинвазивных методов исследования эндотелия в клинической практике наиболее распространены изменение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) на фоне реактивной гиперемии, определение содержания эндотелина-1, фактора Виллебранда и количества циркулирующих эндотелиоцитов в крови (ЦЭК). N.D. Kvernmo и соавт. рассмотрена методика, позволяющая определить активность выброса NO путем сравнения сосудистых реакций в ответ на введение специфических агентов, вызывающих эндотелий-зависимую (ацетилхолин) и эндотелий-независимую (нитропруссид натрия) вазодилатацию.

Целью настоящего исследования явилось изучение функции эндотелия с помощью ионофоретической пробы с ацетилхолином на лазерном анализаторе микроциркуляции ЛАКК-02 у больных стабильной стенокардией.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 45 больных стабильной стенокардией напряжения ФК II-III в возрасте 41 — 75 лет. Отбор больных проводился методом сплошной выборки с исключением больных с тяжелой сопутствующей патологией. Средний возраст пациентов составил 62,6 лет. Средняя длительность заболевания — 7,8 лет. Из них мужчин — 28, женщин — 17. В качестве контроля обследованы 15 здоровых лиц. Состояние микроциркуляции исследовали с помощью отечественного прибора ЛАКК — 02 (ООО НПП «Лазма», Москва) по общепринятой методике. Ионофоретическая проба проводилась с помощью ионофореза 0,1% р-ра ацетилхолина при токе 5 мА. Вычисляли следующие параметры: средний показатель микроциркуляции — М, максимальный показатель микроциркуляции в ответ на ионофорез ацетилхолина — Мmax АХ, амплитуда эндотелиальных колебаний (АЕ), частота эндотелиальных колебаний (Fmax), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ).

Результаты. У больных со стабильной стенокардией выявлено значительное снижение показателя микроциркуляции в сравнении с контролем (М — $2,91 \pm 0,2$ и М — $4,82 \pm 0,47$ соответственно $p<0,05$) и незначительное его повышение при ионофорезе ацетилхолина (Мmax — $5,18 \pm 0,54$, Мmax — $8,24 \pm 1,05$, соответственно, $p<0,01$). Имеет место снижение амплитуды эндотелиальных колебаний ($0,88 \pm 0,16$, $1,34 \pm 0,12$ соответственно $p<0,05$), ИЭМ ($1,93 \pm 0,2$, $2,46 \pm 0,2$ соответственно $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о нарушении высвобождения эндотелий-релаксирующего фактора в ответ на химическую стимуляцию.

Выводы. Проведенное нами исследование подтверждает тот факт, что ЛДФ позволяет проводить неинвазивную оценку диагностически значимых признаков нарушения микроциркуляции у кардиологических больных, а фармакологическая проба с применением ацетилхолина является весьма эффективным методом диагностики состояния эндотелия.

0141 ПРИМЕНЕНИЕ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ВЫСОКИМ

РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гайдукова Н.И., Шогенов З.С., Федюнина Е.Ю., Шульга А.П., Петрик Е.А., Чумакина Г.А., Белоусов А.В., Решетова М.В., Волкова В.Н.

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

Известно, что артериальные и венозные тромбозы — основная причина смерти и нетрудоспособности больных. Поэтому, с целью профилактики и лечения тромбоземболических осложнений используются непрямые антикоагулянты, в частности варфарин.

Целесообразность назначения варфарина оправдана у больных с Q-образующим инфарктом миокарда передней локализации с внутрисердечным тромбом, эпизодами тромбоземболических осложнений, при наличии фибрилляции предсердий, а также с признаками тромбоза глубоких вен.

Цель исследования: оценить влияние варфарина у больных Q-образующим инфарктом миокарда с целью снижения риска смерти, повторных инфарктов миокарда, эпизодов системных эмболий, ТЭЛА.

Материал и методы: под наблюдением находились 52 больных с Q-образующим инфарктом миокарда передней и переднебоковой локализации в возрасте от 47 до 76 лет. У 12 больных ИМ осложнился острой левожелудочковой недостаточностью, у 8 — ТЭЛА мелких ветвей, у 10 была постоянная форма фибрилляции предсердий, острая аневризма с пристеночным тромбом в 7 случаях, тромбоз глубоких вен голени в 2. Перенесенные ранее тромбоземболические осложнения имели место у 8 больных: ТЭЛА мелких ветвей у 6, инсульт в 2 случаях.

Всем больным проводилось электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования в динамике, лабораторные и биохимические тесты.

За 4-5 дней до отмены нефракционированного гепарина назначался варфарин в стартовой дозе 2,5-5 мг в сутки в строго фиксированное время (19 часов) под контролем МНО, которое поддерживали на уровне 2—2,5 — 3, а у больных старше 75 лет — 1,6—1,9.

Результаты. На фоне приема варфарина признаков передозировки не отмечалось. В 3 случаях развился рецидив инфаркта миокарда.

После выписки из стационара больным было рекомендовано продолжить прием варфарина под контролем МНО.

0142 РОЛЬ ЦИТОМЕМБРАННЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Гайсин И.Р.

ГОУ ВПО «ИГМА Росздрава», Ижевск, Россия

Цель: проверка гипотезы о роли свободно-радикальной аутоагрессии у беременных женщин при артериальной гипертензии, связанной с поздним гестозом.

Методы: У беременных женщин с развившимся поздним гестозом и без него изучали стабильность клеточных мембран по оригинальной методике перекисного гемолиза эритроцитов (патент RU № 2102766), суммарный показатель оксидантного стресса, полиморфизм гена, кодирующего негативный ключевой регулятор Т-клеточного аутоиммунного ответа, — 4-го антигена цитотоксичности Т-лимфоцитов (cytotoxic T lymphocyte antigen 4 — CTLA4). Выявление различных вариантов однонуклеотидного полиморфизма (single nucleotide polymorphisms — SNPs) проводилось в мультиплексной реакции с использованием SNP-Shot Kit (Applied Biosystems, США) на аппарате ABI 3100 Capillary system (США) и с помощью аналитической программы Gene Scan.

Результаты: У женщин с артериальной гипертензией, в отличие от нормотензивных беременных, отмечались дестабилизация цитомембран и усиление оксидантного стресса. Выявлена сильная обратная корреляция между этими показателями. Развитие позднего гестоза (преэклампсии) сопровождалось более выраженным снижением стабильности клеточных мембран и «всплеском» перекисного окисления липидов.

Для оценки взаимосвязи полиморфизма гена CTLA4 с поздним гестозом нами были проанализированы доминантная и гетерозиготная модели, а также распределение аллелей. У беременных женщин с преэклампсией была выявлена тенденция к увеличению частоты встречаемости 6 SNPs гена CTLA4: MN30 AATAAAAACAGAAATAAAACAAT [G/C] AGAAAATTTTACCTTTATTTAATTAGCAGA +49G >A GGCACAAGGCTCAGCTGAACCTGGCT [G/A] CCAGGACCTGGCCCTGCACTCT60 TTTTGATTCTTCCACCACTATTGTTGGGATATAAC [G/A] TGGGTAAACACAGACATA

JO31 AACAGTCTGTCTCAGCAAAGCC [G/T] GCAGTACACTGAGAAAGCTCCTATT

JO30 CGGACCTCTTGAGGTCAGGAGTTC [G/A] AGACCAGCCTGGCCAACATGGTGA JO27_1 CCA-GAAGTTGAAGTGTAGGAA [T/C] ATCTGGGGTCAAAGCAAAAAAGACTTT

Выводы: 1. При артериальной гипертензии у беременных женщин происходит свободно-радикальная аутоагрессия, возможно, связанная с полиморфизмом гена CTLA4.

2. Для окончательного ответа на вопрос о взаимосвязи гена CTLA4 с предрасположенностью к позднему гестозу необходимо генетическое исследование трио (женщина, ее партнер и их ребенок).

0143 РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: ДАННЫЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Галивич А.С., Хайруллин Р.Н., Миннетдинов Р.Ш., Нагимзянов А.А., Якупов И.Ф., Касимова Р.А.

Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель: оценить эффективность медикаментозной и немедикаментозной реперфузии коронарных артерий при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ.

Методы: вначале было проведено исследование распространенности инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ в регионе с последующим целевым распределением по лечебным учреждениям тромболитического средства. Части пациентам при наличии показаний проводилось в острую стадию инфаркта миокарда первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) — баллонная дилатация коронарных артерий и стентирование.

Результаты: всего было проведено 665 тромболитизисов, в том числе 513 мужчинам (77,1%) и 152 женщинам (22,9%), до 60 лет — 359 больных (53,9%). У 72% больных была выявлена положительная динамика на ЭКГ. Осложнения были в 4,5% (31): анафилактический шок — 2, крапивница — 3, кровотечения — 3, гематурия — 1, гипотония — 22. Летальность у больных с инфарктом миокарда при проведении тромболитической терапии составила 7,2%.

40 больным была проведена экстренная коронароангиография. Больные были разделены на 2 группы: с проведением ЧКВ (21 человек, средний возраст 59 лет) и без него (19 человек, средний возраст 59 лет). В группе ЧКВ умерло 2 больных (вмешательство проводилось на фоне кардиогенного шока), в группе без ЧКВ — 5 больных (больные были более тяжелыми по своим клинико-гемодинамическим характеристикам и диффузным многососудистым изменениям коронарных артерий).

Выводы. При своевременном тромболитизисе при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST летальность составляет 7,2%. ЧКВ позволяет эффективно восстанавливать кровоток, однако наличие диффузных изменений в коронарных артериях ограничивает возможности данного метода.

0144 ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Гарганеева А.А.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить приверженность лечению больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в реальной клинической практике в процессе проспективного годичного наблюдения и влияние ее на динамику клинического течения и качество жизни пациентов.

Методы: Включено 210 пациентов с ХСН II-IV ФК (NYHA), которым проведено комплексное клиническое обследование, изучение качества жизни, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, биохимический анализ крови. Фиксировалась реально принимаемая терапия исходно и на момент контрольного обследования. Оценка влияния структурированного обучения на годичный прогноз выполнена у 28 больных ХСН.

Результаты: Через год проспективного наблюдения удельный вес больных с ХСН III ФК имел тенденцию к увеличению за счет некоторого уменьшения количества пациентов с IV ФК. Однако по данным эхокардиографии в среднем по группе размеры полостей сердца и показатели внутрисердечной гемодинамики существенно не изменились, однако средние значения размера левого предсердия достоверно увеличились на 3,4%. По данным Миннесотского опросника у обследованных пациентов имелась достоверная отрицательная динамика качества жизни. На две трети вопросов пациенты с ХСН выставляли более высокие баллы.

Анализ используемой медикаментозной терапии продемонстрировал относительно высокую частоту назначения основных рекомендуемых для лечения ХСН групп медикаментозных препаратов: более 70% получали ингибиторы АПФ в течение всего периода наблюдения. Следует также отметить, что в качестве альтернативы ИАПФ никто из больных ХСН не использовал блокаторов АТ1-рецепторов. Достоверно к концу года уменьшилось количество больных, получавших β -адреноблокаторы. Диуретическая терапия не претерпела существенных изменений в течение года, хотя все же имелась некоторая тенденция к увеличению потребности в диуретиках. Частота назначения статинов была невысокой и в течение года даже снизилась с 9,1 до 6,4%.

В группе больных, которым проводилось структурированное обучение в рамках «Школы больных с сердечной недостаточностью» приверженность пациентов назначенной терапии была выше, что способствовало положительной динамике клинического состояния, качества жизни, улучшению показателей гемодинамики.

Выводы: Больные ХСН, находящиеся на адекватном регулярном медикаментозном лечении, получают достаточно эффективную терапию и смертность на протяжении года у них невелика. Наименее приверженными к лечению оказались пожилые пациенты, не прошедшие Школу обучения и те пациенты, которым была назначена терапия не соответствующая современным Рекомендациям с использованием недостаточно эффективных препаратов, чаще мужчины, что способствовало ухудшению клинико-функциональной симптоматики и качества их жизни.

0145 ПОСТИНФАРКТНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Гурченко А.Г., Орлова С.Д.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: определить факторы, влияющие на отдаленный прогноз нестабильной стенокардии (НС).

Материал и методы: Для исследования была сформирована группа из 472 больных, трудоспособного возраста, перенесших в 2003-2004 гг. нестабильную стенокардию. Из них 32% имели в анамнезе перенесенный острый инфаркт миокарда (ОИМ). Все больные наблюдались в течение года в условиях кардиологического диспансера. Отдаленными исходами считались стабильное течение ИБС, дестабилизация (обострение ИБС без развития острой коронарной патологии), возникновение ОИМ (с летальным исходом, или без него), смерть больного от других причин. Полученные данные подвергались статистической обработке методом пошаговой логистической регрессии.

Результаты: После года наблюдения стабильное течение ИБС отмечено у 68,64% больных, дестабилизация — у 23,31%, ОИМ развился у 6,99% и смерть не от ИБС зарегистрирована у

1,27% пациентов. Летальность от ОИМ составила 27,27%. У всех больных, погибших от ОИМ, ранее была выявлена выраженная постинфарктная дисфункция левого желудочка. В результате проведенного анализа было выяснено, что развитие неблагоприятного исхода связано только с наличием перенесенного ранее ОИМ. Влияние остальных возможных факторов (пол, возраст, сахарный диабет и артериальная гипертензия в анамнезе, клиническая форма НС и т.д.) оказалось недостоверным.

Заключение: Таким образом, проведенное исследование показало, что при наличии перенесенного ОИМ в анамнезе у больного, шансы получить его повторно, в течение первого года после эпизода НС, увеличиваются в 2,5 раза. Фактором, существенно отягощающим при этом прогноз заболевания, является постинфарктная дисфункция левого желудочка. Вероятно НС, как кратковременное состояние, не оставляет после себя стойких патологических образований способных существенно повлиять на отдаленное течение ИБС. В то же время, наличие перенесенного ранее ОИМ, т.е. постинфарктного рубца (очага нарушенной микроциркуляции), возникшего на фоне стенозирующего коронаросклероза, можно уверенно отнести к самостоятельному фактору, способному оказать неблагоприятное влияние на течение данного заболевания даже без возникновения НС.

0146 КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Епанчинцева Е.М.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Разносторонний спектр психотропной активности и эффективность анксиолитиков при различных психопатологических расстройствах находит широкое применение не только в психиатрии, но и в общесоматической практике.

Цель: оценка клинической эффективности селективного анксиолитического препарата отечественного производства афобазол® у больных с артериальной гипертензией и тревожными расстройствами невротического уровня.

Методы: В исследование включены 36 пациентов (возраст $42,6 \pm 2,4$ года) с верифицированным диагнозом гипертонической болезни I-II стадии, в текущем психическом состоянии у которых выявлялись невротические, связанные со стрессом расстройства. Результаты клинко-психопатологического обследования дополнялись показателями шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS). В комплексной терапии применялись антигипертензивные средства разных классов (ингибиторы АПФ, диуретики, бета-адреноблокаторы в виде моно- или комбинированной терапии) в адекватных дозах. С учетом основных точек приложения препарата при сочетанной патологии: астения, тревога, гипотимия — предлагался 5-ти недельный курс лечения Афобазолом в дозе 30 мг/сут.

Результаты: Катамнестическое наблюдение (в течение 5 месяцев) за пациентами, прошедшими 42-дневный курс лечения афобазолом, позволило выделить 3 типа клинической динамики. В 47,2% случаев (17 пациентов) проведенный курс лечения дал стойкий эффект и на момент катамнеза эти пациенты в фармакотерапии не нуждались. В 22,2% случаев (8 больных) по прошествии одного — двух — трех месяцев после проведенного лечения на фоне вновь возникших личностно-значимых психотравмирующих ситуаций возобновились тревожные расстройства, гипотимия, соответствующие состоянию нарушения адаптации. Назначение повторного курса терапии афобазолом продолжительностью 7–10 дней (в дозе 30 мг в сутки, по 1 таблетке 3 раза в день) привело к быстрой редукции астенических и тревожных расстройств. В 30,6% случаев (11 человек) пациенты вынуждены пребывать в условиях хронической психотравмирующей ситуации (психогении семейного, производственного характера) полученный эффект после лечения афобазолом оставался стабильным в течение одной — двух недель. На фоне актуализации психогении возобновлялась без утяжеления по сравнению с предыдущим состоянием психопатологическая симптоматика, оп-

ределяемая по диагностическим критериям МКБ-10 как «Расстройство адаптации». Проведенный повторный курс лечения афобазолом (30 мг в сутки в течение 7–14 дней) способствовал более быстрой редукции симптоматики (тревоги, гипотимии) и восстановлению стабильного психического состояния больных гипертонической болезнью.

Выводы: При сердечно-сосудистых заболеваниях, связанных с лабильностью регуляторных систем организма к воздействию психогенных факторов, применение афобазола расширяет возможности дифференцированной комплексной терапии больных с невротическими расстройствами, ассоциированными с артериальной гипертонией, и позволяет рассматривать данный препарат в качестве эффективного средства для устранения отдельных психопатологических симптомов пограничного уровня в клинике внутренних болезней.

0147 ОБЩИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ» ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Штарик С.Ю., Каскаева С.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томск; ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, Томск; ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, Красноярск, Россия

Цель: изучить общие предпосылки формирования психосоматических симптомокомплексов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС).

Методы: Обследовано 832 пациента (361 мужчина и 471 женщина), средний возраст $49,5 \pm 6,4$ года, госпитализированных в отделение пограничных состояний с ГБ (700 чел.), ИБС (132 чел.), в клинической картине которых доминировали психические расстройства невротического и аффективного уровня. В исследовании применен системный подход в анализе взаимосвязи соматических, психических, психосоциальных факторов, определяющих механизмы формирования психосоматических соотношений при коморбидной соматической и психической патологии.

Результаты: В 40,8% случаев мотивом обращения больных к психиатру была субъективная неудовлетворенность своим состоянием, более свойственная женщинам, чем мужчинам ($p=0,001$). Сравнительный анализ мотивационных факторов показал высокую значимость психотравмирующих ситуаций для женщин (главные жизненные события, межличностные и бытовые). Осознавая себя тяжелобольными, они испытывали страхи различного содержания, тревогу, подавленное настроение, ангедонию, суицидальные мысли, душевный дискомфорт, слезливость, похужение (снижение массы тела). Мужчины чаще обнаруживали неудовлетворенность собой, признавая себя «нервно» или «соматически» больными, либо полностью отрицали болезнь. Их отличали: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, конфликтность, наличие цефалгии, страх смерти, тревога, утрата интереса к жизни, к работе, склонность к идеям самоуничижения и самообвинения. Для мужчин в качестве психострессоров значимыми были факторы производственного плана и медицинские. Депрессивные расстройства у женщин выявлялись в 34,4%, у мужчин — в 25% случаев. У женщин отмечалось преобладание депрессивной, тревожно-депрессивной, истерической, фобической симптоматики, у мужчин — дистимической, тревожной, ипохондрической, астенической. Психопатологическая картина психического расстройства дополнялась «приукрашивалась» соматовегетативными симптомами. Многочисленные симптомокомплексы в форме вегетативных, соматизированных расстройств включали: парестезии, ощущение онемения (88,6%; $p=0,002$), пароксизмы гипертензии (74,3%; $p=0,008$), ощущение внутренней дрожи, тремор (77,1%; $p=0,001$), ком в горле (56,6%; $p=0,001$), гипервентиляционные нарушения (41,9%; $p=0,001$), субъективные ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиение (29,4%; $p=0,001$), кожный зуд (15,4%; $p=0,046$), дизурию (10,7%; $p=0,001$), дисфагию (3,1%; $p=0,028$). Также выявлялись алгические «маски» в форме цефалгии (92,9%; $p=0,001$), абдоми-

налгии (64,7%; $p=0,012$), кардиалгии (60,1%; $p=0,001$), артралгии, миалгии (36,8%; $p=0,001$); нарушения биологического ритма — инсомнии (86,7%; $p=0,001$); эмоциональная неустойчивость (78,4%; $p=0,037$), раздражительность (73,9%; $p=0,001$), тревожность (54,2%; $p=0,001$), пароксизмы страха смерти (21,0%; $p=0,001$), отражающие уровень психоэмоциональных нарушений и характерологические особенности больных.

Выводы: Многообразие и полиморфизм экстракардиальных симптомокомплексов при коморбидной соматической и психической патологии затрудняет выявление, дифференциальную диагностику и терапию заболеваний СССР.

0148 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

¹Гарганеева Н.П., ²Таминова И.Ф., ³Ворожцова И.Н., ⁴Корнева Н.В.

¹ ГОУВПО «СибГМУ Росздрава»; ² 4МУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск; ³ ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Сравнительная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) по результатам велоэргометрии (ВЭМ) и эхокардиографии (ЭХОКГ) у высококвалифицированных спортсменов в зависимости от направленности тренировочного процесса.

Материалы: Обследовано 65 спортсменов (все мужчины в возрасте от 16 до 37 лет), имеющих спортивную квалификацию от 1-ого взрослого разряда до мастера спорта международного класса. Спортсмены подразделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. В I группу «выносливость» (лыжные гонки, биатлон) включены 20 спортсменов. Во II группу, развивающие скоростно-силовые качества (борьба), вошли 25 спортсменов. В III группу «сила» (пауэрлифтинг) — 20 спортсменов. Спортивный стаж варьировал от 5 до 15 лет. Продолжительность тренировок составила 3–4 часа в день по 5–6 дней в неделю. Функциональные методы исследования включали: велоэргометрию (ВЭМ), эхокардиографию (Эхо-КГ). В ходе велоэргометрии оценивали физическую работоспособность в (кгм/мин), уровень максимального потребления кислорода (МПК) в мл/мин/кг, реакцию артериального давления (АД), ЭКГ-признаки ишемии миокарда.

Результаты. По данным ВЭМ пробы у спортсменов I группы общая физическая работоспособность составила 1449,7 кгм/мин, что соответствовало критериям средней физической работоспособности. Во II и III группах отмечено снижение аналогичного показателя до 1374 кгм/мин и 1087 кгм/мин, соответствующего критериям низкой физической работоспособности. Низкий уровень аэробных возможностей по данным МПК был выявлен у 35 (53,8%) среди 65 обследованных: в I группе у 2 (3,1%) спортсменов, во II группе у 18 (27,6%), в III группе у 15 (23%) спортсменов. Средний уровень МПК наблюдался у 20 (30,5%) спортсменов; из них в I группе в 15,3% случаев, во II и III группах по 7,6%. Высокий уровень МПК был выявлен у 10 (15,3%) спортсменов, при этом у 8 (12,3%) — I группы и у 2 (3%) — во II группе. Патологические типы реакции АД на нагрузку (гипертонический, дистонический), отражающее состояние дезадаптации СССР, наблюдались в 6,1% случаев у спортсменов I группы, в 10,7% — II группы, в 3% случаев у спортсменов III группы. Ишемические изменения ЭКГ, явившиеся критериями прекращения пробы и показанием для направления спортсменов на дополнительное обследование, были зарегистрированы в двух случаях во II группе. По данным Эхо-КГ у 27 спортсменов (40% случаев) диагностирован пролапс митрального клапана с регургитацией I степени: в I группе у 10 (15,3%), во II — у 12 (18,4%), в III — у 5 (7,9%) спортсменов. В 4 случаях была выявлена дилатация полости левого желудочка: в I группе у 1 спортсмена, во II — у 2 и в III группе у 1 спортсмена.

Выводы: Более высокая степень адаптационных возможностей и функциональных резервов у спортсменов в группе «выносливость» в сравнении с группами, развивающими скоростно-си-

ловые качества и силы с ациклическим характером движения, вероятно, связаны с особенностями системы транспорта кислорода в зависимости от специфики вида спорта. Изучение функциональных показателей ССС способствует рациональному управлению тренировочным процессом.

0149 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гареева Н.Х., Закирова А.Н., Янбаева С.М., Гафурова З.Р.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, Уфа, Россия; ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью настоящего исследования являлась оценка выраженности антигипертензивного эффекта и безопасности применения иАПФ Энапа в дозе 20 мг у больных с артериальной гипертензией 1-2 степенью повышения артериального давления в виде монотерапии и в комбинации с диуретиком (Энап-Н) в условиях амбулаторной практики.

Методы: в исследование включены 30 больных (8 мужчин, 22 женщины) мягкой и умеренной артериальной гипертензией в возрасте от 25 до 75 лет. Средний возраст обследуемых пациентов составил 51,1 года. Критерием включения пациента в исследование было исходное ДАД в положении сидя 90–109 мм рт.ст. и/или САД в положении сидя 140–179 мм рт.ст.

Результаты: терапия проводилась в течение 12 недель. Визиты осуществлялись на 4-й, 12-й неделе на фоне приема изучаемого препарата. Во время каждого посещения определяли уровень АД методом Короткова в положении больного сидя после 5 минутного отдыха, а так же уровень калия, креатинина, глюкозы крови, суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ. Препарат в дозе 10 мг назначали 2 раза в сутки в течение 4 недель, при неэффективности присоединяли диуретик (Энап-Н). На протяжении всего исследования применение других антигипертензивных препаратов было исключено. Исходно у обследованных пациентов уровень САД при измерении методом Короткова составил $164,6 \pm 1,6$ мм рт.ст, ДАД – $102,4 \pm 1,4$ мм рт.ст. Данный препарат в виде монотерапии или в комбинации с тиазидовым диуретиком (у 53 % больных) обеспечивал значительное снижение АД, в среднем до $132/82$ мм рт.ст, что указывает на достигнутый целевой уровень АД. Исползованная схема лечения оказалась также эффективной и по данным СМАД, т.е. сохранялся правильный суточный ритм АД и не было значимых изменений вариабельности АД, в том числе величины утреннего подъема артериального давления. Неудовлетворительного гипотензивного эффекта, то есть отсутствия снижения АД или его повышения, не зарегистрировано. Побочные эффекты отмечены у 1 больного (3,3 %) в первую неделю лечения в виде умеренного головокружения, что не требовало отмены препарата. «Гипотония первой дозы» не зафиксирована ни у одного из обследованных пациентов. Также не отмечено каких-либо достоверных изменений анализируемых лабораторных параметров, в том числе калия, креатинина, глюкозы.

Вывод: таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что и-АПФ Энап и Энап-Н (фирма KRKA) продемонстрировал высокий антигипертензивный эффект у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией и хорошую переносимость, что позволяет применять данный препарат условиях амбулаторной практики в виде монотерапии.

0150 ИНСУЛЬТ И НАРУШЕНИЕ СНА: РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (НИИ терапии, Новосибирск; НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Сибирский мед.университет, Томск, Новосибирск, Россия

Сибирский мед.университет, Томск, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния нарушений сна на риск возникновения инсульта в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25–64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г было проведено скрининговое исследование мужского населения в возрасте 25–64 лет жителей одного из районов г. Новосибирска. Когорта отслеживалась в течение 10 лет (1994–2004 гг.) для определения конечных точек (инсульт). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-10». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты. Среди мужчин, перенесших инсульт, у 47,1% оценка сна – «хорошо», у 23,5% – «удовлетворительно», и, наконец, 29,4% отмечают, что у них сон плохой. Относительный риск развития инсульта среди лиц с оценкой сна «плохо» в течение 10 – летнего периода был в 3,9 раз выше по сравнению с теми, у кого оценка сна была «хорошо» ($p < 0,01$). Относительный риск развития инсульта среди лиц с оценкой сна «плохо» в течение 10 – летнего периода был в 2,72 раза выше по сравнению с теми, у кого оценка сна была «хорошо» ($p < 0,05$). Относительный риск развития инсульта значительно увеличивался у мужчин в возрастной группе 55–64 лет с нарушением сна и был в 8 раз выше по сравнению с мужчинами, которые оценивали свой сон удовлетворительно ($p < 0,01$)

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушения сна вносят весомый вклад в риск возникновения инсульта у мужчин, причем старшей возрастной группы.

0151 НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ“MONICA”)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Екимова Ю.С., Гагулин И.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (НИИ терапии, Новосибирск; НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр – филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Сибирский мед.университет, Томск, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния нарушения сна на риск возникновения инфаркта миокарда в течение 10 лет у мужчин в возрасте 25–64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г было проведено скрининговое исследование мужского населения в возрасте 25–64 лет жителей одного из районов г. Новосибирска. Когорта отслеживалась в течение 8 лет (1994–2004 гг.) для определения конечных точек (инфаркт миокарда). Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-10». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты. Только 1/3 мужчин в возрасте 25–64 лет с вновь возникшим ИМ, расценивали свой сон как «хороший», а 2/3 имели нарушения сна. Относительный риск развития инфаркта миокарда у мужчин в возрасте 25–44 лет в течение 10-летнего периода был в 9,25 раза выше с оценкой сна «плохо», чем «хорошо», т.е. в этой возрастной группе нарушения сна являются одним из важнейших факторов, приводящим к возникновению ИМ; в возрасте 45–64 лет эти различия не значимы. Риск возникновения инфаркта миокарда у лиц с нарушениями сна оказался выше у мужчин вдовцов, разведенных, у лиц с низким уровнем социальной поддержки, с начальным уровнем образования, относящихся к группе рабочих профессий и к пенсионерам.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение сна, прежде всего, проблема социальная и вносит весомый вклад в риск возникновения инфаркта миокарда у мужчин, причем молодой возрастной группы.

0152 10-ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЯ СНА НА РИСК

ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Сантрапинский Д.К., Гагулин И.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (НИИ терапии, Новосибирск; НИИ кардиологии ТНЦ, Томск; Тюменский кардиологический центр — филиал НИИ кардиологии ТНЦ, Тюмень) и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия), Сибирский мед. университет, Томск, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучение влияния нарушения сна на риск развития артериальной гипертензии в открытой популяции мужчин 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA — психосоциальная» в 1994 г. обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. В течение 10-летнего периода (1994–2004 гг.) в когорте были изучены все случаи возникновения артериальной гипертензии. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ «SPSS-10». Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения артериальной гипертензии.

Полученные результаты. Мужчины с нарушением сна имели более высокие уровни систолического артериального давления — 138 мм рт.ст. ($p < 0,05$), диастолическое артериальное давление также имело тенденцию к увеличению до 86 мм рт.ст. Достоверное увеличение диастолического артериального давления до 86,6 мм рт.ст. ($p < 0,05$) наблюдалось у мужчин, оценивающих свой сон, как средний, систолическое артериальное давление у этой категории мужчин имело тенденцию к увеличению до 134,6 мм рт.ст. Возрастная структура мужчин с впервые возникшей артериальной гипертензией: 13,2% — 25-34 года; 21,3% — 35-44 года; 25,3% — 45-54 года и 39,7% — 55-64 года. Среди мужчин с артериальной гипертензией 49,3% оценивают свой сон как «хороший»; 41,7% — «удовлетворительный», и, наконец, 9,1% отмечают, что у них сон плохой.

Относительный риск развития артериальной гипертензии в течение 5-летнего периода у нормотензивных лиц, оценивающих свой сон как «плохой» был в 5,4 раза выше, чем у мужчин, оценивающих свой сон как «хороший». В течение 10 лет риск развития артериальной гипертензии был в 2,3 раза больше среди мужчин, оценивающих сон как «плохой» или «неудовлетворительный» ($p < 0,05$).

Заключение. Артериальная гипертензия встречалась у мужчин в возрастных группах 45-54 и 55-64 года в 1,5-2 раза чаще, чем в других группах. Относительный риск развития АГ в 2-5 раз выше среди мужчин с нормальным АД, оценивающих сон как «плохой».

0153 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА И ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНЫ — МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Герасимова А.С., Олейников В.Э., Матросова И.Б., Томашевская Ю.А.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценка клинической эффективности и органопротекторного действия антагониста кальция амлодипина у больных артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с метаболическим синдромом (МС).

Методы: обследован 31 больной с МС в возрасте от 28 до 69 лет (средний возраст $52,7 \pm 1,6$ года), из них 12 мужчин и 19 женщин. МС диагностировался согласно критериям III отчета Образовательной программы США по холестерину (2001). Исходное офисное АД составило $156,7 \pm 2,0$ и $99,1 \pm 1,3$ мм рт.ст., ЧСС — $74,4 \pm 1,7$ уд. в мин.; ИМТ — $33,5 \pm 0,9$ кг/м². Все пациенты в течение 24 недель получали амлодипин 5-10 мг/сут. При недостаточном контроле АД добавляли эгилек-ретард 50-100 мг/сут. Клини-

ческую эффективность оценивали по динамике офисного АД и по результатам суточного мониторирования АД (СМАД), органопротекторное действие по динамике показателей эхокардиографии (ЭХО-КГ), микроальбуминурии (МАУ). СМАД проводили портативным монитором «Вр Lab» по общепринятой методике; структуру и сократительную функцию левого желудочка, состояние внутрисердечной гемодинамики на аппарате «Aloka 1700»; состояние почек по МАУ, которую определяли с помощью тест-полосок «Mikral-test» в утренней порции мочи.

Результаты: через 24 недели лечения целевой уровень офисного АД достигнут в 51,6% на монотерапии и в 48,4% на комбинированной; офисное САД снизилось до $126,1 \pm 1,1$, ДАД до $81,7 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$); ЧСС до $65,8 \pm 1,1$ уд. в мин. По данным СМАД отмечалось снижение показателей САД и ДАД: САД24 с $147,3 \pm 2,7$ до $131,1 \pm 1,5$; ДАД24 с $88,1 \pm 1,5$ до $80,5 \pm 1,2$; САДдень с $152,5 \pm 2,7$ до $133,6 \pm 1,7$, ДАДдень с $91,7 \pm 1,5$ до $83,1 \pm 1,4$; САДночь с $134,4 \pm 3,7$ до $122,2 \pm 1,9$, ДАДночь с $77,7 \pm 3,7$ до $72,5 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$ во всех случаях). Позитивным эффектом амлодипина явилось уменьшение вариабельности АД по САД и ДАД в дневные часы ($p < 0,0001$); пульсового АД (ПАД) на $9,7 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$); индекса времени и площади гипертензии как за сутки, так и в дневные и ночные часы ($p < 0,0001$). Кроме того, произошло улучшение суточного профиля АД за счет уменьшения «овер-дипперов» по САД в 2,5 раза; «найт-пикеров» по САД в 2 раза. Через 24 недели лечения отмечалась тенденция к уменьшению массы миокарда левого желудочка на 7,6%, индекса массы миокарда левого желудочка на 6,5%, ОПСС на 12,6%. До начала лечения у 22 пациентов из 31 определялась МАУ. По окончании курса лечения количество больных с МАУ сократилось в 2,2 раза (до 10 человек), т.е. препарат оказал выраженный нефропротективный эффект.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о хорошем антигипертензивном эффекте амлодипина в группе повышенного риска — при МС. Амлодипин также способствует регрессу ремоделирования артерий и миокарда, оказывает выраженное нефропротективное действие. Уменьшение вариабельности АД, ПАД, показателей нагрузки давлением и улучшение суточного профиля АД при МС снижает риск поражения «органов-мишеней» и сердечно-сосудистых осложнений.

0154 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Герасимова И.В., Гуляева Е.Н*, Торочина Н.А., Дудошникова И.А., Торочина Е.Е., Шабалин А.В.**

Кемеровская государственная медицинская академия*, МУЗ «ГКБ №2», Кемерово; Новосибирский государственный медицинский университет**, Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи вегетативной регуляции деятельности сердца с выраженностью тревожно-депрессивных расстройств и когнитивными функциями у пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы: группа обследованных представлена 44 женщинами с артериальной гипертензией (АГ) III стадии., риском 4 в среднем возрасте $64,4 \pm 7,8$ лет. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ЕОГ/ЕОК (2003). Всем больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности сердечного ритма (ВРС) временными и спектральными методами, определение уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) по шкале оценки Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Для оценки депрессии и тревоги использовали госпитальную шкалу депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Депрессию и тревогу определяли при суммарном балле HADS более 8 как субклиническую, а при сумме баллов более 11 как клинически выраженную. Когнитивные функции оценивались по тестам на логику, память, внимание. Группу сравне-

ния составили 22 женщины с АГ III стадии, риском 4 в возрасте $46,3 \pm 4,5$ лет.

Результаты: выявлено, что женщины пожилого возраста с высоким сердечно-сосудистым риском отличались ($P < 0,05$) от группы сравнения достоверным ($P < 0,05$) уменьшением временных и спектральных показателей суточной вариабельности сердечного ритма со снижением общей мощности спектра по сравнению с женщинами среднего возраста. По мере увеличения возраста у женщин с высоким сердечно-сосудистым риском отмечается повышение уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии, а также снижение когнитивных функций.

При проведении корреляционного анализа выяснилось, что функции кратковременной памяти и внимания у женщин пожилого возраста с высоким сердечно-сосудистым риском ассоциировала с достоверным ($P < 0,05$) ограничением в спектре низкочастотного компонента вариабельности ритма сердца (LF). Уровень личностной тревожности по шкале оценки Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина достоверно слабо коррелировала с LF. Выраженность уровня ЛТ по шкале оценки Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина была слабо связана с низкочастотным компонентом суточной вариабельности сердечного ритма. Не было получено достоверных связей психофизиологических функций с другими показателями спектра вариабельности сердечного ритма у женщин пожилого возраста с высоким сердечно-сосудистым риском.

Выводы: таким образом, низкочастотный компонент ВРС показывает наибольшую диагностическую связь с параметрами психофизиологического статуса пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском.

0155 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Герасимова И.В., Гуляева Е.Н*, Торочкина Н.А., Дудошникова И.А., Торочкина Е.Е., Шабалин А.В.**

Кемеровская государственная медицинская академия*, МУЗ «ГКБ №2», Кемерово; Новосибирский государственный медицинский университет**, Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи вегетативной регуляции деятельности сердца со структурно-функциональными параметрами сердечно-сосудистой системы у пожилых женщин с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы: группа обследованных представлена 50 женщинами с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) III стадии, высоким сердечно-сосудистым риском, в среднем возрасте $67,8 \pm 3,8$ лет. Всем больным проводилась ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности сердечного ритма (ВРС). Группу сравнения составили 25 женщин с АГ II стадии в возрасте $42,3 \pm 3,4$ лет.

Результаты: выявлено, что женщины пожилого возраста с высоким сердечно-сосудистым риском отличались ($P < 0,05$) от группы сравнения уменьшением временных и спектральных показателей суточной вариабельности сердечного ритма со снижением общей мощности спектра по сравнению с женщинами среднего возраста. Ограничение ВРС обнаруживалось как в дневные, так и в ночные часы. При проведении корреляционного анализа оказалось, что общая мощность спектра и мощность его низкочастотной составляющей были достоверно ($P < 0,05$) связаны с фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) и достоверно обратно — с конечным диастолическим размером, конечным систолическим размером левого желудочка, конечным диастолическим и конечным систолическим объемом левого желудочка. Высокочастотный компонент вариабельности сердечного ритма достоверно ($P < 0,05$) прямо коррелировал с фракцией выброса левого желудочка и обратно с конечным систолическим размером, конечным систолическим объемом и массой миокарда левого желудочка сердца. Не было получено достоверной корреляционной связи высокочастотного компонента суточной вари-

бельности сердечного ритма с конечным диастолическим размером и конечным диастолическим объемом левого желудочка, а также с толщиной задней стенки, ударным объемом, минутным объемом крови и общим периферическим сопротивлением сосудов.

Выводы: таким образом, стандартные показатели суточной вариабельности сердечного ритма демонстрируют различную диагностическую значимость в оценке структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у женщин пожилого возраста, при этом чувствительным маркером ее поражения может выступать высокочастотная составляющая спектра суточной вариабельности сердечного ритма.

0156 ВЛИЯНИЕ ДИГОКСИНА НА КИНЕТИКУ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Германов А.В., Рубаненко А.О., Борзенкова Г.А., Буклешева И.М.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель. Количественно оценить кинетику магистральных артерий при воздействии сердечных гликозидов в остром фармакологическом тесте при сердечной недостаточности.

Материал и методы исследования. Обследованы больные с синдромом хронической сердечной недостаточности II A стадии (II-III функциональный классы). Всем больным производилась регистрация сфигмограмм сонной, локтевой, лучевой, бедренной артерий, а также задней артерии голени и свода стопы. Количественная оценка параметров кинетики магистральных артерий проводилась с помощью метода компьютерной сфигмографии. В автоматизированном режиме производился контурный анализ сфигмограмм, включающий нормировку сфигмограммы от нуля до единицы с целью исключения влияния аппаратного усиления сигнала, калибровка по уровню артериального давления. Рассчитывались первая и вторая производные, производилось деление исходной сфигмограммы на периоды по экстремумам и переходу через ноль значений второй производной. В каждый выделенный период, который соответствует определенному моменту функционирования артериального сосуда. Определялись основные параметры кинетики сосудистой стенки: скорость, ускорение, мощность (средние и экстремальные величины), а также работа за выделенный период. Для наглядности анализировался период преобладания притока над оттоком и период преобладания оттока над притоком в месте непосредственного наложения воронки датчика. Регистрация сфигмограмм производилась до и через 60 минут после струйного внутривенного введения дигоксина 0,25% в количестве 1 мл.

Результаты и выводы. Основная функция магистральных артерий преимущественно эластического типа — вместить в себя изгнанный ударный объем. При этом они расширяются, запасая потенциальную энергию, и переводят её в кинетическую энергию кровотока. Основная функция артерий мышечного типа — пропульсивная. При сокращении их мышечного слоя, имеющего спиралевидное направление, возникает эффект проталкивающей крови, и одновременно присасывающий ее в более дистальные отделы артериальной системы. Это делает корректным понятие только сердечно-сосудистой недостаточности. Влияние дигоксина на кровообращение определяется не только его кардиальными эффектами, но и непосредственным воздействием на магистральные артерии. Суть этого воздействия на магистральные артерии эластического типа сводится к умеренному росту параметров кинетики, которое связано, прежде всего, с увеличением сердечного выброса. Воздействие на артерии мышечного типа сводится к увеличению их пропульсивной активности за счёт усиленного сокращения мышечного слоя этих артерий. В результате вся система «сердце — магистральные артерии» под воздействием дигоксина осуществляет большую работу, направленную на создание кровотока, адекватного потребностям тканей. Тем самым уменьшаются проявления сердечно — сосудистой недостаточности. Полученные данные позволяют также обосновать применение дигоксина и для купирования острой левожелудочковой недостаточности. Ветви аорты имеют большую массу и более выраженный мышечный слой, чем ветви легочно-

го ствола. Применение дигоксина при острой левожелудочковой недостаточности приведет к усилению пропульсивной работы магистральных артерий при дилатации артериол. Это, в конечном счете, и будет препятствовать росту давления в малом круге.

0157 ВТОРИЧНАЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ: ВАРИАНТЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Германова О.А., Вачев А.Н., Германов А.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель. Изучить течение артериальной гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации до и после операции каротидной эндартерэктомии.

Материал и методы исследования. Среди 252 пациентов, которым была выполнена каротидная эндартерэктомия, 183 мужчины и 69 женщины в возрасте 39–79 лет. 71,4% больных от 50 до 69 лет. 35,3% — перенесли тромбоэмболический инсульт, у 16,7% в анамнезе инфаркт миокарда. Стабильная стенокардия напряжения II и III функциональных классов была у 56,3%. До операции повышение артериального давления при суточном мониторинге отмечено у 86,5% больных. При этом на этапе обследования 202 из них (92,6% от больных с повышенным АД) был поставлен диагноз «гипертоническая болезнь». У большинства (64,5%) длительность гипертензии составляла более 5 лет, и 87,3% пациентов были вынуждены регулярно принимать комбинированную антигипертензивную терапию. Тем не менее, уровень артериального давления до 180 и 100 мм рт. столба выявлен у 39,9% больных, а уровень до 200 и 110 мм рт. столба и выше — у 59,6%. Гипертензия была малоуправляемой медикаментозно у 22,9%. Каротидная эндартерэктомия выполнена справа у 44%, слева — у 56% больных.

Результаты и выводы. Снижение АД в послеоперационном периоде наблюдалось у 67,1% больных и происходило чаще всего на 1–10 сутки, у 31,3% — АД существенно не изменилось, и только у 1,6% была отмечена тенденция к его повышению. Такие результаты требовали полного пересмотра ранее применявшейся антигипертензивной терапии, вплоть до полной ее отмены у 33,3% больных. Мы выделяем три основных типа вторичной артериальной цереброваскулярной гипертензии: I тип («латентный») — характеризуется постепенным нарастанием уровня артериального давления по мере увеличения степени выраженности стеноза каротидной бифуркации, факт высокого артериального давления и сам стеноз чаще обнаруживаются случайно; II тип («ундулирующий») — развивается на фоне транзиторной ишемической атаки и характеризуется резким кратковременным повышением артериального давления с яркой клинической картиной; III тип — на фоне ишемического инсульта гипертензия развивается быстро и становится практически не поддающейся медикаментозной коррекции. Необходимо выделение цереброваскулярной гипертензии как самостоятельной формы вторичной артериальной гипертензии. Основанием этого служит факт развития гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации, и ее обратное развитие после эндартерэктомии. Распространенность вторичной цереброваскулярной артериальной гипертензии гораздо выше, чем это предполагается. Лечение вторичной цереброваскулярной гипертензии ингибиторами АПФ и антагонистами рецепторов ангиотензина II, как правило, оказывается неэффективным. Лучшие результаты получены при использовании антигипертензивных препаратов центрального действия, антагонистов кальция в сочетании с тиазидовыми мочегонными средствами. При повторной каротидной эндартерэктомии с противоположной стороны, наиболее стабильным оставалось АД при сохранении гемодинамики.

0158 ПЕРВЫЙ ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ С ПОМОЩЬЮ НИБЕНТАНА В ДОЗЕ ДО 0,125 МГ/КГ

Гильманов А.А., Майков Е.Б., Соколов С.Ф., Голицын С.П., Розенштейн Л.В., Чазов Е.И.

ФГУ РКНПК Росздрава, ИКК им. А.Л. Мясникова, Москва, Россия

Цель работы: Изучить эффективность и безопасность в/в применения нибентана (Нб) в дозе до 0,125 мг/кг для купирования пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: Всего в исследование включено 26 больных (16 мужчин), в возрасте от 23 до 78 лет (средний возраст — 56 лет), с ФП продолжительностью от 1 часа до 2-х суток (в среднем 16 часов). У 12 пациентов (46,1%) диагностирована гипертоническая болезнь, у 4 (15,4%) — ИБС и у 10 (38,5%) — идиопатическая форма ФП. Средний размер ЛП составил $3,48 \pm 0,5$ см, ФВ ЛЖ=60%.

Исключали больных с гипокалиемией, гипомagneмией, удлинением QT, наличием желудочковой тахикардией (ЖТ) в анамнезе. Препарат вводился на фоне отмены антиаритмических препаратов (не менее 5 периодов полувыведения).

Пациенты были распределены на группы в зависимости от дозы в/в Нб (группа 1 (n=8) — болюсно 0,0625 мг/кг, группа 2 (n=18) — два болюса по 0,0625 мг/кг с интервалом 30 минут). Между группами отсутствовали статистически значимые различия по длительности текущего эпизода аритмии, основным сердечно-сосудистым заболеваниям и данным клинико-инструментального обследования. Условия прекращения введения Нб: 1) восстановление синусового ритма (СР); 2) увеличение QT>500мс; 3) снижение ЧСС<50 уд/мин; 4) развитие проаритмических и побочных эффектов.

Результаты: Антиаритмический эффект (восстановление СР в пределах 30 минут от начала введения) Нб достигнут у 6 (75%) пациентов 1 группы и у 12 (66,6%) 2 группы, причем у 8 (44,4%) из них СР восстановлен уже после 1 болюса. При этом общая эффективность по двум группам составила 69,2%. Нб в дозе до 0,0625 мг/кг купировал пароксизм у 14 (53,8%) больных. Побочные (проаритмические) эффекты Нб в виде полиморфной ЖТ типа «torsade de pointes» не зарегистрированы ни в одной из групп. Зарегистрирован 1/26 (3,8%) эпизод мономорфной желудочковой тахикардии (группа 2), брадикардия (ЧСС<50 уд/мин.) — в 3/26 (11,5%) случаях (1 эпизод — в группе 1, 2- в группе 2).

Выводы: Введение Нб в дозе до 0,0625 мг/кг купирует пароксизмы ФП в 53,8%, не приводя к возникновению проаритмических эффектов. При увеличении дозы до 0,125 мг/кг эффективность возрастает до 66,6%.

0159 ПОВТОРНЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гладких А.С., Савина Н.М., Кудинова С.П., Бугримова М.А., Сидоренко Б.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения ХСН при повторных госпитализациях больных с ХСН в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы в течение 3 лет.

Методы: проводился ретроспективный клинико-статистический анализ, выделены две основные группы — больные, однократно госпитализированные (n=828) и больные с повторными (2–10) госпитализациями по поводу сердечно-сосудистых причин (n=436).

Результаты: группы больных достоверно различались по возрасту, пациенты с повторными госпитализациями были старше (73,0 и 75,5 лет, $p=0,001$). Мужчины составляли большинство в обеих группах (54,0% и 53,9% соответственно). Средняя продолжительность госпитализации в группах больных достоверно не различалась (15,7 сут и 17,0 сут). Большинство пациентов (43,0%) имели 3 госпитализации в течение 3 лет, 30,0% больных госпитализировались 2 раза. Период между повторными госпитализациями у 25,0% больных составил 91–180 сут, у 18,8% больных — 31–60 сут, у 18,0% — 181–360 сут. Пациенты с повторными госпитализациями достоверно чаще госпитализировались в связи с декомпенсацией ХСН (40,0% по сравнению с 32,3%). Пациенты с обострением ИБС и клиническими проявлениями ХСН

составили 52,3% в группе с повторными госпитализациями и 55,0% в группе сравнения. В группе больных с повторными госпитализациями 58,3% имели постинфарктный кардиосклероз (38,4% в группе сравнения, $p=0,001$), 31,3% — постоянную форму мерцательной аритмии (22,9% в группе сравнения, $p=0,001$).

Оценка функционального статуса больных по NYHA показала, что ХСН III-IV ФК имели 57,5% больных с повторными госпитализациями (в группе сравнения — 47,1%, $p=0,001$). По данным ЭхоКГ 56,0% больных в группе с повторными госпитализациями имели сохраненную фракцию выброса левого желудочка, в группе с однократной госпитализацией — 72,4%. Больные с систолической дисфункцией миокарда преобладали в группе с повторными госпитализациями ($p=0,0004$).

Выводы: более 70% больных с ХСН 2-3 раза в течение 3 лет нуждаются в стационарном лечении, больные с повторными госпитализациями имеют более тяжелое течение ХСН, ухудшение течения ХСН и ИБС являются основными причинами повторных госпитализаций.

0160 HLA-СПЕЦИФИЧНОСТИ И АКТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Гладких Н.Н., Ягода А.В.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия Росздрава», Ставрополь, Россия

Цель: определить характер распределения HLA-специфичностей I и II класса и сывороточный уровень цитокинов — интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерферона- γ (IFN- γ), основного фактора роста фибробластов (FGF-b), трансформирующего фактора роста- β 1 (TGF- β 1) у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Обследовано 119 пациентов (69 мужчин и 50 женщин, средний возраст $19,4 \pm 0,3$ лет) с первичным ПМК I-II степени. В 74 случаях зарегистрировано сочетание ПМК с другими сердечными микроаномалиями — аномально расположенной хордой (АРХ), аневризмой межпредсердной перегородки (АМПП), пролапсом трикуспидального клапана (ПТК). Эхокардиографические признаки миксоматозной дегенерации ПМК отмечены у 14 (10,8%) больных. HLA-антигены I класса идентифицировали в микролимфоцитотоксическом тесте — 14 антигенов локуса A, 27 антигенов локуса B и 5 антигенов локуса C («Гисанс»). Типировали гены HLA II класса — 8 аллелей локуса DQA1, 12 аллелей локуса DQB1 и 16 аллелей локуса DRB1 («ДНК-Технология»). Методом ИФА определяли сывороточное содержание IL-1 β , IFN- γ («Цитокин»), FGF-b и TGF- β 1 («BioSource»). Контрольную группу составили здоровые люди без кардиальных диспластических стигм.

Результаты. У больных с сочетанием ПМК I степени и АРХ установлена позитивная ассоциация с наибольшими значениями относительного риска и этиологической фракции для A3/A25, B8/B27, Cw3/Cw5, DQA1 0102/0103, DQB1 0302/0502, DRB1 *13, *14, *15, 13/14, 13/15, с ПМК II степени — для A25, B35, DQB1 *0302, 0302/0502, DRB1 *14, *15, 13/14, 13/15, с ПМК II степени + АРХ — для B27, DRB1 *14, *15, 13/15, с ПМК + АРХ + АМПП (или ПТК) — для B27, A1/A25, DRB1 *13, *14, *15, 13/14, 13/15 и в группе с миксоматозной дегенерацией ПМК — для A25, B27, B8/B27, DQB1 0502/0602, DRB1 *14, 13/14. Отмечено отсутствие выраженных ассоциаций с изучаемыми антигенами и генами у пациентов с изолированными АРХ, ПМК I степени, ПМК I степени + ПТК. Известна связь антигенов B27, B35 с дефицитом клеточного звена иммунитета, а аллельных вариантов DRB1 *13, *15 — с чувствительностью к инфекции, что может способствовать формированию ряда осложнений ПМК. Уровень IL-1 β при ПМК характеризовался тенденцией к увеличению с достоверным повышением в случаях миксоматоза и трех внутрисердечных микроаномалий. Для IFN- γ установлена тенденция к уменьшению в случаях ПМК, более значимая при миксоматозной дегенерации клапанов. Средние значения сывороточных уровней FGF- β и TGF- β 1 у пациентов с ПМК были выше контрольных с максимальной экспрессией в случаях ПМК II степени, миксоматозной дегенерации, сочетания с двумя другими внутрисердечными микроаномалиями.

Заключение. Установлена значительная гетерогенность иммуногенетических маркеров при различных эхокардиографических вариантах ПМК с характерными изменениями в сывороточном содержании FGF-b, TGF- β 1 и IL-1 β , что необходимо учитывать при дифференцированном походе в группе пациентов с ПМК.

0161 СУММАРНЫЙ ПРИРОСТ РАДИУСА МЕЛКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОСТРОЙ СТАДИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гладков С.В., Ховаева Я.Б., Берг М.Д.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: исследование кровотока на уровне микрососудов в периферических тканях у пациентов в подострой стадии инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка более 40% и менее 40%.

Методы исследования: исследование микроциркуляции проводилось методом окклюзионной плетизмографии на аппарате «Fluvoschrift forte» (Германия) в покое и после двухминутной пробы с реактивной гиперемией. Всего обследовано 72 человека, средний возраст $62,7 \pm 0,95$ года. Все обследованные разделены на 2 группы:

1 группа — пациенты в подострой стадии инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка более 40% — 40 человек.

2 группа — пациенты в подострой стадии инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка менее 40% — 32 человека. Все пациенты сопоставимы по полу и возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета анализа программ «Statistica 6,0», Excel.

Результаты: суммарный прирост радиуса мелких артерий после пробы с реактивной гиперемией (Δr) является важным критерием оценки эндотелиального релаксирующего механизма на уровне прекапиллярных сосудов. У пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка более 40% в регионе предплечья Δr составляет $52,6 \pm 3,6$. У пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка менее 40% в регионе предплечья Δr составляет $28,8 \pm 4,2$ ($p < 0,0001$). В регионе голени у пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка более 40% Δr составляет $48,8 \pm 3,5$. У пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка менее 40% в регионе голени Δr составляет $38,7 \pm 3,9$ ($p=0,05$). Таким образом, суммарный прирост радиуса мелких артерий выше в группе пациентов с фракцией выброса левого желудочка более 40%, как в регионе предплечья, так и в регионе голени.

Выводы: у пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка менее 40% наблюдается снижение суммарного прироста радиуса мелких артерий, как в регионе предплечья, так и в регионе голени. Эти изменения свидетельствуют о нарушении эндотелиального релаксирующего механизма на уровне прекапиллярных сосудов у пациентов с подострой стадией инфаркта миокарда с фракцией выброса левого желудочка менее 40%.

0162 ПОКАЗАТЕЛИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ

Глазунова Е.В.

ГОУ ВПО «ОргМА Росздрава», Оренбург, Россия

Экстрасистолия относится к одному из наиболее распространенных видов аритмий. Лица, которым свойственны невротические реакции, и просто чрезмерно чувствительные люди переносят экстрасистолию болезненно. Плохая субъективная переносимость нарушений ритма сердца вызывает появление тревожных и депрессивных расстройств.

Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных с аритмиями, депрессивные и тревожные состояния относятся к числу наиболее распространенных.

Целью данной работы явилось выявление распространенности депрессивных и тревожных расстройств у больных с экстрасистолической аритмией при нейроциркуляторной дистонии.

Показатели депрессии и тревоги изучались у 67 больных с помощью оценочных шкал: депрессия по шкале самооценки Цунга и по шкале Монтгомери-Асберга, а тревога по шкале самооценки Цунга и по шкале Кови.

Средний суммарный показатель при нейро-циркуляторной дистонии для депрессии по шкале Цунга составил $36,76 \pm 1,1$ балла, а по шкале Монтгомери-Асберга — $12,1 \pm 0,75$ балла. Суммарный показатель тревоги по шкале Цунга при нейро-циркуляторной дистонии равен $37,39 \pm 1,02$ балла, показатель тревоги по шкале Кови — $2,75 \pm 0,2$ балла.

Среди больных с экстрасистолической аритмией при нейроциркуляторной дистонии депрессия по шкале Цунга среди всей выборки больных выявлена у 12% (8 больных), депрессия по шкале Монтгомери-Асберга — у 30% (20 больных), тревога по шкале Цунга — у 7,5% (5 больных) и по шкале Кови депрессия выявлена у 21% (14 больных), а тревога — у 7,5% (5 больных).

Таким образом, состояния депрессии и тревоги у больных с экстрасистолической аритмией на фоне нейроциркуляторной дистонии выявляются достаточно часто, являются клинически значимыми и требуют дальнейшего изучения в плане возможности и целесообразности медикаментозной коррекции.

0163 СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ — 1β , 4 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- Δ ПРИ СИНДРОМЕ ГИПОТИРЕОЗА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Говорин А.В., Серебрякова О.В., Просяник В.И., Бакшеева Е.В.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить содержание интерлейкинов — 1β (IL- 1β), 4 (IL-4) и фактора некроза опухоли- Δ (TNF- Δ) в крови больных с диастолической дисфункцией левого желудочка на фоне гипотиреоза.

Методы: обследовано 59 пациентов с гипотиреозом щитовидной железы и диастолической дисфункцией левого желудочка. Средний возраст больных составил $39,3 \pm 9,7$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Проведено общеклиническое исследование, ЭхоКГ с исследованием транскрипционного потока методом доплеровской эхокардиографии, верификация диагноза (определение тиреоидного статуса — ТТГ $> 5,0$ мкЕд/мл). Для количественного определения интерлейкинов использованы наборы для иммуноферментного анализа ООО «Протеиновый контур» г.Санкт-Петербург. Поскольку распределение признака было асимметричным, проведена логарифмическая трансформация данных. Статистическая обработка проводилась при помощи программы «Bostat», достоверным считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: у больных с синдромом гипотиреоза и диастолической дисфункцией левого желудочка выявлено значительное повышение содержания исследуемых цитокинов. Так, уровень интерлейкина- 1β превышал контроль на 52,1% ($p < 0,001$), через две недели заместительной терапии препаратами тиреоидных гормонов (L-тироксин фирмы «Берлин-Хеми») содержание его снижалось и не отличалось от контрольного значения. Интересная динамика прослеживалась в содержании TNF- Δ — до лечения его уровень составил $4,81 \pm 1,84$ ($p < 0,005$), а через 14 дней терапии его показатель был в 2,4 раза меньше показателя группы здоровых лиц. Выявлено высокое содержание противовоспалительного IL-4 в сыворотке крови больных с диастолической дисфункцией левого желудочка как до лечения — $5,2 \pm 1,0$ ($p < 0,001$), так и на фоне терапии — $5,13 \pm 0,58$ ($p < 0,001$).

Выводы: у больных с диастолической дисфункцией левого желудочка на фоне синдрома гипотиреоза выявлено высокое содержание провоспалительных (IL- 1β , TNF- Δ) и противовоспалительного (IL-4) цитокинов. Проводимая заместительная гормональная терапия не способствовала нормализации показателей изучаемых цитокинов.

0164 ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Годик С.Д., Зюбина Л.Ю., Шпагина Л.А., Андреев В.М., Зуева М.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №2, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить частоту, структуру и механизм развития анемического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования: Обследовано 359 человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Из них с ишемической болезнью сердца (ИБС) — 340 человек (95,1%), ревматическими пороками — 16 человек (4,4%), дилатационной и гипертрофической кардиомиопатиями — 3 человека (0,8%). Средний возраст больных составил 72 года. Среди обследованных — женщин 69,8%. Больных с ХСН 3-4 ФК (NYHA) было 236 человек (65,7%), ХСН 1-2 ФК — 33,3%.

Результаты: Наиболее часто анемический синдром встречался при хронической сердечной недостаточности (ХСН) 3-4 ФК (NYHA) — в 16,6%, реже — ХСН 1-2 ФК (NYHA) — в 10,2%.

Всего пациентов с анемическим синдромом было выявлено 60 человек (16,7%).

В структуре ишемической болезни сердца анемический синдром чаще встречался при аритмическом варианте — 11,1%; остром инфаркте миокарда и постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) — 7,6%.

Анемия легкой степени тяжести регистрировалась в 88,4%, средней степени тяжести в 9,1%, тяжелой степени — 2,5%.

У 12% больных с сердечной недостаточностью проведена стерильная пункция, поликлинического отделения данным которой эритропоэз имел нормобластический тип кроветворения.

В 85% случаев определялся уровень сывороточного железа, ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки (НЖСС), общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), коэффициент насыщения трансферрина (КНТ).

В 83% случаев анемия имела нормохромный характер, среднее значение сывороточного железа составляло $13,4$ мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) — 25,4%.

Наличие сопутствующих заболеваний вносит свой вклад в этиологию и патогенез анемического синдрома.

У 16,6% пациентов отмечалась патология почек, что, вероятно, способствует умеренному снижению эритропоэтина (до $32,8$ мкЕд/мл).

Наличие у 15% больных с анемией хронического атрофического гастрита способствует нарушению всасывания железа.

Выводы: Выявлена высокая частота анемического синдрома при хронической сердечной недостаточности, связь его с ФК ХСН, что требует обязательной коррекции анемического синдрома с целью уменьшения гипоксии миокарда и увеличения его сократительной способности.

В механизме развития анемического синдрома при ХСН большую роль играет наличие сопутствующих хронических заболеваний, которые требуют проведения комплексной терапии.

0165 ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Гончарова Е.В., Говорин А.В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить показатели региональной (сегментарной) диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) у больных хронической железодефицитной анемией (ЖДА).

Методы: у 56 больных ЖДА I-III степени тяжести (средний возраст $40,3 \pm 9,7$ года, средний уровень гемоглобина крови — $78,2 \pm 7,6$ г/л) было проведено исследование сегментарной

ДФЛЖ с помощью методики импульсного тканевого доплеровского картирования на ультразвуковом сканере «Sequoia – 512» фирмы Acuson. Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести анемии: 16, 21 и 19 больных с 1-й, 2-й и 3-й степенью анемии, соответственно. Левый желудочек был условно поделен на 15 сегментов согласно рекомендациям С.М. Otto и А.С. Pearlman (1995). Определяли следующие показатели: максимальные скорости пиков ранней диастолической волны (V_e) и поздней диастолической волны (V_a), V_e/V_a . Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL 2002 для Windows (Microsoft, USA).

Результаты: было установлено, что скорость движения большинства сегментов ЛЖ в раннюю диастолу у больных ЖДА легкой степени практически не отличается от показателей контроля, у пациентов со среднетяжелой ЖДА была уменьшена более чем на 20%, при этом максимально сниженный показатель выявлен в базальном сегменте ниже-перегородочной стенки ЛЖ – на 46,5% и в верхушечном сегменте передней стенки – на 44,8% ($P<0,001$). В группе больных с тяжелой ЖДА изменения вышеуказанного показателя были аналогичны изменениям у пациентов 2-й группы. Скорость движения сегментов ЛЖ в позднюю диастолу у больных ЖДА была увеличена в большинстве сегментов более чем на 40% по сравнению с контролем во всех группах больных ($P<0,001$). Наибольшее увеличение показателя наблюдалось в обоих сегментах передне-перегородочной стенки ЛЖ (на 73,6% и 50,8%), базальных сегментах передней стенки – на 71,7%, боковой стенки – на 60,9%, ниже-перегородочной – на 69% ($P<0,001$). Показатель V_e/V_a у больных ЖДА был снижен в 12 из 15 сегментов ЛЖ у больных с легкой анемией в 1,2–1,8 раза по сравнению с контролем, и во всех сегментах ЛЖ у больных со среднетяжелой и тяжелой анемией в 1,2–2,2 раза ($P<0,001$).

Выводы: таким образом, применение тканевой миокардиальной доплер-эхокардиографии у больных хронической ЖДА позволяет уже на ранних стадиях диагностировать изменения региональной ДФЛЖ, что может быть использовано для более раннего назначения патогенетической терапии сердечной недостаточности в доклиническую стадию миокардиодистрофии.

0166 ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гончарова Е.В., Говорин А.В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить показатели структуры левого желудочка (ЛЖ) у больных железодефицитной анемией (ЖДА) в зависимости от степени её тяжести.

Методы: исследование проводилось у 82 больных хронической железодефицитной анемией I–III степени тяжести (средний возраст – 41,6±8,3 года, средний уровень гемоглобина крови – 79,3±7,6 г/л). Пациенты были разделены на 3 группы по степени тяжести анемии: 24, 31 и 27 больных с 1-й, 2-й и 3-й степенью анемии, соответственно. Эхокардиографическое исследование выполнялось по стандартной методике в положении больного на левом боку из апикального доступа на аппарате «Sequoia» – 512 Acuson (США). Определялись следующие показатели: конечные систолический и диастолический размеры ЛЖ (КСР и КДР ЛЖ), конечные систолический и диастолический объемы ЛЖ (КСО и КДО ЛЖ), толщина в диастолу межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ТМЖПд и ТЗСд), рассчитывалась масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL 2002 для Windows (Microsoft, USA).

Результаты: КДР и КСР ЛЖ у пациентов 1-й группы были уменьшены на 8,5% и 13,1%, соответственно, по сравнению с контролем ($P<0,001$). У больных со среднетяжелой и тяжелой анемией указанные показатели были практически равны и не отличались от размеров ЛЖ контрольной группы. КДО ЛЖ был

увеличен у больных анемией средней степени тяжести на 4,3%, по сравнению с контролем, у больных тяжелой анемией – на 6,3% ($P<0,05$). КСО ЛЖ был снижен у пациентов 1-й группы, а у больных 2-й и 3-й групп – превышал показатель 1-й группы на 14,9% и 18,5%, соответственно, ($P<0,001$), и не отличался от группы контроля. Толщина МЖП в диастолу была увеличена у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп на 10,8%, 24,5% и 32,3%, соответственно, по сравнению с контролем ($P<0,001$). Толщина задней стенки ЛЖ в диастолу у больных со среднетяжелой и тяжелой анемией превышала показатель контрольной группы на 10,3% ($P<0,05$) и 24,7% ($P<0,001$), и показатель 1-й группы – на 2,9% ($P<0,05$) и 16,3% ($P<0,001$), соответственно, наибольшая толщина МЖП была выявлена у больных с тяжелой анемией. Масса миокарда ЛЖ у пациентов 2-й группы была достоверно больше показателя контроля и 1-й группы – на 12,5% и 18,8%, соответственно, а показатель 3-й группы – на 29,1% и 36,4%, соответственно, ($P<0,001$). При этом ММЛЖ у больных тяжелой анемией превышала показатель 2-й группы на 14,8% ($P<0,001$).

Выводы: у больных ЖДА развивается гипертрофия левого желудочка в основном за счет МЖП и задней стенки, увеличивается конечный диастолический объем ЛЖ и увеличивается масса миокарда ЛЖ. Степень выраженности указанных изменений увеличивается по мере усиления тяжести анемии и увеличения продолжительности заболевания. Установленные изменения, вероятно, являются выражением ремоделирования миокарда левого желудочка и служат проявлением анемической миокардиодистрофии.

0167 ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИЛЕТОМ И ПРЕСТАРИУМОМ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Гончаров А.Н., Павлов С.П.

ОГУЗ санаторий «КРАСИВО», Борисовский район, Белгородской области, Россия

Цель исследования: изучить влияние комбинированной терапии Небилетом и Престариумом на вариабельности сердечного ритма у больных перенесших инфаркт миокарда в сочетании с артериальной гипертензией на санаторном этапе реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных (средний возраст 49,63±9,8 г.) с ХСН II–I ФК по NYHA. Длительность ХСН составила от 1 года до 14 лет. Диагноз верифицирован данными суточного мониторирования ЭКГ и АД, электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии. ВСП изучалась на стандартной записи суточного мониторирования ЭКГ, где анализировалось вариабельность ритма за сутки и короткий интервал (10 минут) в состоянии покоя с помощью системы «Кардиотехника – 04» (Инкарт, С. Петербург). Пациенты получали Небилет и Престариум в средней дозе 3,75±1,25 мг/сут и 6,0±2,0 мг/сут, соответственно.

Результаты исследования. В ходе проведенной терапии Небилетом и Престариумом было отмечено, что средняя продолжительность R-R интервалов возросла по группе в целом на 9,2% ($p<0,05$), составив 932,9±114,8 мс. Показатель SDNN, RMSSD и pNN50 увеличились соответственно на 24,1%, 54,6% и 65,5% ($p<0,05$), при этом их абсолютные значения составили 46,1±22,8 мс, 27,9±17,3 мс и 4,2±5,1%. При проведении спектрального анализа было установлено, что показатель LF увеличился на 13,8% ($p=0,44$), показатель HF возрос на 132,2% ($p=0,012$), а показатель LF/HF высоко достоверно ($p<0,001$) снизился на 50,2%, составив 1,7±1,4 усл. ед.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии комбинированной терапии Небилетом и Престариумом на снижение риска внезапной смерти у больных с ХСН II–I ФК после перенесенного ИМ, на фоне артериальной гипертензии.

0168 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ:

ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ

Гончарова Н.С., Моисеева О.М., Шляхто Е.В.

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

Цель исследования: изучить динамику сывороточных концентраций матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9) и тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ-1 (TIMP-1) до и после протезирования аортального клапана (ПАК) по поводу аортального стеноза (АС).

Материалы и методы: Обследовано 34 пациента (средний возраст $60,6 \pm 1,6$ лет; м:ж = 22:12) с изолированным неревматическим АС (средний градиент на аортальном клапане $110 \pm 4,5$ мм рт. ст.) до операции. 24 пациента обследованы повторно через 6 месяцев после ПАК. Эхокардиографическое обследование проводилось по стандартному протоколу с расчётом массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) по формуле R. Devereux (1977). Концентрацию ММР-9 и TIMP-1 в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом. Уровень С-реактивного белка (СРБ) определяли ультрачувствительным латексным методом. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica for Windows ver. 6.0.

Результаты: У пациентов с АС выявлено повышение уровня TIMP-1 в сыворотке крови, тогда как содержание ММР-9 оставалось в пределах нормы. Повышение содержания TIMP-1 ассоциировано со снижением глобальной сократительной способности левого желудочка (ЛЖ). Высокий уровень TIMP-1 до операции был ассоциирован с минимальным регрессом гипертрофии миокарда после протезирования.

Заключение: Определение уровня TIMP-1 в сыворотке крови может быть использовано для прогнозирования обратного ремоделирования гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) после ПАК.

ОПЫТ 7-ЛЕТНЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИПРИМАРОМ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

Горбанев Е.А.

ГОУ ВПО Медицинская академия, Астрахань, Россия

Цель: продемонстрировать эффективность и безопасность непрерывного (в течение 7 лет) лечения аторвастатином (липимар — Pfizer США) комбинированной гиперлипидемии с необычно высокими концентрациями в плазме крови общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ).

Результаты. Больная Т., 60 л., гиперлипидемия наблюдается в течение 26 лет. Клиническое течение ее отличалось частыми липемическими кризами (резкое повышение в крови богатых ТГ липопротеидов), рецидивированием генерализованного эруптивного ксантоматоза (подтвержденного биопсией кожи), диабетическим нарушением обмена (страдает сахарным диабетом 1 типа в течение 18 лет), энцефалопатией, ускоренной СОЭ (до 62 мм в час). Дислипидемия характеризовалась постоянной хилезностью крови (гиперхиломикронемией), гипертриглицеридемией (ГТГ) — от 12,7 — до 148 мм/л, гиперхолестеринемией (ГХС) — от 9,6 — до 39,6 мм/л, снижением ХС ЛПВП — от 0,66 — до 0,25 мм/л. По данным дискэлектрофореза в геле диагностирована ГЛП V типа (код по МКБ — 10 E 78,3). Максимально глюкоза крови повышалась до 21 мм/л.

Лечение гиперлипидемии впервые начато в 1991 г.: сначала никотиновой кислотой в дозах до 5 г в сутки, эндурацином — 2,5 г/с, а затем статинами — ловастатином, лесколом, симвастатином — в дозах 20-40 мг/с, дискретным плазмаферезом — без должного эффекта. Ни один из статинов или их комбинация с эндурацином не вызвали такого выраженного гиполлипидемического действия, как липимар. В течение 7 лет больная получает монотерапию статином — липимар в дозе 20 мг/с после ужина. Побочных действий препарата не отмечалось. ОХС снижался от 6,1 — до 4,3 мм/л. Наиболее выражено снижался уровень сывороточных ТГ от 4,7 — до 2,8 мм/л. Исчезла хилезность сыворотки крови. Прекратил рецидивировать эруптивный кожный ксантоматоз. Не получено данных за ишемию миокарда. Ангипатия выражена незначительно.

Заключение. Липофильный липимар обладает длительным и широким спектром действия на все липиды, особенно на ТГ при диабетической дислипидемии, позволяет контролировать тяжелую, рефрактерную гиперлипидемию, что подтверждается конкретным клиническим наблюдением. Дженирики аторвастатина — липимар, липитор, аторис, тулип, трован эффективно снижают уровень ТГ плазмы крови, особенно резко снижается синтез богатых ТГ липопротеидов (хиломикрон и пре-бета липопротеидов), тем самым снижается и уровень ХС ЛПНП.

25-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Горбась И.М., Смирнова И.П.

ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» АМНУ, Киев, Украина

Цель: оценка 25-летней динамики профиля риска сердечно-сосудистых заболеваний среди городских жителей Украины.

Методы: с использованием комплекса стандартных эпидемиологических методов исследования и критериев оценки полученных результатов проведено 2 независимых обследования жителей города Киева в возрасте от 18 до 64 лет (2079 и 1975 лиц соответственно) с интервалом 25 лет.

Результаты: распространенность артериальной гипертензии (АГ) в городской популяции составляет 39,8% среди мужчин и 30,8% среди женщин. На протяжении 25 лет ее частота среди мужчин выросла на 9,2% за счет увеличения среднего уровня САД на 4 мм рт.ст. ($p < 0,001$), а ДАД — на 1,3 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Среди женщин распространенность АГ не изменилась, хотя средний уровень САД уменьшился на 3 мм рт.ст. ($p < 0,01$), а ДАД — на 4 мм рт.ст. ($p < 0,001$). Осведомленность больных о наличии АГ возросла от 39,7 до 80,2% ($p < 0,0001$), охват больных антигипертензивным медикаментозным лечением — от 28,7 до 57,4% ($p < 0,0001$), а его эффективность от 9,1 до 12,2% ($p < 0,05$).

За анализируемый период распространенность избыточной массы тела (НМТ) в мужской популяции уменьшилась от 45,9 до 37,5% ($p < 0,0001$), а частота ожирения почти не изменилась и составляет 14,6%. В женской популяции частота НМТ уменьшилась от 40,0 до 29,5% ($p < 0,0001$), а распространенность ожирения — от 33,1 до 23,6% ($p < 0,0001$). Средние уровни индекса массы тела не изменились среди мужчин и достоверно ($p < 0,0001$) уменьшились среди женщин.

Распространенность гиперхолестеринемии выросла на 4,7% среди мужчин и на 8,7% среди женщин, составляя соответственно 22,4% и 23,0%. Средние уровни общего холестерина в крови колебались в мужской популяции от $5,3 \pm 0,04$ до $5,2 \pm 0,05$ ммоль/л ($p > 0,05$) и достоверно увеличились от $4,8 \pm 0,04$ до $5,4 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,0001$) среди женщин. Частота гипертриглицеридемии возросла от 10,9 до 15,0% ($p < 0,005$) среди мужчин и почти не изменилась среди женщин, колеблясь от 6,9 до 9,5% ($p > 0,05$). Средние уровни триглицеридов увеличились от $1,3 \pm 0,02$ до $1,5 \pm 0,02$ ммоль/л; ($p < 0,001$) в мужской популяции и от $1,1 \pm 0,02$ до $1,3 \pm 0,02$ ммоль/л; ($p < 0,001$) в женской.

Среди мужчин распространенность курения снизилась от 48,2 до 42,4% ($p < 0,01$), а среднее количество выкуриваемых за день сигарет остается неизменным и достаточно высоким ($15,3 \pm 0,4$ сиг/день). Среди женщин частота курения выросла от 6,5 до 14,6% ($p < 0,0001$); в среднем они ежедневно выкуривают $8,4 \pm 0,5$ сиг/день.

За анализируемый период частота гиподинамии увеличилась от 18,7 до 39,1% ($p < 0,0001$) среди мужчин и от 32,5 до 48,6% ($p < 0,0001$) среди женщин.

Выводы: частота факторов риска в популяции остается стабильно высокой, а эпидемиологическая ситуация относительно сердечно-сосудистых заболеваний — неблагоприятной. Наличие такого профиля риска не позволяет надеяться в ближайшее время на заметное снижение смертности населения и свидетельствует о необходимости применения известных и поиска новых методов профилактики на популяционном уровне.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ

БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гороховская Г.Н., Давыдов А.Л., Петина М.М., Хоменко В.Л., Мартинов А.И.

ГОУ ВПО «Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет Росздрава», Москва, Россия

Цель: уточнить неблагоприятное воздействие гормонально-метаболических нарушений: гипергликемии, гиперинсулинемии, соматотропной недостаточности на состояние сердечно-сосудистой системы.

Методы: обследован 81 пациент в возрасте от 39 до 57 лет с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС). Группа контроля — 15 пациентов. Больные СД 2 типа имели легкую и средне-тяжелую форму заболевания, находились в состоянии компенсации углеводного обмена. Диагноз ИБС, стабильной стенокардии устанавливался на основании типичного болевого синдрома, провоцируемого физической нагрузкой, данных анамнеза, типичных изменений ЭКГ и положительной велоэргометрической пробы. Определяли уровень глюкозы в плазме глюкозооксидазным методом с использованием наборов «Дако» (Дания), концентрацию соматотропного гормона (СТГ) в плазме иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов фирмы «Biomag HJH Elisa» (Великобритания), С-пептид — иммуноферментным методом на анализаторе «Elisix-1010» (Швейцария), липидный обмен исследовали с помощью тестов фирмы «Randox» на анализаторе «Gentifichem-600». Велоэргометрию проводили на велоэргометре «Siemens-Elerna» (Швейцария) по стандартной методике.

Результаты: В группе больных СД 2 типа с ИБС анализ секреции СТГ в плазме крови натощак выявил признаки выраженного дефицита гормона роста. Самый низкий показатель определялся у пациентов с избыточным весом ($0,26 \pm 0,03$ нг/мл; $p < 0,01$). Проведение двухчасового теста смешанной пищевой нагрузки выявило гормонально-метаболические нарушения в группе больных СД 2 типа с ИБС и ИМТ > 27 кг/м². Анализ показателей липидно-транспортной системы плазмы крови показал существенный сдвиг в липидном и апобелковом спектре у больных СД 2 типа с ИБС: достоверное увеличение СЖК, ТГ, ХС, ЛПНП, ЛПОНП, индекса атерогенности, apoB и ХСЛПВП. Степень выраженности дислипидемии имела зависимость от фоновой и стимулированной секреции СТГ и наоборот. Изменение метаболических (соматотропного гормона) и гемодинамических показателей выявило нарушение диастолической и систолической функции миокарда, что снижало толерантность сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке.

Выводы: Характерной особенностью метаболических нарушений у больных СД 2 типа в сочетании с ИБС и избыточной массой тела, неблагоприятно влияющих на состояние сердечно-сосудистой системы, а также степень выраженности и характер прогрессирования сосудистых осложнений, является гиперинсулинемия, хроническая гипергликемия, дислипидемия и дефицит гормона роста.

0172 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ МАРКОВСКИХ ЦЕПЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Горшкова Е.В.

Нижегородская Государственная Медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: Оценить эффективность применения модели Марковских цепей для прогнозирования значений артериального давления у больных с артериальной гипертензией.

Методы: Для проведения данного исследования была взята группа в количестве 81 человека с первичной артериальной гипертензией, которым после подбора антигипертензивной тера-

пии, в течение 2-х месяцев проводилось измерение артериального давления. Результаты измерений заносились в индивидуальные карты контроля. Для каждого пациента проводился расчет контрольных пределов для 5-ти зон контроля. Рассчитывалась частота нахождения систолического и диастолического артериального давления в каждой из этих зон, а также вероятность перехода системы из одного состояния в другое за сутки для всех возможных сочетаний переходов за весь период наблюдения. Это составляло вектор начальных вероятностей. Просчитывая вероятность перехода системы из одного состояния в другое за сутки для всех возможных сочетаний переходов — получали матрицу вероятностей переходов. Проводился расчет истинного состояния системы на день составления прогноза. Оценка эффективности прогноза проводилась на срок 3, 5, 10 и 30 дней. При помощи программы MathCAD 7.0 по методу Марковских цепей проводился расчет предполагаемых состояний системы на заданные интервалы времени.

Результаты: Проанализировав результаты получили, что среднее отклонение истинных значений нахождения артериального давления в зонах контроля от прогнозных, выраженное в процентах, составило по прогнозу на 3 дня для систолического АД — $2,7 \pm 2,4$, для диастолического — $3,4 \pm 2,5$. При прогнозе на 5 и 10 дней соответственно для систолического — $3,9 \pm 2,1$ и $6,4 \pm 2,2$, для диастолического $4,8 \pm 2,7$ и $7,9 \pm 3,5$. На 30-тидневный срок эффективность прогноза заметно снижалась, так среднее отклонение для систолического АД составило $12,7 \pm 3,1\%$, для диастолического $14,3 \pm 3,2\%$.

Максимальная разница, между прогнозными и истинными значениями составила: для систолического АД — 20,2%, 17,6%, 14,1%, 19,5% для диастолического — 18,8%, 16,2%, 18,3%, 20,0% при прогнозе на 3, 5, 10 и 30 дней соответственно. Минимальная разница составила: для систолического АД — 0,48%, 0,68%, 1,5%, 0,7% для диастолического — 0,86%, 1,6%, 2,7%, 6,9% при прогнозе на 3, 5, 10 и 30 дней соответственно.

Заключение: Использование модели Марковских цепей для прогнозирования АД является наиболее эффективным при сроках прогноза до 10 дней. Таким образом, Марковские цепи, в комбинации с методом контрольных карт, наиболее целесообразно использовать для прогнозирования с целью «оперативно-го» контроля состояния пациента, коррекции антигипертензивной терапии.

Неприемлемость Марковских цепей для длительного прогноза поведения АД и, как следствие, планирования терапии, а также невозможность учитывать влияние на прогноз быстродействующих, внезапно возникающих факторов, дает повод для поиска новых способов прогнозирования.

0173 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОСЕТЕЙ

Горшкова Е.В.

Нижегородская Государственная Медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: Разработка и оценка эффективности метода прогнозирования поведения артериального давления с использованием нейронных сетей.

Методы: В исследуемую группу был включен 81 пациент. Исследуемую группу представляли пациенты с клинически подтвержденной первичной артериальной гипертензией, которым проводилась антигипертензивная терапия. Данной группе пациентов было предложено в течение двух месяцев вести ежедневную запись своих значений АД в индивидуальные карты контроля. Информация из индивидуальных карт контроля пациентов обрабатывалась с применением метода контрольных карт. Полученные таким образом данные включали в себя значения векторов вероятности нахождения цифр АД в каждой из пяти зон контроля — в начале наблюдения (исходные значения), на 3 и 30 дни наблюдения (истинные значения). Следующим этапом работы была разработка структуры нейронной сети. Для обучения и оценки эффективности разработанной нейросети основная группа наблюдений была случайным образом разбита на группы. Группа обучения — состоящая из 40 наблюдений, тестовая — 20 и

контрольная — 21 наблюдение. Созданная нейросеть «обучалась» на группе обучения на срок 3 и 30 дней

Результаты: Усредненная разница прогнозных и истинных значений векторов вероятности нахождения АД в зонах контроля в тестовой группе составила: при прогнозе на 3 дня для систолического 3,8±1,6%, для диастолического — 4,5±5,1%, при прогнозе на 30 дней 9,2±4,1 и 10,5±5,9% соответственно. Аналогичным образом сеть была протестирована на контрольной группе. При прогнозе на 3 дня усредненная разница составила для систолического — 3,6±1,3%, для диастолического — 5,4±8,7%, при прогнозе на 30 дней — 8,2±6,1% и 12,4±8,0% соответственно. Средняя ошибка для тестовой и контрольной групп составила при прогнозе на 3 дня для систолического давления 3,7±1,4%, для диастолического — 5,0±7,1%. При этом минимальная ошибка составила 1,6% и 0,8%, максимальная 8,6% и 37,8% соответственно для систолического и диастолического давлений. При прогнозе на 30 дней средняя ошибка составила 8,7±5,2% для систолического и 11,5±7,0% для диастолического давлений. Если принимать, что прогноз является удовлетворительным при величине усредненной разницы прогнозных и истинных значений векторов вероятностей нахождения АД в зонах контроля не превышающей 10%, то при прогнозе на 3 дня данное условие выполнялось для систолического АД во всех случаях, для диастолического в 37 случаях из 41 наблюдения (90,2%). При прогнозе на 30 дней вышеуказанное условие выполнялось для систолического АД в 25 случаях (60,9%), для диастолического в 23 случаях (56,0%).

Заключение: Разработанный нами метод прогнозирования поведения артериального давления при помощи нейронной сети показал себя достаточно эффективным при сроках прогнозирования до 30 дней. Таким образом, нейронные сети, в комбинации с методом контрольных карт, наиболее целесообразно использовать для прогнозирования с целью достаточно продолжительного контроля состояния пациента в целях коррекции антигипертензивной терапии.

0174 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТОВ

Григорьева Л. В.¹, Хуснутдинова Э. К.², Кыбанова Е.С.¹, Мустафина О. Е.², Паук В. В.², Насибуллин Т. Р.²

¹Якутский научный центр Сибирского отделения РАН, Якутск; ²Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, Уфа, Россия

Цель: анализ наследственной предрасположенности к развитию инфаркта миокарда в популяции якутов по полиморфизму генов-кандидатов.

Методы: Исследовано 254 проб ДНК мужчин якутской национальности. В основную группу включены больные с перенесенным крупноочаговым инфарктом миокарда (ИМ) (102 человека) в возрасте 30–62 лет (средний возраст на момент обследования 50,8±0,62 года). В качестве контроля использовалась выборка мужчин якутов (152 человека, средний возраст на момент обследования 48,0±0,8 года), неродственных между собой и с основной группой, без признаков ССЗ. ДНК выделена из лейкоцитов периферической крови методом фенол-хлороформной экстракции. Исследовано 9 полиморфизмов 8 генов-кандидатов ССЗ (APOE 2059C/T и 2197C/T, APOB 34622C/T и 41064A/G, LPL 22125T/G, CETP 20200A/G, NOS3 VNTR, PON1 16341G/A, ACE I/D, AT1R 1166A/C). Анализ полиморфных маркеров проводили методом ПЦР и ПДРФ с использованием соответствующих праймеров. Статистический анализ результатов проведен с помощью пакетов программ «Statistica for Windows 5.0» (StatSoft), SPSS (версия 14.0), программного обеспечения MS Excel XP (Microsoft) и компьютерных программ «GENEPOP» и «RxC» (Rows x Columns) [Roff, 1989]. Силу ассоциаций оценивали в значениях показателя отношения шансов (odds ratio — OR) [Bland, 2000].

Результаты: Относительный риск заболевания повышен у носителей генотипов APOB*X+/*X+ (OR=4,02, CIOR=1,22–13,19), APOB*X+/*X- (OR=2,02, CIOR=1,12–3,65), AT1R*A/*C (OR=2,45, CIOR=1,15–5,22) и понижен у носителей генотипов APOB*X-/*X- (OR=0,23, CIOR=0,06–0,84), APOE*3/*3 (OR=0,55,

CIOR0,32–0,95), NOS3*4B/*4B (OR=0,2, CIOR0,1–0,83). По распределению частот генотипов популяция якутов схожа с монголоидными и отличается от европеоидных популяций. Обнаружен низкий уровень гетерозиготности по полиморфным маркерам 22125T/G гена LPL, VNTR гена NOS3, 1166A/C гена AT1R.

Выводы: С развитием инфаркта миокарда в популяции якутов ассоциированы полиморфные маркеры генов APOB, AT1R, APOE, NOS3. Результаты исследования применимы в практическом здравоохранении для донозологической профилактики, формировании групп высокого риска по ИБС среди представителей якутской национальности. Информация по распределению частот генотипов и аллелей в популяции якутов может быть использована в области генетической эпидемиологии, в популяционной и эволюционной генетике для углубленного описания генофонда народонаселения.

0175 КАРДИО-РЕНАЛЬНЫЙ КТИНУУМ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ

Григорян З.Э., Рябова О.И., Евсеева М.Е.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель работы: изучить почечное сосудистое сопротивление, определяемое при доплерографии сосудов почек, на ранних стадиях хронической болезни почек (ХБП).

Методы: обследовано 89 больных (32 мужчин и 57 женщины) с хроническими заболеваниями почек недиабетической этиологии в 1–3 ст. Средний возраст больных 45,6±8,3. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофта-Голта. Выполнена эхокардиография в М- и В-режимах. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R.B. Devereux. Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) диагностировали при индексе массы миокарда (ИММЛЖ) ≥134 г/м² у мужчин и ИММЛЖ ≥110 г/м² у женщин. Исследование почечного кровотока проводилось при помощи доплерометрии почечных сосудов со спектральным анализом. Исследовались магистральные и внутрипочечные артерии (сегментарные, междолевые) обеих почек. Определялись максимальная систолическая (Vmax), минимальная диастолическая (Vmin) скорости кровотока, индекс резистентности (RI) и пульсационный индекс (PI) этих артерий рассчитывались автоматически.

Результаты: в 1-ой и 2-ой стадиях ХБП индексы RI и PI внутрипочечных артерий, характеризующих почечное сосудистое сопротивление, достоверно не различались и составили в среднем 0,63±0,01, 1,11±0,03 и 0,64±0,01, 1,06±0,03 соответственно. Однако уже в 3-ей стадии ХБП наблюдалось статистически значимое повышение индексов (RI 0,69±0,01, PI 1,32±0,04, p≤0,01 для обеих). На ранних стадиях ХБП выявлена сильная корреляционная связь между ИММЛЖ и индексом резистентности (RI) и пульсационным индексом (PI) междолевых артерий почек (r=0,7, p<0,01 и r=0,57, p<0,01 соответственно); корреляционная связь умеренной силы между ИММЛЖ и индексом резистентности (RI) и пульсационным индексом (PI) сегментарных артерий (r=0,47, p<0,01 и r=0,48, p<0,01 соответственно); отрицательная корреляционная связь между ИММЛЖ и диастолическим кровотоком в междолевых артериях (r=-0,53, p<0,05). Индекс резистентности (RI) междолевых артерий также коррелировал с возрастом больных (r=0,64, p≤0,01), уровнем систолического АД (r=0,35, p≤0,01), длительностью артериальной гипертензии (r=0,32, p≤0,05), уровнем СКФ (r=-0,3, p≤0,05).

Выводы: на сегодняшний день УЗДГ сосудов почек является неинвазивным, удобным и достаточно информативным методом оценки внутрипочечного кровотока как при различных заболеваниях почек, так и служит индикатором гипертонического нефрангиосклероза. Развитие кардиоваскулярных заболеваний при ХБП отягощает течение почечной патологии, способствует дальнейшему ухудшению внутрипочечной гемодинамики и ускоряет процессы склерозирования в почечной ткани.

0176 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ: ОЦЕНКА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Григорян З.Э., Рябкова О.И., Евсеева М.Е.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить частоту развития, особенности поражения ССС у больных на ранних стадиях хронической болезни почек (ХБП) без нарушения их функции или при мягкой и умеренной почечной дисфункции.

Методы: обследовано 89 больных (32 мужчин и 57 женщин) с ХБП недиабетической этиологии в 1-3 ст. Средний возраст больных $45,6 \pm 8,3$ лет. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле Кокрофта-Голта. Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) рассчитывали по формуле R.V. Devereux и диагностировали при индексе массы миокарда (ИММЛЖ) ≥ 134 г/м² у мужчин и ИММЛЖ ≥ 110 г/м² у женщин. Для оценки артериальной гипертензии измеряли систолическое (САД) и диастолическое давления (ДАД) как ручным методом, так и с помощью суточного мониторирования АД, учитывалась также ее длительность. О диастолической дисфункции (ДД ЛЖ) судили по спектру трансмитрального кровотока (Е/А), а также измеряли время замедления скорости раннего наполнения левого желудочка (ДТ) и время изоволюметрического расслабления левого желудочка (ВИР).

Результаты: при средней СКФ в 1-ой гр. $105,2 \pm 2,5$ мл/мин (средний возраст $39,6 \pm 2,1$ лет) артериальная гипертензия была выявлена у 72,5% больных, ГЛЖ — у 21,4%, ИБС — у 15,6% и диастолическая дисфункция левого желудочка — у 16,7% больных; при средней СКФ во 2-ой гр. $71,3 \pm 1,3$ мл/мин (средний возраст $43,9 \pm 2,1$ лет) АГ выявлена у 83,3% больных, ГЛЖ — у 27,2%, ИБС — у 20%, ДД ЛЖ — 13% больных; и при средней СКФ в 3-ей гр. $42,6 \pm 1,5$ мл/мин (средний возраст $53,4 \pm 2,0$ лет) АГ диагностирована у 92,6% больных, ГЛЖ — у 53,3%, ИБС — у 51,8% и ДД ЛЖ — у 31,8% больных. Выявлена отрицательная корреляционная связь умеренной степени между ИММЛЖ и СКФ ($r = -0,34$, $p < 0,05$) и такая же положительная корреляционная связь между ИММЛЖ и креатинином крови ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Выводы: поражение сердечно-сосудистой системы начинается уже с ранних стадий ХБП, причем наиболее значительные сдвиги происходят при переходе из второй стадии, при которой имеет место мягкая почечная дисфункция, в третью стадию ХБП — с умеренным нарушением функции почек.

0177 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ

Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посенкова О.М., Струнина А.Н., Шварц В.А., Радаева И.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Существует мнение, что 0,1 Гц-колебания в вариабельности сердечного ритма (ВСР) характеризуют центрального механизма вегетативной регуляции сердца. Мощность высокочастотного (HF) диапазона спектра ВСР характеризует уровень дыхательной аритмии и парасимпатических влияний на сердечный ритм.

Цель: изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у больных ИБС при наличии и отсутствии гемодинамически значимых атеросклеротических стенозов коронарных артерий на основе представлений о наличии 0,1 Гц-колебаний в ВСР.

Методы: В исследование включено 88 больных ИБС (мужчины; 49 ± 8 лет) с наличием хотя бы одного коронарного стеноза более 50% и 55 человек (мужчины; 46 ± 9 лет) — без них. Всем больным проводились инструментальные исследования: 12-канальная ЭКГ, Эхо-КГ, велоэргометрическая (ВЭМ) проба, селективная коронарография. Ритмограммы регистрировались исходно в покое и в ходе ВЭМ пробы при нагрузке 25 и 50 Вт в течение 6 минут на каждой ступени нагрузки, при этом первые 3 минуты этапа нагрузки регистрировались при спонтанном дыхании, а последние 3 минуты — при управляемом дыхании периодом 10 секунд. Дыхание периодом 10 секунд позволяет изучать свойства 0,1 Гц-механизмов регуляции посредством резонансного отклика

в области 0,1 Гц-компоненты спектра ВСР. При спонтанном дыхании можно оценивать вегетативную регуляцию сердца в условиях естественного взаимодействия сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Мощность спектра ВСР (в мс²) вычислялась в низкочастотном (LF: 0,04-0,15 Гц) и высокочастотном (HF: 0,15-0,4 Гц) диапазонах параметрическим методом построения спектра ритмограммы на основе авторегрессионной модели. Принималось, что мощность LF-диапазона в параметрическом спектре обусловлена мощностью 0,1 Гц-колебаний в ВСР.

Результаты: Динамика мощности LF-диапазона спектра ВСР на этапах ВЭМ пробы при спонтанном дыхании достоверно не различались ($p > 0,05$) между больными ИБС с наличием стенозов коронарных артерий более 50% и без таковых. При переходе от спонтанного дыхания к управляемому выявлено, что увеличение мощности LF-диапазона при 10-секундном дыхании, относительно спонтанного, достоверно ($p < 0,05$) выше у больных ИБС с коронарным стенозом менее 50% в состоянии покоя и при нагрузке 25 Вт. При нагрузке 50 Вт прирост мощности 0,1 Гц-компоненты достоверных различий не имел ($p > 0,05$) и был достоверно ($p < 0,05$) ниже такового в покое и при нагрузке 25 Вт. Таким образом, у больных ИБС без гемодинамически значимых коронарных стенозов выявлены более высокие адаптационные возможности механизмов центральной вегетативной регуляции сердца при нагрузках низкой интенсивности.

Динамика мощности HF-диапазона спектра ВСР, уровня частоты сердечных сокращений и АД в ходе ВЭМ пробы не имели достоверных межгрупповых различий при спонтанном и управляемом дыхании ($p > 0,05$).

Выводы: Выраженность дисфункции центрального (0,1 Гц) механизма вегетативной регуляции и снижение его адаптационных возможностей у больных ИБС ассоциированы с наличием гемодинамически значимых коронарных стенозов.

0178 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Гринштейн Ю.И., Савченко Е.А., Гринштейн И.Ю., Савченко А.А.

Государственная медицинская академия, Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель: изучить показатели системы гемостаза у больных коронарной болезнью сердца (КБС) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) и выявить среди них группу аспиринарезистентных больных (АРБ).

Методы: обследованы 62 пациента мужского пола со стенокардией II-IV функционального класса в возрасте от 38 до 73 лет. Контрольная группа состояла из 35 доноров. Всем больным до и после АКШ, а также на 12-14 сутки определялись показатели гемостаза на фоне терапии аспирином в дозе 75-150 мг/сутки. Изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза: подсчет числа тромбоцитов, спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов на агрегометре «Биола» (индукторы: АДФ, коллаген, адреналин), концентрация фактора Виллебранта (ФВ). Исследованы показатели коагуляционного гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое отношение (ПО), тромбиновое время (ТВ), концентрация фибриногена (ФГ), уровень растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК). Определяли уровень физиологического антикоагулянта антитромбина III (АТ-III). Дополнительно оценивали уровень ХПа-зависимого фибринолиза и уровня плазминогена.

Результаты: у больных ИБС до операции АКШ по сравнению с контрольной группой повышен уровень индуцированной агрегации тромбоцитов с АДФ и сосудистого компонента ФВ, а также количество РФМК и ФГ, угнетена фибринолитическая активность, отмечен сдвиг тестов, характеризующих плазменный гемостаз в сторону гиперкоагуляции. Следовательно, наблюдается активация плазменного и тромбоцитарного гемостаза. После операции АКШ у всех больных наблюдаются выраженные изменения в гемостазе характерные для послеоперационного периода: снижается количество тромбоцитов, наблюдаются признаки

гиперкоагуляционного сдвига, депрессия факторов протромбинового комплекса, уровень ФГ возрастает, нарастает тромбемия, снижается уровень АТ-III, повышается спонтанная агрегация тромбоцитов, наблюдается выраженный эндотелиоз (ФВ возрастает). На момент выписки из стационара больные разделились на две группы: у 89% больных отмечается хороший эффект действия аспирина — в 2-3 раза по сравнению с исходными данными снизилась АДФ- и адреналин-зависимая агрегация тромбоцитов. У 11% больных агрегация тромбоцитов с АДФ и адреналином осталась на прежнем уровне или снизилась незначительно, а у нескольких больных наблюдалась повышение индуцированной агрегации тромбоцитов по сравнению с исходным уровнем. Таким образом, сформировались две группы больных — аспиринчувствительные и аспиринрезистентные.

Выводы: исследование показателей гемостаза в обеих группах через 12-14 дней после АКШ выявило активацию плазменного звена — гиперкоагуляционный сдвиг, сохраняющуюся тромбемию, гиперфибриногемию, угнетение фибринолиза. Уровень ФВ в группе аспиринрезистентных больных (11%) достоверно выше по сравнению с аспиринчувствительными больными. Сохраняющийся гиперагрегационный потенциал и высокий эндотелиоз у АРБ, несмотря на прием аспирина, создает угрозу для сосудистых катастроф у данной категории больных, что требует дополнительной медикаментозной коррекции.

0179 ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Гришаева Е.Е., Фадеева С.С., Ястребова Е.И., Борисова Н.А., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучение механизмов нарушения функций эндотелия у лиц старше 60 лет, страдающих артериальной гипертензией.

Методы: обследовано 30 пациентов (8 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 60 до 74 лет ($67,6 \pm 4,1$ года) с артериальной гипертензией I-II степени. Применялся ультразвуковой метод определения прироста диаметра плечевой артерии в пробе с постокклюзионной реактивной гиперемией по методике D. Celenmajer. Измерение диаметра плечевой артерии мы осуществляли с помощью линейного датчика 7,5 МГц на ультразвуковой системе Aloka 1700 (Япония), в режиме двумерного ультразвукового сканирования. Плечевая артерия лоцировалась в продольном сечении на 2-15 см выше локтевого сгиба на правой конечности. Оценивался прирост диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию (дисфункцией эндотелия считали расширение плечевой артерии менее 10%). Методом объемной сфигмографии на приборе Vasera — 1000 (Япония) определялись: скорость распространения пульсовой волны по артериям мышечного типа и индекс CAVI, отражающий истинную жесткость артерий, не зависящую от уровня артериального давления. Среднесуточное артериальное давление определялось методом суточного мониторирования артериального давления монитором МнСДП-2 BPLab (Россия). Данные представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты: уровень среднего гемодинамического артериального давления за сутки составил 107 ± 8 мм рт.ст., систолического — $150 \pm 10,9$ мм рт.ст., диастолического — $90,4 \pm 8,6$ мм рт.ст., диаметр плечевой артерии — $0,49 \pm 0,07$ см, толщина слоя интима-медиа общей сонной артерии — $1,06 \pm 0,02$ мм, соотношение амплитуды волн E и A трансмитрального спектра — $0,706 \pm 0,1$, скорость распространения пульсовой волны по артериям мышечного типа — $8,85 \pm 2$ м/с, индекс CAVI — $7,8 \pm 1,2$. Прирост диаметра плечевой артерии варьировал в диапазоне от $-0,07$ до $0,02$ см и у всех обследуемых не превышал 10%. Установлена достоверная обратная корреляция между величиной прироста диаметра плечевой артерии и следующими показателями: средним гемодинамическим артериальным давлением ($rs = -0,64$; $p = 0,01$), скоростью распространения пульсовой волны по артериям мышечного типа ($rs = -0,6$; $p = 0,02$), индексом CAVI ($rs = -0,63$; $p = 0,01$).

Выводы: таким образом, установлена достоверная взаимосвязь между скоростью распространения пульсовой волны и приростом диаметра плечевой артерии, истинной жесткостью сосудистой стенки, средним гемодинамическим артериальным да-

влением. Уменьшение значения соотношения амплитуды пиков E и A $< 0,75$ свидетельствует о нарушении релаксации миокарда левого желудочка сердца у лиц пожилого возраста. Превышение $0,9$ мм толщины слоя интима-медиа общей сонной артерии является маркером атеросклеротических изменений сосудистой стенки у обследованного контингента лиц. У всех пациентов выявлено наличие эндотелиальной дисфункции, повышение истинной жесткости артерий, что свидетельствует о напряжении функции ауторегуляторных механизмов сосудистого тонуса у пожилых с артериальной гипертензией.

0180 ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Гришаев С.Л., Сухов В.Ю.

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

Цель: Оценить выраженность транзиторной ишемии миокарда у больных ИБС с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП) с помощью нагрузочной ОФЭКТ.

Методы: Было обследовано 99 больных, разделенных на 2 группы. Группу I составили 53 пациента с документированной ИБС и длительностью фибрилляции предсердий более одного года. У всех больных регистрировалась пароксизмальная форма ФП (один или более пароксизмов длительностью свыше 30 секунд, восстановление синусового ритма происходит самостоятельно, либо после фармакологической или электрической кардиоверсии, длительность пароксизма не превышала 2 суток). В группу II вошли 46 больных ИБС с отсутствием ФП и без аномального предсердного эктопизма (в том числе с парной и групповой ЭС), которая является маркером высокого риска возникновения ФП (Кушаковский М.С., 1999). При нагрузочном исследовании перфузии миокарда с помощью технетриала Tc-99m сцинтиграфическое изображение миокарда условно делилось на 17 сегментов по обычной методике. При проведении различных функциональных взаимодополняющих методов исследования (ВЭМ, ХМ, ЧПЭФИ) достоверных различий в выраженности коронарной недостаточности у больных ИБС обнаружено не было.

Результаты: Распределение максимума накопления в % по группам распределялось следующим образом. В группе больных ИБС с ППФ после нагрузки в бассейне левой нисходящей коронарной артерии умеренные дефекты накопления встречались у 100% обследованных. Средних и тяжелых дефектов накопления по группе не встречалось. В группе больных ИБС без существенной предсердной аритмической активности умеренных дефектов по группе было 86,5%, средних — 3% и тяжелых — 10,5%. В бассейне огибающей ветви левой коронарной артерии в группе ИБС с ППФ умеренных дефектов накопления было 65,5%, средних — 34,5%. В группе ИБС без ППФ умеренных дефектов наблюдалось у 41%, средних — 54% и тяжелых — 5% больных. В бассейне правой коронарной артерии у больных ИБС с ППФ умеренных дефектов накопления отмечалось у 14%, средних — 86%. В группе больных ИБС без ППФ умеренных дефектов накопления наблюдалось у 25%, средних — 65% и тяжелых — 10% больных. В группе I однососудистое поражение имели 72% больных, двухсосудистое — 21% и 7% имели трехсосудистое поражение. Иначе поражения по бассейнам коронарных артерий распределялись в группе II. Однососудистое поражение имели 40% больных, двухсосудистое — 32% и 28% имели трехсосудистое поражение коронарных артерий.

Выводы: При выполнении нагрузочной ОФЭКТ миокарда в группе ИБС без ФП преобладали более тяжелые перфузионные нарушения, причем у большинства больных отмечались как двухсосудистые, так и трехсосудистые нарушения перфузии. В группе больных ИБС с фибрилляцией предсердий нарушения перфузии были менее выражены, причем у большинства больных нарушения перфузии отмечались в одном бассейне коронарной артерии.

0181 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Грищенко Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.
ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Цель: выявить факторы, влияющие на приверженность к терапии статинами пациентов с высоким риском развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: критериям включения были высокий уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (4,2-5,2 ммоль/л), артериальная гипертония и высокий риск развития ИБС (не более 20% Фрамингемской шкале риска развития кардиоваскулярных осложнений). Критериями исключения являлись ИБС, любая тяжелая сопутствующая патология. Проводилось исследование фракций холестерина. Пациентам назначался аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. Препарат на протяжении всего исследования предоставлялся пациентам бесплатно. Контрольные визиты выполнялись через 3 и 6 месяцев после выписки пациента из стационара. Проводился опрос пациентов, фиксировался уровень ЛПНП и степень тревоги и депрессии (по госпитальной шкале). Комплаинс определялся путем учета возвращенных пациентом таблеток. Достаточным считался комплаинс от 80 до 120%. Отдельно рассматривался факт полного прекращения терапии. Выявление связи между учитываемыми величинами проводилось методом однофакторного анализа.

Результаты: в исследовании согласились принять участие 105 пациентов (76% женщин и 24% мужчин, средний возраст 58 лет. Через 3 месяца прекратили лечение 5 пациентов (4%), через 6 месяцев — 23 пациента (22%). Причины: — у 5 пациентов побочные эффекты, у 2 пациентов — выявление новообразований, 14 пациентов отказались участвовать в исследовании без объяснения причин, 6 — были потеряны для наблюдения. Уровень ЛПНП снизился в среднем на 44% от исходного и колебался от 2,25 до 4,52 ммоль/л (в среднем -2,8 ммоль/л на 2 визите и 3,0 ммоль/л на 3 визите). Через 3 месяца симптомы депрессии выявлялись у 17% пациентов, тревоги — у 24%. Через 6 месяцев достоверных изменений в частоте и уровне выраженности аффективных расстройств не было выявлено. Полностью удовлетворены лечением были 71% пациентов на 2 визите и 68% на 3 визите. Комплаинс на 2 визите составил в среднем 95%, комплаинс ниже 80 имели только 7% пациентов. На 3 визите комплаинс составил в среднем 94%, причем недостаточный комплаинс был у 5%. Изменения здоровья и в личной жизни, наличие тревоги или депрессии, побочные эффекты, удовлетворенность от лечения в целом не оказывали достоверных влияний на комплаинс пациента. Пациенты, не отмечавшие на момент начала терапии симптомов депрессии (92% vs 75%, $p=0,09$) и тревоги (100% vs 60%, $p=0,04$) продолжали терапию чаще, чем пациенты, имевшие депрессивные и тревожные нарушения. Удовлетворенность от лечения также повышала приверженность к терапии (неудовлетворенные лечением пациенты продолжали терапию лишь в 66% случаев, тогда как удовлетворенные в 100%, $p=0,001$).

Заключение: комплаинс пациента, как количество принятых таблеток, относительно стабилен, нами не обнаружено факторов, достоверно влияющих на него. На факт продолжения терапии влияет наличие у пациента тревоги или депрессии исходно и удовлетворенность пациента лечением.

0182 ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЛИКОРА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ

Громнацкий Н.И., Середицкая Ж.Е., Лазарева Н.В., Анненкова Г.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования: оценить иммуномодулирующую активность алликора у пациентов с умеренно выраженными атерогенными дислипидемиями.

Материалы и методы: в исследование включены 56 пациентов в возрасте 40 — 60 лет (33 женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой, 23 мужчины), у которых после 8 нед гиполипидемической диеты диагностированы атерогенные дислипидемии (IIa и IIb типов), и при этом отмечалась умеренно выраженная гиперхолестеринемия (5,0-7,8 ммоль/л) и уровень ТГ не выше 4,5 ммоль/л. Больные были разделены в соответствии с категориями риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): группа 1 — лица с установленной ИБС и/или клиническими проявлениями атеросклероза другой локализации (стенозирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, атеросклероз мозговых сосудов), группа 2 — лица без клинических проявлений ИБС и ее эквивалентов, но с наличием >1 фактора риска (с риском развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений в течение 10 лет по шкале SCORE $\geq 5\%$). Пациенты продолжали соблюдать гиполипидемическую диету I степени, наряду с приемом алликора (300мг/сут, фирма «ИНАТ-Фарма») на протяжении 12 нед. В следующие 12 нед больным группы 1 увеличили дозу препарата до 600мг/сут, оставив ее без изменений у пациентов группы 2. В исходном состоянии, через 1, 3 и 6 мес приема алликора определяли параметры липидного обмена и иммунного статуса по общепринятым методикам. В качестве контрольной группы (с целью получения нормативных показателей иммунного статуса) обследованы 30 здоровых добровольцев.

Результаты: у больных группы 1 в исходном состоянии отмечены более высокие значения атерогенных фракций липидов крови (ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП), повышение коэффициента атерогенности и низкий уровень ХСЛПВП по сравнению с пациентами группы 2 ($p<0,05$). Иммунный статус больных группы 1 характеризовался: активацией неспецифической резистентности (повышением окислительного потенциала фагоцитирующих клеток — НСТбаз и НСТстим), увеличением относительного содержания Т-хелперов (Тх), снижением относительного содержания Т-супрессоров (Тс), повышением уровня IgG и ЦИК в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$). Эти изменения были выражены в большей степени в сравнении с пациентами группы 2, у которых отмечено повышение НСТбаз и НСТстим, увеличение относительного содержания Тх, некоторое повышение содержания IgG и ЦИК в сравнении с контрольной группой ($p<0,05$). Под влиянием алликора через 24 нед приема отмечено не только умеренное гиполипидемическое действие ($p<0,05$), но и иммуномодулирующие эффекты у пациентов обеих групп. У больных группы 1 выявлено снижение НСТбаз и НСТстим, уменьшение исходного дисбаланса Тх/Тс, снижение уровня IgG в сравнении с исходным ($p<0,05$). У пациентов группы 2 — снижение НСТбаз и НСТстим ($p<0,05$), без значимых изменений клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Заключение: алликор обладает умеренным гиполипидемическим действием, а также иммуномодулирующим эффектом при приеме в дозе 600мг/сут в течение 6 мес больными с атерогенными ДЛП (с умеренной гиперхолестеринемией) и клиническими проявлениями атеросклероза и в дозе 300мг/сут — пациентами без клинических проявлений атеросклероза, но с наличием >1 ФР.

0183 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОБ И ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Громнацкий Н.И., Татаренкова Л.А., Корень Н.А., Новиков М.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Автономная нервная система играет важную роль в генезе нарушений сердечного ритма у больных артериальной гипертензией (АГ). Развитию пароксизма "идиопатической" желудочковой тахикардии предшествуют изменения показателей вариабельности ритма сердца (ВРС). Наличие АГ и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ассоциируется со значительным уменьшением ВРС.

Цель работы: оценить диагностическую значимость исследования кардиоваскулярных проб (КВП) и вариабельности ритма

сердца для выявления кардиоваскулярной автономной нейропатии (КВАН) у больных АГ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 26 больных АГ в возрасте 22–65 лет, в т. ч. 10 мужчин и 16 женщин.

2-я степень (умеренная АГ) повышения артериального давления (АД) ВОЗ и Второй пересмотр отечественных рекомендаций, 2004 г. была выявлена у 4 пациентов, 3-я степень (тяжелая АГ) — у 22 пациентов. Продолжительность заболевания — 10,4 года. Наличие гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) выявляли по вольтажным критериям ЭКГ или методом Эхо-КГ. КВП включали 5 стандартных тестов по Ewing, 1998 г. Методика предусматривает фоновую запись ЭКГ в течение 5 мин. с определением АД по окончании пробы, пробу с глубоким управляемым дыханием (6/мин.), пробу Вальсальвы, тест Шелонга, тест 30:15, пробу с изометрической нагрузкой с замером АД до и по окончании нагрузки. Исследовалась ВРС, включая анализ временных и частотных характеристик ритма (спектральный анализ сердечного ритма). Компьютерный анализ ВРС осуществлялся по программе «Полиспектр — Ритм» (Нейрософт).

Результаты: в исходном состоянии ВРС характеризовалась снижением среднего квадратичного отклонения (SDNN, мс). При исследовании спектральных показателей отмечено снижение общей мощности спектра (TP, мс²), что отражает нарушение общей ВРС, угнетение активности вегетативной нервной системы (ВНС) за счет преобладания в ее балансе симпатических влияний (повышение симпато-вагального индекса LF/HF>1,5). Наблюдаемое преобладание в общей мощности спектра сверхнизких колебаний (VLF, мс²) свидетельствует о том, что регуляция ритма сердца у больных АГ осуществляется на гуморально-метаболическом уровне при значительном снижении вегетативной составляющей. На основе кардиоваскулярных проб выявлены также признаки поражения ВНС. Анализ результатов Эхо-КГ выявил ГЛЖ, диастолическую дисфункцию II типа по данным доплеровских параметров (за счет утолщения межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), снижение VE и отношения VE/VA).

Выводы: выявленную автономную нейропатию можно рассматривать в качестве раннего признака дисфункции ЛЖ, т.к. ВНС контролирует ЧСС, сокращение и релаксацию миокарда, периферическое сопротивление сосудов. Исследование показателей ВРС и КВП может быть использовано в диагностике факторов риска у больных АГ. Для диагностики КВАН необходимо исследовать ВРС.

0184 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Громов А.А., Зулин Я.В., Соснин С.М., Кручинина М.В., Рабко А.В.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

В настоящее время в России отмечается «сверхсмертность» населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно от них погибает более 1 млн. 200 тыс. человек. Вследствие этого возрастают экономические, демографические, социальные проблемы. Существующая система профилактики не обеспечивает необходимые темпы снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

В Новосибирске внедрена система выявления новых факторов риска ишемической болезни сердца. В 2003 году для ее реализации создан городской Центр профилактики тромбозов. Эта система позволяет использовать превентивную терапию уже на этапе первичной профилактики, учитывает индивидуальный риск пациента, предусматривает коррекцию не только традиционных факторов риска (дислипидемия, артериальную гипертензию и т.д.), но и выявление, и коррекцию маркеров воспаления, тромбообразования с учетом особенностей России. Высокая эффективность работы Центра обеспечивается динамическим наблюдением за состоянием пациента в процессе лечения.

Технологии центра позволяют выявлять и блокировать основные механизмы развития инфаркта миокарда — атерогенное

воспаление, тромбообразование, липидные нарушения и эндотелиальную дисфункцию, проводить оценку тромбогенного потенциала. Осуществляется оценка и контроль в динамике широкого спектра факторов риска, включая фибриноген, спонтанную агрегацию, t-PA, PAI-1, уровень фактора Виллебранда, D-Dimer, L-фактор VII, лейкоцитарно-тромбоцитарную агрегацию, гипергомоцистеинемию, вч-СРБ. Выявляются генетические маркеры инфаркта миокарда и венозных тромбозов (мутация A506-G фактора V (аномалия Лейден), полиморфизм R-CCR2 (аллель 64I), мутация G20210-A гена протромбина, мутация G677TA-V гена МТГФР, полиморфизм (PIA2) гена гликопротеина GPIIb-IIIa). Технологии Центра позволяют выявлять факторы риска венозных тромбозов и инсультов — нарушения системы протеинов C и S, антитромбина III. Проводится оценка и контроль в процессе проводимой терапии нарушений микроциркуляции, изменений мембран клеток (жирнокислотный, фосфолипидный состав, фосфоросодержащие соединения).

За последние пять лет Центром обследовано и проконсультировано более 37 тысяч больных. В городе успешно развернуты и выполняются две программы — по диагностике и лечению антифосфолипидного синдрома в ревматологии и по пренатальной диагностике внутрисосудистых нарушений и фетоплацентарной недостаточности при беременности. Начата реализация программы снижения сердечно-сосудистой смертности.

Выдвигается предложение по созданию пилотного Центра профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с использованием наукоемких, стационарзамещающих технологий для отработки механизмов первичной и вторичной профилактики, с последующим внедрением подобных Центров на всей территории России. Цель создания подобных Центров — реализация программы снижения сердечно-сосудистой смертности на 50–60%.

0185 ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ И ВЯЗКОУПРУГИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭРИТРОЦИТОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС

Громов А.А., Кручинина М.В., Рабко А.В., Гончарова М.В., Курилович С.А., *Бакиров Т.С., *Генералов В.М.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; *ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», Кольцово, Россия

Целью работы явилось изучение электрических и вязкоупругих свойств эритроцитов (Er) методом диэлектрофореза в переменном электромагнитном поле и показателей гемостаза у больных ИБС для выявления наиболее значимых патогенетических факторов развития острого коронарного синдрома.

Обследовано 15 мужчин в возрасте от 42 до 76 лет с ИБС (острый коронарный синдром). У 13 человек (86,7%) был диагностирован острый коронарный синдром без подъема ST (у 9 пациентов — нестабильная стенокардия, у 4 — мелкоочаговый инфаркт миокарда), у 2-х человек — крупноочаговый инфаркт миокарда. Повторное обследование — через 3 месяца после поступления. Группу сравнения составили 33 мужчины сопоставимого возраста без ИБС.

Экспериментально установлено: обобщенные показатели жесткости, вязкости, электропроводности мембран эритроцитов, относительной поляризуемости достоверно выше, а поляризуемости, амплитуды деформации — ниже у больных ИБС по сравнению с группой контроля ($p < 0,0001-0,05$). В динамике проводимой терапии поляризуемость и амплитуда деформации эритроцитов достоверно возрастали, а уровни обобщенных показателей вязкости, жесткости, электропроводности и индекса агрегации снижались ($p < 0,043-0,001$).

Анализ показателей гемостаза больных с ОКС выявил снижение скорости и степени агрегации тромбоцитов с коллагеном, АДФ 5,0, ристоминином (1,0), замедление XIIa-зависимого фибринолиза при значительном увеличении показателей РКФМ, индекса инактивации тромбина, фактора Виллебранда ($p < 0,001-0,05$), увеличение частоты выявления волчаночного антикоагулянта. Значительно измененными оказались скоростные показатели агрегации тромбоцитов. В динамике наблюдения отмечено восстановление значений агрегации тромбоцитов, уменьшения тромбинемии, волчаночного антикоагулянта при снижении ско-

рости лейкоцитарно-тромбоцитарной агрегации (ЛТА) ($p < 0,034-0,05$).

Установлены корреляции между электрическими, вязкоупругими характеристиками эритроцитов и показателями гемостаза (поляризуемостью и скоростью ЛТА — $r = -0,643$, $p < 0,01$; поляризуемостью и степенью агрегации тромбоцитов с коллагеном — $r = 0,512$, $p < 0,03$; поляризуемостью и РКФМ — $r = 0,423$, $p < 0,031$; между электропроводностью, амплитудой деформации Ег и наличием волчаночного антикоагулянта — $r = 0,616$, $p < 0,008$; $r = 0,504$, $p < 0,039$; амплитудой деформации Ег и ХПа-зависимым фибринолизом — $r = 0,477$, $p < 0,05$; вязкостью при 106Гц и степенью агрегации тромбоцитов с АДФ 5,0 — $r = -0,5$, $p < 0,041$; индексом агрегации Ег при 106Гц и скоростью, и степенью агрегации тромбоцитов с АДФ 5,0 — $r = -0,666$, $p < 0,003$, — $r = -0,543$, $p < 0,024$, соответственно).

Взаимосвязь показателей электрических, вязкоупругих характеристик эритроцитов (Ег) и гемостаза демонстрирует межлеточные взаимодействия при ИБС, что является перспективным для выявления основного патогенетического механизма при определении терапевтической тактики.

0186 ОЦЕНКА РОЛИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Гросу А.А., Дьякону Н.В., Давид Л.А. Дьякону С.Г.
Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования: изучить частоту мерцания предсердий (МП) и сердечно-сосудистой патологии у больных ишемическим инсультом (ИИ) и определить наиболее значимые факторы риска его развития.

Материал и методы: обследованы 735 больных с ИИ (333 мужчин и 402 женщины), госпитализированных в неврологическое отделение муниципальной больницы г. Кишинева в течение одного года (2004). Анализировали анамнез, наличие сердечно-сосудистой патологии, ЭКГ, клиничко-лабораторные данные, проведенное лечение, у умерших — результаты патоморфологического исследования. Средний возраст больных составил 67 ± 8 лет. Мерцание-трепетание предсердий зарегистрировано на ЭКГ у 201 (27,4%) больного, в том числе хроническая и персистирующая формы МП у 72,6 %, пароксизмальная форма 23,4% и трепетание предсердий 4,9%. Лица имеющих тахикардию ($n = 201$) составили I группу исследования, остальные 534 пациентов вошли во II группу. Умерли в период госпитализации 133 (18,1%) пациентов.

Результаты: средний возраст больных имеющих МП (I группа) составил $70,39 \pm 9,1$ лет, из них 72,1 % были старше 65 лет, преобладали лица женского пола (57,7%). В этой группе отмечены более короткий период госпитализации (8,87 дней) в сравнении со 2-ой группой (9,43 дней) $p > 0,05$, но более длительный период лечения в реанимационном отделении (5,17 и 4,7 дней соответственно) $p > 0,05$. Больные II группы были моложе, их средний возраст составил $64,28 \pm 10,7$ лет ($p < 0,05$), только 49,8% из них были старше 65 лет, также незначительно преобладали лица женского пола (53,5%) $p > 0,05$. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания имели 99,5% пациентов первой группы и 92,7% второй группы.

В целом сердечно-сосудистую патологию имели 695 (94,56 %) больных. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) диагностирована у 65% больных I группы и 44,5% второй группы ($p < 0,01$), в том числе имели инфаркт миокарда в анамнезе 22,89% и 11,8% соответственно. ($p < 0,01$) Артериальная гипертензия (АГ) встречалась с одинаковой частотой в обеих группах больных (87,5% и 89,8% соответственно) $p > 0,05$. Ревматические пороки существенно преобладали у лиц первой группы (9,45% и 1,69%, соответственно) $p < 0,001$. Тромбоэмболические осложнения в анамнезе встречались одинаково часто в обеих группах (29,35% и 29,03%) $p > 0,05$, с небольшим преобладанием периферических и повторных тромбоэмболических событий у пациентов I группы (5,97% и 2,62%). Клинические признаки сердечной недостаточности, чаще присутствовали у пациентов I группы (97,5% и 54,3%, соответственно) $p < 0,01$. Сахарный диабет встречался с одинаковой частотой в обеих группах (29,85% и 30,5%) $p > 0,05$. Смертность

больных ишемическим инсультом была выше среди пациентов с мерцанием предсердий (31,34 % и 13,1%), $p < 0,01$.

Выводы: Мерцание предсердий выявлено у 27,4% больных ишемическим инсультом. Больничная летальность у этих больных была выше (31,34%). Возраст (более 65 лет), женский пол, сопутствующая сердечно-сосудистая патология (ИБС, СН, РП) в сочетании с МП были факторами, определяющие более высокий риск развития ишемического инсульта.

0187 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Грязнов А.В., Жержова А.Ю., Савельева Н.Ю., Гапон Л.И.

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

Состояние функции почек и стратегия нефропротекции при первичной артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время являются актуальной проблемой кардиологии и нефрологии.

Цель. Оценить функцию почек у больных с АГ.

Методы. В исследовании включено 99 пациентов с АГ различной степени, из них 89 человек имели микроальбуминурию (МАУ); группу сравнения составили 10 пациентов, у которых содержание альбумина в суточной моче не превышало нормы. Все пациенты были сопоставимы по полу, индексу массы тела и не имели тяжелых сопутствующих заболеваний, в том числе, со стороны почек, а также не страдали ожирением и не имели ассоциированных с артериальной гипертензией, клинических состояний. Средний возраст пациентов с МАУ составил $39,6 \pm 1,2$ года, стаж АГ $5,6 \pm 0,7$ лет; у больных с микроальбуминурией — $31,2 \pm 4,0$, а стаж АГ — $6,3 \pm 1,9$ лет соответственно.

Всем больным проводилось обследование по стандартной двухэтапной схеме для исключения вторичного генеза АГ. Использовались следующие специальные методы исследования. Проводилось суточное мониторирование АД на аппарате «АВРМ — 04М» («Meditech») в условиях «чистого» фона. Комплексное ультразвуковое исследование почечных артерий выполнялось на аппарате «Agilent Image Point HX» («Hewlett Packard», США): сканирование в двухмерном режиме, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) в импульсно-волновом доплеровском режиме, цветное доплеровское картирование потоков по скоростям. Определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Гаулта.

Результаты. У пациентов с микроальбуминурией регистрировались более высокие показатели нагрузки систолическим артериальным давлением (САД) в течение суток (индекс времени САД у больных с МАУ был $62,0 \pm 8,1$ %, у пациентов без МАУ — $29,7 \pm 3,1$ %, $p = 0,003$). У больных с МАУ регистрировалась также большая величина утреннего подъема САД $49,5 \pm 5,9$ мм рт.ст./ч, чем у больных без МАУ — $34,7 \pm 2,0$ мм рт.ст./ч ($p = 0,034$) и более высокие показатели вариабельности САД за сутки ($17,2 \pm 0,8$ мм рт.ст.), чем в группе сравнения ($14,0 \pm 0,4$ мм рт.ст.; $p = 0,01$). Показатели креатинина, мочевой кислоты и скорости клубочковой фильтрации не имели достоверных отличий в обеих группах. При анализе параметров почечной гемодинамики в исследуемой группе наблюдалась более низкая минимальная диастолическая скорость кровотока на уровне сегментарных почечных артерий ($0,22 \pm 0,01$ м/с), чем в группе сравнения ($0,32 \pm 0,04$ м/с, $p = 0,039$). Показатели кровотока на уровне ствола и междолевых артерий почек не имели статистически значимых отличий.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить более неблагоприятный прогноз у больных с МАУ, так как у этих пациентов регистрируется более высокая нагрузка давлением, величина утреннего подъема и вариабельность САД. При нормальных значениях креатинина и скорости клубочковой фильтрации у больных с МАУ регистрируется нарушение внутривисцеральной гемодинамики в виде снижения диастолической скорости кровотока на уровне сегментарных артерий.

0188 ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ

Губич С.Г., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В.

Государственная Медицинская Академия, Красноярск, Россия

Цель. Оценить наличие факторов риска и их влияние на частоту коронарных событий у больных перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) с различными видами реваскуляризации коронарных артерий.

Методы. В исследование включены 141 пациент, мужского пола, возраст $54,2 \pm 2,7$ года, перенесшие острый инфаркт миокарда с различными видами реваскуляризации и без таковой, и прошедшие курс физической реабилитации в кардиологическом санатории «Енисей» с последующим продолжением тренировок в домашних условиях в течение 12 месяцев. Группу ОИМ + чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА, $n=48$) составили пациенты с ОИМ и реваскуляризацией коронарных артерий (ЧТКА, стентирование), группу ОИМ + тромболитическая терапия (ТЛ, $n=44$) составили пациенты с ОИМ и медикаментозной реваскуляризацией (стрептокиназа, актилизе), контрольную группу ОИМ ($n=50$) составили пациенты без реваскуляризации коронарных артерий. Оценивалось наличие факторов риска, частота коронарных событий в группах в течение 12 месяцев наблюдения. Проводилась ЭКГ – диагностика, ВЭМ проба с определением величины пороговой мощности (Ватт).

Результаты. Во всех группах были пациенты с факторами риска коронарных событий. В группе ОИМ + ЧТКА курящих 75,4% ($n=38$), с уровнем ОХ $>5,5$ ммоль/л – 54,9% ($n=28$) и ИМТ >25 – 68,6% ($n=35$), АД $>140/90$ мм рт.ст. 56,2% ($n=27$). В группе ОИМ + ТЛ курящих 68,1% ($n=30$), с уровнем ОХ $>5,5$ ммоль/л – 47,7% ($n=21$) и ИМТ >25 – 65,9% ($n=29$), АД $>140/90$ мм рт.ст. 68,1% ($n=30$). В группе ОИМ курящих 62% ($n=31$), с уровнем ОХ $>5,5$ ммоль/л – 50% ($n=25$) и ИМТ >25 – 46% ($n=23$), АД $>140/90$ мм рт.ст. 48,0% ($n=24$). Статистически достоверных различий по факторам риска в группах не отмечалось. По одному фактору риска имели 7% пациентов, остальные по 2 и более. По системе SCORE риск коронарных событий составлял у них 4–5% и более. По истечению 12 месяцев наблюдения число обострений ишемической болезни сердца составило в группе ОИМ + ЧТКА – 31,2% (15 пациентов), в группе ОИМ + ТЛ – 47,7% (21 пациент), в группе ОИМ – 54% (27 пациентов). Из них повторный ИМ встречался в 2,1%, 9,1%, 14% соответственно по группам, нестабильная стенокардия в 29,1%, 38,6%, 40% соответственно. В этих группах отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке при ВЭМ. У пациентов без коронарных событий в течение 12 месяцев, наличие факторов риска составляло не более одного.

Выводы. Наличие таких факторов риска как курение, нестабильное АД, гиперхолестеринемия и ожирение ухудшает прогноз у больных перенесших инфаркт миокарда и ведет к обострению коронарной болезни, что проявляется в повторных ОИМ и прогрессирующей стенокардии. Постстационарная реабилитация снижает частоту коронарных событий у больных перенесших острый инфаркт миокарда. Обострение ИБС безусловно сказываются на физической активности больных перенесших ОИМ. В группе больных с ЧТКА количество коронарных событий в течение 12 месяцев было достоверно меньше, чем в группах после тромболитической и без реваскуляризации инфаркт-зависимой артерии.

0189 ВЗАИМОСВЯЗАНЫ ЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гудгалис Н.И., Искова Х.В., Виллевалде С.В., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.
РУДН, Москва, Россия

Цели: гипергликемия, дислипидемия и воспаление могут приводить к нарушению функции почек посредством развития эндотелиальной дисфункции у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2Т). Целью исследования было оценить связь между параметрами углеводного и липидного обмена, а также маркерами воспаления и показателями функции почек у больных с СД2Т.

Материалы и методы: обследовано 158 больных СД2Т (82 мужчины, средний возраст $56,2 \pm 0,7$ лет ($M \pm m$), ИМТ $31,5 \pm 0,5$ кг/м², длительность диабета $2,3 \pm 0,2$ года). При обследовании определяли показатели углеводного и липидного обмена, уровни мочевого кислоты, провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-6), противовоспалительного цитокина адипонектина, показатели функции почек (сывороточный креатинин (Кр), цистатин С, отношение альбумин/креатинин утренней мочи (А/Кр). Скорость клубочковой фильтрации оценивали по формуле Кокрофта-Гаулта (СКФ1) и уравнению MDRD (СКФ2). Среди обследованных 30% курили, 72% получали антигипертензивную терапию. Средний уровень АД составил $138,3 \pm 2,2/83,0 \pm 0,7$ мм рт.ст. Статистический анализ проводили при помощи программы Statistica версии 6,0 для Windows. Корреляции считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: микроальбуминурия (А/Кр 25–355 мг/г для женщин и 17–250 мг/г для мужчин) была выявлена у 4 пациентов. Уровень цистатина С был прямо взаимосвязан с Кр ($r=0,60$; $p < 0,0001$), ФНО-альфа ($r=0,27$; $p < 0,05$) и обратно – с СКФ2 ($r=-0,64$; $p < 0,0001$). Между цистатином С и СКФ1 достоверной корреляции выявлено не было. СКФ2 была прямо взаимосвязана с холестерином ЛПВП ($r=0,22$; $p < 0,01$), адипонектином ($r=0,40$; $p=0,006$) и обратно коррелировала с уровнем мочевого кислоты ($r=-0,23$; $p=0,005$) и уровнем абсолютного числа моноцитов крови ($r=-0,21$; $p < 0,01$), в то время как для СКФ1 достоверной взаимосвязи с этими параметрами выявлено не было. У больных с СКФ2 <60 мл/мин/1,73 м² ($n=3$) и 60–89 мл/мин/1,73 м² ($n=67$) цистатин С был достоверно выше по сравнению с пациентами с СКФ2 ≥ 90 мл/мин/1,73 м² ($n=88$) ($1,40 \pm 0,20$, $0,98 \pm 0,04$, $0,82 \pm 0,02$ мг/л; $p < 0,001$), как и адипонектин ($3,00 \pm 2,00$, $5,23 \pm 0,49$, $6,65 \pm 0,49$ мкг/мл; $p < 0,05$). Взаимосвязи между показателями функции почек и гликемией не отмечалось.

Выводы: у больных с нелеченным СД2Т уровень цистатина С и СКФ, рассчитанная по уравнению MDRD, но не по формуле Кокрофта-Гаулта, взаимосвязаны с маркерами неспецифического воспаления и показателями липидного статуса.

0190 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ГОМОЗИГОТНОЙ β -ТАЛАССЕМИИ У ДЕТЕЙ

Гулиева Дж.О., Исаев И.И.
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель исследования: изучение особенностей диастолической функции желудочков сердца у детей больных гомозиготной β -талассемией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 5-ти до 15-ти лет; из них 15 мальчиков и 15 девочек.

Верификация диагноза проводилась в Азербайджанском Научно-Исследовательском Институте гематологии и трансфузиологии имени Б.А. Эйвазова.

Комплексное эхокардиографическое исследование, включающее М-режим, секторальное сканирование, цветной спектральный импульсно – волновой доплеровский режим, проводилось по методике Американской Ассоциации Эхокардиографии.

Варианты ремоделирования левого желудочка, диастолическая дисфункция и параметры структурных изменений правого определялись в соответствии с рекомендациями Нью-Йоркской Ассоциации Кардиологов. Типы и степень тяжести диастолической дисфункции левого желудочка диагностировались в соответствии с канадской классификацией.

Результаты исследования. Были выявлены следующие варианты ремоделирования левого желудочка: эксцентрическая гипертрофия левого желудочка с дилатацией – у 10-ти детей (33,3%); изолированная гипертрофия задней стенки левого желудочка – у 9-ти детей (30%); концентрическое ремоделирование левого желудочка – у 11-ти детей (36,7%).

Структурные изменения правого желудочка наблюдались у 26 детей (86,66%), о чем свидетельствует увеличение конечного систолического меридионального стресса и конечного диастолического напряжения задней стенки правого желудочка. Увеличе-

ние конечного диастолического давления в правом желудочке обнаружено у 24 детей (80%).

Были выявлены следующие типы диастолической дисфункции левого желудочка: застойный тип диастолической дисфункции левого желудочка с ослабленной функцией предсердия 1-2 степени — у 18-ти детей (60%); застойный тип диастолической дисфункции левого желудочка с ослабленной функцией предсердия 3 степени — у 6-ти детей (20%); застойный тип диастолической дисфункции левого желудочка с сохраненной функцией предсердия 1-2 степени — у 6-ти детей (20%)

Диастолическая дисфункция правого желудочка наблюдалась у 25 детей (83,33%), у которых обнаружено снижение отношения максимальных скоростей раннего и позднего наполнения, увеличение времени изо-волюмического расслабления и времени замедления раннего наполнения, а также уменьшение времени ускорения транстрикуспидального потока.

Заключение. Своевременная объективная оценка диастолической дисфункции желудочков сердца позволяет оптимизировать мероприятия по борьбе с сердечной недостаточностью у данного контингента больных.

0191 ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЯЖЕСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Гулиева Л.Р.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Целью исследования являлось изучение возможности различных сопутствующих заболеваний на состояние тяжести больных ИБС.

При изучении исхода стабильной стенокардии напряжения были выделены следующие группы: пациенты имеющие и не имеющие сопутствующие заболевания.

В I группу вошли 65 больных ИБС на фоне артериальной гипертензии, во II группу — ИБС на фоне сахарного диабета, в III группу больные ИБС с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, в IV группу (контрольная группа) больные ИБС без сопутствующих заболеваний.

У пациентов на фоне артериальной гипертензии, сахарного диабета и сочетаний этих двух патологий стенокардия I ф.к. через год становится стенокардией II ф.к. соответственно в 25,0; 33,3 и 20,0% случаях. Без этих патологий изменение функционального класса стенокардии отмечалось у 4,1% пациентов. При этом различие между частотами показателей статистически достоверные ($\chi^2 \geq 8,4$; $v=1,0$; $P<0,01$).

У больных со стенокардией II функциональный класс переход на III функциональный класс отмечалось в 25,0% случаях на фоне артериальной гипертензии и 20,0% — на фоне сахарного диабета. На фоне сочетания этих двух патологий частота изменения II функционального класса составила также 20%. В контрольной группе величина этого показателя была 11,5% ($P<0,05$).

Более выраженное различие между сравниваемыми группами отмечалось по величине итогового показателя. Так, частота изменения функционального класса стенокардии в сторону ухудшения состояния пациента в контрольной группе составила $7,8 \pm 2,0\%$, у больных на фоне артериальной гипертензии — $23,1 \pm 5,2\%$, сахарного диабета — $32,1 \pm 8,8\%$, а при сочетании этих двух сопутствующих патологий $25,0 \pm 9,7\%$. Все эти показатели по сравнению с показателем контрольной группы ($7,8 \pm 2,0\%$) статистически достоверны ($P<0,01$) высокие, что подтверждает роль артериальной гипертензии и сахарного диабета в ухудшении прогноза стабильной стенокардии напряжения.

0192 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

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

на Е.Е.***, Соломатина Е.Б.***

Новосибирский государственный медицинский университет*, Новосибирск; Кемеровская государственная медицинская академия**, Кемерово; МУЗ «ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского»***, Кемерово, Россия

В последнее время особое внимание исследователей привлекает феномен турбулентности сердечного ритма как способ оценки функции барорефлекса и степени сердечно-сосудистого риска. Несмотря на интенсивную разработку критериев турбулентности, количество исследований этого феномена у пожилых людей весьма ограничено.

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей турбулентности сердечного ритма по данным суточного мониторинга ЭКГ у больных мужчин пожилого возраста, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) с высоким сердечно-сосудистым риском.

Методы: группа обследованных была представлена 52 мужчинами с АГ III ст., риском 4, в среднем возрасте $68,4 \pm 2,3$ лет. Диагностика АГ осуществлялась с учетом рекомендаций ВНОК (2004). Всем больным проводилась оценка качества жизни (КЖ) по шкале оценки SF-36, уровня депрессии с помощью опросника Бека, реактивной и личностной тревожности по шкале оценки Ч. Спилберга и Ю.Л. Ханина, тест с 6-минутной ходьбой, изучение биологического возраста по методу В.П. Войтенко, а также ЭКГ, ЭХоКГ, суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма, а также изучение турбулентности сердечного ритма с оценкой начала турбулентности (ТО) и наклона турбулентности (TS) по данным суточного мониторинга ЭКГ. Группу сравнения составили 25 мужчин с АГ в возрасте $46,3 \pm 3,8$ лет.

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

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

0193 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Никогосян К.Г., Эдилян Л.Б.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на динамику структурных и функциональных параметров левого желудочка (ЛЖ) у больных изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

Методы: Обследованы 46 больных ИСАГ (в возрасте в среднем $61,0 \pm 3,2$ лет, 60,9% мужчин) с систолическим АД = $162,1 \pm 6,2$ мм рт.ст. и диастолическим АД <90 мм рт.ст. Определяли конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), толщину задней стенки (ТЗС) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), диаметр левого предсердия (ЛП), размер выходного тракта правого желудочка (ПЖ), фракцию выброса (ФВ) и диастолическую функцию ЛЖ и правого желудочка (ПЖ). Больные получали комбинированную терапию, представленную экватором/день (фиксированная доза 10 мг лизиноприла и 5 мг амлодипина). При необходимости для достижения целевого уровня систолического АД (<140 мм рт.ст.) назначали гидрохлортиазид в дозе 12,5-25,0 мг/день.

Исследования выполнялись в контрольном периоде и через 6 месяцев после лечения.

Результаты: Установлено достоверное увеличение ИММЛЖ и выявлена высокая частота регистрации (50,0%) эксцентрической ГЛЖ (ОТС <0,45) в контрольном периоде. Реже обнаруживались концентрическая ГЛЖ — у 11 (23,9%) больных и концентрическое ремоделирование — у 7 (15,2%). У 5 (10,8%) больных регистрировались нормальные размеры ЛЖ У больных с концентрической ГЛЖ диаметр ЛП и размер выходного тракта ПЖ не изменены, диастолическая функция ЛЖ нарушена, а ПЖ сохранена; ФВ регистрируется в пределах нормы ($56,3 \pm 4,5\%$, $p > 0,05$). У больных с эксцентрической ГЛЖ увеличены диаметр ЛП и размер выходного тракта ПЖ. Наряду с диастолической дисфункцией ЛЖ нарушена диастолическая функция ПЖ; ФВ снижена ($44,2 \pm 3,7\%$, $p < 0,05$).

Через 6 месяцев лечения систолическое АД достоверно снизилось и у 33 (71,7%) больных достигло целевого уровня. Регрессия ГЛЖ обнаружена у 26 (76,4%) больных с ГЛЖ и сопровождалась значительным уменьшением КДР, ТЗС и ИММЛЖ; изменения ТМЖП не существенны. У больных с эксцентрической ГЛЖ наряду с регрессией ГЛЖ регистрируется также уменьшение диаметра ЛП и размера выходного тракта ПЖ. У 17 (36,9%) больных регрессия ГЛЖ сопровождалась улучшением геометрических параметров ЛЖ. Параллельно с регрессией у больных с концентрической ГЛЖ обнаруживалось улучшение диастолической функции ЛЖ. У больных с эксцентрической ГЛЖ регистрировалось улучшение диастолической функции обоих желудочков. Достоверных изменений ФВ не наблюдалось.

Выводы: У больных ИСАГ пожилого возраста характерной геометрической моделью сердца является эксцентрическая ГЛЖ. Комбинированное лечение, основанное на использовании экватора, эффективно контролирует систолическое АД, вызывает регрессию ГЛЖ и улучшает диастолическую функцию сердца.

0194 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ СИСТЕМЫ АНТИИНФЕКЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Гуревич М.А., Тазина С.Я., Кабанова Т.Г.
МОНИКИ, Москва, Россия

Иммунологический аспект системы антиинфекционной резистентности выявляет реакцию организма на наличие воспалительного процесса, вызванного микробным агентом. До настоящего времени иммунные нарушения остаются наиболее сложным и малоизученным звеном в патогенезе инфекционного эндокардита (ИЭ).

Цель исследования: изучить иммунологические нарушения у больных с первичным ИЭ (ПИЭ) и вторичным ИЭ (ВИЭ).

Методы: Проведен анализ некоторых звеньев клеточного и гуморального иммунитета, а также факторов неспецифической резистентности у 24 больных ПИЭ и 20 пациентов ВИЭ по сравнению с контрольной группой (36 здоровых доноров в возрасте от 21 до 38 лет) при поступлении в стационар.

Результаты: У больных ПИЭ и ВИЭ по сравнению с контрольной группой выявлено достоверное повышение (более чем в 2 раза, $p < 0,05$) количества лейкоцитов, относительного числа В-лимфоцитов (в 1,3 раза, $p < 0,05$), снижение относительного количества Т-лимфоцитов. Фагоцитарная активность нейтрофилов также была снижена в среднем в 1,4 раза ($p < 0,05$), отсутствовал завершённый фагоцитоз. Показатели клеточного звена иммунитета достоверно не отличались у больных ПИЭ и ВИЭ.

При изучении показателей гуморального звена иммунитета было обнаружено увеличение ($p < 0,05$) уровней иммуноглобулинов Ig G, IgA, ЦИК и АСЛ-О у больных ПИЭ и ВИЭ по сравнению с контрольной группой. Достоверно выше показатели ЦИК были у больных ПИЭ по сравнению с группой больных ВИЭ ($p < 0,01$). Причем наиболее высокие уровни ЦИК наблюдались у больных с положительной гемокультурой. Вместе с тем, установлено снижение ($p < 0,01$) комплиментарной активности и увеличение лизоцима сыворотки крови у больных с ПИЭ и ВИЭ.

Выявленные изменения, по-видимому, являются реакцией организма на воспалительный процесс и могут трактоваться как проявление вторичной иммунной недостаточности структурного и функционального типа.

Следующим этапом работы явился анализ данных, полученных у тех больных, у которых значения изученных иммунологических показателей находились в пределах нормы, установленных для здоровых, или были снижены.

Было установлено, что уровень IgG находился в пределах нормы или был снижен у 5 пациентов ПИЭ и 8 больных ВИЭ, IgA — у 6 и 9 больных, а IgM — у 5 и 7 больных соответственно, при этом в 43% случаев показатели были в пределах нормальных значений или ниже таковых в 2-х и 3-х классах иммуноглобулинов одновременно. При этом снижение комплемента обнаруживалось в 36% случаев; нарушение фагоцитарной функции нейтрофилов — у 60% больных, завершённость фагоцитоза отсутствовала в 100% случаев.

Выводы: У всех пациентов с ИЭ при поступлении в стационар наблюдается дисфункция различных иммунологических (клеточных и/или гуморальных) факторов защиты, более выраженная при ПИЭ.

0195 ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ТОМСКЕ

Гурченко А.Г.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: Проанализировать отдаленные исходы больных с нестабильной стенокардией (НС), зарегистрированных в Томске в 2003–2004 гг и определить факторы, влияющие на прогноз заболевания.

Методы исследования: В клиническом плане были выделены следующие формы НС: 1- впервые возникшая стенокардия; 2- учащение приступов стенокардии без изменения их характера; 3- учащение приступов стенокардии с изменением их характера; 4- затяжной ангинозный приступ длительностью более 20 минут. У всех пациентов учитывалось наличие или отсутствие изменений ЭКГ. Сформированная группа из 660 больных трудоспособного возраста находилась под проспективным наблюдением в течение года в условиях кардиологического диспансера. При анализе отдаленных исходов НС рассматривались следующие варианты: стабильное течение ИБС, дестабилизация (обострение ИБС без развития острой коронарной патологии), возникновение ОИМ (с летальным исходом или без такового), смерть больного от других причин. Полученные данные подвергались статистической обработке методом пошаговой логистической регрессии.

Результаты: По истечению года достоверная информация была получена о 472 (71,51%) больных (354 мужчинах — 75% и 118 женщинах — 25%). Во всех клинических группах преобладали мужчины. Однако меньше всего их было среди лиц с первой КФ НС, а больше всего — среди больных со второй КФ.

32% больных ранее перенесли ОИМ, 85,6% больных страдали артериальной гипертензией, у 10,6% пациентов в качестве фонового заболевания отмечен сахарный диабет, каждый второй больной курил.

Через год наблюдения из 472 пациентов выжило 455 или 96,40%. Зарегистрировано 17 (3,60%) летальных исходов, причем, в основном от различных форм ИБС — в 11 (64,71%) случаев, от других причин (не связанных с ИБС) умерло 6 (35,29%) пациентов. Обострение ИБС (развитие ОКК и новые эпизоды возникновения НС) отмечено в 30% случаев (у 143 больных). Статистически достоверно чаще эпизоды обострения ИБС (без развития ОКК) регистрировались среди больных со второй КФ НС, реже — с первой КФ.

Количественное распределение летальных эпизодов и их структура в отдельных клинических группах оказалось примерно одинаковым, за исключением больных со второй КФ НС, среди которых за год не было зарегистрировано ни одного летального исхода.

В структуре летальности во всех клинических группах преобладали эпизоды гибели больных непосредственно от ОИМ. Следует отметить, что еще двое больных из наблюдаемого контин-

гента (с третьей и четвертой КФ НС), за анализируемый период, погибли от хронической сердечной недостаточности, что составило 11,76 % от общего числа умерших в течение года.

Выводы: Таким образом, анализ отдаленных исходов НС показал, что этот контингент больных остается достаточно тяжелым в клиническом плане, поскольку у каждого третьего больного в течение первого года наблюдения имело место обострение ИБС, с частотой, не зависящей от КФ.

0196 УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ КОРРЕЛИРУЕТ С ПРОГНОЗОМ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ДИАБЕТОМ

Давид Л.А., Гроссу А.А., Цуркан В.И.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня глюкозы крови (ГК) при поступлении с клиническим течением и исходом острого коронарного синдрома у диабетиков.

Материал и методы. Из общего количества ($n=310$) больных с острым коронарным синдромом (ОКС) госпитализированных в Клинику кардиологии в 2005 году в исследование включили 70 пациентов которые страдали также и сахарным диабетом (СД). Диагноз ОКС (инфаркт миокарда без подъема ST (ИМ) и нестабильная стенокардия (НС)) выставляли на основании клинических, ЭКГ данных и уровня миокардиальных ферментов в крови. СД учитывали при наличии установленного ранее диагноза и/или при приеме больным гипогликемических средств. Средний возраст больных с ОКС и СД составил $62,8 \pm 0,3$ года, 60% были мужчины. Длительность СД составила в среднем $8,2 \pm 1,5$ лет, 64,5% из них принимали сахароснижающие препараты. В зависимости от уровня ГК при поступлении больных разделили на 3 группы: I ($n=10$) $< 7,8$ мм/л, II ($n=18$) $7,8-11,0$ мм/л, III ($n=42$) $> 11,1$ мм/л. Изучили особенности клинической картины, течения и исходов острого коронарного синдрома в представленных группах. После выписки из больницы пациентов наблюдали в среднем в течение $15,7 \pm 6,3$ месяцев.

Результаты. Различий по полу и возрасту в исследованных группах не отметили. Длительность СД была больше у больных с высоким уровнем ГК при поступлении ($5,9 \pm 2, 7,6 \pm 1,3, 9,7 \pm 1,3$ лет $p < 0,05$). Большинство больных во всех группах страдали артериальной гипертензией. Пациенты II и III групп чаще имели в анамнезе перенесенный ИМ, инсульт. Гипергликемия коррелировала с атипичной клинической картиной (18%, 25%, 39%, соответственно), наличием «немой ишемии» (0%, 0%, 5%), депрессией сегмента ST > 1 мм (20%, 32%, 67% $p < 0,05$) при поступлении. При уровне глюкозы $> 11,1$ мм/л течение болезни чаще осложнилось рецидивированием ишемии миокарда (0%, 27%, 45,2% $p < 0,05$), развитием отека легких (0%, 1%, 9%). У диабетиков с ГК при госпитализации $< 7,8$ мм/л чаще диагностировали НС, в то время как при ГК $> 11,1$ мм/л НС и ИМ встречались с одинаковой частотой. Длительность лечения в блоке интенсивной терапии была больше у больных III группы ($3,0 \pm 0,4, 3,7 \pm 0,8, 4,5 \pm 0,5$ $p < 0,05$). Внутривенная смертность и смертность при длительном наблюдении ($15,7 \pm 6,3$ месяцев) тесно коррелировали с уровнем ГК при обращении (0%, 5,5%, 12% и 0%, 5%, 19%, соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Гипергликемия при поступлении ассоциируется у диабетиков с острым коронарным синдромом с атипичной клинической картиной и осложненным течением болезни и является маркером неблагоприятного прогноза, высокой внутривенной и отдаленной летальности у этих больных.

0197 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОККЛЮДЕРОМ АМПЛАТЦ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ

Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Ким Е.М., Чукубаев М.А., Ташналиев А.Б., Цой Н.Л., Савченко Ж.В.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучение функциональных особенностей левого и правого отделов сердца у больных с ДМПП старше 16 лет после транскатетерного закрытия окклюдером Амплатц.

Методы исследования: У 102 больных была выполнена коррекция вторичного ДМПП с помощью окклюдера Амплатц (33 мужчин\ 87 женщин) в возрасте от 1,5 до 67 лет, из них 54 больных составили возрастную группу старше 16 лет (средний возраст $33 \pm 1,0$ лет). Всем больным методом двухмерной трансторакальной эхокардиографией оценивались переднезадний размер левого предсердия (ПЗР ЛП см\м²), конечно-диастолический и конечно-систолический размеры левого желудочка (КДР, КСР ЛЖ см\м²), фракцию выброса (ФВ%) ЛЖ, переднезадний размер правого желудочка (ПЗР ПЖ см\м²), поперечный размер ПЖ (ППР ПЖ, см\м²), среднее артериальное легочное давление (среднее ЛАД мм рт.ст), размер дефекта (мм), размер окклюдера (мм). Все показатели анализировались до и после 3 месяцев закрытия дефекта. Выполнялась транскатетерная коррекция вторичного ДМПП с помощью окклюдера (AGA Medical Corporation, США).

Результаты: Размер ДМПП в среднем составил $22,3 \pm 1,2$ мм, пациентам установлен окклюдер — $26,5 \pm 1,2$ мм. Уже спустя 24 часа после устранения дефекта наблюдались уменьшение правых полостей сердца и снижение ЛАД, увеличение КДР ЛЖ и ФВ ЛЖ. У большинства больных (80%) показатели достоверно нормализовались к 3 месяцу после закрытия дефекта (таблица).

Таблица

Показатели гемодинамики у больных ДМПП старше 16 лет до и после закрытия ДМПП

Показатели	Исход	3 месяц	Р исход - 3 месяц
ПЗР ЛП см\м ²	$1,7 \pm 0,04$	$1,5 \pm 0,04$	$P < 0,0001$
КДР ЛЖ см\м ²	$2,5 \pm 0,03$	$2,8 \pm 0,04$	$P < 0,001$
КСР ЛЖ см\м ²	$1,6 \pm 0,05$	$1,7 \pm 0,04$	
ФВ ЛЖ %	$60,0 \pm 1,8$	$67,0 \pm 1,3$	$P < 0,01$
ПЗР ПЖ см\м ²	$1,6 \pm 0,07$	$1,1 \pm 0,04$	$P < 0,001$
ППР ПЖ, см\м ²	$2,1 \pm 0,7$	$1,1 \pm 0,1$	$P < 0,0001$
среднее ЛАД мм рт ст	$24,0 \pm 1,0$	$16,0 \pm 0,7$	$P < 0,0001$

Таким образом, транскатетерная коррекция вторичного ДМПП окклюдерами Амплатц у больных старше 16 лет влечет за собой разгрузку правых отделов сердца и сокращение их размеров в ранние сроки после вмешательства.

0198 ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

Демин А.А., Дробышева В.П., Зарбуева Ю.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: Провести сравнительную оценку чувствительности диагностических критериев инфекционного эндокардита по разным авторам.

Материалы и методы исследования: Обследовано 150 больных (мужчин — 64, женщин — 86) в возрасте от 15 до 79 лет, поступивших в клинику с подозрением на инфекционный эндокардит последовательно с 2001 по 2006 гг. В работе использованы клинические, лабораторные (в том числе бактериологические, включавшие посев крови на стерильность) и инструментальные методы исследования. Всем больным проводилась эхокардиография в течение 5 дней после поступления по стандартной методике. Окончательный диагноз поставлен на основании: анализа истории болезни и диагноза при выписке, переоценки данных Эхо-КГ, диагноза после контрольного посещения через три месяца после выписки из клиники. Для диагностики инфекционного

эндокардита в работе использованы критерии А.А.Демина, Ал.А.Демина (1978), DUKE-критерии [D.T. Durack et al., 1994] модифицированные DUKE-критерии [J. Li et al., 2000; В.П.Тюрин, 2001; А.А.Демин и соавт., 2006]. Чувствительность критериев диагноза инфекционного эндокардита рассчитывали обычным методом по формуле $(Se) = IP/(IP+LO) \times 100\%$ [Власов В.В., 2005] и использовали временное определение 1, когда считали случаи «истинного инфекционного эндокардита», определение 2 использовали, когда инфекционный эндокардит был отвергнут.

Результаты исследования: Согласно полученным данным чувствительность диагностических критериев инфекционного эндокардита, предложенных А.А.Деминим, Ал.А.Деминим (1978), составила – 94,4%; DUKE-критериев (D.T. Durack et al., 1994) – 95,5%; DUKE-критериев, модифицированных J. Li et al. (2000), – 95,4%, В.П.Тюриным (2001) – 97,7%, А.А.Деминим и соавт. (2006) – 97,2%.

Выводы: Проведенные исследования показали равновысокую чувствительность диагностических критериев инфекционного эндокардита, в том числе и применявшихся ранее.

0199 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Демин А.А., Сентякова Т.Н.

Государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Актуальность: Поражения сердца при системной красной волчанке (СКВ) варианты, трудны для дифференциальной диагностики, могут претерпевать существенные изменения в условиях проводимого лечения. Уточнение характера поражений сердца при СКВ важно для терапевтических целей и определяет актуальность изучения современных клинических черт данной патологии.

Цель: Изучение поражений сердца у больных СКВ в процессе проспективного наблюдения.

Методы: Осуществлено изучение 242 больных СКВ, наблюдавшихся в госпитальной терапевтической клинике НГМУ с 1985 по 2005 гг. Всем больным СКВ в динамике наблюдения проводили стандартное клинико-лабораторное обследование. Диагностику СКВ осуществляли на основании критериев ARA/ACR. Поражения сердца оценивали по данным клинического обследования, электро-, рентгено-, эхокардиографии, у части больных изучена секционная патоморфология сердца.

Результаты: Выявлены следующие варианты поражения сердца при СКВ:

1. Первичные волчаночные поражения сердца: миокардит (50,8%), перикардит (22,3%), эндокардит Либмана-Сакса (16,8%), коронарит, васкулит (4,6%).

2. Вторичные поражения:

2.1. Поражения сердца, связанные с другими волчаночными висцеритами:

2.1.1. Нефрогенные поражения сердца, связанные с нефротическим синдромом (24,4%), артериальной гипертензией (28,5%), хронической почечной недостаточностью (10,7%).

2.1.2. Пульмогенные поражения сердца (острое легочное сердце – 2,9%, хроническое – 19,3%).

2.2. Поражения сердца, связанные с антифосфолипидным синдромом: инфаркт миокарда (ИМ) (0,8%), тромботические клапанные повреждения (8,3%).

2.3. Поражения сердца, связанные с атеросклерозом: ИМ (4,6%).

2.4. Поражения сердца, связанные с инфекционными осложнениями: инфекционный эндокардит (4,1%), инфекционный миокардит (5,0%), инфекционный перикардит (5,0%), септический ИМ (0,8%).

2.5. Лекарственные поражения сердца: кардиомиопатии (КМП), связанные с лечением глюкокортикостероидами (16,5%), КМП, связанные с лечением цитостатиками (20,7%), КМП, связанные с применением нестероидных противовоспалительных лекарственных средств (10,3%), КМП, связанные с нежелательными лекарственными реакциями на антибиотики

(5,0%), КМП, связанные с нежелательными реакциями на применение других препаратов (5,0%).

Выводы: Частота вторичных поражений сердца при СКВ в современной клинической картине болезни конкурирует с первичными поражениями. Хронизация СКВ, последствия активного лечения, развитие осложнений болезни и лечения влияют на эволюцию органических поражений болезни, включая поражения сердца.

0200 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ У ЖЕНЩИН С ИБС В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Дерева М. В., Колодийчук Е. В., Терентьева И. В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь, Россия

Цель: сравнить особенности показателей липидограммы у женщин с ИБС на фоне терапии кардиотропными средствами с учетом различной длительности менопаузального периода.

Методы: Проведен анализ уровня липидов у 136 пациенток находившихся на диспансерном учете в Ставропольском краевом кардиологическом диспансере в 2005-2006 гг. с основным диагнозом ИБС: стенокардия напряжения, ФК II- III, H2A. Все обследованные женщины были разделены на две группы. Первую группу составили пациентки в раннем постменопаузальном периоде (РПМП) – постменопауза от 1 года до 4 лет; вторую группу – в позднем постменопаузальном периоде (ППМП) – длительность постменопаузы свыше 4 лет. В первую группу вошли 25 пациенток в возрасте 42-55 лет, (средний возраст составил – 50,8±0,34 года). Во второй группе оказались 116 больных от 56 до 77 лет (в среднем – 66,12±0,37 лет). Все обследуемые пациентки получали одинаковую комбинированную фармакотерапию основными группами кардиотропных препаратов: бета-блокаторами, нитратами, блокаторами антагонистами кальция, ИАПФ, диуретиками, антиагрегантами, кардиометаболическими средствами.

Результаты: В результате проведенного сравнительного анализа отмечены особенности показателей липидограммы у женщин с ИБС в постменопаузальном периоде. Так у пациенток в РПМП по сравнению с пациентками старшей возрастной группы выявлены более высокие уровни уровень общего холестерина (6,0±0,25 и 5,9±0,11 ммоль/л соответственно), ЛПОНП (0,81±0,18 и 0,41±0,04 ммоль/л соответственно), триглицеридов (3,04±0,85 и 1,46±0,2 ммоль/л), бета-липопротеидов (3,28±0,21 и 2,01±0,14 ммоль/л), а также коэффициента атерогенности (3,65±0,28 и 3,40±0,13, соответственно). Значения ЛПВП у пациенток в РПМП были несколько ниже по сравнению с пациентками в ППМП (соответственно 1,39±0,02 ммоль/л и 1,30±0,04 ммоль/л). В первой группе ниже и уровень ЛПНП- 1,73±0,21 ммоль/л по сравнению с таковым у женщин в ППМП-1,86±0,12 ммоль/л.

Выводы: Таким образом, у женщин в раннем постменопаузальном периоде по сравнению с пациентками старшей возрастной группы выявлены более неблагоприятные показатели липидограммы, в частности у них выше уровень общего холестерина, атерогенных фракций липопротеидов, а также коэффициент атерогенности, что способствует прогрессированию и возникновению осложнений ИБС. Учитывая, что пациентки с ИБС в раннем постменопаузальном периоде социально активны и трудоспособны, им особенно необходима гиполипидемическая терапия статинами, что позволит реально предотвратить возникновение осложнений и прогрессирование ИБС.

0201 ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Джанашия П.Х., Крылова Н.С., Стерлигов А.А., Огмриян Л.С., Николенко С.А., Назаренко В.А., Авдеева Е.В.

Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние физической нагрузки (ФН) на функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) и гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: обследовано 39 больных ГКМП (25 мужчин и 14 женщин, средний возраст $54,2 \pm 2,7$ лет) и 10 больных ГБ II стадии с гипертрофией миокарда ЛЖ (3 женщины и 7 мужчин, средний возраст $52,8 \pm 4,2$ лет). За 3-4 дня до исследования больным отменяли все сердечно-сосудистые препараты, после чего проводили стресс-эхокардиографию. С этой целью пациенту вначале проводилась Эхо-КГ в состоянии покоя, затем выполнялся тест на велоэргометре в вертикальном положении. Сразу же после прекращения ФН больной помещался на кушетку для повторной Эхо-КГ.

Результаты: По данным ВЭМ, больные ГКМП были разделены на 2 группы. В I группу вошли 19 пациентов с низкой толерантностью к ФН (пороговая мощность 25-50 Вт), во II группу — 20 пациентов со средней толерантностью к ФН (мощность 75-100 Вт). Третью группу составили больные ГБ (мощность 75-100 Вт). В I группе половина больных прекратила ФН в связи со снижением АД ≥ 20 мм рт.ст. в сочетании с головокружением и одышкой, во второй группе неадекватная реакция АД имела место лишь у 20 % больных, а в 59% случаев наблюдались одышка и усталость. У больных ГБ более чем в половине случаев критерием прекращения ФН явилось повышение АД до 230/130 мм рт.ст. После ФН у больных I группы конечного-диастолический объем ЛЖ (КДО) достоверно снизился на 24%, во II группе почти не изменился, тогда как у больных ГБ отмечался его достоверный прирост на 13%. Аналогичные тенденции отмечались в отношении ударного объема ЛЖ (УО), который снизился в I группе на 23%, не изменился во II группе и достоверно вырос у больных ГБ на 30%. Наиболее значительный прирост фракции выброса (ФВ) — на 17% отмечался при ГБ, тогда как у больных ГКМП I группы ФВ снизилась на 3%, а во II группе увеличилась лишь на 8%. При анализе трансмитрального потока у пациентов с ГБ отмечался достоверный прирост скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (на 50% и 26,3% соответственно), тогда как у больных ГКМП обеих групп их прирост был ничтожно малым и в большей степени происходил за счет фазы предсердного наполнения. Время замедления Е-волны (DT) достоверно снизилось на 29% у больных ГБ, на 25% — во II группе больных ГКМП, в то время как в I группе наблюдалась тенденция к его увеличению (на 6,6%).

Выводы: У больных ГКМП толерантность к физической нагрузке тесно связана с показателями внутрисердечной гемодинамики. Низкая толерантность к нагрузке характерна для больных с выраженным нарушением диастолического наполнения левого желудочка в сочетании с его систолической дисфункцией. На основе применения стресс-эхокардиографии в сочетании с ФН могут быть разработаны дифференциально-диагностические критерии между необструктивной формой ГКМП и ГБ, сопровождающейся гипертрофией миокарда ЛЖ.

0202 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА

Джишамбаев Э.Д., Крошкин Ю.А., Амурханова Л.М., Аманалиева Н.О.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) при ремоделировании сердца в ранней стадии эссенциальной гипертонии (ЭГ).

Материал и методы: обследовано 90 больных ЭГ (средний возраст — $47,5 \pm 5,6$ лет) без ЭКГ и/или Эхо-КГ признаков ГЛЖ и 24 здоровых мужчин сопоставимого возраста (КГ). ВСР оценивалась по данным частотного анализа результатов суточного ЭКГ-мониторирования с использованием системы «Мемопорт-2000». Геометрические характеристики сердца оценивали с помощью двумерной Эхо-КГ на аппарате аппарата «Sequoia 256», фирма «Acuson» (США).

Результаты: у 69 пациентов выявлена нормальная геометрия (НГ) ЛЖ, у 5 — концентрическое (КР), у 9 — асимметрическое

(АР) и у 7 — эксцентрическое (ЭР) ремоделирование сердца. По сравнению с КГ (2961 ± 223 мсек³) у больных ЭГ наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) снижение мощности очень низких частот (VLF) (2258 ± 279 мсек², 2253 ± 151 мсек², 2066 ± 85 мсек² и 2290 ± 307 мсек² при НГ, КР, АР и ЭР, соответственно), тогда как мощность низких частот (LF) существенных изменений не претерпевала (1076 ± 118 мсек² в КГ, 917 ± 79 мсек² — при НГ, 827 ± 66 мсек² — при КР, 838 ± 85 мсек² — при АР и 893 ± 49 мсек² — при ЭР). Мощность высоких частот (HF) у больных с нормальной геометрией имела лишь тенденцию к снижению (259 ± 70 мсек²), при остальных типах ремоделирования сердца она по сравнению с КГ (454 ± 63 мсек²) оказалась достоверно ($p < 0,005$) сниженной (256 ± 37 мсек², 241 ± 62 мсек² и 245 ± 79 мсек² при КР, АР и ЭР, соответственно). Индекс вегетативного баланса (отношение LF/HF) во всех группах пациентов ЭГ ($4,2 \pm 0,7$, $3,9 \pm 0,5$, $4,1 \pm 0,7$ и $4,3 \pm 0,6$ при НГ, КР, АР и ЭР, соответственно) достоверно превышал аналогичный параметр здоровых лиц ($2,7 \pm 0,1$, $p < 0,005$). Существенных отличий в показателях ВСР между больными ЭГ с различными типами ремоделирования сердца обнаружено не было.

Выводы: таким образом, у больных эссенциальной гипертонией по сравнению со здоровыми лицами выявлено преобладание симпатических влияний над парасимпатическими независимо от типа структурной перестройки сердца.

0203 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Джунусбекова Г.А., Джусипов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить частоту встречаемости кардиоренальных нарушений в случайной представительной выборке пациентов с артериальной гипертонией (ЭАГ).

Материал: В исследование было включено 234 пациента (126 мужчин/108 женщин) с эссенциальной АГ в возрасте от 30 до 65 лет, случайно отобранных из больных ЭАГ, выявленных при обследовании выборки неорганизованной популяции одного из районов г. Алматы (всего обследовано 850 человек с целью изучения распространенности АГ и ее факторов риска). Выборки были сформированы программой генератора случайных чисел. Расчет объема выборки проводился с помощью автоматической программы для одномоментных популяционных исследований. В качестве предикторов кардиоренальных нарушений у больных АГ оценивалось наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и микроальбуминурии (МАУ). Проводилось эхокардиографическое исследование с расчетом массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) по формуле Devereux R. et al. и индекса ММЛЖ как отношения ММЛЖ к площади поверхности тела. ГЛЖ диагностировали при индексе ММЛЖ для мужчин >125 г/м², для женщин >110 г/м². Кроме того, выявлялись геометрические типы ГЛЖ: нормальный тип, концентрическое ремоделирование (КР), концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ), эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ). Экскрецию альбумина оценивали в разовой порции мочи тест-полосками Combur10Test@UX. МАУ диагностировали при уровне экскреции альбумина с мочой в пределах 30–500 мг/дл по шкале тест-полосок, нормоальбуминурию при экскреции альбумина менее 30 мг/дл, протеинурию при наличии в общем анализе мочи белка более 0,03 г/л.

Результаты: ГЛЖ установлена у 73 (31,2 %) больных АГ. МАУ найдена у 63 (26,9%) пациентов с АГ. ГМЛЖ была диагностирована у 25,4% пациентов с нормоальбуминурией, у 63,5% больных с МАУ и у 78,6% с протеинурией. Найдена значимая прямая корреляционная связь между ИМЛЖ и величиной экскреции альбумина ($r = -0,48$, $p = 0,002$). Затем все больные были разделены на две группы: в первую вошли 63 пациента с МАУ, во вторую — 157 с нормоальбуминурией. Учитывая малочисленность группы пациентов с протеинурией (14 больных) для деления по типам ГЛЖ, она не была включена в дальнейший анализ. В результате проведенного анализа групп по частоте формирования различных вариантов ремоделирования левых отделов сердца, установ-

лено преобладание у пациентов с МАУ в сравнении со второй группой КГЛЖ (23,8 и 12,7% соответственно) и ЭГЛЖ (27 и 10,2%), а у больных с нормоальбуминурией — концентрического ремоделирования (20,6% в первой группе и 33,7% — во второй) и нормального типа ГЛЖ (28,6 и 43,4% соответственно).

Выводы: отмечена высокая частота встречаемости кардиоренальных нарушений у больных АГ. Ввиду установленной у больных АГ взаимосвязи поражений сердца и почек, с целью выбора обоснованной лечебной тактики, а также адекватной оценки прогноза, всем пациентам с АГ показано проведение комплексного обследования, включающего оценку выраженности сочетанного кардиоренального ремоделирования.

0204 ПОВЫШЕННАЯ ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Джунусбекова Г.А., Джусупов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить функциональное состояние почек в зависимости от выраженности сосудистой жесткости у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическими нарушениями (МН).

Методы: включено 96 пациентов (52 мужчин/44 женщины) в возрасте от 30 до 65 лет, (в среднем $45,1 \pm 1,3$ лет) с эссенциальной АГ I–III степени и МН. Критерии включения: уровень АД выше 140/90 мм рт.ст., дислипидемия, абдоминальное ожирение, нарушенная толерантность к глюкозе, инсулинорезистентность. Функцию почек оценивали по уровню микроальбуминурии (МАУ), скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и индексам периферического сопротивления интратенальных почечных артерий. Иммунореактивный инсулин (ИРИ) крови и альбумин мочи определяли радиоиммунологическим методом наборами Immunotech RiA. Данные ИРИ получали в мЕд/мл. Глюкозу натощак и ч/з 2 часа после нагрузки устанавливали глюкозооксидантным методом в процессе проведения глюкозотолерантного теста. Для определения соотношения глюкоза/инсулин показателя глюкозы в ммоль/л переводили в мг/дл коэффициентом пересчета 18,02. СКФ находили по формуле Cockcroft-Gault. Параметры интратенальных почечных артерий устанавливали при ультразвуковой доплерографии сосудов почек. В качестве маркера сосудистой жесткости оценивали скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на аппарате «Нейрософт» (Россия). Для определения СРПВ одновременно производили запись сфигмограмм с сонной, бедренной и лучевой артерий. Определяли скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического (СРПВэ) и мышечного типа (СРПВм) в м/с, модули упругости сосудов эластического и мышечного типа, а также соотношение СРПВэ/СРПВм. В первую группу (контроль) включались пациенты с нормальной СРПВэ, во вторую — со СРПВэ выше возрастной нормы (СРПВэ > 6,43 м/с у больных моложе 21 года, СРПВэ > 7,51 м/с у больных 21–40 лет, СРПВэ > 8,32 м/с у больных 41–60 лет, СРПВэ > 9,28 м/с у больных старше 60 лет).

Результаты: отмечено значимое преобладание в группе пациентов с повышенной СРПВэ в сравнении с контролем уровня экскреции альбумина ($45,0 \pm 3,6$ и $38,1 \pm 2,3$ мг/сут соответственно, $p=0,02$) и резистивного сопротивления межлоулевых почечных артерий ($0,69 \pm 0,03$ и $0,65 \pm 0,05$, $p=0,01$) при отсутствии различий в СКФ ($97 \pm 8,71$ и $89,8 \pm 6,92$, $p=0,53$). Корреляционный анализ СРПВ с функциональными показателями почек был проведен у больных АГ с МН в целом по группе. Найдены статистически достоверные прямые связи СРПВ со средним артериальным давлением ($r=0,71$, $p=0,003$), с уровнем ИРИ ($r=0,33$, $p=0,01$), МАУ ($r=0,50$, $p=0,04$), а также обратная связь с СКФ ($r=-0,68$, $p=0,02$).

Выводы: У больных АГ с МН повышение сосудистой жесткости, оцениваемой по СРПВ, ассоциировано с усилением ренальной дисфункции, что определяет возможность широкого использования указанного показателя в качестве дополнительного диагностического и прогностического предиктора состояния почек.

0205 ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА - $\beta 1$ И КОЛЛАГЕН IV ТИПА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Джунусбекова Г.А., Джусупов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить связь сувороточного уровня трансформирующего фактора роста (ТФР- $\beta 1$) и коллагена IV типа (Кл- IV) мочи с кардиоренальными изменениями у больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы: включено 20 здоровых лиц (контрольная группа) и 75 пациентов с нелеченной АГ, из них 27 пациентов (вторая группа) с микроальбуминурией (МАУ) и гипертрофией левого желудочка (ЛЖ) (индекс массы миокарда ЛЖ для мужчин >134 г/м², для женщин >110 г/м²) и 48 больных (первая группа) с отсутствием указанных изменений сердца и почек. Концентрацию ТФР- $\beta 1$ в сыворотке крови и Кл-IV типа в моче определяли иммуноферментным методом с помощью наборов Biosource TGF- $\beta 1$ EIA и Biotrin Urinary Collagen IV EIA. Определение альбумина в моче осуществляли радиоиммунологическим методом набором Immunotech Albumin RiA. Проводили Эхо-КГ с расчетом массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) по формуле Devereux R. et al. и индекса ММЛЖ как отношения ММЛЖ к площади поверхности тела.

Результаты: отмечено различие между группами больных АГ и каждой из групп в сравнении с контролем по уровню систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Концентрация ТФР- $\beta 1$ значимо преобладала во второй группе в сравнении с первой группой ($78,3 \pm 9,66$ и $50,4 \pm 7,13$ ng/ml соответственно, $p=0,22$) и группой контроля ($78,3 \pm 7,13$ и $43,5 \pm 12,7$ ng/ml, $p=0,031$) при этом не было отмечено различий в содержании ТФР- $\beta 1$ между первой и контрольной группами. Повышение экскреции Кл-IV типа с мочой отмечено в обеих группах больных АГ в сравнении с группой контроля (первая группа и группа контроля — $7,9 \pm 1,3$ и $3,6 \pm 0,8$ $\mu\text{g/l}$, $p=0,04$; вторая группа и группа контроля — $12,2 \pm 2,1$ и $3,6 \pm 0,8$ $\mu\text{g/l}$, $p=0,001$) при отсутствии различий между группами больных АГ. В группе АГ с кардиоренальными изменениями выявлена значимая обратная связь между уровнем ТФР- $\beta 1$ в крови и скоростью клубочковой фильтрации ($r=-0,36$, $p=0,03$) и прямая связь с САД ($r=0,61$, $p=0,03$), ИММЛЖ ($r=0,27$, $p=0,03$) и МАУ ($r=0,70$, $p=0,03$). При этом указанные связи не выявлены в первой группе больных АГ за исключением корреляций с уровнем САД ($r=0,42$, $p=0,03$) и ДАД ($r=0,46$, $p=0,03$). Концентрация Кл-IV типа в моче коррелировала в обеих группах больных АГ с уровнем экскреции альбумина и с ММЛЖ во второй группе при отсутствии значимых связей с уровнем АД.

Выводы: Результаты демонстрируют определенную роль ТФР- $\beta 1$ и Кл-IV типа в развитии кардиоренального ремоделирования у больных АГ. Выявлено повышение уровня циркулирующего ТФР- $\beta 1$ и его взаимосвязь с гипертрофией ЛЖ, дисфункцией почек и уровнем АД у больных с кардиоренальными изменениями, что определяет возможность использования ТФР- $\beta 1$ в качестве маркера сочетанного поражения органов-мишеней больных АГ и эффективности органопротекции. Повышенная экскреция Кл-IV типа с мочой обнаруживается еще до появления изменений со стороны сердца и почек, но при этом коррелирует с уровнем МАУ и гипертрофией ЛЖ, что возможно показывает высокую чувствительность мочевого показателя Кл-IV типа.

0206 КАРДИОРЕСПИРАТОРНАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Джусупов А.К., Ибакова Ж.О., Джунусбекова Г.А., Тундыбаева М.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования. Изучить изменения бронхиальной проходимости у лиц с артериальной гипертензией с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

Материалы. Всего обследовано 50 больных артериальной гипертонией, 25 из которых имели сопутствующую патологию хронический обструктивный бронхит в возрасте от 32 до 60 лет, из которых 36 мужчин и 14 женщин. Кроме общепринятых клинико-инструментальных и лабораторных исследований проводилось изучение ФВД.

Результаты. Исследования в группе больных с артериальной гипертонией и при наличии сопутствующей бронхо-легочной патологии выявило достоверные отличия по показателям — функциональной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объему форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и индексу Тиффно ($U1/U2$), МОС50, МОС75. Выявлено, что в группе больных АГ без сопутствующей патологии в 64 % случаях наблюдалось нарушение ФВД, характеризующееся преимущественно снижением таких показателей как МОС50, МОС75, ОФВ1 и реже ФЖЕЛ, при этом следует заметить, что степени ухудшения показателей зависела от степени АГ и категории риска. У больных же с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом отмечалось более выраженное, в отличие от группы с артериальной гипертонией снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ, без достоверных отличий показателей индекса Тиффно и максимальных объемных скоростей.

Выводы при артериальной гипертонии достаточно часто наблюдается снижение показателей ФВД, частота нарушений возрастает при повышении степени и категории риска АГ, что необходимо учитывать при подборе базисной антигипертензивной терапии. Сочетание артериальной гипертонии с хроническим обструктивным бронхитом приводит к развитию более выраженных нарушений равномерности вентиляции в легких.

0207 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Джусупов А.К., Рустамова Ф.Е., Джунусбекова Г.А., Тундыбаева М.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

В настоящее время известно, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает по мере увеличения уровня АД, начиная с величин, классифицируемых как высокие нормальные. А дисфункция эндотелия, по современным представлениям, лежит в основе развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертонии (АГ) и атеросклероза. Поэтому выявление ранних признаков этих заболеваний может быть полезным для разработки мер лечения и профилактики в кардиологии.

Целью исследования явилось изучение функционального состояния эндотелия у лиц молодого возраста с различным уровнем АД.

Методы исследования. Обследовано 60 больных в возрасте от 18 до 45 лет с различным уровнем АД. При определении уровня АД использовалась классификация, принятая экспертами ВОЗ/МОАГ в 1999 году.

Функция эндотелия изучалась с использованием ультразвукового аппарата Vivid 3 фирмы General Electric с использованием конвексного датчика 3,5 МГц в пробе с реактивной гиперемией (РГ): оценивалась эндотелий-зависимая дилатация плечевой артерии. В рамках 2-х мерного сканирования фиксировали изменение диаметра плечевой артерии (ДПА) в ответ на увеличивающийся поток крови.

Состояние функциональной способности эндотелия оценивалось также по уровню сосудистой молекулы адгезии — VCAM — 1 и эндотелиально-лейкоцитарной адгезивной молекулы — 1 (Е-селектина), определяемые иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Установлено, что при повышении АД уже до высоких нормальных величин у молодых лиц отмечается повышение уровня VCAM — 1 до $723,2 \pm 21,5$ нг/мл против $590,8 \pm 16,4$ нг/мл и Е-селектина на 32,7%, по сравнению с лицами с нормальным и оптимальным уровнем АД.

У больных с АГ прирост ДПА был достоверно ниже (на 38,4%), чем у лиц с оптимальным уровнем АД.

Обнаружена достоверная корреляционная связь между уровнем VCAM — 1, Е-селектина и уровнем АД ($r = \pm 0,71$); между ПДА и VCAM — 1, Е-селектина ($r = \pm 0,48$); ПДА и уровнем АД ($r = \pm 0,35$).

Выводы. Коррекция выявленных нарушений на ранней стадии представляется перспективной в плане профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

0208 ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Джусупов А.К., Тундыбаева М.К., Джунусбекова Г.А.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить влияние ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) лизиноприла (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») на эндотелиальную функцию и эластические свойства сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: В открытое исследование включено 38 нелеченных больных АГ I-II степени (ВОЗ/МОАГ, 1999г.) среднего и высокого риска, средний возраст составил $52,4 \pm 4,4$ лет, средняя длительность АГ $7,8 \pm 3,6$ года. В качестве антигипертензивной терапии больные получали лизиноприл (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») в течение 24 недель в дозе 10–20 мг/сут. Дозу лизиноприла титровали каждые 2–4 недели с учетом цифр артериального давления (АД) и индивидуальной переносимости препарата.

Дважды до начала лечения и после 6-ти месячной терапии всем больным оценивали функцию эндотелия для этого проводили пробу с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация — ЭЗВД) с помощью линейного датчика 7,5 МГц на основании прироста диаметра плечевой артерии (в %) после пережатия манжетой сфигмоманометра. Реакцию считали нормальной при ЭЗВД более 10%. Пробу проводили на аппарате «АЛОКА-4000», Япония с возможностью TRIPLEX- сканирования. Для оценки эластических свойств сосудистой стенки определяли скорость распространения пульсовой волны (СПВ) аппаратом «Поли-Спектр-СРПВ», фирмы «Нейрософт», г. Иваново. СПВ измеряли на сегментах: сонная — бедренная и сонная — лучевая артерии. Оценивали следующие показатели: СПВ и модуль Юнга (Е) артерий эластического и мышечного типа, соотношение скоростей. Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как $M \pm m$.

Результаты: У 78 % больных на фоне 6-ти месячной терапии лизиноприлом достигнут целевой уровень АД. В ходе исследования кровотока плечевой артерии отмечено, что при проведении пробы с реактивной гиперемии через 6 месяцев приема лизиноприла происходит достоверное увеличение вазодилатации и линейной скорости кровотока (соответственно $5,6 \pm 1,25$ и $11,36 \pm 2$, $p = 0,02$; $28,4 \pm 1,92$ и $32,5 \pm 2,03$, $p = 0,023$), а также снижение опосредованного напряжения сдвига на эндотелии ($15,4 \pm 1,18$ и $13,2 \pm 1,18$, $p = 0,03$). Число пациентов с нормальной ЭЗВД увеличилось через 6 месяцев терапии на 38%. Кроме того, на фоне 6-ти месячной терапии лизиноприлом отмечается достоверное снижение модуля Юнга и СПВ артерий эластического типа ($12,5 \pm 1,4$ и $9,7 \pm 2,8$, $p = 0,02$; $7,2 \pm 1,3$ и $6,7 \pm 2,1$, $p = 0,03$).

Вывод: У больных АГ терапия лизиноприлом с (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») способствует достижению целевого уровня АД у большей части пациентов, что сопровождается нормализацией функционального состояния эндотелия и эластических свойств сосудистой стенки.

0209 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКом НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Джусипов А.К., Тундыбаева М.К., Джунусбекова Г.А., Рустамова Ф.Е.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить влияние ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) лизиноприла (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») на показатели структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) и содержание растворимых молекул межклеточной адгезии (sVCAM-1, sICAM-2) в сыворотке крови больных артериальной гипертензией (АГ) с высоким риском.

Материал и методы: В открытое исследование включено 68 нелеченых больных АГ II-III степени (ВОЗ/МОАГ, 1999г.) с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, средний возраст составил $56,7 \pm 5,4$ лет, средняя длительность АГ $9,4 \pm 4,2$ года. Методом случайной выборки больные АГ были рандомизированы на 2 группы: в 1 группу (контроль) — вошли 33 больных АГ, получавших комбинацию β -адреноблокатора и тиазидоподобного диуретика, во 2 группу (основная) — вошли 35 больных АГ в комплексную терапию которых был включен лизиноприл, β -адреноблокатор и тиазидоподобный диуретик Лизиноприл (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») назначался в дозе 10-20 мг/сут. Дважды до начала лечения и после 6-ти месячной терапии всем больным проводили комплексное эхокардиографическое обследование на аппарате «Vivid 3» фирмы General Electric по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). Содержание sVCAM-1, sICAM-2 определяли в сыворотке крови с использованием иммуноферментных тест-систем («Bender Med Systems», Австрия). Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как $M \pm \sigma$.

Результаты: Анализ динамики показателей структурно-функционального состояния ЛЖ у больных АГ на фоне лечения выявил значимое снижение индекса массы миокарда у пациентов основной группы, в группе контроля аналогичный показатель не достиг уровня статистической значимости (соответственно $132 \pm 18,2$ и $123,3 \pm 16,4$, $p=0,04$; $128 \pm 16,5$ и $121,2 \pm 17,7$, $p=0,65$), кроме того у пациентов основной группы выявлено достоверная положительная динамика толщины задней стенки ЛЖ. К концу 6 месячной терапии достоверных изменений параметров центральной гемодинамики и общей сократимости не выявлено в обеих группах наблюдения. Комбинированная медикаментозная терапия достоверно улучшала диастолическую функцию сердца, однако включение лизиноприла сопровождалось достоверным снижением конечного диастолического давления на 31 % и конечного диастолического напряжения стенки ЛЖ на 36%. У пациентов 2 группы на фоне лечения выявлено достоверное снижение, как sVCAM-1, так и sICAM-2, в группе контроля наблюдалось значимое снижение только sVCAM-1.

Вывод: У больных АГ с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений лечение лизиноприлом (листрил, «Torrent Pharmaceuticals Ltd») в составе комбинированной терапии приводит к регрессу патологического ремоделирования ЛЖ и снижению уровня молекул адгезии.

0210 ДИНАМИКА ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ С КАРВЕДИЛОЛОМ, НЕБИВОЛОЛОМ И АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дзизинский А.А., Протасов К.В., Федоришина О.В., Куклин С.Г.
Иркутск, Россия ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: оценить динамику пульсового давления (ПАД) в острой фармакологической пробе (ОФП) с амлодипином, карведилолом и небивололом у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 122 пациента с АГ II-III стадии. Острая проба с карведилолом проводилась у 64 человек (мужчин 36%, средний возраст $66 \pm 13,04$ лет), с амлодипином у 41 (мужчин 49%, средний возраст $75 \pm 5,76$ лет), с небивололом у 17 (41% мужчин,

средний возраст $73,5 \pm 6,56$ лет). Всем больным проводили 48-часовое непрерывное мониторирование артериального давления (АД) (Meditech Cardio Tens-01, Венгрия). По окончании первых суток исследования на фоне продолжающегося мониторирования перорально назначали карведилол в дозе 6,25 мг, амлодипин 10 мг или небиволол 5 мг. Рассчитывали и сравнивали средние показатели ПАД и вариабельность ПАД в первые (до начала приема препаратов) и вторые сутки мониторирования на фоне приема первой дозы по критерию Вилкоксона. Учитывая продолжительность действия начальной дозы карведилола, для анализа указанных параметров был выбран дневной период. Межгрупповые различия оценивали по критерию Манна-Уитни.

Результаты: на фоне приема первой дозы карведилола среднесуточное ПАД и вариабельность ПАД днем снизились на 5,8% ($p=0,001$) и 6,0% ($p=0,02$) соответственно. Отмечалась аналогичная динамика среднесуточного ПАД при приеме амлодипина — снижение на 5,9% ($p=0,0027$), вариабельность ПАД днем не изменилась. В ОФП с небивололом данные показатели достоверно не различались. Межгрупповой анализ показал, что выраженность снижения ПАД на фоне приема суточной дозы карведилола и амлодипина была одинаковой.

Выводы: В ОФП, наряду с имеющимся гипотензивным эффектом, выявлена одинаковая способность карведилола и амлодипина дополнительно снижать уровень ПАД. Вариабельность ПАД уменьшается на фоне стартового лечения карведилолом. Небиволол не влиял на уровни среднесуточного ПАД и вариабельности ПАД днем.

0211 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Дмитриева О.А.

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

Цель: изучить выраженность метаболических нарушений у больных, поступивших в кардиологический стационар по экстренным показаниям, и оценить объем проводимой терапии.

Методы: проведено клиническое обследование 30 больных (13 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 43 до 81 года (средний возраст $60 \pm 1,7$ года), поступивших по экстренным показаниям в кардиологический стационар. Оценивали возраст, курение, ожиренность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), уровень артериального давления; результаты ЭХО-КС, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), сахар крови. ХС ЛПНП вычисляли по формуле Friedwald.

Результаты: в анализируемой группе основной причиной госпитализации пациентов было появление или ухудшение течения аритмического варианта ИБС. У 29 (97%) пациентов диагностирована артериальная гипертензия II-III степени, очень высокий риск. У всех больных — хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I-II стадии, I-III ФК. У 20 (67%) пациентов имеется отягощенная наследственность по ССЗ. 6 (20%) мужчин курят, средний стаж курения более 20 лет. Двое (7%) пациентов отказались от курения в связи с развитием ССЗ. Диетических рекомендаций до госпитализации придерживались лишь 6 (20%) больных. ИМТ повышен у 24 (80%) больных, среднее значение — $29,8 \pm 1,2$ кг/м². ОТ увеличена у 9 (69%) мужчин в среднем на 7% и у всех женщин — в среднем на 30%. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составил $160 \pm 4,7$ мм рт.ст., диастолического (ДАД) — $96 \pm 2,5$ мм рт.ст. По результатам ЭХО-КС у 26 (87%) пациентов выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, у 23 (77%) — признаки атеросклероза аорты, средняя фракция выброса составила $56,3 \pm 2\%$. У всех пациентов выявлена гиперхолестеринемия (уровень ОХС $6,7 \pm 0,3$ ммоль/л), гипертриглицеридемия ($2,5 \pm 0,2$ ммоль/л), повышенный уровень ХС ЛПНП ($4,6 \pm 0,3$ ммоль/л). Уровень ХС ЛПВП $0,99 \pm 0,1$ ммоль/л. Полученные данные свидетельствуют о наличии у 25 (83%) больных гиперлипидемии II В типа, у 5 (17%) — гиперлипидемии II А типа согласно классификации ВОЗ. У 2 (7%) больных диагностирован сахарный диабет II типа. Проводилась терапия ИБС, АГ, ХСН. Гиполипидемические средства не назначались в связи с отсутствием. На фоне лечения общее состояние больных улучшилось. Отмечено

снижение САД на 19% и ДАД — на 13%. Выполнено исследование липидного спектра крови 6 больных после стационарного лечения. Так, по сравнению с исходными данными отмечалось незначительное снижение концентрации ОХС на 1,8%, ТГ на 2,8%, ХС ЛПВП на 3,2%, ХС ЛПНП на 1,3%.

Выводы:

1. У большинства пациентов (87%), поступивших в кардиологический стационар по экстренным показаниям, выявлены нарушения, соответствующие критериям метаболического синдрома.

2. Проведенная в стационаре терапия способствовала нормализации АД и уменьшению клинических проявлений аритмий, вместе с тем у пациентов анализируемой группы сохранялись нарушения липидного профиля, что, безусловно, способствует прогрессированию заболевания и ухудшению прогноза пациентов.

0212 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Доброхотова Е.С., Рачкова С.А., Масленникова О.М., Шутепова Е.А.

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, Иваново, Россия

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является наиболее актуальной задачей здравоохранения в связи их широким распространением и высокой смертностью в России.

Цель: определение частоты основных факторов сердечно-сосудистого риска для обоснования внедрения лечебно-профилактических технологий в практику кардиологической службы и амбулаторно-поликлинического звена. В 2006 году в рамках Национального проекта «Здоровье» по программе дополнительной диспансеризации были осмотрены 1602 работника высших учебных заведений Ивановской области, 63% из которых составили лица 35-55 лет. Сердечно-сосудистые заболевания диагностированы у 19,8%. Практически здоровых людей оказалось лишь 8%. Выяснилось, что фактически каждый осмотренный имеет более чем одно хроническое заболевание. Наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы обследованных лиц является артериальная гипертензия (АГ), частота встречаемости составила 72,6%. По данным обследования 52,4% пациентов с АГ имеет 3 и более фактора риска, и, как следствие, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Очень высокий риск имели 8,3% обследованных лиц. Частота встречаемости основных факторов риска ССО среди пациентов с АГ высокого риска оказалась высокой: избыточная масса тела отмечена в 47,0% случаев, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний — в 22,2%, гиподинамия выявлена у 50,0% лиц, избыточное потребление поваренной соли — в 32,5%, курение — в 11,1% случаев. Гиперхолестеринемия 5 ммоль/л и более — в 87,7%, из них 6,5 ммоль/л и более — в 42,1%.

При обследовании пациентов с гиперхолестеринемией был определен риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE. Высокий риск (5% и более) имели 4% обследованных, данные лица направлены на консультацию кардиолога. В ходе диспансеризации были разработаны индивидуальные программы реабилитации с привлечением участковых терапевтов, выявлены лица, нуждающиеся в дополнительном обследовании и терапевтическом обучении. Пациенты с высоким сердечно-сосудистым риском взяты на диспансерный учет у кардиолога для динамического мониторинга развития заболевания и возможности повторного проведения необходимых профилактических мероприятий. С целью модификации факторов риска ССО требуется повышение уровня мотивации пациентов к изменению образа жизни, что диктует необходимость внедрения медицинского консультирования в амбулаторно-поликлиническое звено медицинской службы.

Таким образом, создание системы ранней диагностики, профилактики развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, выявления и коррекции модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска, адекватного лечения, широкое

внедрение современных медицинских технологий профилактики сердечно-сосудистых заболеваний позволит добиться значительных результатов в деле оздоровления нации.

0213 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Домницкая Т.М., Ерохина М.Г.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) является редким вариантом врожденной кардиомиопатии, проявляющийся гипертрофией миокарда левого желудочка, его чрезмерной трабекулярностью с образованием глубоких межтрабекулярных пространств. В соответствии с американской классификацией кардиомиопатий (АНА, 2006г.), НМЛЖ относится к первичным генетическим кардиомиопатиям, распространенность НМЛЖ варьируется от 0,05 до 0,24% в год.

Целью настоящего исследования явилось изучение процессов ремоделирования у больных НМЛЖ с оценкой особенностей систолической и диастолической функций левого желудочка по данным эхокардиографии.

Методы исследования. Обследовано 21 пациент, средний возраст больных составил 32,4±4,6. Всем больным с НМЛЖ проводилось ЭКГ, ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ, МРГ с определением функционального состояния левого желудочка, локализации и распространенности некомпактных сегментов. Диагноз НМЛЖ ставился при отношении некомпактного слоя к компактному слою левого желудочка равному более 2.

Полученные результаты. По данным ЭхоКГ повышенная трабекулярность у больных с НМЛЖ преимущественно определялась в области заднебоковых и переднебоковых сегментов, у 9 (47,1%) больных отмечалось поражение миокарда в области верхушки. У 4 (18,8%) пациентов было обнаружено вовлечение в патологический процесс миокарда правого желудочка. За период наблюдения за больными, через год летальность составила 14,3%, через 3 года — 28,6%, через 5 лет — 37,6%, в большинстве случаев на фоне нарастающей сердечной недостаточности. При Эхо-КГ исследовании отмечалось снижение глобальной функции левого желудочка: фракция выброса до 34,2%, фракция укорочения до 23,6%, увеличение конечно-диастолического объема до 183 мл. У всех больных с верхушечным ремоделированием полости левого желудочка определялось нарушение диастолической функции по рестриктивному типу. В зависимости от локализации зон некомпактного миокарда выделено 4 типа ремоделирования желудочков сердца у больных НМЛЖ: переднебоковой в 32,9% пациентов, распространенный с вовлечением верхушки, нижних и боковых сегментов в 18,8%, изолированное поражение верхушки левого желудочка в 47,1%, поражение верхушки обоих желудочков 18,8%.

Выводы. Таким образом, у больных с НМЛЖ в зависимости от локализации сегментов с некомпактным миокардом выявлено 4 типа ремоделирования желудочков сердца. Заболевание характеризуется выраженным снижением глобальной функции, нарушением диастолической функции левого желудочка, а также высокой летальностью, составившей 37,6% через 5 лет наблюдения.

0214 ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Домницкая Т.М., Рафаэлова О.Г., Денисов А.Ю.

ФГУ Центральная клиническая больница Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) являются основной причиной смертности больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), превышающей в 20-30 раз летальность от КВЗ

в общей популяции. Многочисленные клинические исследования показали более сложный патогенез КВЗ при ХПН. Усовершенствование диагностических возможностей позволяет комплексно изучить особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных находящихся на гемодиализации.

Целью работы явилась оценка состояния регионарного церебрального кровотока у больных с тяжелой хронической почечной недостаточностью после проведения сеанса гемодиализации (ГДФ).

Методы: обследовано 18 больных с терминальной уремией получающих поддерживающую терапию ГДФ, средний возраст $63,4 \pm 9,1$. Всем больным проводилась оценка интракраниального кровотока методом транскраниального дуплексного сканирования до и после ГДФ. Исследования выполнялись на аппаратах Sonos 2500, Sonos 5500 фирмы Hewlett-Packard (США), секторным датчиком с частотой 2,5 МГц. Оценивались линейная скорость кровотока (ЛСК), средняя скорость кровотока (ССК), пульсативный индекс Гослинга (Pi) по средним, передним и задним мозговым артериям, а также по позвоночным и основной артериям. Для оценки состояния венозной церебральной гемодинамики оценивались значения ЛСК по глубоким венам мозга (венам Розенталя).

Результаты: При анализе параметров кровотока в артериях бассейна внутренней сонной артерии (ВСА) и вертебробазилярном бассейне (ВББ) обнаружено достоверное снижение ЛСК и ССК у 14 (70%) больных, преимущественно по задним мозговым артериям. По основным артериям (ОА) у 12 (66%) больных выявлено снижение ЛСК после проведения ГДФ. У 10 больных (57%) обнаружено увеличение скоростных показателей кровотока по венам Розенталя. При сравнении параметров кровотока до и после проведения ГДФ по позвоночным артериям не выявлено статистически значимых изменений ЛСК и ССК. В большинстве случаев (83%) отмечалось достоверное увеличение показателей Pi во всех исследованных сосудистых бассейнах.

Выводы: Таким образом, сравнительная характеристика состояния регионарного церебрального кровотока до и после ГДФ показала статистически значимое увеличение пульсативного индекса, позволяющего косвенно оценить величину сосудистого мозгового сопротивления, и снижение скоростных показателей кровотока по задним мозговым артериям, что, вероятно обусловлено изменениями реологических свойств крови после процедуры однократного сеанса гемодиализации.

0215 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Доржиева Л.В., Кушхова Д.Х., Орлова О.В., Шевченко О.П.

Российский государственный медицинский университет; КБ УПД РФ; НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Россия, Москва

Цель: Изучить связь уровней неоптерина с различными формами ишемической болезни сердца и факторами риска ишемической болезни сердца.

Методы: обследовано 110 больных с различными формами ишемической болезни сердца (40 со стабильной стенокардией напряжения, 38 с нестабильной стенокардией и 17 с инфарктом миокарда и 15 здоровых лиц. У всех пациентов в плазме крови были определены уровни неоптерина, общего холестерина, холестерина липидов низкой плотности, холестерина липидов высокой плотности и триглицеридов. Уровни неоптерина определяли с помощью теста ELISA (Bender MedSystems).

Результаты: средние значения неоптерина у здоровых лиц и у больных со стенокардией напряжения, нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда были соответственно $7,5 \pm 7,2$, $9,5 \pm 7,3$, $13,2 \pm 11,6$, $14,4 \pm 12,7$ нмоль/л ($p < 0,01$). Отсутствовала связь уровней неоптерина в крови с возрастом, полом больных, перенесенным инфарктом миокарда и модифицируемыми факторами риска (избыточная масса тела, артериальная гипертензия, сахарный диабет, повышение общего холестерина, холестерина липидов низкой плотности и триглицеридов, снижение холестерина липидов высокой плотности). Сравнение «кривых выжива-

емости» с использованием метода Каплана-Мейера показал, что у пациентов с уровнями неоптерина > 10 нмоль/л прогноз менее благоприятен, чем у пациентов с неоптеринем < 10 нмоль/л ($p = 0,04$).

Выводы: повышенный уровень неоптерина в крови является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у больных ишемической болезнью сердца. У больных с острым коронарным синдромом уровни неоптерина достоверно выше, чем у больных стабильной стенокардией.

0216 РОЛЬ УРОВНЕЙ НЕОПТЕРИНА, С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Доржиева Л.В., Кушхова Д.Х., Орлова О.В., Шевченко О.П.

Российский государственный медицинский университет; КБ УПД РФ; НИИ Трансплантологии и Искусственных органов, Россия, Москва

Цель: Изучить связь уровней неоптерина, С-реактивного белка и интерлейкина-6 в крови больных с разными формами ишемической болезни сердца.

Методы: В исследование включены 110 лиц в возрасте $62,3 \pm 10,1$ лет: 17 больных инфарктом миокарда, 38 больных нестабильной стенокардией, 40 пациентов со стенокардией напряжения, 15 здоровых лиц. Период наблюдения составил 2 года; оценивались конечные точки: смерть, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия и прогрессирование сердечной недостаточности. Помимо рутинных клинических исследований, у всех определялись уровни неоптерина, интерлейкина-6 и С-реактивного белка при помощи высокочувствительных иммуноферментных методов.

Результаты: Уровни неоптерина достоверно коррелировали с концентрацией С-реактивного белка ($r = 0,65$; $p = 0,01$) и интерлейкином-6 ($r = 0,36$; $p = 0,01$). Содержание неоптерина, интерлейкина-6 и С-реактивного белка в крови здоровых лиц и у больных стенокардией напряжения достоверно не отличалось. По сравнению с больными стенокардией напряжения, у больных нестабильной стенокардией повышены уровни неоптерина — $7,5 \pm 7,2$ vs $14,4 \pm 8,7$ нмоль/л ($p < 0,01$) и С-реактивного белка — $4,3 \pm 3,5$ vs $6,7 \pm 2,9$ мг/л ($p < 0,05$).

Выводы: Неоптерин является маркером, участвующим в патогенезе ишемической болезни сердца; уровни его в крови коррелируют с выраженностью системного воспаления и повышены у больных с острым коронарным синдромом.

0217 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

Драомирецкая Н.А., Гайдамакина Н.Е., Георгадзе З.О., Волкова О.В., Фомина И.Г.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, ГКБ №61, Москва, Россия

Цель: Изучить инотропную функцию левого и правого желудочка у больных с хроническим постинфарктным аневризмом сердца методом равновесной радиовентрикулографии (РРВГ).

Методы: 37 больным ИБС: постинфарктным кардиосклерозом и ХСН III-IV ФК с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка менее 40% проведено исследование сократительной функции миокарда методом РРВГ по стандартной методике. В основную группу (группа I) был включен 21 больной с постинфарктными аневризмами левого желудочка. У 14 больных были диагностированы аневризмы передне-перегородочной области левого желудочка, у 7 больных — переднезадние аневризмы. В группу сравнения (II группа) включены 16 больных с постинфарктным кардиосклерозом без хронических аневризм сердца. Для оценки систолической и диастолической функции обоих желудочков изучались ФВ, максимальная скорость изгнания, выброс за 1/3 систолы, максимальная скорость наполнения и наполнение за 1/3 диастолы, конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО).

Результаты: По данным РРВГ ФВ ЛЖ в I группе была снижена до $17,8 \pm 3,2\%$, у больных без аневризм — $29,1 \pm 3,0\%$ ($p < 0,05$), ПЖ в I группе — $22,1 \pm 4,4\%$, во II — $29,9 \pm 3,4$ (нд). У больных с аневризмами наблюдалась более выраженная дилатация обоих желудочков: КДО ЛЖ — 327 ± 42 мл, КДО ПЖ — 290 ± 37 мл, у больных без аневризм — 268 ± 42 мл и 238 ± 34 мл (нд) соответственно. КСО ЛЖ в I группе 289 ± 42 мл, КСО ПЖ — 245 ± 39 мл, во II группе — 198 ± 38 и 173 ± 29 мл соответственно ($p < 0,05$). Также отмечено достоверное снижение максимальных скоростей наполнения и изгнания левого желудочка.

Для оценки показателей сегментарной сократимости использовалась унифицированная 16 сегментарная модель левого и правого желудочков. У больных с аневризмами количество зон нормокинезии ЛЖ было снижено до 21%, а ПЖ — до 27% за счет преобладания сегментов нарушенной локальной сократимостью. 10% сегментов ЛЖ были представлены дискинетичными сегментами. У больных II группы в ЛЖ зоны нормокинезии составили 29%, ПЖ — 44% ($p < 0,05$).

Выводы: У больных с постинфарктными аневризмами и клиническими проявлениями ХСН III-IV ФК NYHA при РРВГ выявлены значительные структурно-функциональные нарушения обоих желудочков в виде достоверного и значимого снижения общей ФВ, расширения полостей с увеличением КДО и КСО, уменьшения скоростных показателей наполнения и изгнания, а также нарушения показателей локальной сократимости в виде уменьшения зон нормокинезии с увеличением гипо-, дис- и акинетичных сегментов.

0218 ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ

Дробышева В.П., Демин А.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: оценить состояние миокарда при первичном инфекционном эндокардите (ИЭ) инъекционных наркоманов.

Методы: в работе использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Инфекционный эндокардит диагностирован в соответствии с критериями Duke (2000).

Результаты. Поражение миокарда у 100 больных первичным ИЭ инъекционных наркоманов характеризовалось дистрофическими, тромбоэмболическими и воспалительными изменениями. Миокардит диагностирован у 20% больных. В пользу миокардита свидетельствовали ритм галопа, глухость сердечных тонов, несоответствие между степенью выраженности порока и проявлениями сердечной недостаточности, нарастающий характер декомпенсации с преобладанием лево-, правожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности. Существенными для диагностики миокардита считали изменения на ЭКГ: желудочковую и предсердную экстрасистолию, иногда полиморфную или по типу аллоритмии, мерцание или трепетание предсердий, стойкую тахикардию, нарушения атриовентрикулярной проводимости различной степени, блокады ножек пучка Гиса (НПГ). Нарушения ритма сердца выявлены у 29% больных. Чаше отмечались различные нарушения проводимости миокарда. Так, неполная блокада правой НПГ регистрировалась у 19% больных, полная блокада правой НПГ — у 3%. У части больных неполная и полная блокады правой НПГ являлись косвенными признаками перегрузки правого желудочка вследствие тромбоэмболии легочной артерии. Признаки нагрузки на правое предсердие выявлены у 6% больных. Неполная атриовентрикулярная блокада I степени отмечена у 7% больных, II степени — у 1 больного. Миграция суправентрикулярного водителя ритма выявлена у 3% больных, суправентрикулярная экстрасистолия — у 1. Частая желудочковая экстрасистолия отмечена у 1 больного, желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии — у 1. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка выявлены у 9% больных, из них у 1 больного — с систолической перегрузкой. Синдром ранней реполяризации желудочков отмечен у 6% больных, нижепредсердный ритм — у 1 больного. Рецидивирующая фибрилляция желудочков развилась у 1 больного. Метаболические изменения миокарда обнаружены у 51% больных. Признаки нарушения ко-

ронарного кровообращения отмечены у 7% больных, которые протекали без характерной клинической симптоматики, проявлялись прогрессирующей сердечной недостаточностью и инфарктоподобными изменениями на ЭКГ.

Выводы. Поражение миокарда при первичном ИЭ у инъекционных наркоманов характеризуется полиморфизмом поражения, включая миокардит, различные нарушения ритма, проводимости, коронарного кровообращения.

0219 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Дрозд Е. С.

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Цель: изучение влияния различных видов медикаментозной гипохолестеринемической терапии на реологические характеристики эритроцитов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: обследовано 140 больных ИБС со стабильной стенокардией 2-3 ФК (средний возраст — $49 \pm 2,4$ года; 86 мужчин и 54 женщины) и 80 практически здоровых лиц (средний возраст — $42 \pm 0,38$ года; 24 мужчины и 56 женщин). У всех обследованных измеряли концентрации общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), триглицеридов (ТГ) в плазме крови. В качестве показателя деформируемости эритроцитов использовали индекс ригидности (ИРЭ) красных клеток. Для оценки степени агрегации эритроцитов измеряли скорость их оседания в стеклянных капиллярах диаметром 3 мм и длиной 200 мм через 1 и 2 часа (СОЭ1 и СОЭ2, соответственно). По результатам исследования липидного состава плазмы крови, больные ИБС были разделены на 3 группы, каждой из которых назначалась соответствующая гипохолестеринемическая терапия: эйконол в суточной дозе 2,7 и 5,4 г в зависимости от выраженности гиперхолестеринемии, симвастатин в дозе 20 мг/сут. и ципрофибрат в суточной дозе 100 мг.

Результаты: у больных ИБС концентрации ОХС, ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП и ТГ повышены, а концентрация ХС-ЛПВП снижена по сравнению с группой здоровых лиц, то есть при ИБС имеют место атерогенные нарушения липидного состава плазмы крови. У больных ИБС в условиях дислипидемии различного характера снижается деформируемость эритроцитов и возрастает способность красных клеток к агрегации. Наиболее выраженные нарушения имеют место при сочетании умеренной гиперхолестеринемии и пограничной гипертриглицеридемии. После гипохолестеринемической терапии с применением ПНЖК, симвастатина и ципрофибрата имеет место не только коррекция липидного состава плазмы крови, но и нормализация деформируемости эритроцитов, а также снижение их способность к агрегации.

Выводы: влияние различных видов гипохолестеринемической терапии на реологические характеристики эритроцитов зависит от исходного типа дислипидемии и применяемого для её коррекции препарата. При использовании эйконола в суточной дозе 2,7 г у больных ИБС с пограничной гиперхолестеринемией реологический эффект зависит от длительности лечения. При коррекции умеренной гиперхолестеринемии с применением как эйконола в суточной дозе 5,4 г, так и симвастатина в дозе 20 мг/сут., повышение деформируемости и снижение агрегационной способности эритроцитов связано с выраженным уменьшением концентрации ОХС плазмы крови. При использовании ципрофибрата у больных ИБС с умеренной гипертриглицеридемией эффект снижения агрегационной способности эритроцитов связан с уменьшением концентрации ТГ в плазме крови.

0220 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дронова Е.П., Подворчан М.А., Лопатин Ю.М.

Государственный медицинский университет, Клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценка клинико-функциональной эффективности реваскуляризации миокарда у пациентов ИБС после коронарного шунтирования (КШ) и транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) со стентированием.

Методы: интерпретировались данные ЭКГ, Эхо-КГ, мониторирования ЭКГ по Холтеру, велоэргометрической пробы, коронароангиографии (КАГ). Клиническая эффективность (отсутствие инфарктов миокарда (ИМ), возобновления стенокардии, повторных вмешательств) оценивалась через 1 месяц, 1-2-3 года после реваскуляризации миокарда.

Результаты: В исследование включены 428 пациентов. Группа 1 – 215 больных, которым проведено КШ. Группа 2 – 213 человек, которым проведена ТЛБАП со стентированием. Группы были однородны по демографическим показателям, наличию сопутствующей патологии, количеству перенесенных инфарктов миокарда (ИМ), выраженности стенокардии напряжения на момент реваскуляризации.

По данным КАГ в среднем количество пораженных коронарных артерий (КА) у пациентов в 1 группе – $3,2 \pm 0,01$; во 2 группе $2,3 \pm 0,01$. В 1 группе – одно- и двухсосудистое поражение КА – у 25,1% (во 2 группе – у 50,7%); трех и более КА – у 161 (74,9%) пациентов, (во 2 группе – у 94 (44,1%)). Количество шунтированных КА в 1 группе – 91,8% (в среднем – $3,4 \pm 0,01$ шунтов), во 2 группе – 59,7% (в среднем $1,4 \pm 0,06$ стентов).

Основные виды оперативного вмешательства в 1 группе – КШ в условиях искусственного кровообращения, во 2 группе – ТЛБАП со стентированием (Стенты Cypheg (США) использовались у 15 (7%) больных).

В госпитальном периоде в 1 группе отмечено 11 (5,1%) летальных исходов, во 2 группе – 4 (1,9%). Возобновление стенокардии в ранних послеоперационный период – в 1 группе – в 18 (8,8%) случаях; во 2 группе – у 91 (43,5%) ($p < 0,05$). Через 1 год наблюдения в 1 группе возобновление стенокардии – у 29 (14,2%) пациентов (ФК стенокардии – $0,3 \pm 0,01$). Во 2 группе – у 138 (66%) (ФК стенокардии – $1,4 \pm 0,09$). К концу 3 года – в 1 группе возобновление стенокардии у 28 (19,2%) больных (ФК стенокардии – $0,4 \pm 0,03$). Во 2 группе – у 111 (86%) (ФК стенокардии – $1,9 \pm 0,001$).

В 1 группе в течение 3 лет было 85 случаев госпитализации, проведено 2 (1%) повторных вмешательства (ТЛБАП со стентированием аутовенозных шунтов). Во 2 группе в течение 3 лет – 121 случай госпитализации (в т.ч. 16 случаев с ОКС), выполнено 25 (12%) повторных вмешательств (16 (7,6%) – ТЛБАП со стентированием и 9 (4,3%) – КШ).

Таким образом, хирургические и эндоваскулярные методы лечения эффективны в облегчении рефрактерной к медикаментозной терапии стенокардии. Основным различием между двумя методами реваскуляризации миокарда была частота повторных вмешательств в течение 1-3 лет. После ТЛБАП она составляла 12%, тогда как после КШ – 1%. Отсутствие стенокардии отмечено в 1 группе в 85,6% наблюдений, во 2 группе – в 34,9%.

0221 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕПЕНИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Дронова Е.П., Подворчан М.А., Лопатин Ю.М.

Государственный медицинский университет, Областной Клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель исследования: Провести оценку клинико-функционального состояния пациентов с ИБС после чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) со стентированием с учетом объема реваскуляризации.

Методы: В периоперационном периоде оценивались данные ЭХОКГ, ВЭМ коронароангиографического (КАГ) исследования.

Результаты: В исследование включены 190 пациентов. Группа 1 – 67 больных, которым выполнена полная реваскуляризация (ПР). Группа 2 – 123 пациента, которым была проведена неполная реваскуляризация миокарда (НР). Группы были однородны

по демографическим показателям, наличию факторов риска ИБС, количеству инфарктов миокарда в анамнезе. В группе с НР исходно отмечено большее количество пациентов с острым коронарным синдромом на момент проведения вмешательства (16 (13%) против 7 (10,4%)). Во 2 группе у 7 (5,7%) в анамнезе – предшествующее коронарное шунтирование (КШ) и у 7 (5,7%) – ЧТКА со стентированием.

По данным коронароангиографии (КАГ) в 1 группе чаще отмечалось однососудистое поражение коронарных артерий (КА) – у 54 (80,6%); во 2 группе – многососудистое поражение КА – у 123 (100%) ($p < 0,005$) (в 1 группе – 13 (19,4%)). В среднем количество пораженных КА в 1 группе – $1,3 \pm 0,001$ ($p < 0,001$); во 2 группе – $2,8 \pm 0,004$.

Основной вид вмешательства в группах – ЧТКА со стентированием (использовались стенты Tenax (Biotronic, Германия), Tensum (Biotronic, Германия), Multilink – RX-DUET (ACS, США), Vx-Velocity (США), Cypher (США), Cordis (США)). В среднем у пациентов 1 группы реваскуляризовано 86 сегментов КА (кол-во стентов – $1,25 \pm 0,06$), стенты Cypher (США) использовались у 6 (8,9%) пациентов. Средняя протяженность стентированного сегмента – $22,8 \pm 7,8$ мм, средняя степень стенозирования – $72,5 \pm 9,7\%$. Частота ангиографического успеха – 92,5%. Летальность при выполнении вмешательств в данной группе больных отсутствовала, частота периоперационного инфаркта миокарда (ИМ) – 4,5%.

Во 2 группе – реваскуляризован 171 сегмент (кол-во стентов – $1,4 \pm 0,06$), стент Cypher (США) использовался у 8 (6,5%) больных. Средняя протяженность стентированного сегмента – $25,3 \pm 6,7$ мм, средняя степень стенозирования – $74,5 \pm 8,1\%$. Частота ангиографического успеха – 94,3%. Летальность при выполнении вмешательств – 3 (2,4%), частота периоперационного ИМ – 6,5%. Частота клинического успеха – 69,1% (85 пациентов).

Возобновление стенокардии в ранние сроки после ЧТКА со стентированием отмечалось у 29 (43,3%) пациентов в 1 группе и у 58 (48,3%) пациентов во 2 группе.

К концу 1 года возобновление стенокардии имело место у 65,1% пациентов после ПР против 73,3% пациентов с НР, к концу третьего года – у 90,2% пациентов 1 группы и 84,4% пациентов 2 группы. Максимальный положительный эффект после проведения эндоваскулярного вмешательства (снижение ФК стенокардии, ФК ХСН, увеличение ТФН, ФВ) отмечается к концу 1 месяца, в дальнейшем к концу 1 года – ухудшение показателей и тенденция к дальнейшему снижению за период наблюдения. Повторный ИМ после ЧТКА со стентированием перенесли 2 (3%) пациента 1 группы и 13 (10,8%) – во 2 группе.

За период наблюдения у пациентов с НР выполнено 18 (14,6%) повторных вмешательств (5 (4%) КШ и 13 (10,6%) – ЧТКА со стентированием). У пациентов с ПР – 2 (2,2%) повторных вмешательства (1 (1,1%) КШ и 1 (1,1%) – повторная ЧТКА со стентированием).

Таким образом основным различием эффективности рентгенэндоваскулярного вмешательства при ПР и НР является частота повторных вмешательств (ЧТКА или КШ), которые чаще требуются больным с НР. Отмечено также, что в отдаленном периоде выраженная стенокардия чаще встречается у пациентов с НР.

0222 ПОЛНАЯ И НЕПОЛНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Дронова Е.П., Подворчан М.А., Лопатин Ю.М.

Государственный медицинский университет, Клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель исследования: Провести оценку клинико-функционального состояния пациентов с ИБС после коронарного шунтирования (КШ) с учетом объема реваскуляризации.

Методы: В периоперационном периоде оценивались данные Эхо-КГ, ВЭМ коронароангиографического (КАГ) исследования.

Результаты: В исследование включены 228 пациентов, которым проводилось КШ. Группа 1 – 137 больных, средний возраст – $55,4 \pm 2,1$ лет, которым выполнена полная реваскуляризация

(ПР). Группа 2 – 91 пациент, средний возраст – $56,3 \pm 1,3$ лет которым была проведена неполная реваскуляризация миокарда (НР). Группы были однородны по демографическим показателям, наличию сопутствующей патологии, количеству перенесенных инфарктов миокарда.

По данным КАГ в 1 группе многососудистое поражение коронарных артерий (КА) отмечено у 120 (87,6%) больных, во 2 группе – 91 (100%). В среднем количество пораженных КА в 1 группе – $2,8 \pm 0,2$; во 2 группе $3,8 \pm 0,1$ ($p < 0,05$).

Основным видом оперативного вмешательства в группах было КШ в условиях искусственного кровообращения. У пациентов 1 группы выполнена реваскуляризация всех пораженных КА со стенозом более 50%, включая ветви диаметром до 0,6 мм, и артерий в зонах постинфарктного кардиосклероза. Во 2 группе выполнена реваскуляризация стенозированных (более 70%) КА диаметром более 1,5 мм; остальные сосуды, в том числе и диффузно измененные КА в зонах постинфарктного кардиосклероза, не шунтировали.

В раннем послеоперационном периоде в 1 группе умерло 8 (5,8%) пациентов, во 2 группе – 9 (9,9%). В течение 1 месяца в 1 группе ФК стенокардии уменьшился на 96,8% ($0,1 \pm 0,01$ ФК) ($p < 0,05$), возобновление стенокардии – у 6 (4,6%) больных, из них у 5 (3,9%) – стенокардия напряжения II ФК; у 1 (0,8%) – III ФК. Во 2 группе – ФК стенокардии уменьшился на 90,3% ($0,3 \pm 0,02$ ФК) ($p < 0,05$), возобновление стенокардии – у 12 (14,6%) пациентов (у 1 (1,2%) – на уровне I ФК, у 8 (9,7%) – на уровне II ФК, у 3 (3,6%) – на уровне III ФК).

К концу 1 года наблюдения стенокардия напряжения имела место у пациентов 1 группы – у 11 (8,5%), во 2 группе – у 18 (31,6%) ($p < 0,05$), к концу периода наблюдения – в 1 группе – у 11 (11,6%) (во 2 группе – у 17 (29,8%)).

У больных 1 группы в течение 3 лет отмечалось 26 случаев госпитализаций (во 2 группе – 44). У 1 (0,8%) больного в 1 группе в течение 3 лет наблюдения выполнена ТЛБАП со стентированием стенозированного аутовенозного шунта в течение 1 года после операции. Во 2 группе – повторных оперативных вмешательств не проводилось.

Частота рецидивов стенокардии III и IV ФК за весь период наблюдения отмечена у 8,2% пациентов 2 группы (в 1 группе – 3,1%). У больных с ПР отсутствие стенокардии – в 91,6% наблюдений, а с НР – в 76,2%.

Таким образом, увеличение объема операции не ухудшает непосредственные результаты, а отдаленные результаты свидетельствуют о преимуществах шунтирования мелких (диаметром до 0,6 мм) коронарных артерий.

0223 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ УДЛИНЁННОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев удлинённого интервала QT (УИQT) среди женщин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. Продолжительность интервала QTс (ПИQTс) мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-Tизм/\sqrt{R-R}$. Измерение интервала QT производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. В случае насаивания на конечную часть зубца «Т» волны «U» или R, проводили касательную по нисходящему колену зубца «Т» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание интервала QT. Измерения интервала QT не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, слабовыраженном зубце Т и в случаях бракованных ЭКГ. За КИQT мы принимали значения ИQTс соответствующие их предиктивным показателям, рассчитанным по формуле $OTp = 656 / (1 + ЧСС / 100)$. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателя

интервала QT. Измерения интервала QT не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, слабовыраженном зубце Т и в случаях бракованных ЭКГ. За УИQT мы принимали значения 450 мс и выше. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Анализу подверглось 5367 ЭКГ. Медиана возраста женщин включенных в исследование составила 54 года (интерквартильный размах от 38 до 65 лет). УИQT был зарегистрирован в 350 случаях, что составило 65,2 на 1000 женщин. Медиана возраста у женщин с УИQT составила 61 год (интерквартильный размах от 49 до 70 лет). ПИQT-Тс от 450 до 460 мс встретилась среди 158 женщин, что составило 45,1% (медиана возраста 60 лет, интерквартильный размах от 48 до 70 лет); от 460 до 480 мс – 131 случай, 37,4% (медиана возраста 61 год, интерквартильный размах от 50 до 69 лет); от 480 до 500 мс – 30 человек или 8,6% (медиана возраста 64,5 лет, интерквартильный размах от 56 до 70 лет); более 500 мс – у 31 женщины, 8,9% (медиана возраста 68 лет, интерквартильный размах от 58 до 74 лет). Плотность новых случаев УИQT составила 5,1 на 100 человеко-лет.

Выводы:

1. Распространённость УИQTс среди женщин старше 15 лет составила 65,2 на 1000.
2. Плотность новых случаев УИQT составила 5,1 на 100 человеко-лет.
3. УИQT до значений 500 мс зарегистрирован в 91,1%, а более 500 мс в 8,9%.
4. Продолжительность УИQT неуклонно увеличивается с увеличением возраста женщин.

0224 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ КОРОТКОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев короткого интервала QT (КИQT) среди женщин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. Продолжительность интервала QTс (ПИQTс) мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-Tизм/\sqrt{R-R}$. Измерение интервала QT производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. В случае насаивания на конечную часть зубца «Т» волны «U» или R, проводили касательную по нисходящему колену зубца «Т» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание интервала QT. Измерения интервала QT не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, слабовыраженном зубце Т и в случаях бракованных ЭКГ. За КИQT мы принимали значения ИQTс соответствующие их предиктивным показателям, рассчитанным по формуле $OTp = 656 / (1 + ЧСС / 100)$. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателя

телей, методов описательной статистики и таблицы частот. Средний возраст представлен со стандартным отклонением.

Полученные результаты. Анализ подверглось 5367 ЭКГ. Медиана возраста женщин включенных в исследование составила 54 года (интерквартильный размах от 38 до 65 лет). КИQT был зарегистрирован в 21 случаях, что составило 3,9 на 1000 женщин. Средний возраст женщин с КИQT составил $45,7 \pm 16,88$ лет (минимальный возраст 16 лет; максимальный — 70 лет). Частота встречаемости КИQT в различных возрастных группах распределялась следующим образом: от 15 до 20 лет — 0,5% (1 случай); от 20 лет до 30 лет — 0,5% (3 случая); от 30 лет до 40 лет — 0,6% (4 случая); от 40 лет до 50 лет и от 50 до 60 — по 0,4% (по 4 случая); от 60 лет до 70 лет — 0,3% (4 случая); 70 лет и старше — 0,1% (1 случай). Плотность новых случаев КИQT составила 0,19 на 100 человеко-лет. Учитывая, что КИQT-T может быть на уровне как 88%, так и 80% от должных значений. Проведенный анализ позволил выявить 1 случай КИQT на уровне менее 80%.

Выводы:

1. Распространенность КИQT среди женщин старше 15 лет составила 3,9 на 1000.
2. Плотность новых случаев КИQT составила 0,19 на 100 человеко-лет.
3. КИQT-T на уровне 88% встретился в 20 случаях из 21.

0225 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ КОРОТКОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев короткого интервала QT (КИQT) среди мужчин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. Продолжительность интервала QTc (ПИQTc) мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение интервала QT производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. В случае наслаивания на конечную часть зубца «T» волны «U» или R, проводили касательную по нисходящему колену зубца «T» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание интервала QT. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, слабовыраженном зубце T. За КИQT мы принимали значения ИQTc соответствующие их предиктивным показателям, рассчитанным по формуле $QTp=656/(1+ЧСС/100)$. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Анализ подверглось 2474 ЭКГ. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 53 года (интерквартильный размах от 37 до 61 года). Медиана ПИQTc составила 399,10 мс (интерквартильный размах от 382,31 мс до 416,93 мс). КИQT был зарегистрирован в 154 случаях, что составило 62,7 на 1000 мужчин. Медиана возраста мужчин с КИQT составила 37,5 лет (интерквартильный размах от 21 до 55 лет). Частота встречаемости КИQT-T в различных возрастных группах распределялась следующим образом: от 15 до 20 лет — 14,1% (27 случаев); от 20 лет до 30 лет — 12,8% (33 случая); от 30 лет до 40 лет — 9,8% (24 случая); от 40 лет до 50 лет — 5,9% (25 случаев); от 50 лет до 60 лет

— 2,4% (12 случаев); от 60 лет до 70 лет — 3,1% (15 случаев); старше 70 лет — 4,9% (18 случаев). Плотность новых случаев КИQT составила 4,73 на 100 человеко-лет. КИQT-T на уровне 88% встретился в 135 случаях, а на уровне 80% — в 19 случаях.

Выводы:

1. Распространенность КИQT среди мужчин старше 15 лет составила 62,7 на 1000.
2. Плотность новых случаев КИQT составила 4,73 на 100 человеко-лет.
3. С возрастом частота встречаемости КИQT имеет U-образную зависимость.
4. КИQT на уровне 88% встретился в 87,7% случаев.

0226 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ УДЛИНЁННОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев удлинённого интервала QT (УИQT) среди мужчин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. Продолжительность интервала QTc (ПИQTc) рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение интервала QT производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца T в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. В случае наслаивания на конечную часть зубца «T» волны «U» или R, проводили касательную по нисходящему колену зубца «T» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание интервала QT. Измерения интервала QT не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, слабовыраженном зубце T. За УИQT мы принимали значения ПИQTc 435 мс и более, как предварительно найденную точку разделения. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Анализ подверглось 2474 ЭКГ. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 53 года (интерквартильный размах от 37 до 61 года). Медиана ПИQTc составила 399,10 мс (интерквартильный размах от 382,31 мс до 416,93 мс). УИQT был зарегистрирован в 263 случаях, что составило 106,3 на 1000 мужчин. Медиана возраста мужчин с УИQT составила 60 лет (интерквартильный размах от 53 до 70 лет). ПИQT-Tc от 435 до 460 мс встретилась среди 182 мужчин, что составило 69,2% (медиана возраста 59 лет, интерквартильный размах от 50 до 70 лет); от 460 до 480 мс — 52 случая, 19,8% (медиана возраста 62,5 лет, интерквартильный размах от 53 до 70 лет); от 480 до 500 мс — 8 человек или 3,0% (медиана возраста 60 лет, интерквартильный размах от 51,5 до 67 лет); более 500 мс — у 21 мужчины, 8,0% (медиана возраста 70 лет, интерквартильный размах от 59 до 73 лет). Плотность новых случаев УИQT составила 10,9 на 100 человеко-лет.

Выводы:

1. Распространенность УИQTc среди мужчин старше 15 лет составила 106,3 на 1000.
2. Плотность новых случаев УИQT составила 10,9 на 100 человеко-лет.
3. УИQT-T до значений 500 мс зарегистрирован в 92,0%.

0227 СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЗОФЕНОПРИЛОМ

Дымова Н.В., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Ивакин В.Е., Архипова В.Н., Шуклина Г.В.

ГОУ ВПО «КГМУ Росздрава», Курск, Россия

Цель работы: изучить содержание эндотелина — 1 (ЭТ-1) в сыворотке крови больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита (ХГН) на фоне терапии эналаприлом и зофеноприлом.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 29 больных гипертоническим вариантом ХГН в возрасте от 27 до 54 лет со II степенью артериальной гипертензии без нарушения функции почек (СКФ > 60 мл/мин.). Группу контроля составили 25 здоровых доноров. Больные ХГН были разделены на 2 группы в зависимости от вида терапии: 14 человек получали эналаприл в дозе 10 ± 5 мг/сут. и 15 человек получали зофеноприл в дозе 30 мг/сут. Содержание ЭТ-1 в сыворотке крови изучали иммуноферментным методом с использованием набора сывороток фирмы Amersham (США).

Результаты и обсуждение: При определении содержания ЭТ-1 в сыворотке крови больных гипертоническим вариантом ХГН достоверно более высокий его уровень по сравнению с группой контроля: $57,8 \pm 2,1$ нг/л и $17,4 \pm 1,1$ нг/л соответственно ($p < 0,001$).

На фоне 12-недельной терапии эналаприлом и зофеноприлом были получены следующие результаты: содержание ЭТ-1 снизилось в обеих группах пациентов, однако в группе больных, получавших зофеноприл, уровень ЭТ-1 был достоверно ниже по сравнению с группой, получавших эналаприл ($22,1 \pm 3,4$ нг/л и $33,5 \pm 2,8$ нг/л соответственно, $p < 0,001$). При сравнительной оценке гипотензивного действия препаратов достоверной разницы в антигипертензивной активности получено не было, в обеих группах больных достигнуты целевые цифры АД. Эндотелин-1 был определен Европейской ассоциацией кардиологов как один из маркеров эндотелиальной дисфункции. Выявленный нами высокий уровень ЭТ-1 в сыворотке крови больных гипертоническим вариантом ХГН свидетельствуют нарушении функционального состояния эндотелия сосудистого русла больных ХГН. Использование в лечении препаратов из класса ингибиторов АПФ патогенетически обоснованно, полученные данные свидетельствуют о большей вазопротективной активности препаратов в сравнении с эналаприлом.

Выводы:

1. У больных гипертоническим вариантом ХГН имеет место высокое содержание ЭТ-1 в сыворотке крови.
2. Терапия зофеноприлом обладает более выраженным корригирующим влиянием на ЭТ-1 в сравнении с эналаприлом.

0228 ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Дьякону Н.В.

Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования: изучить особенности сердечно-сосудистой (СС) патологии у мужчин и женщин с острым ишемическим инсультом (ИИ).

Материалы и методы: в исследование включили 735 больных с ИИ, госпитализированных в неврологические отделения муниципальной больницы г. Кишинева в течение одного года (2004). Среди больных были 333 мужчин и 402 женщины в возрасте от 34 до 91 года (средний возраст составил $65,9 \pm 0,4$ лет). Анализировали анамнез, наличие сердечно-сосудистой патологии, клинико-лабораторные данные, ЭКГ, а также, результаты патоморфологического исследования у умерших больных. Во время стационарного лечения умерли 133 (18,1%) пациентов. Период госпитализации составил в среднем $9,3 \pm 0,18$ дней.

Результаты: Женщины были старше (средний возраст составил $67,4 \pm 0,53$ лет), 63,9% из них имели возраст более 65 лет, тогда как средний возраст мужчин составил $64,3 \pm 0,56$ лет, более половины (53,7%) из которых были моложе 65 лет. Анализ результатов клинко-инструментального исследования выявил незначительные различия в присутствии СС патологии между мужчинами и женщинами. Так СС патология у женщин встречалась в 95,7%, а у мужчин 93,1%, в том числе ишемическая болезнь сердца преобладала у женщин (57% vs 52,6%, $p > 0,05$), а инфаркт миокарда в анамнезе у мужчин (18,62% vs 11,7%, $p < 0,01$). Гипертоническая болезнь (92% и 86,2% соответственно, $p > 0,05$), а также ревматические пороки (5,7% vs 1,5%, $p < 0,01$), в том числе бактериальный эндокардит (1,0% vs 0,3%) чаще встречались у женщин. Присутствие сердечной недостаточности (68,7 vs 63%, $p > 0,05$), а также тахикардии (29,1% и 25,23%, соответственно, $p > 0,05$) чаще отметили у женщин. Сердечно-сосудистая патология сочеталась с сахарным диабетом преимущественно у женщин (36,1% и 23,4% соответственно, $p < 0,001$). Инсульт в анамнезе преобладал у женщин (31,4% vs 26,5%, $p > 0,05$). Смертность в период госпитализации была существенно выше у женщин (21,4% и 14,1%, $p < 0,01$).

Патоморфологическое исследование было выполнено у 79,7% больных. Анализ результатов патоморфологического исследования не выявил существенных различий в данных у больных женского и мужского пола: диффузные атеросклеротические изменения (60,6% и 57,5% $p > 0,05$), внутрисердечные тромбы (16,7% и 7,5%, $p > 0,05$), гипертрофия левого желудочка (71,2% vs 82,5%, $p > 0,05$) и постинфарктный кардиосклероз (36,4% vs 47,5%, $p > 0,05$). Непосредственной причиной смерти в 90,2% был отек головного мозга с дислокацией у пациентов обоих полов.

Выводы: Отличающим фактором среди мужчин и женщин с ишемическим инсультом был возраст, превышающий 65 лет, и более частый летальный исход у женщин. Структура сердечно-сосудистой патологии существенно не отличалась у пациентов обоих полов, за исключением инфаркта миокарда в анамнезе преобладающего у мужчин и сахарного диабета у женщин.

0229 ОБ ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Евсеева М.Е., Батурина М.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: выявить особенности сердечно-сосудистой деятельности у молодых людей в зависимости от наличия отягощенной наследственности по атеросклерозу, как основной причине заболеваемости и смертности трудоспособного контингента.

Методы: проведено суточное мониторирование АД и ЭКГ 35 студентам СтГМА, которые разделены на три группы 1-я группа (7 человек) — с неотягощенной наследственностью, 2-я группа (22 человека) — с отягощенной наследственностью (наличие у родственников I, II линии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в возрасте до 65 лет), 3-я группа (6 человек) — с очень отягощенной наследственностью (наличие у родственников I линии родства в анамнезе внезапных смертей, либо сердечно-сосудистых событий в возрасте до 45 лет). Средний возраст обследованных $20,6 \pm 0,3$. Представителей мужского пола — 12, женского — 23. Мониторинг АД проводили на аппарате МнСДП-2 (Волгоград), мониторинг ЭКГ — «Холтер» (Волгоград).

Результаты: оказалось, что с усилением отягощенности по ССЗ у лиц молодого возраста повышалась среднесуточная, дневная и ночная ЧСС, а также минимальная и максимальная ЧСС. Последняя составила в указанных группах $142 \pm 5,5$, $154 \pm 3,3$ и $158 \pm 3,7$ ударов в минуту. Циркадный индекс в этих группах оказался без существенных изменений. Среднее количество экстрасистол в час с усилением отягощенности также повышалось. Например, эти показатели по наджелудочковой экстрасистолии в 1, 2 и 3 группах равнялись в среднем $0,90 \pm 0,3$; $0,98 \pm 0,33$ и $3,07 \pm 1,03$. Общее количество наджелудочковых экстрасистол за сутки также увеличилось. Среднее количество желудочковых экстрасистол в час также неуклонно нарастало и составило в группах наблюдения $0,006 \pm 0,001$; $0,07 \pm 0,05$ и $1,48 \pm 0,3$. Аналогичным образом повышалось их общее количе-

ство. По мере ухудшения наследственных параметров увеличилось и общее количество пауз, особенно в ночное время. Из всех показателей СМАД наиболее яркая динамика от 1 к 3 группе наблюдалась по показателям ВУП как САД, так и ДАД. Так, первый показатель в указанных группах составил $27,8 \pm 3,2$; $40,1 \pm 3,9$ и $51,5 \pm 4,2$, а второй — $41,4 \pm 3,4$; $44,5 \pm 5,1$ и $51,5 \pm 3,2$ соответственно.

Выводы: сердечно-сосудистая деятельность у лиц молодого возраста характеризуется определенной зависимостью от особенностей наследственности по атеросклеротическим заболеваниям, что необходимо учитывать при выработке параметров здоровья молодежи и в процессе формирования групп соответствующего риска.

0230 ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА АРИТМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Евсеева М.Е., Власянец Е.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Краевой кардиологический диспансер, Ставрополь, Россия

Цель работы: выяснить возможное влияние ДСТ на проявление аритмического синдрома при ИБС у пациентов трудоспособного возраста.

Методы: обследованы 92 больных в возрасте от 42 до 55 лет с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения ФК II-III. Проводились следующие исследования: фенотипический анализ стигм дисэмбриогенеза; Эхо-КГ; суточное мониторирование ЭКГ. Больные рандомизированы на две группы:

1-я гр.: пациенты с ИБС, протекающей на фоне различных проявлений ДСТС (51 чел.); 2-я гр.: пациенты с ИБС в изолированном виде (41 чел.). Анализ проводился на предмет наличия таких прогностически неблагоприятных нарушений ритма сердца (НРС) как фибрилляция предсердий и желудочковые аритмии.

Результаты: оказалось, что при наличии ДСТС на фоне ИБС фибрилляция предсердий встречалась в 2,3 раза чаще, чем при изолированной ИБС, так как у больных первой группы указанное НРС отмечалось у 28 из 51 человека (54,2%), а во второй группе — лишь у 10 из 41 человека (24,1%). Желудочковые экстрасистолы (не менее 3 класса по Лауну) среди больных ИБС, отличающихся наличием ДСТС, выявлялись почти в пять раз чаще, чем среди пациентов с изолированной ИБС. Оказалось, что в первой группе указанное НРС имело место в 13 случаях из 51 (24,9%), а во второй группе — в 2 случаях из 41 (4,9%). Интересно и суточное распределение экстрасистол в этих группах: у больных ИБС в сочетании с ДСТС практически все экстрасистолы регистрировались днем — 96,1% (в среднем 4453 ± 184 экстрасистолы) и только 3,9% ночью (в среднем 177 ± 11 экстрасистол). Во 2-й группе разница в распределении также оказалась существенна: 72,4% экстрасистол (1326 и 1221 экстрасистол у каждого из двух человек) приходилось на дневное время и 27,6% (в среднем 505 ± 21) — на ночное время.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о несомненном негативном влиянии различных микроаномалий сердца в рамках его ДСТ на выраженность аритмического синдрома при ИБС. Это касается случаев, как фибрилляции предсердий, так и случаев желудочковой экстрасистолии.

0231 ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Евсеева М.Е., Василенко Н.Н., Крестьянинова Н.В., Пашина Л.А., Иванова Л.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить у молодых мужчин, подверженных стрессогенной профессиональной деятельности, некоторые личностные особенности в зависимости от уровня АД.

Методы: исследованы 35 мужчин в возрасте от 31 до 44 лет, относящихся по роду своей работы к категории повышенного стресса, с помощью офисного определения и суточного мониторирования артериального давления (СМАД), шкалы Спилберге-

ра-Ханиной для определения уровня личностной и реактивной тревожности, а также методики многостороннего исследования личности (МИЛ) по Ф.Б.Березину и соавт.

Результаты: оказалось, что лица с оптимальным и нормальным АД отличаются практически одинаковыми параметрами личностной тревожности и близкими значениями ситуационной тревожности. Обследованные с признаками предгипертензии, то есть высоконормальным АД, характеризуются наибольшими отличиями по сравнению с представителями двух предшествующих групп в плане нарастания проявлений обоих видов тревожности, особенно личностной. Лица с признаками определённой АГ отличаются уменьшением показателей тревожности, которые у них становятся даже несколько ниже, чем у представителей первых двух групп. Примечательно, что показатели, полученные при изучении мужчин по методике МИЛ, отличаются наибольшими изменениями также в третьей группе наблюдений.

Полученные данные указывают на наличие определённой динамики в изменении психологического статуса мужчин в зависимости от колебаний их АД. При этом нарушение его регуляции на этапе предгипертензии сочетается с максимальными отклонениями в психовегетативном балансе организма, что сопровождается наиболее значительным нарастанием уровня тревожности, как личностной, так и реактивной. При дальнейшей стабилизации гипертензии происходит даже некоторое снижение тревожных проявлений.

Выводы: выявленные у мужчин, подверженных профессиональному стрессу, изменения психологического статуса, во-первых, подтверждают наличие достаточно значительного процента лиц с гипертензионными проявлениями среди стрессогенного профессионального контингента, а во-вторых, свидетельствуют о роли психовегетативной дисрегуляции в развитии АГ на самом раннем этапе её формирования.

0232 ДЕПРЕССИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Евсеева М.Е., Джанибекова А.Р.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель работы: изучить особенности психологического статуса в общей популяции молодежи, которая соответствует контингенту ранней стадии сердечно-сосудистого континуума.

Методы: исследовалось 42 человека в возрасте от 18 до 25 лет из числа студентов СтГМА, не обращавшихся ранее к врачам. Лиц мужского пола 16, женского 26. Дизайн исследования состоял из двух этапов: первый этап — скрининг опрос по мини тест — картам, второй этап — использование шкалы Гамильтона (1987) для диагностики депрессии. После 1-го этапа всех исследуемых разделили на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия тех или иных кардиологических жалоб.

Результаты: оказалось, из 42 студентов, подвергнутых скрининг опросу, 13 (30,9%) человек предъявили те или иные жалобы кардиологического характера — I группа, 28 (69,1%) таковых не имели — II группа. В результате этого этапа исследования как в I, так и во II группах выявлены лица молодого возраста, которые имели те или иные расстройства депрессивного спектра. Так в I группе студентов предъявивших жалобы, у 7 человек (53,8%) наблюдались депрессии. Во второй же группе отмечено лишь у 6 (21,4%) . Таким образом, у 19 (45,2%) студентов состояние здоровья оценивается как не вполне удовлетворительное. Иными словами, значительная часть здоровой по формальным признакам молодежи при активном опросе отмечают те или иные проблемы в плане собственного здоровья.

Выводы: полученные данные доказывают, что уже в молодом возрасте расстройства психологического спектра достаточно распространены. Эти данные необходимо учитывать при разработке различных профилактических и оздоровительных программ.

0233 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Джанибекова А.Р., Найманова З.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности суточной регуляции АД у лиц молодого возраста.

Методы: обследовано 96 человек из среды учащейся молодежи (студенты медицинской академии) в возрасте от 18 до 25 лет, с отсутствием в анамнезе клинически подтвержденных заболеваний, а также согласием на участие в исследовании. При анализе результатов СМАД оценивались среднесуточные, средненочные, и средненочные показатели артериального давления: САД, ДАД, вариабельность АД, степень ночного снижения АД (СНСАД), которые изучались с учетом ИМТ, особенностей наследственности. СМАД проводилось с помощью монитора МДП-НС-01 (ДМС «Передовые технологии», г. Москва). На долю лица мужского пола приходилось 55% обследуемых, на долю лиц женского пола — 45%. Всем участникам исследования предлагалось заполнить скрининг-карты для оценки состояния здоровья. Анализ результатов СМАД производился по критериям, предложенным Рогоза А.Н. и соавт. (1999) и Национальным рекомендациям по АГ (2004).

Результаты: у 17 лиц (17,7%) выявлены эпизоды повышения систолического АД в течение дня. Наблюдалось также увеличение показателей вариабельности систолического АД у этих лиц от 21 до 29%. Кроме того, у них оказалась повышенной «нагрузка давлением». По СНСАД среди обследуемых имеются дипперы — 76 человек (79,0%), нон-дипперы — 18 человек (18,7%), найт-пикеры — 2 человек (2,1%). Таким образом, данные СМАД оказались весьма неоднородными. У всех молодых людей с эпизодами повышения АД наблюдалась избыточная масса тела и наследственная отягощенность по ССЗ.

Выводы: полученные результаты указывают на необходимость разработки нормативов основных параметров СМАД для лиц молодого возраста с целью внедрения данного метода в клиническую практику в качестве скринингового способа диагностики артериальной гипертензии на ранних, асимптоматичных этапах течения.

0234 ВЫСОКОНОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО СУТОЧНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Евсеева М.Е., Иванова Л.В., Крестьянинова Н.В., Коломиец Е.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: оценить у трудоспособных мужчин суточную регуляцию АД в зависимости от его офисного уровня.

Методы: Обследовано 35 мужчин в возрасте от 31 до 44 лет с помощью офисного определения и суточного мониторирования АД с помощью аппарата BPLab (Петр Телегин, Нижний Новгород). Определялись среднесуточные САД и ДАД, их вариабельность, индексы времени (ИВ). По уровню офисного АД все обследуемые разделены на 4 группы: 1гр. (7 чел.) — оптимальное АД; 2гр. (12 чел.) — нормальное АД; 3гр. (9 чел.) — высоконоормальное АД и 4 гр. (7 чел.) — АГ 1 степени.

Результаты: оказалось, что показатель среднесуточного САД в указанных группах составил в среднем $119 \pm 0,8$, $128 \pm 0,9$, $140 \pm 1,6$ и $151 \pm 1,3$, а показатель среднесуточного ДАД равнялся $72 \pm 1,3$, $76 \pm 1,5$, $84 \pm 1,5$ и $85 \pm 1,7$ мм рт.ст. Если высчитать разницу между нижней границей допустимой нормы для каждой сформированной группы и указанными полученными данными, то получится, что для групп с нормальным, высоконоормальным и повышенным АД эта разница по САД равна +4, +5 и +7, а для ДАД -4, -1 и -5. По нашему мнению, это говорит о постепенном формировании преимущественно систолической формы АГ у данного контингента. ИВ САД в указанных группах составил в среднем $1,7 \pm 0,6$, $17 \pm 3,0$, $51 \pm 3,1$ и $84 \pm 3,9\%$, а ИВ ДАД равнялся $7 \pm 3,9$, $16,6 \pm 3,0$, $45 \pm 5,3$ и $53 \pm 5,0\%$. Видно, что по ИВ САД категория высоконоормального АД превысила допустимую верхнюю границу нормы в 50%. Это является одним из подтверждений правильности представлений о высоконоормальном АД как о предгипертензии, т.е. как о стадии в становлении АГ. Это же яв-

ляется ещё одним свидетельством систолического характера АГ изученного контингента.

Следует также учитывать, что для юношеского возраста (до 20-21лет) норма показателя ИВ АД снижается до 35% и даже до 25% (Кисляк О.В., 2002). Поэтому возможно полученное превышение по ИВ следует трактовать как ещё более значительное. Однако во взрослой кардиологии для молодого и пожилого контингентов существуют единые нормы указанных показателей. Видимо, их следует дорабатывать.

0235 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В Г. СТАВРОПОЛЕ

Евсеева М.Е., Никулина Г.П.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) на госпитальном этапе в соответствии с критериями национального регистра.

Методы: проанализированы ситуации всех больных, последовательно поступавших в специализированное отделение в апреле-мае 2005г. с признаками острой ишемии миокарда.

Результаты: всего за данный период с диагнозом ОКС поступило 105 человек в возрасте 41-79 лет. Средний возраст $62 \pm 1,1$ (медиана 64), из них мужчин 62% (средний возраст $59,4 \pm 1,3$), женщин — 38% (средний возраст $66,3 \pm 1,7$).

В анамнезе указания на ОИМ были у 39%; АГ у 86,7%; ОНМК у 8,6%; ХСН у 97,1%; СД у 14,3% больных. Курили 11,4% мужчин.

При поступлении ишемические изменения на ЭКГ были следующие: подъем сегмента ST у 51,4%; инверсия зубца Т у 66,7%; патологический зубец Q — 25,7%; блокада правой ножки пучка Гиса — 17,1%; блокада левой ножки пучка Гиса — 16,2%. Содержание общего холестерина определено у 91% больных, медиана содержания в крови которого составила 4,9 ммоль/л. Значения холестерина выше 5 ммоль/л отмечены в 43,5 % случаев.

Общая КФК была повышена в 15,2% случаев. Увеличение фракции МВ КФК наблюдалось у 18,1% больных. Повышение уровня сердечных тропонинов отмечено в 15,2% случаев выполненных исследований.

Значение фракции выброса левого желудочка менее 55% отмечено у 65,5% обследованных больных.

Самым частым осложнением был отек легких (23,8%), далее по частоте стоят фибрилляция желудочков (9,5%) и кардиогенный шок (7,6%).

Летальность при ОКС составила 9,5%. Трансформация ОКС следующая: с диагнозом инфаркт миокарда и стенокардия напряжения из стационара выписано 40% и 50,5% больных соответственно.

Выводы: таким образом, оба варианта ОКС встречались с примерно одинаковой частотой; среди выживших больных трансформация в нестабильную стенокардию наблюдалась несколько чаще, а у всех умерших диагностирован осложненный инфаркт миокарда. В целом же полученные данные по клиническим проявлениям ОКС совпадают с аналогичными материалами по Российской Федерации.

0236 РИСКОМЕТРИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Евсеева М.Е., Никулина Г.П.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель исследования: в связи с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности населения в России, имеется реальная необходимость анализа количества факторов риска по шкалам прогнозирования острого коронарного синдрома (ОКС) (TIMI ACC АНА) и соотнесение их с исходом ОКС.

Методы: в исследование включены 88 выживших больных, поступивших с диагнозом ОКС (1гр.), и 43 умерших больных, поступивших с аналогичным диагнозом (2гр.).

Результаты: в 1-й группе больных было: мужчин- 51 (57,9%; средний возраст- 58 лет), женщин- 37 (42,1%; средний возраст- 68 лет); во 2-й группе больных было: мужчин- 23 (53,5%; средний возраст- 70 лет), женщин- 20 (46,5%; средний возраст- 73 года).

По шкале Timi: медиана количества факторов риска- 1-й группы: мужчины-1,4, женщины-1,4; 2-й группы: мужчины-2,8, женщины-2,7. Частота встречаемости факторов риска в группах: возраст 60 лет и старше- 1-й группы: мужчины-32,9%, женщины-25,0%; 2-й группы: мужчины-41,9%, женщины-39,5%; наличие 3 ФР ИБС- 1-й группы: мужчины-6,8%, женщины-5,7%; 2-й группы: мужчины-6,9%, женщины-4,6%; смещение сегмента ST на 0,5-1 мм при поступлении- 1-й группы: мужчины-15,9%, женщины-7,9%; 2-й группы: мужчины-41,9%, женщины-30,2%; 2 эпизода ишемии миокарда в предшествующие 24 часа- 1-й группы: мужчины-11,4%, женщины-9,1%; 2-й группы: мужчины-16,3%, женщины-20,9%; повышенный уровень маркеров некроза- 1-й группы: мужчины-12,5%, женщины-9,1%; 2-й группы: мужчины-34,9%, женщины-30,2%.

По шкале АСС/АНА, 2002: медиана количества факторов риска- 1-й группы: мужчины-1,9, женщины-2,0; 2-й группы: мужчины-4,4, женщины-3,9. Частота встречаемости факторов риска в группах: эпизоды смещения сегмента ST — 1-й группы: мужчины-37,5%, женщины-19,3%; 2-й группы: мужчины-46,5%, женщины-30,2%; возобновление ишемии- 1-й группы: мужчины-3,4%, женщины-2,3%; 2-й группы: мужчины-27,9%, женщины-11,6%; гемодинамическая нестабильность- 1-й группы: мужчины-7,9%, женщины-10,2%; 2-й группы: мужчины-44,2%, женщины-46,5%; сахарный диабет- 1-й группы: мужчины-6,8%, женщины-9,1%; 2-й группы: мужчины-16,3%, женщины-18,6%; блокады ножек пучка Гиса, кардиостимулятор- 1-й группы: мужчины-48,9%, женщины-37,5%; 2-й группы: мужчины-51,2%, женщины-39,5%; ЖТ,ФЖ- 1-й группы: мужчины-5,7%, женщины-3,4%; 2-й группы: мужчины-34,9%, женщины-30,2% соответственно.

Выводы: умершие на госпитальном этапе больные ОКС старше выживших; наибольшую прогностическую ценность продемонстрировала шкала АСС/АНА, 2002, по которой информативными оказались следующие факторы риска: эпизоды смещения сегмента ST, возобновление ишемии после начала лечения, гемодинамическая нестабильность, желудочковая тахикардия.

0237 СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТЬ И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОМАТО- И ПСИХОТИПА

Евсеева М.Е., Ростовцева М.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучение взаимосвязи между некоторыми психосоматическими особенностями и регуляцией АД у лиц молодого возраста.

Методы: Исследовано 115 студентов от 18 до 25 лет (М — 44, Ж — 71) на предмет определения психотипа (опросник Прутенкова и Сиялова), уровня стресс-устойчивости (шкала Бостонского Университета), индекса массы тела, а также суточного мониторинга АД с помощью аппарата МДБ-Н01 («Передовые технологии», Москва). При этом оценивали такие показатели, как среднесуточное, дневное и ночное САД и ДАД, их вариабельность, индекс времени и площади, а также суточный индекс. Оценка указанных показателей проводилась с учетом Российских рекомендаций по артериальной гипертензии (2004 год).

Результаты: Оказалось, что 33,3% опрошенных имели циклоидный психотип (ЦП); 23,3% — истероидный (ИП); 18,3% — эпилептоидный (ЭП); 13,3% шизоидный (ШП); у 11,8% — смешанный психотип (СП). Среди всех обследованных низкий уровень стресс-устойчивости выявлен у 25 %, средний — у 60%, высокий у 15%. Средний уровень стресс-устойчивости у лиц с ЭП составил 30,5, ЦП- 23,4, ШП- 17,8 и ИП 14,2 баллов. Примечательно, что этот показатель был выше у женщин. Лица с нормальной массой тела составили 43,3 %, с недостаточной — 35,0% и с избыточной- 27,7% (ожирение 1 степени). Астеники среди лиц с ЭП составили 60%, нормостеники 30%, гиперстеники 10%. Астеники среди лиц с ИП составили 25%, нормостеники 58%, гиперстеники 17%. Астеники среди лиц с ЦП составили 32%, нормостеники 54%, гиперстеники 14%. Астеники среди лиц с ШП составили 12%, нормостеники 32%, гиперстеники 56%. Средний уровень

стресс-устойчивости у астеников равнялся 28,7, у нормостеников- 19,5, у гиперстеников 11,3. Уровень АД был выше у гиперстеников и у лиц с низким уровнем стресс-устойчивости. Минимальные значения показателей СМАД выявлены у лиц с ЭП и ЦП. У лиц с ИП среднесуточное САД достигло в среднем 125,2±8,7 мм. рт.ст. Максимальное число дипперов отмечалось среди лиц с ЦП.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязи между сомато- и психотипом личности, уровнем стресс-устойчивости и суточным профилем АД. Наиболее адекватный вариант суточной регуляции свойственен циклоидному и эпилептоидному психотипу, для которых характерно наличие максимальной стресс-устойчивости.

0238 НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ И РИТМ СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евсеева М.Е., Сергеева О.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: выявление у больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД) наличия СДСТС и аритмий с учетом малых аномалий сердца (МАС).

Методы: проведено текущее выборочное исследование. Группу составили 74 пациента мужского пола (средний возраст 22,5±1,87 л) с диагнозом НЦД, установленным по общепринятым критериям с использованием вопросника Вейна А.В. Проведено Холтеровское мониторирование ЭКГ и Эхо-КГ. В зависимости от вида обнаруженных МАС выделено 5 групп: 1-я группа — лица с изолированным пролапсом митрального клапана (ПМК); 2-я — ПМК в сочетании с аномально расположенными хордами (АРХ); 3-я — с АРХ; 4-я — пролапсы других клапанов (ПДК); 5-я — лица без проявлений СДСТС.

Результаты: среди жалоб отмечались боли в области сердца в 66,2% случаев (49), головная боль и головокружение в 48,6% (36), ощущение учащенного сердцебиения в 48,6% (36), перебоев в работе сердца в 24,3% (18), шум в ушах в 2,7% (2). Таким образом, субъективные проявления аритмического синдрома отмечены у 73% (54). Эхокардиографически выявлено: ПМК в изолированном виде в 39%, ПМК в сочетании с АРХ в 40%, АРХ в 6,8% и ПДК в 1,4% случаев. В 1-й группе самыми частыми нарушениями ритма сердца были синусовая аритмия (СА) — 57%, суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭ) — 28,6% и миграция водителя ритма — 28,6%. Во 2-й группе — СВЭ (38,7%), СА (35,3%), синусовая тахикардия — 25,8%. В 3-й группе — желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) — в 40%. В 4-й — одинаково часто встречались СВЭ и ЖЭ, СА и синоатриальная блокада (по 50%). В 5-й — наиболее часто фиксировались синусовая брадикардия, СА и ЖЭ — по 25%. Аритмии отсутствовали у 8,1%.

Выводы: лишь десятая часть больных с НЦД не имеет СДСТС, что можно расценить как проявление единого генерализованного дефекта соединительной ткани на разных уровнях. Достоверных отличий как между группами с разными формами СДСТС, так и по сравнению с группой без МАС не выявлено, что, может свидетельствовать о роли вегетативной нервной системы в генезе аритмий у лиц молодого возраста.

0239 О ВЗАИМОСВЯЗИ КАБИНЕТНОГО И МОНИТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Сергеева О.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: сопоставление результатов традиционного измерения АД и его суточного мониторирования (СМАД) в общей молодежной популяции с целью раннего выявления артериальной гипертензии (АГ)

Методы: обследовано 45 человек обоего пола из числа учащейся молодежи в возрасте от 20 до 24 лет (средний возраст 20,45±1,1). Проводилось офисное измерение АД и СМАД с помощью аппарата МД-01-«ДОН» (Москва).

Результаты: соотношение лиц по уровню офисного АД было таковым: лица с гипотонией составили 15,5%, с оптимальным АД — 42,2%, с нормальным — 20%, с высоким нормальным — 11,1%, с артериальной гипертензией — 11,1%. По мере увеличения уровня офисного АД повышалось число случаев выявления амбулаторной АГ как по САД, так и по ДАД. Так, в группе лиц с оптимальным АД представителей с подобной гипертензией по САД было 5,2%, а в группах нормального и высокого нормального АД 11,1% и 20% соответственно. По ДАД различия еще более выражены. Все случаи артериальной гипертензии, выявленные при офисном измерении, относились к артериальной гипертензии 1 степени и оказались из разряда офисной АГ.

Суточный индекс как САД, так и ДАД заметно отличался у лиц с различными вариантами офисного АД. Число лиц с нормальной регуляцией АД оказалось наибольшим в группе оптимального АД даже по сравнению с группой нормального АД.

Выводы: таким образом, при проведении скрининговых исследований среди молодежи следует помнить, что практически каждый десятый из категории нормального и высокого нормального офисного АД отличается наличием АГ по данным СМАД. То есть у 10% молодых людей имеет место амбулаторная АГ. Необходимо разработка диагностических приемов по их выявлению при массовых обследованиях. А прогностическая значимость этой гипертензии требует дальнейшего изучения.

0240 ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Евсина О.В., Якушин С.С.

РязГМУ, Рязань, Россия

Цель: Изучить распространенность и выраженность тревожных и депрессивных расстройств у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы исследования: Нами были использованы психометрические шкалы, адаптированные к применению в терапевтическом стационаре: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для скрининговой диагностики, шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS) и шкала Спилберга-Ханина для оценки личностной и реактивной тревожности.

Было произведено обследование 53 больных (22 женщины и 31 мужчина) в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст $52,4 \pm 8,9$ года) с ФП (впервые выявленная у 14% больных, перманентная — 20%, рецидивирующая 66%, в т.ч. пароксизмальная — 30%, персистирующая — 36%).

В исследование не включались больные с ХСН 2Б, постинфарктным кардиосклерозом, ОНМК в анамнезе.

Результаты: у 11,3% больных (6) выявлена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов по HADS и более 16 баллов по MADRS), 22,6% (12) — субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов по HADS); 26,4% больных (14) клинически выраженная тревога (11 и более баллов по HADS), 19% (10) — субклинически выраженная тревога (8-10 баллов по HADS).

Выводы: первые результаты изучения распространенности тревожных и депрессивных расстройств показывают их наличие у больных с ФП. В связи с неблагоприятным влиянием данных расстройств на прогноз и течение сердечно-сосудистых заболеваний необходимо выявление и медикаментозная коррекция тревожных и депрессивных состояний.

0241 «МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ

Егорова М.В., Афанасьев С.А.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Известно, что при ишемических синдромах в крови повышается содержание свободных жирных кислот (СЖК). Избыток СЖК оказывает специфическое влияние на метаболизм миокарда: угнетает процессы захвата кардиомиоцитами глюкозы, а так-

же ингибирует ее окисление. Многочисленные исследования подтверждают роль СЖК в нарушении процессов окислительного фосфорилирования в митохондриях (МХ). Имеются данные, что при постинфарктном кардиосклерозе даже в неповрежденных участках миокарда существенно снижены энергетические ресурсы (Neubauer S. et al., 2005). Цель нашего исследования — оценить нарушение процессов окислительного фосфорилирования (ОФ) изолированных МХ сердца крыс при постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) в эксперименте.

При моделировании ПИКС крысам осуществляли перевязку левой передней нисходящей коронарной артерии. Для эксперимента крыс брали через 6 недель после коронароокклюзии. МХ сердца получали методом дифференциального центрифугирования в среде, содержащей (мМ) 300 сахарозу, 10 ЭДТА, 8 трис, рН 7.4. Скорость поглощения кислорода МХ определяли с помощью электрода Кларка в среде, содержащей (мМ) 300 сахарозу, 10 KCl, 5 KH_2PO_4 , 5 сукцинат (или 5 мала + 5 глутамат), 1 ЭДТА, 5 трис, рН 7.4, без АДФ и в присутствии 100 мкМ АДФ.

Обнаружено, что свободное, не связанное с фосфорилированием, дыхание МХ в присутствии сукцината в опытной группе увеличено почти в 2 раза. В присутствии АДФ наблюдалось сопряжение окисления и фосфорилирования в контрольной группе животных, а в опытной группе показано практически полное разобщение процессов ОФ. При аналогичных условиях в присутствии мала + глутамата параметры дыхания в контрольной и опытной группах не отличаются. По некоторым данным, АДФ в присутствии глутамата подавляет разобщающее действие СЖК (Кожина и др., 2006). Снижение свободного дыхания МХ и восстановление сопряжения окисления и фосфорилирования в присутствии АДФ при окислении мала + глутамата при ПИКС в наших экспериментах свидетельствует в пользу данной гипотезы. С другой стороны, разобщение ОФ в опытных группах может быть следствием повреждения целостности митохондриальной мембраны в результате накопления продуктов перекисного окисления липидов. Метаболические последствия ишемии миокарда разительно напоминают сдвиги метаболизма в миокарде при сахарном диабете даже в условиях адекватного кровоснабжения миокарда, и также объясняются блокадой ОФ и накоплением продуктов обмена СЖК (Александров А.А., 2005), что позволило автору назвать подобное нарушение энергетического обмена в миокарде «метаболической ишемией». Таким образом, на основании собственных и литературных данных мы предполагаем, что наблюдаемое разобщение окисления и фосфорилирования в МХ при ПИКС является следствием накопления СЖК. Наши дальнейшие исследования в этой области предполагают проверку данной гипотезы путем сопоставления процессов нарушения энергетического метаболизма при ПИКС и сахарном диабете в экспериментальных условиях.

0242 НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Елисева М.Р., Срождинова Н.З., Абдуллаева Г.Ж., Жмырко Е.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз; Институт генетики и экспериментальной биологии растений АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить распространенность I/D-полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE), A1166C-полиморфизма гена ангиотензиновых рецепторов I типа ангиотензина II (AT1R), T-344C-полиморфизма гена альдостерон-синтазы (CYP11B2), M235T-полиморфизма гена ангиотензиногена (Ang) среди больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) узбекской национальности.

Методы. В исследование включено 162 этнических узбеков-мужчин, страдающих ЭГ II-III ст., средний возраст которых составил $49,1 \pm 7,8$ лет. Изучение полиморфизма генов проводилось путем амплификации соответствующих участков генов методом ПЦР с соответствующими праймерами. Для всех видов анализа статистически значимым считали значения $p < 0,05$.

Результаты. Распределение генотипов и аллелей изучаемых полиморфных маркеров исследуемых генов было следующим:

Ген ACE: II генотип – 22,8%, ID генотип – 48,1%, DD генотип – 29,0% ($\chi^2=25,369$; $p=0,000$); I-аллель–46,9% и D-аллель–53,1% ($\chi^2=2,228$; $p=0,135$).

Ген CYP11B2: TT генотип – 37,6%, TC генотип – 45,7%, CC генотип – 16,7% ($\chi^2=32,722$; $p=0,000$); T-аллель – 60,5% и C-аллель – 39,5% ($\chi^2=27,710$; $p=0,000$).

Ген AT1R: AA генотип – 71,0%, AC генотип – 27,8%, CC генотип – 1,2% ($\chi^2=160,722$; $p=0,000$); A-аллель – 84,9% и C-аллель – 14,5% ($\chi^2=320,056$; $p=0,000$).

Ген Ang: TT генотип – 21,6%, MT генотип – 62,3%, MM генотип – 16,0% ($\chi^2=93,167$; $p=0,000$); T-аллель – 52,8% и M-аллель – 47,2% ($\chi^2=1,784$; $p=0,182$).

Выше описанные данные соответствовали теоретическому расчету частот генотипов и аллелей по Харди-Вайнбергу.

В процессе ранее проведенных нами исследований была установлена связь между носительством D-аллеля гена ACE, T-аллеля гена CYP11B2, C-аллеля гена AT1R, T-аллеля гена Ang и выраженностью нарушений суточного профиля АД, процессов сердечно-сосудистого ремоделирования у больных ЭГ узбекской национальности, в связи с чем, указанные полиморфные маркеры были определены как «повреждающие» аллели. Среди обследованных больных у каждого имело место носительство повреждающих аллелей. При этом один «повреждающий» аллель был отмечен у 5 (3,1%) больных. Носительство двух «повреждающих» аллелей было отмечено у 53 (32,7%) больных, при этом наиболее часто встречались комбинации T-аллеля гена CYP11B2 с T-аллелем гена Ang, а также D-аллеля гена AПФ с T-аллелем гена Ang и T-аллелем гена CYP11B2, частота которых в общей группе составила соответственно 71,5%, 66,0% и 63,6%, достоверно отличаясь от носительства других двойных комбинаций ($\chi^2=191,299$; $p=0,000$). Носительство трех «повреждающих аллелей» отмечено у 80 (49,4%) пациентов, при этом комбинация «T-аллель гена CYP11B2 + T-аллель гена Ang + D-аллель гена ACE» была характерна для 62 (77,5%), что в целом по общей группе составило 38,3% и достоверно отличалось от носительства всех других возможных тройных комбинаций ($\chi^2=134,962$; $p=0,000$). Носительство всех четырех «повреждающих» аллелей было выявлено у 24 (14,8%) больных. Комбинированное носительство редко встречающегося C-аллеля гена AT1R с D-аллелем гена ACE, T-аллелем гена CYP11B2, T-аллелем гена Ang встречалось с равной частотой: 20,4%, 25,3%, 23,4% соответственно.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о накоплении «повреждающего» T-аллеля гена CYP11B2 у мужчин-узбеков больных ЭГ, при этом характерна высокая частота комбинированного носительства повреждающих маркеров генов CYP11B2, ACE и Ang.

0243 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ УМСТВЕННОГО ТРУДА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Еникеев А.Х., Косов В.А., Замотаев Ю.Н.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов лечения) Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, Москва, Россия

Цель: изучение распространенности мягкой артериальной гипертензии (МАГ) среди лиц, занимающихся умственным трудом, и эффективности ее профилактики с помощью немедикаментозных средств.

Методы исследования: для выявления МАГ проводилось анкетирование больных с помощью разработанного опросника, позволяющего классифицировать уровни АД, стратифицировать АГ по степени риска. Лечение осуществлялось в «Школе больного артериальной гипертензией» по методике – «модификация образа жизни». Применялись: 1. Диета с ограничением потребления хлорида натрия; а при избыточной массе тела (индекс Кетле более 26 усл.ед.) – уменьшение общего потребления пищи. 2. Оз-

доровительные физические тренировки по программе групп здоровья 2 раза в неделю. 3. Отказ от вредных привычек.

Полученные результаты: динамическое наблюдение было проведено в течение 24 мес за 72 пациентами, из них 47 мужчин и 25 женщин, составившими основную группу (ОГ), в возрасте 34–54 лет, прошедших немедикаментозное лечение по программе «Школа». Контрольную группу (КГ) составили 42 больных (28 мужчин и 14 женщин), не участвующих в данной программе. Через 24 мес у мужчин ОГ средний уровень САД достоверно снизился с 149,6±4,9 мм рт.ст. до 131,8±4,9 мм рт.ст. ($p<0,05$), ДАД – с 97,8±3,6 мм рт.ст. до 91,5±5,1 мм рт.ст. ($p<0,05$). В КГ мужчин с «естественным» течением МАГ через 24 мес средний уровень САД снизился с 151,9±3,8 мм рт.ст. до 141,5±5,3 мм рт.ст. ($p<0,05$), а ДАД снизился незначительно с 98,3±2,5 мм рт.ст. до 95,5±3,4 мм рт.ст. Аналогичным образом было проведено обследование женщин. По истечении 2 лет наблюдения оказалось, что нормализация АД у женщин в ОГ достигнуто в 2 раза чаще, чем в КГ, соответственно у 18 (72%) и у 5 (35,7%) человек. Среднее САД в ОГ достоверно снизилось с 151,3±4,9 мм рт.ст. до 134,2±3,1 мм рт.ст. ($p<0,05$), в КГ с 153,6±5,1 мм рт.ст. до 143,5±4,9 мм рт.ст. Среднее ДАД в ОГ через 2 года достоверно снизилось с 98,3±4,3 до 87,4±4,5 мм рт.ст. ($p<0,05$), в то время как в КГ это снижение составило с 98,6±3,8 до 94,1±4,5 мм рт.ст. При двухгодичном наблюдении за группами мужчин и женщин эффективность немедикаментозного лечения МАГ у женщин оказалась в 1,5 раза выше, чем у мужчин. В результате применения программы «Школы» заболеваемость с временной утратой трудоспособности в связи с АГ была в ОГ примерно в 2 раза ниже, чем в КГ.

Выводы: опыт применения немедикаментозного вмешательства при лечении МАГ свидетельствует о достаточной эффективности и целесообразности его внедрения в клиническую практику.

0244 ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н., Косов В.А.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов лечения) Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель: изучить особенности психического состояния у больных с различными стадиями гипертонической болезни при длительном амбулаторном лечении.

Методы исследования: обследовали 168 больных, из них у 68 была пограничная артериальная гипертензия (ПАГ), у 35 — гипертоническая болезнь — I стадии, у 65 — II стадии. У пациентов с ПАГ и ГБ — I ст. проводилась немедикаментозная терапия факторов риска, психотерапия и физиотерапия. При необходимости получали бета-адреноблокаторы короткими курсами. Больным ГБ — II ст., назначалась постоянная медикаментозная терапия (ИАПФ и БАБ). Психическое состояние больных исследовали с помощью теста СМОЛ.

Полученные результаты: изменения психического статуса (ПС) в виде различных психопатологических синдромов выявили у 41,3% лиц с ПАГ, у 66% больных ГБ I стадии, у 69% больных ГБ II стадии. Усредненный профиль СМОЛ у лиц с ПАГ не превышал 60 баллов. У больных ГБ обнаружены более высокие показатели. С нарастанием тяжести заболевания выявлялась некоторая тенденция к повышению профиля по I-й (ипохондрическая) и 3-й шкалам (истерия). Через 1–3 мес наряду со значительным снижением АД отмечались положительные сдвиги ПС: снижение тревоги, улучшение настроения и сна, уменьшение ипохондрической фиксации. Через 1 год улучшение ПС зарегистрировано у 88% больных ГБ I стадии и 40% больных ГБ II стадии. Отрицательная динамика ПС чаще наблюдалась у лиц с старших возрастов, была связана с длительностью заболевания и его течением. В период кризов отмечалось явное нарастание тревожно-депрессивных тенденций и их купирование на фоне нормального АД и улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой

системы. При длительном нестабильном течении АД отмечена тенденция к развитию ипохондрических и тревожных реакций.

Выводы: нарушения ПС поддаются коррекции у большинства больных ГБ. В начальных стадиях целесообразно использовать немедикаментозные, в том числе психотерапевтические, методы вмешательства, которые могут быть не только эффективны, но в ряде случаев более предпочтительны по сравнению с фармакотерапией. Из изложенного вытекает потребность в дальнейшей разработке эффективных психотерапевтических методик для лечения больных с артериальной гипертензией.

0245 ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ «ШКОЛЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н., Косов В.А., Коломеец Н.М.

Кафедра кардиологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель: оценка влияния программы психофизиологического воздействия («Школа психофизиологической адаптации») на клинко-функциональное и психологическое состояние пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования: обучение и лечение проводили на основе созданной программы, состоящей из двух разделов: клинко-информационного и психосоматокоррекционного. Из 154 пациентов, включенных в исследование, 113 больных (основная группа) прошли цикл лечения и обучения по программе «Школа психофизиологической адаптации». Контрольную группу составили 41 больных, отказавшихся по различным причинам от участия в работе «Школы».

Полученные результаты: исследование мотивационной сферы с помощью психодиагностических тестов «Потребность в достижении» (ПД) и «Потребность в общении» (ПО) выявило сниженный уровень мотивации в обеих группах. В основной группе величина «ПД» составила $12,2 \pm 0,6$ баллов, в контрольной — $11,9 \pm 0,7$ баллов, «ПО» — $42,5 \pm 1,7$ баллов и $43,9 \pm 1,6$ баллов соответственно. Это указывало на снижение осознанной потребности в достижении цели, неуверенности в успешном исходе заболевания, потере четких ориентиров, внутренних позиций и направленности в стремлении к улучшению результатов. Психологическое тестирование указывало на повышение уровня реактивной тревожности (РТ — $45,47 \pm 0,73$ баллов в основной группе, $46,13 \pm 0,81$ баллов в контрольной группе). В конце обучающего курса исследование мотивационной сферы по тестам «ПД» и «ПО» подтвердило, что у больных основной группы возрос уровень мотивации: у них «ПД» составил $15,5 \pm 1,3$ баллов, в контрольной — $13,7 \pm 1,2$ баллов, а «ПО» — $51,3 \pm 2,1$ баллов и $45,8 \pm 1,9$ баллов соответственно. Активизация мотивации создала определенную тенденцию действия, направленную на реализацию достижения в отношении своих целей и оказала влияние на формирование положительных установок в успешном исходе лечения. Это позволило добиться значительного улучшения соматического состояния. Отмечена нормализация артериального давления в обеих группах, но при сравнении их уровней предпочтительней выглядят результаты основной группы. При оценке результатов психологической реадaptации выяснено, что успешная реадaptация, достигнута в основной группе в 71,6% (81 больной) случаев, в контрольной — в 31,8% (13 больных); удовлетворительная — в 21,3% (24 больных) и в 39,0% (16 больных) соответственно. Отсутствие эффекта наблюдалось у 7,1% (8 больных) и у 29,2% (12 больных) больных соответственно. Таким образом, к концу обучающего курса в 92,9% случаев (94 больных) в основной группе и в 70,8% контрольной (29 больных) отмечено формирование адекватной психологической реадaptации, но с лучшим качеством в основной.

Выводы: непосредственное воздействие «Школы», повышает мотивацию пациентов к активному участию в программе первичной и вторичной профилактики ГБ и приводит к наилучшим результатам в их лечении.

0246 АКТИВНАЯ ОРТОПРОБА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ ТРЕНИРОВОК В БАССЕЙНЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Енина Т.Н., Валеева В.И., Верхошапова Н.Н., Береснева В.Л., Береснева С.Н., Шанаурина Н.В., Шалаев С.В.

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», Кардиологический диспансер Тюменской ОКБ, Тюмень, Россия

Цель: изучить возможность использования активной ортопробы (АОП) в качестве маркера адекватности реабилитации больных инфарктом миокарда (ИМ) в бассейне.

Обследовано 243 мужчин с ИМ в возрасте $48,7 \pm 0,4$ лет через $47,9 \pm 1,5$ дней после ИМ. В реабилитации применены низкоинтенсивные тренировки в бассейне. Изучали в динамике ЭХОКГ, толерантность к физической нагрузке (ТФН) с использованием теста с 6-мин. ходьбой, суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС) на 5-мин. участке ЭКГ в покое и в АОП. По динамике LF% в АОП выделено 2 типа реакции: 1-ый тип — с повышением LF%, 2-ой тип — со снижением LF%. По исходной реакции в АОП и ее динамике после курса реабилитации выделено 4 группы: I группа ($n=59$) — с повышением LF% исходно и в динамике; II ($n=52$) — с повышением LF% исходно, но со снижением в динамике; III ($n=77$) — со снижением LF% исходно и в динамике; IV ($n=55$) со снижением LF% исходно, но с повышением в динамике.

Выявлено увеличение ТФН в динамике в I, III, IV группах ($p<0,001$), во II группе недостоверное ($p=0,053$). В I группе увеличение ТФН в процессе реабилитации выявлено у 86% больных, во II группе — у 79%, в III группе — у 82%, в IV — у 93%. Наибольший процент пациентов со снижением ТФН во II группе (21%) может быть связан с ухудшением симпатической реактивности в АОП (сменой 1-го типа реакции в АОП на 2-ой). Наибольший процент пациентов с повышением ТФН в IV группе (93%), вероятно, обусловлен улучшением вегетативного обеспечения сердечной деятельности в динамике (сменой 2-го типа реакции в АОП на 1-ый).

Во всех группах наблюдалась положительная динамика Эхо-КГ, кроме динамики размера асинергии: в I и III группах отмечено его уменьшение ($p<0,05$), во II — без динамики ($p=0,249$), в IV — выявлена тенденция к его уменьшению ($p=0,068$). По данным СМЭКГ лишь во II группе наблюдалась тенденция к увеличению количества желудочковых экстрасистол днем (с $50,0 \pm 25,7$ до $73,9 \pm 36,9$, $p=0,066$). Анализ ВРС в покое выявил в группах с 1-ым типом реакции в АОП большие значения ТР, чем в группах со 2-ым типом реакции в АОП, в которых наблюдался более выраженный сдвиг вегетативного баланса в сторону симпатического преобладания (LF/HF, LFnu, LF%). В динамике во II группе выявлены признаки гиперсимпатикотонии в покое: увеличился LF на 97% ($p=0,0002$), LF/HF на 55% ($p=0,0008$), LFnu на 25% ($p=0,0001$), LF% на 74% ($p<0,001$), а также уменьшился HFnu ($p=0,0001$).

Таким образом, ухудшение вегетативного обеспечения сердечного ритма в АОП в ходе реабилитации сопровождается признаками гиперсимпатикотонии в покое, замедлением восстановительных процессов в миокарде по данным Эхо-КГ, увеличением количества экстрасистол, более низким приростом толерантности к физической нагрузке. АОП может быть использована в качестве маркера адекватности реабилитационных мероприятий больных ИМ.

0247 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Енина Т.Н., Валеева В.И., Верхошапова Н.Н., Береснева В.Л., Береснева С.Н., Шанаурина Н.В., Шалаев С.В.

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», Кардиологический диспансер Тюменской ОКБ, Тюмень, Россия

Цель: изучить особенности вегетативного обеспечения в активной ортопробе (АОП) у больных с инфарктом миокарда (ИМ)

с разным уровнем общей мощности спектра сердечного ритма.

Обследовано 248 мужчин через $47,9 \pm 1,5$ дней после ИМ, в возрасте $48,7 \pm 0,4$ лет, которые по уровню общей мощности спектра (ТР) в покое разделены на 3 группы: I — с ТР < 500 мс²; II — $500 \leq \text{ТР} \leq 1500$ мс²; III — ТР > 1500 мс². Исследованы в динамике: вариабельность ритма сердца (ВРС) в покое на 5-мин. участке ЭКГ и в АОП, Эхо-КГ, суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ), толерантность к физической нагрузке (ТФН) с использованием теста с 6-мин. ходьбой.

Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,821$), давности ИМ ($p=0,164$), наличию и выраженности артериальной гипертензии ($p=0,804$). В I группе преобладали пациенты с крупноочаговым (86%, $p=0,06$) и повторным ИМ (18%, $p=0,09$), с более выраженными признаками сердечной недостаточности по NYHA ($p=0,079$), с низкой ФВЛЖ $< 40\%$ ($p=0,007$). В I группе выявлены меньшие значения пройденных метров ($p<0,05$ в сравнении с III группой); большие размеры предсердий, объема левого предсердия, КДРЛЖ, размер асинергии (31% против 29% в других группах); ФВЛЖ составила 46% против 50% во II группе и 49% в III группе ($p=0,007$); выявлена большая ЧСС ($p<0,001$), общее количество ЖЭС ($p=0,016$), количество ЖЭС в час ($p=0,030$), как днем ($p=0,048$), так и ночью ($p=0,022$), более высоких градаций по Lown ($p=0,089$). В АОП только в I группе выявлено снижение LF% ($p=0,004$), а также $\Delta \text{LF\%}$ ($p=0,022$). $\Delta \text{LF\%}$ в I группе был противоположен значениям в III группе ($-4,20 \pm 1,73$ против $2,16 \pm 1,99$ в III группе, $p=0,007$). По динамике показателя LF% в АОП выделено 2 типа реакции в АОП: 1 тип — увеличение LF% и 2 тип — снижение LF%. В I группе 2-ой тип реакции в АОП наблюдался в 66% случаев, во II группе — в 52%, в III группе — в 45%. При сочетании ФВЛЖ $< 40\%$ 2-ой тип реакции в АОП наблюдался в 71%; при сочетании ТР < 500 мс², ФВЛЖ $< 40\%$ и постинфарктной стенокардии — в 75%; при сочетании ТР < 500 мс², NYHA III — в 68%; ТР < 500 мс², NYHA III, постинфарктной стенокардии — в 69%. Корреляционный анализ выявил связь LF% в АОП с возрастом ($r=-0,30$, $p=0,000001$), наличием артериальной гипертензии ($r=-0,27$, $p=0,00002$), количеством метров в тесте 6-мин. ходьбы М ($r=0,31$, $p=0,002$), ЛП ($r=-0,19$, $p=0,004$), ОЛП ($r=-0,15$, $p=0,021$), ПП ($r=-0,18$, $p=0,006$), ПЖ ($r=-0,17$, $p=0,009$), с количеством суправентрикулярных экстрасистол ($r=-0,22$, $p=0,001$), и их количеством в час ($r=-0,21$, $p=0,003$), градами желудочковых экстрасистол по Lown ($r=-0,14$, $p=0,043$).

Таким образом, отсутствие прироста LF% в АОП сопряжено с низкой ВРС, с более выраженными гемодинамическими изменениями, признаками электрической нестабильности миокарда, низкой ТФН, и может быть использовано в качестве маркера выраженного органического повреждения миокарда и снижения адаптивных возможностей организма.

0248 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ермакова Т.А., Преображенский Д.В., Некрасова Н.И., Сидоренко Б.А., Бугимова М.А., Вышинская И.Д.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить частоту обнаружения анемии и его возможные причины среди госпитализированных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от пола и диагностических критериев.

Методы: обследовано 314 больных с ХСН, соответствующей IIБ—III стадии по классификации Стражеско-Василенко. Среди больных были 192 женщины и 122 мужчины; средний возраст 72 ± 11 лет. Использовали диагностические критерии анемии, предложенные экспертами ВОЗ (1968), — концентрация гемоглобина (Hb) 120 г/л для женщин и 130 г/л для мужчин. Кроме того, анемию определяли по уровню гематокрита (Hct) — 38% для женщин и 41% для мужчин.

Результаты: при поступлении концентрации Hb у больных с застойной ХСН колебались от 39 до 185 г/л, составляя в среднем 123 ± 22 г/л. У женщин средние концентрации Hb были достоверно ниже, чем у мужчин (119 ± 21 и 129 ± 23 г/л). Анемия, определяемая по критериям ВОЗ, обнаружена у 51% больных, причем у

женщин она встречалась несколько чаще, чем у мужчин (53% и 48% соответственно). Анемия тяжелой или умеренной степени у женщин наблюдалась чаще, чем у мужчин (26% против 17%). Частота анемии была ниже, если ее диагностика основывалась на уровне Hct (40%), причем в этом случае женщин она наблюдалась реже, чем у мужчин (37% и 46% соответственно). В большинстве (67%) случаев причины анемии оставались неизвестными. У 12 мужчин и 7 женщин была диагностирована железодефицитная анемия и у 3 женщин — витамин B12-дефицитная анемия. У 7 мужчин и 7 женщин возможной причиной анемии была почечная недостаточность. В отдельных случаях причинами анемии были злокачественное новообразование (4), желудочно-кишечное кровотечение (3) и применение метотрексата для лечения тяжелого ревматоидного артрита (1). На фоне терапии петлевыми диуретиками в течение 5—7 дней у 54% больных с анемией при поступлении отмечено значительное повышение концентрации Hb (на ≥ 15 г/л), причем почти у половины больных с анемией концентрации Hb достигли нормальных значений для соответствующего пола. Это дает основание предполагать, что у значительной части больных с ХСН причиной низкой концентрации Hb служит гемодилюция.

Закключение: Анемия встречается более чем у половины больных с тяжелой ХСН, причем ее частота зависит не только от пола больных, но и от критериев, используемых для диагностики. Можно предположить, что гемодилюция является одной из частых причин низкой концентрации Hb у больных с застойной ХСН и что при ХСН более чем в половине случаев имеет место анемия разведения.

0249 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. СУРГУТА

Ефимова Л.П.

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения среди населения Сургута (Среднее Приобье) по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Материал и методы: Была сформирована случайная стратифицированная по полу и возрасту выборка по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения (2485 человек в возрасте от 19 до 59 лет) из числа постоянных жителей г. Сургута. Мужчин — 1008, женщин — 1476. Всем обследуемым проводили опрос по стандартной анкете, разработанной нами в соответствии с аналогичной анкетой, разработанной Институтом профилактической кардиологии ВКНЦ АМН СССР для выявления лиц с ИБС и факторами риска. Антропометрия проводилась во время заполнения анкеты.

По результатам измерения роста и массы тела рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Для дальнейшего анализа изучали распределение ИМТ, средние значения ИМТ и группировки показателей ИМТ в соответствии с критериями ВОЗ (1996г). Согласно этим критериям низкой МТ соответствовал ИМТ менее 18,5, нормальной массе тела ИМТ равен 18,5 и более, но менее 25, при избыточной массе тела — ИМТ равен 25 или более, но менее 30, при ожирении ИМТ — 30 и более. Изучали распределение ИМТ у женщин и мужчин по процентиям.

Результаты: У 1/4 (25-й процентиль) всех обследованных мужчин оказался ИМТ менее 23,5 и еще у 1/4 (75-й процентиль) равен 28,4 и более. У 1/4 всех женщин (25-й процентиль) ИМТ оказался менее 22,9 и еще у 1/4 (75-й процентиль) — 30,8 и более. Таким образом, среди женщин оказалось больше лиц с более низким и более высоким ИМТ, чем среди мужчин. Более половины обследованных имели ИМТ > 25 кг/м². При этом избыточная масса тела (ИМТ от 25 до 29,9) была выявлена у 59,8% обследованных, у 43,5% мужчин и 32,8% женщин. Ожирение (ИМТ ≥ 30) наблюдалось у каждого шестого (14,8%) мужчины и каждой третьей (27,9%) женщины. Всего с избыточной массой тела и ожирением (ИМТ ≥ 25) среди мужчин оказалось 58,3%, среди женщин — 60,8%. Число мужчин с избыточной МТ увеличивается почти в 1,5 раза: от 30, 6% в возрастной группе 19-29 лет до 50,3% в возрастной группе 30-44 года и в возрасте старше 60 лет

достигает 75,4%. Количество мужчин с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30$) увеличивается более чем в 5 раз в группе старше 60 лет по сравнению с группой мужчин в возрасте 19-29 лет (от 4,4 до 27,5%). У женщин с возрастом распространенность избыточной массы тела увеличивается в 3 раза (от 12 в возрасте 19-29 лет до 36,6% в возрастной группе 45-59 лет) и несколько снижается (до 33,8%) в старшей возрастной группе. Распространенность ожирения с возрастом у женщин увеличивается более чем в 7 раз: от 6% в группе 19-29 лет до 45,5% в группе 30-44 года, затем несколько снижается в группе 45-59 лет и затем вновь повышается в старшей возрастной группе (45,4%).

Выводы: установлена высокая распространенность избыточной МТ и ожирения по обращаемости в поликлиники г.Сургута. Она увеличивается в старших возрастных группах, как среди мужчин, так и среди женщин. Ожирение имеется почти у каждой третьей женщины.

0250 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Ефимова Л.П., Павленко С.Л.

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Цель: сравнить показатели липидного обмена у больных артериальной гипертонией (АГ) и у здоровых лиц, постоянно проживающих в условиях Севера.

Материал и методы: изучены показатели липидного обмена у 61 человека, постоянно проживающего в условиях Севера. Средний стаж проживания на Севере составил 20 лет. Средний возраст обследованных лиц 43 года. Первую группу составили 30 человек здоровых, вторую группу 31 больной артериальной гипертонией (АГ). Оценка состояния липидного обмена проводилась по следующим параметрам: общий холестерин — ХС, холестерин липопротеидов высокой плотности — ЛПВП, холестерин липопротеидов низкой плотности — ЛПНП турбидиметрическим методом наборами фирмы Hoffman La Rosh. Триглицериды (ТГЛ) определяли энзиматическим методом на автомате CLINLINE-150 реагентами "Triglycerides" фирмы "ЕКО — MED — POL". Холестерин ЛПОНП рассчитывали по формуле. Кроме того, в работе использовали еще 2 расчетных показателя — коэффициент атерогенности (КА) и соотношение Триглицериды/ХС-ЛПВП (Тг/ХС-ЛПВП). Результаты представлены в виде $M \pm \delta$. Полученные результаты обрабатывали с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0 методами непараметрической статистики.

Результаты: Установлено, что содержание общего холестерина, триглицеридов, ХС-ЛПНП, у больных артериальной гипертонией было значимо выше, чем у здоровых лиц. Показатель общего холестерина (моль/л) у здоровых лиц составил $4,83 \pm 0,01$, у больных АГ $5,77 \pm 0$. Триглицериды (моль/л) у здоровых лиц составили $1,03 \pm 0,03$, у больных АГ — $2,0 \pm 0,74$. Показатель ХС-ЛПНП, (моль/л) у здоровых лиц составил $3,32 \pm 0,08$ и у больных АГ $4,9 \pm 1,2$. Показатель ХС-ЛПВП (моль/л) у здоровых составил $1,02 \pm 0,01$ и у больных АГ — $1,21 \pm 0,29$. Все различия были статистически значимы при $p < 0,001$. Коэффициент атерогенности был также в среднем по группе выше нормы и составил $4,08 \pm 1,4$. Из числа обследованных больных у 64,5% коэффициент атерогенности превышал нормальные показатели. Соотношение триглицериды/ХС-ЛПВП было в среднем по группе больных $1,83 \pm 0,94$ и не превышало нормальные значения. Повышенные значения соотношения триглицериды/ХС-ЛПВП были у 19,3% больных. Несмотря на значимые различия между сравниваемыми группами, содержание в плазме крови основных классов липидов значительно выходило за пределы референтных величин. Содержание холестерина и липопротеидов в сыворотке крови также повышалось. Наибольших величин оно достигало у приезжих со сроками проживания на Севере 5-10 и более лет. Уровень ХС-ЛПОНП в 2,5 раза превышал нормальные показатели.

Выводы: Нарушения липидного обмена у больных АГ в условиях Севера проявляются гиперхолестеринемией, гипертриглицеридемией, увеличением ХС-ЛПНП. Соотношение триглицериды/ХС-ЛПВП, являющееся косвенным показателем инсулинорезистентности, не превышает нормальные значения.

0251 КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ефимова Л.П., Шестакова Г.Н., Сандуева З.Н.

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

Цель: валидизация компьютерной программы мониторинга артериальной гипертонии для первичного звена здравоохранения.

Методы: объект исследования — 92 больных гипертонической болезнью, направленных к кардиологу в консультативно-диагностическую поликлинику Сургутской окружной клинической больницы (СОКБ). Из них мужчин 25, женщин 67. В возрасте 18-59 лет было 24 мужчины и 46 женщин, остальные были старше 60 лет. Данные всех пациентов при первичном приеме были введены в память компьютера с помощью оригинальной программы, разработанной совместно сотрудниками кафедры терапии СурГУ и сотрудниками СОКБ. При повторных осмотрах пациентов через 6 и 12 месяцев дополнительно вносили данные динамического наблюдения. Оценивали факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, признаки поражения органов-мишеней, ассоциированные клинические состояния; учитывали обучение больного в школе профилактики (АГ), предшествующее лечение. В данной работе представлены результаты первого этапа валидации методики. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием критерия «хи-квадрат» с помощью пакета программ «Биостат».

Результаты: при анализе результатов компьютерной обработки данных установлено, что АГ первой степени наблюдалась у 50% мужчин и 82% женщин. Избыточная масса тела наблюдалась у 96% мужчин и 76% женщин. Курили значимо чаще мужчины, чем женщины 54% мужчин и 11,9% женщин ($p = 0,004$). У 16 мужчин и 31 женщины установлена дислипидемия. Повышение уровня креатинина сыворотки крови выявлено у 1 мужчины и 1 женщины. Гипертрофия левого желудочка по данным эхокардиографии встречалась чаще других поражений органов мишеней как у мужчин, так и у женщин. Ассоциированные клинические состояния наблюдали у 9 пациентов, большая часть из них была представлена ИБС (у 5 больных). При анализе обучения в школах профилактики АГ установлено, что доля обученных в школах женщин была больше обученных мужчин (52% против 71%), однако, эти различия не были статистически значимы ($p = 0,65$). На момент первичного осмотра только 25 больных из 92 принимали постоянно гипотензивную терапию последние 2 недели, остальные либо не принимали гипотензивные средства, либо получали их «по требованию». Наиболее часто использовали ингибиторы АПФ, реже принимали бета-адреноблокаторы, диуретики и антагонисты кальция.

Выводы: первый этап валидации компьютерной методики показал, что с ее помощью можно проводить детальный контроль за эпидемиологической ситуацией по АГ, оценивать наличие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных клинических состояний. С помощью разработанной нами компьютерной методики можно отслеживать процесс обучения больных в школах профилактики АГ, особенности назначения и использования гипотензивных препаратов. Эта методика несложна для использования и может быть внедрена в условиях поликлиники.

0252 ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ ГОЛОВКИ ВОЛНОВОДА И СКВАЖНОСТИ НА СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ IN VITRO ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА

Ефимова Н.Н., Денисевич Т.Л., Адзерихо И.Э.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Изучить влияние скважности ультразвука (УЗ) и формы головки волновода на показатели свертывающей системы крови при УЗ-воздействии in vitro.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась бестромбоцитная плазма (БТП), пулированная от 6 доноров. УЗ-обработку БТП проводили волноводами длиной 23,5 см со сферической и плоской головками без отверстий и с отверстиями. Параметры УЗ: скважность — 5, 15, 30, 45%; интенсивность — 25,1 Вт/см²; время озвучивания — 60 с. Контролем являлась БТП, которая не подвергалась УЗ-воздействию. Для активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), тромбинового времени (ТВ) и фибриногена (Фн) рассчитывали коэффициент R — отношение значений данных показателей после УЗ-воздействия к контролю.

Результаты. После обработки БТП УЗ скважностью 5% основные хронометрические показатели коагуляционного гемостаза оставались в пределах контрольных значений при использовании всех типов волноводов. УЗ-воздействие скважностью 15-45% приводило к изменениям показателей плазменного гемостаза, степень и направленность которых зависела от типа головки волновода. В диапазоне скважности УЗ 15-45% не выявлено дозозависимого влияния скважности на показатели свертывающей системы крови. Применение волноводов со сферической и плоской головками приводило к гипокоагуляции, наиболее выраженной при использовании волновода с плоской головкой. Так, при скважности 45% для сферической головки волновода показатель R составил: для АЧТВ $1,15 \pm 0,01$, ПВ — $1,21 \pm 0,009$, ТВ — $1,09 \pm 0,007$. При использовании волновода с плоской головкой R для АЧТВ, ТВ и ПВ составил $1,32 \pm 0,005$, $1,08 \pm 0,007$, $1,14 \pm 0,006$ соответственно. С нарастанием гипокоагуляции снижалась концентрация Фн в среднем на 23% для сферической головки волновода, на 13% — для плоской головки. При использовании волновода с отверстием в сферической головке не выявлено статистически значимых изменений коагуляционного гемостаза. Использование волновода с отверстием в плоской головке в 66,7% случаев способствовало уменьшению хронометрических показателей плазменного гемостаза (R для АЧТВ при скважности 45% составил $0,97 \pm 0,004$, для ПВ — $0,94 \pm 0,005$). Гиперкоагуляция не сопровождалась изменением концентрации Фн.

Выводы. Таким образом, форма головки волновода оказывает влияние на выраженность и направленность изменений свертывающей системы крови. Использование волноводов со сферической и плоской головками при воздействии на донорскую плазму в течение 1 мин УЗ интенсивностью 25,1 Вт/см² и скважностью более 5% сопровождается гипокоагуляционным эффектом. При воздействии УЗ с использованием волновода с отверстием в плоской головке отмечаются признаки гиперкоагуляции.

0253 МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИД-СНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ НА СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ ЧЕЛОВЕКА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Жданов В.С., Черпаченко Н.М., Дробкова И.П., Комлев А.Е., Агапов А.А., Акчури Р.С.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить количественные изменения содержания липидов в интима аорты больных ИБС, принимавших статины.

Методы: исследованы фрагменты грудной аорты мужчин с ИБС в возрасте 45-65 лет, полученные при аорто-коронарном шунтировании. Опытную группу составили 43 пациента, лечившихся статинами в течение от 1 месяца до 1 года, группа из 56 человек, не принимавших статины, служила контролем. Для выявления липидного компонента интимы аорты срезы окрашивали жирным красным О. Количественная оценка содержания липидов проводилась с использованием компьютерной системы обработки и анализа изображения. Метод компьютерной морфометрии тканей с учетом их оптической плотности позволил определить содержание внутри- и внеклеточных липидов в интима аорты. О содержании липидов в аорте судили по размеру площади, занятой ими на единицу площади интимы в процентах.

Результаты: Выделены три основных типа ранних атеросклеротических поражений: 1) первичный внеклеточный липоидоз; 2) липидные пятна с преимущественной локализацией липидов в

гладкомышечных клетках и макрофагах на фоне первичного внеклеточного липоидоза; 3) промежуточный тип липоидоза, характеризующийся появлением вторичных внеклеточных липидов в результате распада пенистых клеток.

У больных с первичным внеклеточным липоидозом, принимавших статины, отмечалось уменьшение площади липоидоза на 29,1%.

При наличии липидных пятен обнаружено уменьшение суммарной площади, занимаемой клеточными и внеклеточными липидами, по сравнению с контролем на 25,8%; при этом наблюдалось наибольшее снижение площади, занимаемой клеточными липидами — на 19,5%; площадь первичного внеклеточного липоидоза снижалась лишь на 6,3%.

При промежуточном типе липоидоза площадь, занимаемая липидами в интима аорты у больных, принимавших статины, была меньшей по сравнению с контролем на 20,6%. Причем было отмечено, что наибольшее уменьшение площади липидов произошло за счет липидов, связанных с клеточными элементами — площадь их уменьшилась на 14,6%; площадь первичных внеклеточных липидов (являющихся также составной частью промежуточного типа липоидоза) сократилась лишь на 6,0%.

Выводы: В интима аорты больных, принимавших статины, показано уменьшение площади, занятой липидами при всех типах липоидоза. Наиболее значительное липид-снижающее влияние статинов отмечено при первичном внеклеточном липоидозе (29,1%), менее значительное — при липидных пятнах (25,8%) и наименьшее — при промежуточном типе липоидоза (20,6%).

0254 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ И ИХ РОЛЬ В АТЕРОГЕНЕЗЕ

Желобов В.Г., Туев А.В., Некрутенко Л.А.

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

Цель исследования: изучить некоторые особенности атерогенеза у больных хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ).

Материалы и методы: обследовано 29 больных ХЛЛ в возрасте от 45 до 58 лет (средний возраст $52,1 \pm 3,5$ года). Группу сравнения составили 25 практически здоровых лиц, которые были сопоставимы по полу и возрасту с контингентом больных.

Кроме стандартного обследования, позволяющего верифицировать диагноз ХЛЛ, проводилась оценка липидного спектра крови, состояния липидной перекисидации, а также эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) по методике Celermajer и соавт. (1992).

Результаты исследования, обсуждение: липидный спектр больных ХЛЛ характеризовался достоверным уменьшением концентрации основных проатерогенных фракций. Содержание пре-β-холестерина составило $0,69 \pm 0,12$, что было достоверно ниже аналогичного показателя группы сравнения ($p=0,0041$). Концентрация β-холестерина также была существенно меньше, чем у здоровых ($p=0,0035$). Гиполипидемическая направленность изменений липидного спектра сопровождалась активацией свободно-радикального окисления липидов и снижением антиоксидантной активности, что можно характеризовать как прооксидантный стресс.

Прирост диаметра плечевой артерии в условиях реактивной гиперемии у больных ХЛЛ в целом составил $9,61 \pm 2,94\%$, что достоверно меньше аналогичного показателя группы сравнения ($p=0,045$). В подгруппе больных ХЛЛ, осложненной метапластической анемией, увеличение просвета артерии в ответ на «дозированную нагрузку» было еще меньше и составило всего $6,41 \pm 1,45\%$, что существенно меньше не только показателей здоровых ($p=0,028$), но и таковых при ХЛЛ без анемии ($p=0,046$).

Макроскопические изменения интимы аорты и коронарных сосудов свидетельствуют в пользу антиатерогенной направленности метаболических сдвигов. На это указывают результаты морфологических исследований, при которых выраженные атеросклеротические изменения в виде множественных атеросклеротических бляшек и атероматоза с изъязвлением были обнаружены лишь в 30% случаев, а в 70% отмечались лишь минималь-

ные атеросклеротические изменения сосудов или морфологические признаки вообще отсутствовали.

Таким образом, анализируя составляющие метаболической дезорганизации и ЭЗВД при ХЛЛ, можно предположить следующий «сценарий» формирования метаболических расстройств при ХЛЛ — развитие анемии — снижение антиокислительного потенциала крови — системное поражение эндотелия, с нарушением его вазодилатирующих свойств. Вышеизложенные нарушения формировались на фоне развития гиполипидемии, что в конечном итоге и определяет характеристики атеросклеротического процесса.

0255 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жеребцова С.В., Говорин А.В., Соллов А.В., Витковский Ю.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние годы произошла переоценка ключевых положений патогенеза атеросклероза и острого коронарного синдрома (ОКС) с позиций развития иммунного воспаления в сосудистой стенке. Установлено, что воспаление — важный признак развития атеросклероза и ОКС, который может определять их прогрессирование, приводить к сосудистой дисфункции и разрыву бляшки с последующей тромботической окклюзией и развитием сердечно-сосудистых осложнений. Целью нашего исследования явилось изучение некоторых показателей состояния иммунитета у пациентов со стабильной (СтС) и прогрессирующей стенокардией (ПрС), а также перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Для достижения поставленной цели нами решались следующие задачи: установить концентрацию интерлейкина-4 (ИЛ-4) и количество рецепторного антагониста к ИЛ-1 (ИЛ-1РА) в плазме пациентов. Оценить степень лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии при этой патологии. Нами обследованы 29 мужчин со СтС и 34 с ПрС, возраст которых составил 45-55 лет. Эти больные разделены на две группы: принимавшие (125 мг/сут) и не принимавшие аспирин. Также в исследовании принимали участие 17 человек перенесших крупноочаговый ИМ. Забор крови у этих пациентов осуществлялся в острую фазу ИМ (1-2-е сут), подострый период (10-12 сут) и в фазу рубцевания (21-22 сут). Контролем служили здоровые лица этой же возрастной группы. Концентрацию цитокинов в плазме пациентов определяли методом ИФА с помощью наборов фирмы Вектор-Бест (г. Новосибирск). Для оценки степени лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии выделяли лимфоциты на градиенте фико-л-урографин (1,076), после чего производили подсчет лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (ЛТА) по методике предложенной Витковским Ю.А. и соавт. (1999). Выявлено увеличение концентрации ИЛ-4 во всех группах пациентов с ОКС в сравнении с контролем ($p < 0,05$). У пациентов со стенокардией, принимавших аспирин, отмечена тенденция к снижению уровня ИЛ-4 в сравнении с группой его не принимавших. Обнаружено, что уровень ИЛ-1РА в исследуемых группах оставался в пределах показателей нормы (50-1000 пг/мл). Однако наблюдались колебания количества ИЛ-1РА в этих группах. Так на первые сутки после ИМ его концентрация была максимальной (722,6 пг/мл), а при СтС у пациентов принимавших аспирин отмечались его минимальные значения (408,7 пг/мл, $p < 0,05$ в сравнении с 1 сут ИМ). Выявлено, что у больных, не принимавших аспирин, в сравнении с контролем число ЛТА было снижено (СтС — 7,3%, $p < 0,01$; ПрС — 8,1% $p < 0,01$; контроль — 14,5%). Установлено, что в группе больных принимавших аспирин отмечалось увеличение числа ЛТА до показателей контрольной группы. У пациентов с ИМ изменений в количестве ЛТА выявлено не было. Таким образом, выявлено увеличение концентрации ИЛ-4 у пациентов с ОКС. Количество ИЛ-1РА в исследуемых группах не отличалось от уровня у здоровых лиц. У больных стенокардией в циркулирующей крови наблюдается снижение количества ЛТА. Прием аспирина восстанавливает их число до показателей нормы.

0256 РОЛЬ БОРРЕЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ КАРДИОМИОПАТИЙ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ

Жалобова Т.В.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Киров, Россия

Проблема идеопатических кардиомиопатий является актуальной и малоизученной.

В исследованиях последнего десятилетия все больше уделяется внимание инфекционным агентам в процессе ремоделирования миокарда.

Цель работы — оценить значимость вклада боррелиозной инфекции в поражение миокарда у больных с кардиомиопатией «неясного генеза» в Кировской области — активном эндемичном очаге Лайм-боррелиоза, где уровень заболеваемости этой инфекцией в 5-8 раз превышает средне-российские показатели.

Методы: нами были проанализированы клинические случаи некоронарогенных кардиомиопатий (НК) у 29 пациентов (27 мужчин и 2 женщины) в возрасте 18-57 ($46,1 \pm 9,4$) лет, проживающих в Кировской области. У 22 из них была дилатационная кардиомиопатия, у 3 постмиокардитический кардиосклероз, и в четырех случаях была зафиксирована кардиомиопатия «неясного генеза» у больных гипертонической болезнью, которая из-за короткого стажа и мягкости течения не могла бы спровоцировать такую выраженную дилатацию полостей. Контрольную группу составили 26 пациентов (24 мужчины и 2 женщины), перенесшие инфаркт миокарда, с ишемической кардиопатией, в возрасте 45-65 ($57,4 \pm 5,3$) лет. Присасывание клеща в анамнезе отмечали 14 (48,27%) человек в основной и 12 (46,15%) в контрольной группах, но все пациенты отмечали факт частого посещения лесных зон. При обследовании общеклинические анализы и уровень кардиоселективных ферментов находились в пределах нормы. Данные Эхо-кардиоскопии указывали на дилатацию всех полостей, нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка, диффузное снижение сократимости в группе больных НК, очаговые нарушения сократимости в контрольной группе. Коронароангиография проведена у 7 (24,1%) больных с НК (гемодинамических стенозов нет) и у 18 (69,2%) пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (выявлены стенозы и окклюзии коронарных артерий). Всем больным проводилась непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ) с боррелиозным антигеном.

Результаты: антитела к боррелиям были обнаружены у 25 (86,2%) пациентов с НК. Из них в титре 1/160 у 2 (6,9%), 1/80 у 4 (13,8%), 1/40 у 4 (13,8%), 1/20 у 6 (20,9%), 1/10 у 9 (31,0%) человек. В контрольной группе положительная НРИФ была отмечена в 18 (69,2%) случаях. Из них 2 (7,7%) в титре 1/80; 4 (15,4%) — 1/40; 5 (19,2%) — 1/20; 7 (26,9%) — 1/10.

Вывод: проведенное исследование показало, что боррелиозная инфекция могла внести определенный вклад в развитие дилатации камер сердца. Учитывая особенности иммунитета при Лайм-боррелиозе, вряд ли можно говорить о «прозидемичивании» населения эндемичного региона. Поэтому обнаружение любого положительного титра антител в НРИФ требует наблюдения пациента в динамике. В связи с этим мы рекомендуем всем больным с кардиомиопатиями «неясного генеза», проживающим в эндемичном регионе, помимо общепринятых исследований, проводить обследование на боррелиоз.

0257 МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ У ПОДРОСТКОВ

Завьялова Л.Г., Денисова Д.В., Симонова Г.И., Брагина О.М., Рагино Ю.И., Иванова М.В., Потеряева О.Н.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

В различных популяциях мира частота МС увеличилась за последние 20 лет, что связано с высокой распространенностью таких факторов риска, как избыточная масса тела (ИМТ), гиподинамия, несбалансированное питание. Семейные традиции и недостаточная ориентация в обществе на здоровый образ жизни формируют у детей и подростков неблагоприятный метаболический статус, что способствует развитию МС именно в этот период.

Цель исследования — анализ фактического питания у подростков в зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома.

Объектом исследования послужила репрезентативная выборка подростков — школьников 14-17 лет обоего пола г.Новосибирска. Подростки обследованы в 2003 г., всего обследовано 667 подростков (301 мальчик и 366 девочек). Отклик составил 93,8%. Распространенность МС оценивалась по объединенным критериям, предложенными Jessup A. и Harrell J.S (2005): гипоальфа-холестеринемия определялась при значениях ХС ЛВП ≤ 35 мг/дл, гипертриглицеридемия — при значениях ТГ > 110 мг/дл, гиперинсулинемия — при значениях ИРИ > 15 μ У/л, гипергликемия — при значениях глюкозы плазмы крови > 100 мг/дл. Повышенные уровни артериального давления (АД) регистрировались при значениях систолического АД и/или диастолического АД ≥ 90 й процентиль распределения АД соответственно росту, полу и возрасту. ИМТ учитывалась при значениях индекса Кетле (ИК) ≥ 85 процентили и < 95 процентили. Ожирение диагностировалось при значениях ИК ≥ 95 процентили. Для оценки массы тела у подростков использованы международные стандартные таблицы CDC-2000 BMI-for age growth charts. Наличие любых трех и более компонентов позволяло диагностировать метаболический синдром. Изучение фактического питания проводилось методом суточного воспроизведения с применением восковых моделей продуктов и порционных блюдов с заранее известным объемом и весом. В суточных рационах подростков определялись содержание белка, жира, углеводов, энергетическая ценность рациона и процентное содержание указанных нутриентов.

Результаты: Распространенность МС у подростков г. Новосибирска составила 4,1% (6,4% у мальчиков, 2,2% у девочек). Анализ фактического питания подростков Новосибирска выявил, что уровни энергетической ценности рациона подростков в 2003 г. оказались значительно ниже нормативных рекомендаций РФ и ВОЗ. Структура рациона подростков несбалансированна: вклад белков в калорийность питания составлял 12-13%, углеводов — 40-51%, жиров — до 42%. Подростки с МС достоверно больше потребляли жиров в суточном рационе, вклад в калорийность рациона белков и углеводов был ниже, а жиров выше, чем у подростков без МС. Общая энергоценность суточного рациона была выше в группе с МС.

Заключение: Полученные данные, указывают на значение питания как фактора риска в формировании МС у подростков и на необходимость проведения профилактических мероприятий в этом направлении.

0258 β -СУБЪЕДИНИЦА KCNE2 РАЗЛИЧАЕТСЯ В МОДУЛЯЦИИ ИЗОФОРМ HCN КАНАЛА

Загидуллин Н.Ш.¹, Брандт М.², Мотлох Л.², У.Хонне², Загидуллин Ш.З.¹

¹Башкирский государственный медицинский университет, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Уфа, Россия; ²Университетская клиника г.Кельн, отделение внутренних болезней III, Кельн, Германия

Цель. Исследовать модулирующие свойства β -субъединицы калиевых каналов KCNE2 на электрофизиологические свойства кардиоспецифических HCN изоформ, экспрессированных в овариальных клетках китайских хомячков (ОККХ).

Методы. ОККХ были трансфицированы плазмидой, содержащей одну из трех кардиальных изоформ (HCN1, HCN2 и HCN4) и KCNE2. Электрофизиологические свойства были исследованы с помощью микроэлектродной техники типа «вся клетка» и «один канал». Вестерн блоттирование мембраны клеток было проведено для оценки влияния KCNE2 на экспрессию изоформ.

Результаты. KCNE2, по данным исследований «вся клетка» достоверно увеличил плотность тока изоформы HCN2 ($-142,9 \pm 24,4$ пА/пФ, $n=14$ vs контроль $-72,8 \pm 15,8$, $n=11$; при -140 мВ, $p<0,05$) и изоформы HCN4 ($-72,7 \pm 11,7$ пА/пФ, $n=6$ vs $-29,7 \pm 4,2$ пА/пФ, $n=9$; $p<0,05$), в то время не влияя на амплитуду тока HCN1 ($-86,8 \pm 16,5$ пА/пФ, $n=10$ vs контроль $-83,8 \pm 14,1$, $n=17$; $p>0,05$). В физиологических пределах между -70 и -90 мВ KCNE2 ускоряла кинетику активации HCN1 (τ 196 ± 37 мс vs контроль 343 ± 52 ; при -80 мВ, $p<0,05$) и HCN2 (τ $421,1 \pm 43,4$ мс

vs. контроль $813,5 \pm 198,1$; при -80 мВ, $p<0,05$), и HCN4 при более негативных потенциалах от -110 до -150 мВ ($499 \pm 81,3$ мс vs контроль $1315 \pm 268,8$; при -140 мВ, $p<0,05$). По данным экспериментов «один канал» в изоформах HCN1 и HCN2 снизилась доступность, но увеличилась среднее время нахождения канала в открытом и закрытом состоянии ($p<0,05$). В тоже время, при -90 мВ электрофизиологические параметры изоформы HCN4 не изменились ($p>0,05$). KCNE2 не менял амплитуду HCN изоформ. При вестерн блоттировании мембран клеток при коэкспрессии с KCNE2 количество белка HCN2 и HCN4 существенно возросло, а HCN1 осталось неизменным.

Выводы. KCNE2 усиливал экспрессию на поверхности мембраны, увеличивает время пребывания каналов в открытом состоянии канала для изоформ HCN2 и HCN4, и только увеличил время пребывания каналов в открытом состоянии для изоформы HCN1. Учитывая наличие в синоатриальном узле именно HCN4 и, в несколько меньшей степени, HCN2 канала, KCNE2 может играть важную роль в регуляции импульсной активности сердца.

0259 АКТИВАЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Загилева С.С., Маммаев С.Н.

Кафедра госпитальной терапии № 1, ДГМА, Махачкала, Россия; Медицинский центр «Гепар», Махачкала, Россия

Цель: исследование провоспалительных цитокинов — фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α), интерферона гамма (ИНФ- γ) и противовоспалительного цитокина- интерлейкина 4 (ИЛ-4), а также цитомегаловирусной (ЦМВ), хламидийной (хламидия пневмония) инфекций и вируса простого герпеса (ВПГ) в сыворотке крови у больных с ХСН, обусловленной ИБС.

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов (мужчин-68, женщин-32) средний возраст от 45 до 70 лет (57 ± 13 лет) с ИБС, осложненной ХСН I-IV ФК. Контрольную группу составили 30 здоровых человек в возрасте от 35 до 47 лет. Всем больным были проведены общеклинические исследования, в том числе ЭХОКГ. Функциональный класс ХСН определяли по тесту шестиминутной ходьбы. Содержание цитокинов и определение специфических иммуноглобулинов класса IgG и IgM к указанным микроорганизмам в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Учитывалась серопозитивность и показатели оптической плотности исследуемых образцов в условных единицах оптической плотности.

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Сьюдента и корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты исследования: при исследовании в общей группе больных с ХСН установлено достоверное повышение концентрации ФНО- α , ИНФ- γ , ИЛ-4 в сыворотке крови по сравнению с контролем ($p<0,05$). У больных с ХСН I-II ФК уровень ИНФ- γ и ИЛ-4 был достоверно повышен ($p<0,05$) по сравнению с контрольной. У больных с ХСН III-IV ФК концентрация ФНО- α была достоверно выше по сравнению с таковой у пациентов с ХСН I-II ФК.

При исследовании инфекций установлено, что в группе больных с ХСН антитела класса IgG, IgM к ЦМВ и ВПГ были положительными у $88,2 \pm 5,3\%$, $45,1 \pm 3,1\%$, $85,4 \pm 6,1\%$, $39,5 \pm 5,4\%$ соответственно, которые достоверно повышены по сравнению с соответствующими показателями в группе контроля. При сравнительном анализе содержания антител в зависимости от функционального класса ХСН выявлено, что у больных с ХСН III-IV ФК оптическая плотность антител класса IgG, IgM к ЦМВ и IgG к ВПГ была достоверно повышена ($p<0,05$) по отношению к таковой у больных с ХСН I-II ФК. В отношении антител к хламидия пневмония не установлено достоверной взаимосвязи, как по отношению к здоровым, так и в зависимости от ФК ХСН.

Выводы: 1. У больных с ХСН ишемической этиологии наблюдается активация про- и противовоспалительных цитокинов. 2. Установлено достоверное повышение антител класса IgG и IgM к ЦМВ и ВПГ в сыворотке крови больных ХСН ишемической этиологии 3. Содержание антител класса IgM к ЦМВ и уро-

вень ФНО-а в сыворотке крови положительно коррелирует с функциональным классом ХСН у исследованных больных.

0260 ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТРАДИЦИОННЫЙ И НОВЫЙ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Заирова А.Р., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.

ФГУ РКНПК Росздрава, Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия

Цель: изучение вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) методом измерения скорости пульсовой волны (СПВ) при реактивной гиперемии в сопоставлении с традиционным ультразвуковым методом.

Методы: обследовано 50 человек в возрасте от 20 до 72 лет. Из них: 40 (ж-19, м-21) — больные ГБ с АГ I-III степени со средней и высокой степенью риска и продолжительностью заболевания от 2-х до 30-лет и 10 — практически здоровые мужчины с нормальным АД в возрасте от 20 до 50 лет (добровольцы). Оценка ВФЭ проводилась двумя методами: ультразвуковая проба с реактивной гиперемией по методике Celermajer D.S.(1992) на аппарате Vivid 7 (GE) и измерение СПВ при реактивной постокклюзионной гиперемии на артериях верхних конечностей по методике, аналогичной Naka K. и др.(2006) с помощью осциллометрического аппарата VaSera VS-1000 (Fukuda Denshi). При исследованиях проводилось мониторирование ЧСС и АД с помощью аппарата AND, UA-767PS. В анализ не были включены данные 10 больных ГБ с высоким уровнем шума на осциллограммах (3 чел.) и нестабильностью АД в ходе исследования (колебания САД более 15 мм рт.ст. и ДАД более 10 мм рт.ст.)-7 чел. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 с применением непараметрических методов. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Данные приведены в виде $M \pm SE$.

Результаты: По данным ультразвукового метода поток-зависимая вазодилатация (ПЗВД%) в группе больных ГБ определялась от 16,0 % до -5,8% и в среднем составила $3,8 \pm 0,9\%$, что значительно и высокодостоверно ниже, чем у здоровых добровольцев $11,6 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$). Дисфункция эндотелия (ПЗВД <6%) была выявлена у 67% больных ГБ (20 из 30). Оценка ВФЭ по методу измерения СПВ проводилась по разнице исходного значения СПВ и постокклюзионной СПВ, соотношенной к исходной СПВ (α СПВ%). В группе здоровых добровольцев при реактивной постокклюзионной гиперемии наблюдалось снижение СПВ и значение α СПВ% составило в среднем $8,2 \pm 0,8\%$. У больных ГБ значение α СПВ% определялось в пределах от 14,3% до -11,3% , в среднем $1,4 \pm 1,4\%$, что достоверно ниже этих показателей у здоровых добровольцев ($p = 0,001$). При линейном регрессионном анализе выявлена положительная корреляционная связь величин ПЗВД% и α СПВ% ($r = 0,53$, $p = 0,0004$).

Выводы: У больных ГБ с АГ I-III степени со средней и высокой степенью риска выявляется нарушение вазомоторной функции эндотелия, как по данным традиционного ультразвукового метода, так и по данным метода, основанного на измерении скорости пульсовой волны при реактивной постокклюзионной гиперемии.

0261 ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Максименко Д.Ю., Мурзина Т.А.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучить характер вегетативных расстройств и распространенность хламидийной инфекции у больных хроническим простатитом.

Методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 32 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил $28 \pm 3,6$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых мужчин. В исследование не

включались пациенты старше 35 лет, имевшие различные заболевания сердца и воспалительные заболевания любой другой локализации. Вегетативный статус определялся с помощью вегетативной анкеты (по Вейн) и вегетативного индекса Кердо. Для определения инфицированности хламидийной инфекцией больных хроническим простатитом проводился иммуноферментный анализ с определением антител класса Jg M и JgG к Chlamydia trachomatis.

Результаты: по результатам анкетирования все больные хроническим простатитом были подразделены на 3 группы: больные ХП с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы — 19 (60%), больные ХП — ваготоники — 3 (10%), больные ХП — эйтоники — 10 (30%). При изучении распространенности хламидийной инфекции у 16 (50%) больных ХП были выявлены JgG к Chlamydia trachomatis, а у 8 (25%) пациентов — как JgM так и JgG, что свидетельствовало о повторном обострении инфекционного процесса (JgM) в предстательной железе наряду с хроническим процессом хламидийной этиологии (JgG). В контрольной группе иммуноглобулины класса G и M выявлены не были. Следует отметить, что 71,9% пациентов с положительными JgM и JgG к Chlamydia trachomatis при исследовании вегетативного статуса относились к группе симпатотоников и имели большее количество баллов по шкале Вейн, по сравнению с лицами с изолированно положительным JgM, имеющих незначительную активацию симпатической нервной системы ($p < 0,05$).

Выводы. У больных хроническим простатитом в 70% случаев встречается синдром вегетативной дисфункции. У 50% обследованных пациентов при ИФА определяются антитела к Chlamydia trachomatis, являющихся одним из этиологических факторов ХП. Пациенты с положительными JgM и JgG имеют наиболее выраженные вегетативные нарушения по типу гиперсимпатикотонии. Учитывая отрицательное прогностическое значение выявленных изменений у больных хроническим простатитом, представляется важным проведение соответствующего этиологического лечения и коррекции вегетативных расстройств у данной категории пациентов.

0262 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Хафизов Н.С.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель: оценить состояние систолической функции и выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 148 больных ИБС, из них 52 — со стенокардией I-II функционального класса (ФК), 49 — стенокардией III ФК, 47 — стенокардией IV ФК. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Исследование внутрисердечной гемодинамики проведено эхокардиографически по методике, рекомендованной Американским обществом эхокардиографистов.

Результаты. Установлено, что при стенокардии I — II ФК показатели конечного диастолического и конечного систолического объемов ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ существенно не отличались от контроля. По мере возрастания тяжести стенокардии объемные и линейные показатели, масса миокарда ЛЖ прогрессивно увеличивались и достигали максимума при стенокардии IV ФК, величины которых значительно отличались от контроля и стенокардии I — II ФК. Гемодинамические параметры ЛЖ при стенокардии IV ФК имели промежуточные значения между данными стенокардии II и IV ФК.

У больных тяжелой стенокардией (IV ФК) отмечено наиболее значимое возрастание массы миокарда и снижение фракции выброса ЛЖ на фоне уменьшения относительной толщины стенок и выраженной сферификации ЛЖ в виде существенного увеличения индекса сферичности, что свидетельствует о преобладании эксцентрического типа гипертрофии ЛЖ. Показа-

тель миокардиального стресса ЛЖ у больных стенокардией II ФК имел тенденцию к повышению, а максимальные его значения зарегистрированы при стенокардии IV ФК.

При оценке типов геометрии ЛЖ установлено, что большинство больных стенокардией I-II ФК имело концентрическое ремоделирование и концентрическую гипертрофию ЛЖ, а треть больных имела нормальную геометрию ЛЖ. При стенокардии высокого ФК (IV) абсолютное большинство больных имело эксцентрическую гипертрофию, а при стенокардии III ФК одинаково часто встречались эксцентрическая и концентрическая гипертрофия ЛЖ.

Выводы. Тяжелое течение ИБС характеризуется дезадаптивной формой ремоделирования с формированием эксцентрического типа ремоделирования ЛЖ, развивающейся на фоне нарушений сократительной функции и дилатации ЛЖ, уменьшения относительной толщины стенок, возрастания миокардиального стресса и выраженной сферификации ЛЖ. Легкое течение стенокардии проявляется адаптивной формой ремоделирования миокарда и протекает без значимых нарушений систолической функции ЛЖ.

0263 ЭКСПРЕССИЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Хафизов Н.С., Карамова И.М.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель: оценить значимость экспрессии про- и противовоспалительных цитокинов в развитии стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 83 больных ИБС, из них 3 — со стенокардией II функционального класса (ФК), 27 — стенокардией III ФК, 26 — стенокардией IV ФК. В контрольную группу вошли 25 здоровых лиц. Для верификации ИБС использованы велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Для характеристики иммунновоспалительных реакций исследовали уровень С-РБ, провоспалительных (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что уровень С-РБ при стенокардии легкого течения (II ФК) находился в пределах нормы и значимо возрастал при тяжелой стенокардии, достигая максимальных значений при стенокардии IV ФК.

При стенокардии II ФК определены высокие показатели противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 при нормальных значениях провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α .

По мере нарастания тяжести стенокардии уровень провоспалительных цитокинов увеличивался, а параметры ИЛ-4 и ИЛ-10 снижались. При стенокардии ФК III отмечено умеренное повышение содержания С-РБ и провоспалительных цитокинов на фоне контрольных значений ИЛ-4 и ИЛ-10. Наиболее значимые изменения цитокинового статуса достигнуты при стенокардии IV ФК, которые характеризовались гиперэкспрессией провоспалительных цитокинов. Показатели ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α при тяжелой стенокардии существенно превышали данные контроля и стенокардии II ФК. Минимальные параметры противовоспалительных цитокинов зарегистрированы при стенокардии IV ФК, при этом уровень ИЛ-10 был значимо ниже не только данных контроля, но и параметров стенокардии II и III ФК.

Выводы. Выраженность экспрессии про- и противовоспалительных цитокинов ассоциируется с тяжестью течения стенокардии у больных ИБС. Тяжелое течение стенокардии характеризуется повышенной экспрессией провоспалительных цитокинов при дефиците ИЛ-4 и ИЛ-10.

0264 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРДИПИН-XL В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Закирова А.Н., Карамова И.М., Гареева Н.Х., Янбаева С.М., Гафурова З.Р.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, Уфа; Россия, ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью настоящего исследования являлась оценка гипотензивного эффекта, переносимости и профиля безопасности препарата Кордипин-XL у больных с артериальной гипертонией в течение 16 недель лечения.

Методы: в исследование включены 40 больных (12 мужчин, 28 женщин) мягкой и умеренной артериальной гипертонией в возрасте от 35 до 73 лет. Средний возраст обследуемых пациентов составил $54,0 \pm 2,8$ года, длительность заболевания — $10,6 \pm 1,9$ года. Критерием включения пациента в исследование было исходное диастолическое артериальное давление (ДАД) в положении сидя 90–109 мм рт.ст. и/или систолическое (САД) в положении сидя 140–179 мм рт.ст. Визиты осуществлялись на 4-й, 8-й 16-й неделе на фоне приема изучаемого препарата. Во время каждого посещения определяли уровень АД методом Короткова и частоту пульса после 30 минут отдыха в положении сидя, липидный и углеводный обмен. Суточное мониторирование АД проводили двукратно в начале исследования и на 14-й неделе. Препарат в дозе 40 мг назначали 1 раз в сутки в период с 8 до 10 часов утра. На протяжении всего исследования применение других антигипертензивных препаратов было исключено. Наблюдение проводилось в рамках исследования РОСА, координатор академик Беленков Ю.Н.

Результаты: исходно у обследованных пациентов уровень САД составил $165,6 \pm 1,8$ мм рт.ст., ДАД — $101,4 \pm 1,4$ мм рт.ст. После 4-недельного приема препарата Кордипин-XL в дозе 40 мг 1 раз в сутки уровень АД нормализовался у 31 (77,5%) пациентов, при этом средний уровень САД уменьшился на 11,7%, а ДАД — на 11,3%. После 8-недельного лечения происходило дальнейшее снижение АД, при этом его нормализация отмечена у 38 из 40 пациентов (95%). В общем уровень САД уменьшился по сравнению с исходным уровнем на 24%, а ДАД — на 21,6%. Неудовлетворительного гипотензивного эффекта, т.е. отсутствия снижения АД или его повышения, не зарегистрировано. Кроме того, лечение Кордипином-XL предупреждало повышение АД в утренние часы, что свидетельствует об эффективности препарата в отношении предотвращения поражения органов-мишеней и развития сердечно-сосудистых катастроф. Так, скорость утреннего подъема САД уменьшилась более чем в 2,5, а диастолического — более чем в 2 раза. А так же Кордипин-XL существенно не менял активности вегетативной нервной системы, т.е. не оказывал проаритмического эффекта.

Вывод: таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что нифедипин в виде лекарственной формы с пролонгированным контролируемым высвобождением активного вещества (Кордипин-XL, фирма KRKA) представляет собой высокоэффективный препарат для монотерапии при мягкой и умеренной гипертонической болезни. Терапия Кордипином-XL не оказывает отрицательного влияния на липидный и углеводный обмен, хорошо переносится больными и не дает существенных побочных реакций.

0265 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Закирова А.Н., Салахова Г.М.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования: установить особенности нарушений системы гемостаза и эндотелий-зависимой вазодилатации сосудов у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от наличия носовых кровотечений.

Материал и методы. Обследованы 82 больных АГ II-III степени, которые разделены на три группы. В первую группу вошли 27 пациентов АГ без носовых кровотечений, вторую группу составили 26 больных АГ с однократными носовыми кровотечениями.

ми, третья группа представлена 29 пациентами АГ с рецидивирующими носовыми кровотечениями. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Для оценки системы гемостаза исследовали количество тромбоцитов и выраженность АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, определяли показатели фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и антитромбина III (АТ-III). Вазорегулирующую функцию эндотелия изучали по эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии с помощью ультразвука высокого разрешения.

Результаты. Установлено, что у больных АГ без носовых кровотечений количество тромбоцитов было в пределах контрольных значений, а степень АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов имела тенденцию к повышению. Уровень фибриногена у пациентов АГ был на 15,2% увеличен по сравнению с контролем. Показатели РФМК у больных АГ были сопоставимы с данными контроля, а уровень АТ-III имел тенденцию к снижению. При оценке параметров гемостаза у больных АГ, у которых имелись однократные носовые кровотечения, выявлено, что показатели тромбоцитов и фибриногена находились на уровне нижней границы нормы. У этих пациентов зарегистрировано повышение индуцированной агрегации тромбоцитов и возрастание РФМК на фоне контрольных величин АТ-III. Наиболее значимые нарушения системы гемостаза установлены у больных АГ с рецидивирующими носовыми кровотечениями, у которых имелось значимое снижение уровня фибриногена и зарегистрировано тромбоцитопения. Одновременно у этих пациентов выявлено существенное возрастание концентрации продуктов распада фибрина, которое развивалось на фоне ингибирования агрегации тромбоцитов и повышения АТ-III. Показатель ЭЗВД плечевой артерии, характеризующий состояние вазодилатирующей функции эндотелия, у больных АГ без носовых кровотечений был снижен по сравнению с контролем. Осложнения АГ в виде носовых кровотечений приводили к эндотелиальной дисфункции, которая прогрессировала по мере увеличения частоты носовых кровотечений. Минимальные величины ЭЗВД сосудов установлены у больных АГ с рецидивирующими носовыми кровотечениями.

Заключение. Рецидивы носовых кровотечений у больных АГ развиваются на фоне эндотелиальной дисфункции и выраженных нарушений системы гемостаза крови в виде тромбоцитопении и гипофибриногенемии, избыточной продукции РФМК и повышения естественного антикоагулянта АТ-III.

0266 ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ

Закирова В.Б., Галеева З.М., Галивич А.С., Затеищikov Д.А., Носиков В.В.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань; ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления Делами Президента РФ, ФГУП «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Цель: выявить связь выживаемости больных после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) с полиморфизмом некоторых генов.

Методы: клинические методы (анализ анамнестических данных, общеклинические исследования), биохимические анализы крови, исследование полиморфизма генов LPL 93, LIPC 215, ЭКГ, Эхо-КГ, анализ амбулаторных карт и историй болезни пациентов. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 14.0.

Результаты: обследован 201 пациент (мужчин — 121 человек (60,2%), женщин — 80 человек (39,8%)), перенесших ОКС. Средний возраст составил $60,7 \pm 0,87$ лет. Инфаркт миокарда (ИМ) с Q перенесли 89 человек (44,3%), без Q ИМ — 112 (55,7%). Из всех мужчин ИМ с Q был диагностирован у 64 (31,8%). Из всех женщин 55 человек (27,4%) перенесли ИМ без Q ($\chi^2 = 9,143$, $p = 0,002$). У пациентов, перенесших ИМ без Q анамнез отягощенный по ИБС был у 83 человек (41,3%). В группе больных, перенесших ИМ с Q — у 37 человек (18,4%) ($\chi^2 = 21,8$, $p = 0,001$). Гипертонической болезнью страдали 95 человек (47,3%) перенесших ИМ без Q и 56 человек (27,9%) с ИМ без Q ($\chi^2 = 12,728$,

$p = 0,001$). В стационаре проводилась стандартная медикаментозная терапия. Через год наблюдения было выделено две группы пациентов: с хорошим и плохим прогнозом. В группу больных (50 человек) с плохим прогнозом были включены лица, перенесшие повторный ИМ без Q — 35 человек (17,4%), двое больных с повторным ИМ с зубцом Q и умершие 21 человек (10,4%). Средний возраст умерших составлял $61,14 \pm 2,76$ лет. Причинами летального исхода были: повторный ИМ — 7 случаев (3,98%), мозговой инсульт — 6 случаев (3%), разрыв свободной стенки левого желудочка — 1 случай (0,5%), недостаточность кровообращения — 5 случаев (2,5%). В двух случаях причиной смерти было злокачественное новообразование. Средний возраст больных в группе с хорошим прогнозом составлял $60,35 \pm 0,87$ лет, в группе с плохим прогнозом $61,72 \pm 1,71$ ($p = 0,450$). При сравнительном анализе групп с хорошим и плохим прогнозом по гену LPL 93, было выявлено, что в группе с хорошим прогнозом аллель полиморфизма tt встречался у 98%, gt у 2% пациентов. В группе с плохим прогнозом, аллель полиморфизма tt был выявлен у 94% ($p = 0,24$), gt — у 3,3% (0,61) и gg — у 2,7% ($p = 0,55$) пациентов. При анализе группы с хорошим прогнозом по аллелям полиморфизма гена LIPC 215 выяснилось, аллель aa встречался у 42 человек (27,8%) ($p = 0,39$), gg у 44 пациентов (29%) ($p = 0,59$), ag у 65 больных (43%) ($p = 0,33$). В группе с плохим прогнозом аллель aa определялся у 12 пациентов (24%), gg — у 11 пациентов (11%), ag — у 27 (54%) больных.

Выводы: Полиморфизм аллелей tt, gg, gt гена LPL 93 и полиморфизм аллелей aa, gg, ag гена LIPC 215 вероятнее всего не влияют на годичный прогноз пациентов, перенесших ОКС.

0267 СВЯЗЬ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СО СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Закирова Ф.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить суточный ритм артериального давления (АД) и его взаимосвязь со степенью гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с эссенциальной гипертонией.

Материал и методы исследования. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) оценивали с помощью компьютерной системы TONOPORT V Version 1.4 (Германия). АД регистрировалось каждые 15 минут днем и каждые 30 минут ночью. Анализировались средние значения АД, степень ночного снижения АД (СНС АД), вариабельность АД и индексы нагрузки АД (ИНАД). За нормативные значения АД в дневное время принимались значения менее 140/90 мм рт.ст., в ночное время — менее 120/70 мм рт.ст. По измерениям превышающие нормативные значения рассчитывали ИНАД. За нормативные значения вариабельности считали для САД 15/14 мм рт.ст. (день/ночь), для ДАД 15/12 мм рт.ст. (день/ночь). СНС АД оптимальным считалось при снижении АД от 10 до 22% (дипперы), недостаточным при снижении АД от 0 до 10% (нон-диппер), чрезмерным при снижении АД более 22% (овер-дипперы) и стойким повышенным АД менее 0% (найт-пиккеры). Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), при ИММЛЖ > 125 г/м² судили о ГЛЖ. Для оценки взаимосвязи степени ГЛЖ с показателями суточного ритма АД больные были распределены на две группы: в I группу включались больные с ИММЛЖ до 170 г/м², во II группу включались больные с ИММЛЖ более 170 г/м². Статистическая обработка полученных результатов проводилась по стандартным программам из пакета «Excel» — 5/95 и «Biostatics» для Windows (версия 4.03).

Результаты. Было обследовано 103 больных с эссенциальной гипертонией (ЭГ) I-III степени (ВОЗ/МОГ, 1999 г.), мужчин узбеков в возрасте $49,4 \pm 8,7$ лет. При изучении суточного ритма АД по данным СМАД группу нон-дипперов составили 55 больных (53,4%), группу дипперов 25 больных (24,3%), группу овер-дипперов 11 больных (10,7%) и группу найт-пиккеров 12 больных (11,6%). В группе больных нон-дипперов ИММЛЖ составил

171,29±35,11 г/м², в группе дипперов 163,3±18,1 г/м², в группе овер-дипперов 151,47±32,5 г/м², в группе найт-пиккеров 173,4±31,45 г/м². I группу составили 60 больных с ИММЛЖ 146,24±16,24 г/м², II группу составили 43 больных с ИММЛЖ 196,58±21,05 г/м². При этом СНС систолического АД был выше в I группе больных, чем во II группе (9,7±7,09 мм рт.ст. против 6,55±6,87 мм рт.ст., $p=0,027$). СНС диастолического АД в I группе соответствовало нормативным значениям, а во II группе оставались ниже рекомендуемых: 11,1±8,0 мм рт.ст. против 8,0±6,7 мм рт.ст., $p=0,055$.

Выводы. Таким образом, у больных ЭГ выявлена достоверная зависимость между выраженностью ГЛЖ с нарушением ритма АД.

0268 СОВМЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИВАЕТ КОЛИЧЕСТВО ВЫЯВЛЯЕМЫХ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ ТРОМБОВ

Затейщиков Д.А., Исаева М.Ю., Зотова И.В., Алехин М.Н.*, Гогин Г.Е.*, Ваниева О.С., Веселова Т.Н.**, Синицын В.Е.**, Сидоренко Б.А.

ФГУ Учебно-научный Медицинский Центр Управления Делами Президента РФ; *ФГУ ЦКБ с поликлиникой ГМУ Управления Делами Президента РФ; **Отдел томографии ФГУ Российского кардиологического научно-производственного комплекса Росздрава, Москва, Россия

Целью работы явилось сравнение возможностей методов ЧПЭхоКГ и МСКТ для визуализации тромба в ушке левого предсердия (УЛП) у больных с мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы исследования: в исследование было включено 43 больных (27 мужчин и 16 женщин) с длительностью МА более 48 часов. Средний возраст составил 64,1±1,51 лет. В 79,1% случаев наблюдалась тахисистолическая форма аритмии. Большинство больных страдали артериальной гипертензией — 40(93%), у 15(34,9%) в анамнезе имела ИБС и у 4(9,3%) — ревматический порок сердца. ЧПЭхоКГ проводилась на аппарате Sonos 5500 («Hewlett — Packard», США), МСКТ на томографе Somatom Sensation 4 (Siemens). В случае выявления тромба УЛП, хотя бы одним методом кардиоверсия не проводилась, больные получали варфарин. После 8 недель антикоагулянтной терапии (уровень МНО от 2 до 3) повторно выполнялись оба исследования.

Результаты исследования: По результатам двух методов не выявлено тромбов у 22 больных. У остальных больных (21 человек) было высказано первоначальное суждение о наличии тромба. В последующем, при повторном исследовании у 7 больных тромбоз не был подтвержден: у 1 — по данным МСКТ (образование ретроспективно было расценено как нетипичное утолщение стенки УЛП или клапанов легочных вен), у 6 — по данным ЧПЭхоКГ (структуры, первоначально принятые за тромб, при повторном исследовании были расценены, как гребешковые мышцы). Всего положительное заключительное суждение о наличии тромба высказано у 14 больных. У 6 пациентов тромб в УЛП выявлен 2 методами. Размеры, плотность и динамика размеров тромбов на фоне антикоагулянтной терапии хорошо коррелировали ($r=0,975$, $p=0,001$). Только при ЧПЭхоКГ тромб подтвердился у 5 больных, а только при МСКТ — у 3 больных. Рассчитана чувствительность и специфичность методов. Чувствительность ЧПЭхоКГ составила 79%, специфичность 79%. Чувствительность МСКТ составила 64%, специфичность 97%. Положительное прогностическое значение, отрицательное прогностическое значение и точность ЧПЭхоКГ составили соответственно — 65%, 88%, 79%. Для МСКТ эти показатели составили соответственно — 90%, 85%, 86%.

Заключение: Параллельное применение двух методов визуализации даже в сравнительно небольшой группе больных существенно увеличивает количество выявленных тромбов. Показано, что объективные сложности визуализации УЛП не позволяют достоверно утверждать, что не выявление тромба в УЛП по

данным какого-либо из методов визуализации означает его реальное отсутствие, поэтому всем больным перед проведением кардиоверсии оправдано назначение антикоагулянтов.

0269 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНия НЕ ВЛИЯЕТ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ

Затейщиков Д.А., Чумакова О.С., Данковцева Е.Н., Манхаева Б.Б., Кочкина М.С., Затейщикова А.А.

Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Способность к адаптации сердечно-сосудистой системы к интенсивным физическим нагрузкам индивидуальна и реализуется с различной степенью участия функциональных систем. Одним из методов объективной оценки степени этой адаптации может оказаться анализ параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР), полученных при 24-х часовом мониторингировании ЭКГ. Целью исследования было выявить различия в параметрах ВСР у спортсменов, имевших высокие достижения и не имевших таковых.

Мы провели обследование бывших спортсменов, включающее суточное мониторингирование ЭКГ с анализом ВСР. В исследование включено 89 бывших спортсменов, не получавших постоянной сердечно-сосудистой терапии. Среди них 56 человек в прошлом имели высокие спортивные достижения: были участниками международных соревнований. Средний возраст обследованных составил 56,84±1,149 лет, 55% — женщины, ИМТ в среднем — 25,3 кг/м², излишний вес оказался у 46% бывших спортсменов. Спортсмены из группы «высших достижений» достоверно не отличались от остальных.

Мониторингирование ЭКГ в течение 24 часов проводилось с помощью монитора Cardiolip24 (Венгрия). Оценивалась средняя, минимальная и максимальная ЧСС. Анализ ВСР включал статистические и геометрические методы.

Достоверной разницы в показателях ВСР между участниками международных соревнований и второй группой не зарегистрировано.

Наиболее распространенным ССЗ оказалась артериальная гипертензия (64%). По большинству параметров ВСР группы с и без АГ достоверной не различались. При наличии гипертензии имела тенденция к более низкому показателю усредненного интервала RR (798,22±16,05 против 823,5±16,14). Достоверно ниже у гипертоников индекс SDNN (50,24±3,19 против 55,67±3,18, $p=0,049$), характеризующий среднее значение стандартных отклонений NN-интервалов, вычисленных по 5-минутным промежуткам в течение всей записи. Анализ параметров, рассчитанных методом триангулярной интерполяции, показал более низкие значения у гипертоников триангулярного индекса (38,66±1,32 против 43,3±2,25, $p=0,034$) и ширины основания среднеквадратичной триангулярной интерполяции наиболее высокого пика гистограммы, построенной по всем NN-интервалам (594,7±29,38 против 675,9±39,86, $p=0,023$), что свидетельствует о более ригидном ритме. Артериальная гипертензия диагностирована у 69,7% спортсменов, не имевших в прошлом выдающихся достижений, и у 60,7% спортсменов группы «высших достижений». В подгруппе спортсменов, не имевших в прошлом высоких достижений, сохраняются различия, выявленные при сравнении всех обследованных «гипертоников» и «негипертоников». Анализ параметров ВСР в подгруппе спортсменов, достигавших выдающихся спортивных результатов, не выявил различий в показателях, рассчитанных статистическими методами и методом триангулярной интерполяции.

Таким образом, в подгруппе спортсменов «высших достижений» не отмечено влияния АГ на параметры ВСР, в отличие от тех, кто, занимаясь спортом, не достиг высших результатов.

0270 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ

Захарова Л.А., Дегтярева Е.А.

РГМУ, ДИКБ№6, Москва, Россия

Отмечено прогрессивное увеличение количества детей с ранним неонатальным сифилисом в России.

Цель: оценка состояния сердечно-сосудистой системы у детей, рожденных женщинами с сифилисом в зависимости от наличия специфического лечения во время беременности.

Материалы и методы: В периоде новорожденности обследованы 96 детей, родившихся от матерей больных сифилисом, детям проводилось повторное обследование в отдаленном катамнезе (от 1 года до 10 лет). В I-ю группу были включены 19 детей, матери которых получали специфическое лечение во время беременности, во II-ю группу — 77 детей, матери которых не получали специфического лечения. У 17-ти матерей (9,5%) детей I группы имелись указания на сифилис в анамнезе в период 5 и более лет до родов и у 2 (10,5%) женщин сифилис диагностирован во время беременности. У 6 матерей (7,8%) детей II группы сифилис диагностирован во время беременности, у 39 (50,6%) — в родах, у 32 (41,5%) анамнестические данные были не уточнены. Матери детей I группы были социально адаптированы, наблюдались в женской консультации. Матери детей II группы в 82% наблюдений (63) не имели постоянного места жительства в Москве, никто из них не наблюдался в женской консультации, 30% женщин (29) отказались от своих детей, более 30% употребляли наркотики (22), 15,5% из них были дополнительно ВИЧ инфицированы, 60% женщин не были заинтересованы здоровьем своих детей, 85% указывали на «неудовлетворительное» материальное положение, отсутствие постоянной работы. Детям проводилось общеклиническое обследование, рентгенологическое исследование трубчатых костей, нейросонография, ультразвуковые исследования внутренних органов, все дети консультировались детским кардиологом, неврологом, окулистом, отоларингологом, сифилидологом. Регистрировалась ЭКГ в 12 стандартных отведениях, при Эхо-КГ изучались морфологические характеристики, показатели насосной и сократительной функции миокарда. Проводились серологические исследования крови и ликвора на сифилис, рутинные лабораторные исследования, определение ферментативных маркеров повреждения и их кардиальных изоферментов (Тропонина I, Тропонина I, КФК и КФК-МВ, ЛДГ и ЛДГ1,2).

Результаты: Во II-й группе было существенно больше недоношенных детей (соответственно 26,3 и 72%) меньшего гестационного возраста (соответственно 38,2±0,6 и 35,7±0,4 недель). Среднее пребывание на койке в стационаре было более длительным во II группе (соответственно 18,3±2,6 и 28,6±1,7 дней). Специфические клинические проявления РВС в виде сифилитической пузырьчатки, папулезных высыпаний на коже в I-й группе детей не наблюдались вообще, и наблюдались у 4 (5,1%) детей из II группы.

Поражение костной системы в виде остеохондрита I-II ст., пневмонии, гепатиты, менингиты у детей I группы не наблюдались вообще. Во II группе остеохондриты отмечались у 14 детей (18,2%), пневмонии у 15 детей (19,7%), гепатиты у 7 детей (9,1%), менингиты у 8 детей (10,4%). При исследовании ликвора в 2-х случаях отмечались положительные серологические реакции, что позволяло считать этиологию менингитов у этих детей специфической.

При клинико-функциональном обследовании сердечно-сосудистой системы в возрасте до 1 месяца в обеих группах среди персистирующих коммуникаций практически не встречались открытый артериальный проток (ОАП), частота наличия открытого овального окна (ООО) не различалась по группам и составляла 57, 8% в I группе и 52% во II группе. При исследовании в возрасте до 1 месяца и повторно в возрасте старше 6 месяцев врожденные пороки сердца (ВПС) небольшой гемодинамической значимости (септальные, межжелудочковые и межпредсердные дефекты, изолированный умеренный стеноз легочной артерии или сочетание данных ВПС) наблюдались в 10,5% в I группе и в 13,2% во II группе. Малые сердечные аномалии в виде дополнительных трабекул левого желудочка сердца обнаруживались в 15,7% в I группе и в 20,7% наблюдений во II группе. В обеих группах показатели общей ЛДГ и сердечных изоферментов ЛДГ1,2 превышали нормальные значения не более, чем в 2 раза, коррелируя с тяжестью общего инфекционного процесса и наличием инфекционных очагов (пневмонии, менингита, гепатита). Значения КФК и КФК-МВ, Тропонина I и Тропонина I оставались в пределах нормы в обеих группах, что в сочетании с отсутствием кардиоомегалии и ПК исключало наличие миокардита.

Выводы: Обнаружено достоверное увеличение тяжести клинического течения, количества инфекционных очагов специфической и неспецифической этиологии у детей и тенденция к увеличению частоты ВПС и малых сердечных аномалий у детей, рожденных от матерей с сифилисом, не получавших специфического лечения во время беременности.

0271 ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КИСЛОРОДНЫЙ РЕЖИМ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Занова Ю.А., Занов О.А.

ГОУ ВПО Кировская медицинская академия Росздрава, Киров, Россия

Цель: изучить влияние антиаритмической терапии изоптином SR, амиодароном и современной терапии ХОБЛ на кислородный режим тканей у больных ХОБЛ с рецидивирующей формой ФП.

Материал и методы: обследовано 75 человек с часто рецидивирующей формой ФП в период синусового ритма и ХОБЛ (1–2 Б стадии по GOLD). Исходно и через 12 месяцев терапии наряду со стандартными методиками обследования проводилось исследование кислородного режима тканей (КРТ) полярографическим методом с использованием чрескожного датчика типа «CLARK» и транскутанного оксимонитора TCM-2 (RADIOMETER, Дания) с проведением функциональных проб с гипертермией, регионарной ишемией и ингаляцией добавочного кислорода. Все пациенты были рандомизированы на 3 группы: 1 группа (n=25) в качестве антиаритмической терапии (ААТ) получали амиодарон, 2 группа (n=25) — изоптин SR, 3 группа (n=25) получали плацебо. Всем пациентам исходно была подобрана терапия ХОБЛ в зависимости от степени тяжести согласно современным рекомендациям «GOLD».

Результаты: Исходно все пациенты достоверно не различались по показателям КРТ и микроциркуляции, а также по результатам функциональных проб. В результате анализа данных изменения pO_2 тканей через год терапии отмечался прирост этого показателя во всех исследуемых группах: в группе плацебо в среднем на 8,32±6,20 mm Hg, в группе изоптина SR на 10,12±8,44 mm Hg и в группе амиодарона на 11,24±8,46 mm Hg. При сравнении трёх исследуемых групп наблюдались достоверные различия по уровню pO_2 через год терапии в трёх группах (общая медиана =66,0; $\chi^2=9,70$; $p=0,0078$): в группе плацебо уровень тканевого pO_2 составлял 60,92±13,37 mm Hg, в группе изоптина SR 70,44±10,94 mm Hg, в группе амиодарона 64,72±10,22 mm Hg. При последующем парном сравнении обеих групп ААТ с группой плацебо выявлено достоверное отличие контрольных показателей pO_2 группы плацебо и изоптина SR ($p=0,016$) при отсутствии достоверного различия групп плацебо и амиодарона ($p=0,33$). При проведении пробы с ингаляцией добавочного O_2 наблюдалось достоверное укорочение латентного периода прироста pO_2 в группе плацебо на 3,72 секунды ($p=0,0001$) и в группе изоптина SR — на 21,40 секунды ($p=0,001$), при парном сравнении этих групп не выявлено достоверных различий изменения латентного периода. Выраженность изменений прочих показателей КРТ и микроциркуляции не отличалась достоверно в исследуемых группах.

Вывод: Применение у пациентов с сочетанием ХОБЛ и ФП изоптина SR в сочетании с адекватной терапией ХОБЛ улучшает кислородный режим тканей и оптимизирует вентиляционно-перфузионные соотношения. Терапия ХОБЛ даже при отсутствии антиаритмической терапии способствует снижению степени кислородного голодания тканей и улучшению вентиляционно-перфузионных соотношений, использование на этом фоне амиодарона не препятствует реализации положительного эффекта бронхолитической терапии на кислородный режим тканей и вентиляционно-перфузионные соотношения.

0272 ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ

ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Зонова Ю.А., Зонов О.А.

ГОУ ВПО Кировская медицинская академия Росздрава, Киров, Россия

Цель: Оценить влияние антиаритмических препаратов изоптина SR и кордарона на функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (СН) у больных ХОБЛ и рецидивирующей формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы: обследовано 75 человек с часто рецидивирующей формой ФП в период синусового ритма с наличием СН на фоне ХОБЛ. Исходно и через 12 месяцев терапии наряду со стандартными методиками обследования проводилось определение дистанции теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Все пациенты были рандомизированы на 3 группы: 1 группа (n=25) в качестве антиаритмической терапии (ААТ) получали амиодарон, 2 группа (n=25) — изоптин SR, 3 группа (n=25) получали плацебо. Всем пациентам исходно была подобрана терапия ХОБЛ в зависимости от степени тяжести согласно современным рекомендациям «GOLD».

Результаты: Исходно в трёх исследуемых группах показатели ФК СН и дистанция ТШХ достоверно не отличались. У пациентов, получающих терапию ХОБЛ и плацебо, на начальном этапе терапии дистанция ТШХ составила $352,20 \pm 74,94$ м, ФК СН составлял 2,12 (2,0;-3,0). Под влиянием терапии увеличилась дистанция ТШХ до $391,6 \pm 84,33$ м, в среднем на 39,4 м ($p=0,00001$); ФК СН снизился до 1,72 (2,0;-1,6) ($p=0,0005$). В группе изоптина SR исходные показатели дистанции ТШХ и ФК СН составили соответственно — $379,60 \pm 108,77$ м и 2,0 (1,0;-2,0). Под влиянием терапии уменьшился ФК СН до 1,6 (1,0;-2,0) ($p=0,01$) и увеличилась дистанция ТШХ до $444,20 \pm 96,56$ м, в среднем на 64,60 м ($p=0,00001$). У пациентов, принимающих амиодарон, в начале терапии дистанция ТШХ составила $352,00 \pm 103,60$ м, а ФК СН — 1,96 (1,0;-2,0). Через год терапии также, как и в двух других группах увеличилась дистанция ТШХ на 62,60 м, до $414,60 \pm 108,55$ м ($p=0,00001$), произошло уменьшение ФК СН до 1,7 (1,0;-2,0) ($p=0,005$). При сравнении изменений, полученных в трёх группах, методом Краскела — Уоллиса не выявлено достоверных межгрупповых отличий.

Через год терапии во всех исследуемых группах в одинаковой степени отмечался прирост ОФВ1 по сравнению с исходным показателем; а также уменьшение частоты рецидивов ФП: в группе амиодарона — на 2,63 в месяц, в группе изоптина SR — на 1,32 в месяц, в группе плацебо — 0,4 в месяц ($p=0,0006$); отмечалась достоверность отличий изменений между группой плацебо и группами ААТ ($p<0,001$), в которых этот показатель изменялся в равной степени. При изучении корреляций между изменениями ОФВ1, уменьшением частоты рецидивов ФП и изменениями показателей СН не отмечено достоверных связей.

Вывод: У пациентов с сочетанием ХОБЛ и рецидивирующей ФП терапия ХОБЛ, а также её сочетание с ААТ изоптином SR или амиодароном в одинаковой степени способствует уменьшению выраженности СН. Не найдено достоверной взаимосвязи между положительной динамикой ОФВ1, урежением частоты рецидивов ФП и уменьшением выраженности СН, что позволяет предположить самостоятельное влияние на эти параметры как терапии ХОБЛ, так и ААТ.

0273 ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ НА ТКАНЕВУЮ АДАПТАЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Зонов О.А.

ГОУ ВПО Кировская ГМА Росздрава, Киров, Россия

Течение артериальной гипертензии (АГ) изменяется под влиянием множества факторов, одним из наиболее значимых является эндотелиальная дисфункция с последующим изменением характера течения АГ. Известно, что важным фактором риска эн-

дотелиальной дисфункции является наличие хронических инфекций с развитием системного воспалительного ответа. Считается, что маркером системного микровоспаления является увеличение содержания С — реактивного белка (СРБ).

Целью исследования явилось изучение изменений тканевой адаптации в зависимости от выраженности воспаления у лиц с сочетанием АГ и инфекций мочевых путей (ИМП).

Материал и методы: наблюдали 140 пациентов с АГ (75 женщин и 65 мужчин) с сопутствующими инфекциями нижних отделов (ИНМП) и верхних отделов (ИВМП) мочевых путей. Пациентам с АГ и ИМП наряду со стандартными методиками обследования проводилось определение СРБ количественным методом, транскутанное исследование кислородного режима тканей и микроциркуляции полярографическим методом (аппарат TCM-2; Radiometer) с выполнением функциональных проб, в том числе ишемической пробы с оценкой реактивной гиперемии. Для верификации ИМП проводили исследование мочи (общий анализ, 3-х стаканную пробу, посев), микроскопию секрета предстательной железы и ПЦР-диагностику внутриклеточных инфекций.

Результаты: Уровень СРБ у больных с бактериальными ИВМП составлял $7,34 \pm 0,45$ мг/дл, при исследовании реакции микрососудов на регионарную ишемию средняя скорость снижения тканевого pO_2 составила $1,01 \pm 0,34$ мм Hg/сек, а средняя скорость восстановления кровотока в условиях постишемической реактивной гиперемии, составила $1,02 \pm 0,28$ мм Hg/сек. У пациентов с бактериальными ИНМП уровень СРБ был достоверно ниже $3,25 \pm 0,21$ мг/дл, что сопровождалось выявлением меньших значений средней скорости снижения pO_2 — $0,88 \pm 0,3$ мм Hg/сек, и более быстрым постишемическим восстановлением кровотока — $1,21 \pm 0,36$ мм Hg/сек., что достоверно выше ($p<0,05$), чем у больных с бактериальными ИВМП. У больных ИМП, вызванными внутриклеточными возбудителями уровень СРБ был достоверно ниже, чем при бактериальных ИНМП и ИВМП — $0,56 \pm 0,1$ мг/дл, при этом отмечались наименьшие показатели средней скорости падения pO_2 при создании регионарной ишемии — $0,80 \pm 0,19$ мм Hg/сек и наиболее быстрое постишемическое восстановление регионарного кровотока — $1,42 \pm 0,32$ мм Hg/сек ($p<0,05$).

Выводы: у пациентов с АГ при наличии инфекций мочевых путей выраженность системного воспаления зависит как от уровня поражения мочевыводящих путей, так и от особенностей патогенной микрофлоры; при верификации более высоких значений маркеров воспаления наблюдалась наибольшая эндотелиальная дисфункция, способствующая изменению тканевой микроциркуляции и последующей декомпенсации течения АГ.

0274 ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РЕЦИДИВОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Зотова И.В., Ваниева О.С., Алехин М.Н.*, Гогин Г.Е.*, Замейщиков Д.А., Сидоренко Б.А.

ФГУ Учебно-научный Медицинский Центр Управления Делами Президента РФ; *ФГУ ЦКБ с поликлиникой Медицинский Центр Управления Делами Президента РФ, Москва, Россия

В настоящее время получены данные о возможной связи повышения уровня мозгового натрийуретического пептида (ProBNP) с частотой развития пароксизмов у больных с мерцательной аритмией (МА).

Целью работы явилось изучение связи уровня ProBNP с риском рецидива МА после успешной кардиоверсии.

Материал и методы исследования: в исследование было включено 37 больных (24 мужчин и 13 женщин) с длительностью МА более 48 часов. Средний возраст — $59,1 \pm 1,44$ лет. Длительность МА составила $94,7 \pm 36,66$ дней. 36 (97%) больных страдали артериальной гипертензией, у 7 (19%) в анамнезе была ИБС и у 2 (5%) — ревматический порок сердца. Сердечная недостаточность была у 25 (68%) больных. Всем больным перед кардиоверсией проводилась чреспищеводная эхокардиография для исключения тромбоза ушка левого предсердия. Уровни ProBNP определялись

исходно и через неделю после успешной кардиоверсии. Уровень ProBNP определялся методом электрохемилюминесценции тест системой Elecsys proBNP (Roche). Синхронизированная электроимпульсная терапия проводилась аппаратом «Hewlett — Packard» Code Master 100 (США). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета статистических программ SPSS 13

Результаты исследования: Уровень ProBNP исходно составил $381,4 \pm 90,98$ пг/мл, через неделю после кардиоверсии $471,1 \pm 104,92$ пг/мл. В среднем по группе отмечалось повышение уровня ProBNP на $110,9 \pm 132,38$ пг/мл. В течение месяца наблюдения МА рецидивировала у 11 (30%) больных. Уровень ProBNP измеренный исходно, достоверно не различался в зависимости от наличия рецидивов МА. Уровень ProBNP измеренный через неделю после кардиоверсии оказался достоверно выше у больных с рецидивами МА ($776,45 \pm 224,78$ против $397,8 \pm 115,64$, $p=0,045$).

Заключение: Измерение уровня ProBNP у больных с длительными пароксизмами МА может давать дополнительную информацию для оценки риска рецидивов в течение месяца после формирования ритма.

0275 К ВОПРОСУ О ГИПЕРДИАГНОСТИКЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Зотова Л.А., Иванчикова Н.В., Якушин С.С.

ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава, Рязань, Россия

Основными клиническими проявлениями дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), которые заставляют больных обратиться за медицинской помощью, являются признаки хронической сердечной недостаточности: одышка при физической нагрузке, отеки, а также нарушения ритма сердца. На амбулаторно-поликлиническом звене диагностика ДКМП вызывает определенные трудности, в первую очередь связанные с широким кругом заболеваний, имеющих схожие проявления: болезнями перикарда (констриктивный перикардит, туберкулезный, опухолевый, уремический); приобретенными и врожденными пороками сердца, опухолями и травмами сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости, ишемической болезнью сердца, инфильтративными поражениями миокарда, воспалительными поражениями миокарда. При осмотре выявляется глухость сердечных тонов, систолический шум митральной недостаточности, тяжелые нарушения ритма, проводимости, тромбоэмболический синдром. На ЭКГ — гипертрофия обоих желудочков, внутрижелудочковые блокады, нарушение ритма и проводимости, глубокий Q и QS, изменение сегмента ST. При рентгенологическом исследовании — увеличение всех камер сердца. Обязательным методом диагностики ДКМП является УЗИ сердца.

Нами проведено изучение историй заболеваний пациентов, направленных с диагнозом ДКМП в кардиологическое отделение РОККД за 1 год. Установлено, что с данным диагнозом в отделение было направлено 13 человек. У 8 (62%) из них диагноз был подтвержден. При обследовании 5 больных (38%) диагностированы иные заболевания. У 2 (15%) из направленных больных УЗИ сердца не проводилось до поступления в стационар. Из них у 1 пациента при обследовании установлен диагноз инфекционного эндокардита, сопровождающегося перикардитом. У второго больного при УЗИ сердца выявлены: незначительное расширение полости левого желудочка, удовлетворительная фракция выброса левого желудочка, умеренная гипертрофия стенок левого желудочка, с учетом высоких цифр АД больному поставлен диагноз гипертонической болезни. У 3 больных (23%) УЗИ сердца выполнялось и до поступления в стационар, однако исследование было проведено не в условиях кардиологического стационара. У двух из них при обследовании выявлена хроническая ревматическая болезнь сердца с поражением аортального клапана. А у одного больного диагностирована ИБС.

Выводы.

1. На амбулаторно-поликлиническом этапе отмечается гипердиагностика ДКМП: в 38% случаев при обследовании в кардиологическом стационаре у больных выявлены иные заболевания.

2. ДКМП является заболеванием, диагностика которого должна основываться не только общеклинических методах исследования, но обязательном УЗИ сердца, выполненном на современном оборудовании высококвалифицированным специалистом, т.к. это позволяет исключить наличие заболеваний, имеющих схожие проявления, но требующих иного лечения.

0276 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ АВТОНОМИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зубеева Г.Н., Мотылев И.М., Кузьменко Ю.Н.

ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Н.Новгород, Россия

Заболевания щитовидной железы сопровождаются поражением сердечно-сосудистой системы, развитием кардиомиопатий и появлением различных нарушений сердечного ритма. В регионах с йодным дефицитом распространенность заболеваний щитовидной железы возрастает за счет формирования функциональных автономий органа.

Цель исследования: Оценить характер нарушения сердечного ритма у больных с функциональными автономиями щитовидной железы.

Материал и методы: В исследование включено 26 пациентов с функциональными автономиями щитовидной железы. Средний возраст составил $56,0 \pm 4,3$ года. Всем больным проводилось суточное ЭКГ-мониторирование, клиническое обследование, исследование гормонов щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы. Все больные по показателям гормонального статуса были разделены на 3 группы: компенсированные, декомпенсированные, субкомпенсированные функциональные автономии.

Результаты: По результатам суточного ЭКГ-мониторирования зарегистрированы следующие нарушения сердечного ритма: у 69,2% пациентов (18 человек) наджелудочковая экстрасистолия (в среднем $171,4$ эк/час), у 46,2% (12 человек) желудочковая экстрасистолия ($641,8$ эк/час), у 11,5% (3 человека) пароксизмы предсердной тахикардии, у одного пациента зафиксирован ускоренный наджелудочковый ритм, у 19,2% (5 человек) зарегистрированы эпизоды ишемии миокарда. По результатам суточного ЭКГ-мониторирования средняя частота сердечных сокращений составила $78,3 \pm 6,3$ ударов в минуту в дневные часы и $63,0 \pm 5,8$ ударов в минуту в ночные часы. У больных с декомпенсированными функциональными автономиями частота сердечных сокращений в ночные часы была выше чем в других группах ($72,5$ ударов в минуту и $55,6$ соответственно). Кроме того, динамика нарушений ритма сердца у больных с декомпенсированными и субкомпенсированными функциональными автономиями характеризуется увеличением их частоты в дневные часы и снижением в ночной период.

Выводы: Таким образом, формирование функциональных автономий щитовидной железы способствует появлению различных нарушений сердечного ритма, что требует подбора адекватной терапии с целью их коррекции.

0277 ПОПЫТКА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Зяблов Ю.И., Округин С.А., Гурченко А.А., Гарганеева А.А., Орлова С.Д.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: выявить факторы значимо влияющих на развитие неблагоприятных исходов (развитие острого инфаркта миокарда) нестабильной стенокардии (НС) и разработать прогнозистическую модель для их предсказания.

Материал и методы: за 2003–2004 гг. в Томске было зарегистрировано 1477 больных с верифицированным диагнозом НС. По истечению острого периода заболевания (28 дней), стабилизация состояния отмечена у 74,1% пациентов, развитие острой коронарной патологии (ОКП) — у 25,4%, остальные 0,5% — смерть от других причин. Для определения факторов влияющих на прогноз острого периода НС был применен метод пошаговой логистической регрессии. В анализ были включены следующие признаки

(факторы): пол, возраст пациентов, данные анамнеза, характер изменений на электрокардиограмме (ЭКГ), место и характер проводимого лечения и комбинация указанных признаков.

Результаты исследования: в результате применения логистической регрессии было установлено, что на ближайший прогноз НС достоверно влияют следующие признаки: 1-тип клинического течения заболевания, 2 — сахарный диабет в анамнезе; 3 — характер изменений на ЭКГ, 4 — место лечения в остром периоде. В ходе исследования была разработана математическая модель определения вероятности развития неблагоприятных исходов НС. На первом этапе определяется значение функции «f», на втором — вычисляется вероятность развития неблагоприятного исхода (по предложенной формуле с использованием основания натурального логарифма). При значении $P > 0,5$ имеет место большая вероятность возникновения ОКП.

Заключение: предложенная формула легко вычисляется с помощью обычного калькулятора и может найти применение в практическом здравоохранении, особенно на догоспитальном этапе, помогая врачам, без использования дорогостоящих и не всегда доступных диагностических методов, разработать оптимальную лечебную тактику по отношению к каждому конкретному больному.

0278 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ибатов А.Д., Ким Н.В., Черкасова М.В.
ММА им И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить качество жизни и особенности эмоционального статуса у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: исследован 197 мужчин, страдающих ИБС (средний возраст $56,7 \pm 6,5$ лет). Было выделено 2 группы: первую составил 132 пациента с АГ, вторую 65 пациентов без АГ. Качество жизни оценивали по Сиятлскому опроснику для больных стенокардией, уровень тревоги и депрессии — по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД).

Результаты: Продолжительность ИБС в первой группе составила $3,6 \pm 0,5$ лет, во второй — $4,3 \pm 0,6$ лет ($p > 0,05$). Продолжительность АГ в первой группе составила $12,1 \pm 0,9$ лет. Функциональный класс стенокардии в первой и во второй группах составил соответственно $2,38 \pm 0,05$ и $2,42 \pm 0,07$ ($p > 0,05$). По данным ГШТД в первой группе клинически выраженный уровень тревоги выявлен у 3,3%, субклинический уровень — у 47,8%, в пределах нормы — у 48,9% пациентов. Во второй группе клинически выраженный уровень тревоги выявлен у 11,9% ($p = 0,054$), субклинический уровень — у 19,0% ($p = 0,019$), в пределах нормы — у 69,1% пациентов ($p = 0,031$). Таким образом, в первой группе было больше пациентов с клинически выраженным и субклиническим уровнем тревоги — 51,1%, во второй группе — 30,9% ($p = 0,031$). Выраженность депрессии: в первой группе клинически выраженный уровень депрессии выявлен у 10,9%, субклинический уровень — у 13,0%, в пределах нормы — у 76,1% пациентов. Во второй группе клинически выраженный уровень депрессии выявлен у 7,1% ($p > 0,05$), субклинический уровень — у 14,3% ($p > 0,05$), в пределах нормы — у 78,6% пациентов ($p > 0,05$). Суммарные показатели уровня тревоги и депрессии по ГШТД составили соответственно в первой группе $6,9 \pm 0,3$ и $5,5 \pm 0,4$ балла, во второй группе $6,8 \pm 0,5$ ($p > 0,05$) и $5,5 \pm 0,5$ ($p > 0,05$) балла. По данный Сиятлского опросника качества жизни в группе больных ИБС с АГ по шкале физической активности показатель составил $60,7 \pm 1,5\%$, по шкале стабильности течения стенокардии — $43,5 \pm 1,9\%$, по шкале тяжести стенокардии — $54,3 \pm 2,0\%$, по шкале оценки лечения — $66,4 \pm 1,1\%$, по шкале восприятия болезни — $51,6 \pm 1,3\%$, итоговый показатель качества жизни — $59,4 \pm 1,1\%$. Качество жизни в группе больных ИБС без АГ: по шкале физической активности показатель составил $55,8 \pm 2,6\%$ ($p > 0,05$), по шкале стабильности течения стенокардии — $49,3 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$), по шкале тяжести стенокардии — $57,8 \pm 2,9\%$ ($p > 0,05$), по шкале оценки лечения — $66,4 \pm 1,4\%$ ($p > 0,05$), по шкале восприятия болезни — $51,7 \pm 1,7\%$ ($p > 0,05$), по шкале итоговый показатель качества жизни — $57,3 \pm 1,5\%$ ($p > 0,05$). Показатель качества жизни по шкале «восприятие болезни» был в

первой группе достоверно выше чем во второй, остальные показатели качества жизни существенно не различались между группами.

Выводы: у обследованных больных ИБС с АГ выявлено по сравнению с больными ИБС без АГ больше больных с клинически выраженным и субклиническим уровнем тревоги, а также хуже качество жизни по шкале стабильности стенокардии.

0279 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ибатов А.Д., Ким Н.В., Черкасова М.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различным уровнем тревожных расстройств.

Методы: Обследовано 197 мужчин больных ИБС в возрасте от 36 до 68 лет (средний возраст $56,5 \pm 0,7$ лет), у всех пациентов была стенокардия напряжения 11-IV ФК. Уровень тревоги исследовали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД). Вариабельность ритма сердца изучали по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы в положении лежа на спине в состоянии расслабленного бодрствования.

Результаты: Обследованная выборка была разделена в зависимости выраженности тревожных нарушений. Из исследования исключены пациенты с клиническим и субклиническим уровнем депрессии (8 и более баллов по ГШТД). В 1 группу вошли 42 больных ИБС с клинически выраженными проявлениями тревоги (11 и более баллов по ГШТД). Во 2 группу — 62 больных ИБС без тревожных нарушений (7 и менее баллов по ГШТД). Группы не различались по возрасту, функциональному классу стенокардии напряжения, по проводимой терапии.

В покое исходно у больных ИБС с тревожными нарушениями показатели ВРС были следующими: ЧСС $60,6 \pm 1,3$ уд/мин; SDNN $34,8 \pm 1,9$ мс², rMSSD $32,8 \pm 2,3$ мс², pNN50% $11,4 \pm 1,9\%$, суммарная мощность спектра TP $1054,1 \pm 119,4$ мс², мощность волн высокой частоты HF $541,5 \pm 91,0$ мс², мощность волн низкой частоты LF $249,4 \pm 21,9$ мс², мощность волн очень низкой частоты VLF $263,3 \pm 20,7$ мс², отношение LF/HF $0,94 \pm 0,09$. У больных ИБС без тревожных нарушений в покое исходно показатели ВРС были следующими: ЧСС $60,6 \pm 1,1$ уд/мин ($p > 0,05$); SDNN $30,9 \pm 2,1$ мс² ($p > 0,05$), rMSSD $23,2 \pm 2,7$ мс² ($p < 0,05$), pNN50% $4,7 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), суммарная мощность спектра TP $836,8 \pm 156,7$ мс² ($p > 0,05$), мощность волн высокой частоты HF $261,8 \pm 97,7$ мс² ($p < 0,05$), мощность волн низкой частоты LF $222,2 \pm 38,4$ мс² ($p > 0,05$), мощность волн очень низкой частоты VLF $352,7 \pm 41,7$ мс² ($p > 0,05$), отношение LF/HF $1,81 \pm 0,20$ ($p < 0,05$). Вегетативный баланс в покое у 85,7% больных ИБС с тревожными нарушениями был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела ВНС, у 14,3% — преобладала активность симпатической нервной системы. У 50,8% больных ИБС без тревоги был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела ВНС ($p < 0,05$), у 22,0% — наблюдалась эйтония ($p < 0,05$) и у 27,2% — преобладала активность симпатической нервной системы ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, исходно в покое больные ИБС с тревожными нарушениями по сравнению с больными ИБС без тревожных нарушений отличались преобладанием в вегетативном балансе парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

0280 ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Сдобнякова Н.С., Трусова Г.С.

Тверской кардиологический диспансер; Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель исследования: Оценка особенностей снижения систолической, диастолической функций левого желудочка и характера его ремоделирования у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) при использовании неинвазивных инструментальных методов обследования.

Методы: Обследовано 64 больных, перенесших крупноочаговый ИМ, имевших клинические проявления сердечной недостаточности (СН) II-III ФК NYHA. Сроки наблюдения составили в среднем 6,2 мес (4-12 мес). Всем пациентам проводилась стандартная эхокардиография (Эхо-КГ) с изучением фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), оценкой диастолической функции ЛЖ (время замедления раннего диастолического наполнения и отношение скоростей раннего и позднего наполнения – ВЗРН, Е/А) при использовании доплер-ЭхоКГ трансмитрального потока, а так же выделялись основные характеристики постинфарктного ремоделирования, обращающая особое внимание на наличие гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и его дилатации при эксцентрическом варианте ремоделирования (ЭР) ЛЖ. Результаты исследований заносились в электронную таблицу Excel 7.0. и обрабатывались с использованием прикладных статистических программ Windows-Xp.

Результаты: Проведенное обследование показало, что снижение ФВ ниже 50%, имелось у 22,6% больных, перенесших ИМ, при этом у 9,2% обследованных ФВ была ниже 40%. В то же время достоверные корреляции ФВ ЛЖ отмечены только у больных с III ФК СН ($r=0,64$; $p<0,01$) и не выявлены у пациентов с II ФК СН. В свою очередь наличие диастолической дисфункции ЛЖ оказалось весьма характерной для больных с СН, где она регистрировалась у 92% обследованных. Однако значимые корреляции с клиническим состоянием больных, перенесших ИМ, выявлены только у лиц с рестриктивным типом нарушений при увеличении Е/А более 2,0 ($r=0,57$; $p<0,01$), а при сопоставлении пациентов по значениям ВЗРН более или менее 120 мс существенных различий не получено. Напротив, характер ремоделирования ЛЖ оказался более информативным параметром у этой категории больных. Так, наиболее значимые корреляции получены при сопоставлении клинической характеристики пациентов (ФК NYHA) и ЭР ЛЖ ($r=0,74$; $p<0,001$), а так же с наличием ГЛЖ ($r=0,71$; $p<0,001$). Необходимо подчеркнуть, что по мере увеличения дилатации ЛЖ в случаях ЭР происходило прогрессивное ухудшение ФК СН и значимое снижение ФВ ЛЖ ($r=0,66$ и $0,59$; оба $p<0,001$).

Выводы: Таким образом, при инструментальном обследовании больных, перенесших ИМ с клиническими проявлениями СН, наиболее оправданным следует считать оценку особенностей ремоделирования ЛЖ, а так же выделение групп пациентов с рестриктивным вариантом наполнения ЛЖ.

0281 ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ ВНУТРИГОРОДСКОЙ МИГРАЦИИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ МОНИТОРИНГА ЗА ЖИЗНЕННЫМ СТАТУСОМ ОБСЛЕДОВАННЫХ РАНЕЕ ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Иванов В.М., Кукушкин С.К., Сапельникова В.А., Серикова Е.В., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Константинов В.В.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росздрав; 121 поликлиника ЮЗАО г. Москва, Москва, Россия

Цель – изучить в процессе мониторинга за жизненным статусом обследованных ранее лиц, на предмет наличия сердечно-сосудистых заболеваний, возрастные отличия внутригородской миграции на уровне городской поликлиники.

Методы. Работа проводится в условиях городской поликлиники с использованием информационных технологиях, особенно в разделе организации учета и контроля прикрепленного контингента потребителей медицинской помощи (МП). Такая ситуация позволяет на уровне ЛПУ провести многоступенчатый анализ информации на одно физическое лицо: систематизировать выбывших пользователей МП (не проживают в квартире по причине пе-

реезда в другой микрорайон города; находятся в командировке, по другим причинам на момент обследования не пользуется правом свободного передвижения за несколько последовательных календарных лет); отобрать среди них лиц, имевших случаи повторной внутригородской миграции; собрать дополнительную информацию о жизненном статусе ранее обследованного лица.

Результаты. Трудности исследователей при изучении состояния здоровья населения, особенно, при изучении распространенности факторов риска основных неинфекционных заболеваний, возникают не только при формировании случайной выборки, но и при организации определения жизненного статуса ранее обследованных лиц. Во многом, трудности связаны с постоянным ростом внутренней миграцией (ВМ) населения (многократные переезды; выезды на короткое время, и пр.) Отличительной особенностью ВМ в нашей стране является тот факт, что учет её организован разными ведомствами и с применением абсолютно разной методики, что приводит к малой сопоставимости данных или отсутствию сопоставимости вообще. Трудности учета ВМ для исследователей, связанных с проблемами состояния здоровья, состоят в дополнительно и в том, что в стране нет до настоящего времени унифицированных страховых медицинских полисов (УСМП) с единой нумерацией для всех страховых организаций. В принципе, использование УСМП, в основном, решило бы проблему использования в условиях ЛПУ передовых информационных технологий даже на существующей материально-технической базе. Известно, что в практике наиболее распространенным способом сбора данных о ВМ служат: переписи населения, выборочные обследования и текущий мониторинг движения миграционных потоков (регистрация граждан и др.). Как правило, современная законодательная база не позволяет исследователям воспользоваться результатами всех способов сбора информации о ВМ. С нашей точки зрения, публикация Правительством г.Москвы результатов изучения миграционных потоков в рамках переписи населения в прессе об осуществлении такой инициативы во многом способствует совершенствованию планирования различного рода превентивных мероприятий. Анализ данных, полученных в результате мониторинга за жизненным статусом обследованных ранее лиц при проведении профилактических программ в одном из округов г.Москвы позволило установить, что коэффициенты внутригородской миграции (ВМ) среди мужского и женского населения трудоспособного возраста имеют некоторые возрастные отличия. За весь период исследования отметили достоверный показатель ВМ в обеих половых группах с возрастом ($p<0,001$; $p<0,01$). Замечено, что ВМ мужчин преобладает во всех возрастных группах в 1,5-4 раза над ВМ женщин ($p<0,001$; $p<0,01$). Наиболее высокий показатель ВМ имел место как среди мужчин (в 3-5 раз, $p<0,001$), так и среди женщин (в 1,5-3 раза, $p<0,001$) в возрасте 25-34 лет по сравнению с показателями ВМ последующих возрастных групп. Суммарный показатель ВМ среди мужчин составил –6,9% среди женщин –1,9%. Повозрастная динамика показателя была следующей: в возрасте 25-34 лет показатели были равны 10,7%, у мужчин и 2,5%; у женщин. В возрастной группе 35-44 лет у мужчин они снижались вдвое и составляют 5,8%, а у женщин – увеличиваются и составляют –3,2%; В возрасте 45-54-лет у мужчин коэффициент ВМ несколько увеличивается – 6,9%, у женщин снижается до 2,2%, т.е. таких же значений как в предыдущей возрастной группе. В возрастной группе 55-64-лет среди мужского населения коэффициент ВМ самый низкий и составляет – 4,3%, у женщин ВМ практически остается на уровне предшествующих возрастных групп 2,3%.

Выводы. Полученные данные в процессе мониторинга жизненного статуса обследованных ранее лиц показывают, что среди мужского и женского населения имеются некоторые четкие возрастные отличия внутригородской миграции. Последнее обстоятельство необходимо учитывать при организации при планировании профилактических мероприятий, а так же при проведении повторных обследований населения трудоспособного возраста.

0282 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КУМУЛЯТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ВЫБЫТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Иванов В.М., Кукушкин С.К., Сапельникова В.А., Серикова Е.В., Лельчук И.Н., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Худяков М.Б.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росздрава; 121 поликлиника ЮЗАО г. Москвы, Москва, Россия

Цель — изучить возможности и направления использования кумулятивного показателя выбытия вследствие основных сердечно-сосудистых заболеваний на уровне врача терапевта городской поликлиники

Методы. Работа проводится в условиях устойчивой системы ОМС города, основанной на единых информационных технологиях, особенно в разделе организации учета и контроля медицинской помощи (МП). Такая ситуация позволяет на уровне ЛПУ провести многоступенчатый анализ информации на одно физическое лицо — пользователя медицинской помощи (МП), включающий следующие этапы: систематизировать пользователей МП у врача терапевта поликлиники за три последовательных календарных года; отобрать среди них случайным способом 899 лиц с впервые выявленным ССЗ; выявить «дублирование» диагноза; дополнительно собрать информацию о случаях смерти и стойкой утраты трудоспособности.

Результаты. Выбор трудоспособного населения основан на четком понимании прогностических перспектив изучения потерь человеческого потенциала и возможностей действенного управления процессом профилактического вмешательства среди этой группы населения. Определение объединенного (кумулятивного) показателя выбывания (потерь) (КПВ) наряду с информацией о «миграции» населения на терапевтическом участке показало, что КПВ увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60 годам; в возрасте 40–44 лет отмечаются существенные отличия ($p < 0,001$) КВП мужчин и женщин вследствие основных ССЗ. В возрасте 25–29 лет значения показателя для мужчин составили $-0,0002$ для женщин $-0,00005$; для 30–34 лет $-0,0073$ и $0,00016$; для 35–39 $-0,0018$ и $0,00039$; для 40–44 лет $-0,0033$ и $0,0009$; для 45–49 лет $0,006$ и $0,0023$; для 50–54 лет $-0,011$ и $0,0043$; для 55–59 лет $0,019$ и $0,0053$.

Выводы. В настоящее время информационные технологии, используемые в ЛПУ в части организации учета и контроля пользователей МП с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволяют не только определять КВП, но и применять в качестве инструмента для совершенствования и стимулирования работы врачебного персонала по индивидуальному подходу и полноте оказываемой МП диспансерной группой лиц трудоспособного возраста.

0283 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Иванов К.М., Юдаева Ю.А., Бахтияров З.А., Калягин И.Е.
Государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель. Определить целесообразность использования в комплексной терапии больных с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС) и хронического обструктивного бронхита (ХОБ) чрескожной электростимуляции дыхательной мускулатуры (ЧЭСДМ).

Методы исследования. 48 пациентов (30 мужчин, 18 женщин; средний возраст $59,5 \pm 2,2$ лет) с сочетанием стабильной стенокардии I–III функционального класса и хронического обструктивного бронхита вне обострения, были разделены на 2 группы. I-ой группе на фоне стандартной терапии назначали 12 сеансов ЧЭСДМ, 2-ая — была контрольной, пациенты которой получали только традиционное лечение. Клиническое обследование включало эхокардиографию по общепринятой методике на аппарате «Phillips En Visor» в М-В- и импульсно-волновом доплеровском режимах, определение вариабельности сердеч-

ного ритма (ВСР), функции внешнего дыхания (ФВД) и нейроэлектрмиографию дыхательных мышц. Для статистических расчетов использовали пакет Excel 7.0.

Полученные результаты. У пациентов, получавших ЧЭСДМ, было отмечено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение КДР и КСР на 11,93 и 14,14% соответственно, увеличение ФВ на 21,3%. Время замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT) увеличилось ($p < 0,05$) до $189,07 \pm 20,37$ мс, соотношение Е/А уменьшилось ($p < 0,05$) до $1,69 \pm 0,12$. Показатель общей ВСР SDNN повысился на 51,35% ($p < 0,005$), RMSSD (парасимпатическое звено) на 13,07%, вариационный размах $\sqrt{}$ на 29,44% ($p < 0,05$), индекс напряжения снизился на 22,06%. Выявлены достоверное ($p < 0,05$) увеличение ОФВ-1 на 20,87% и максимальной объемной скорости (МОС 25–75%) на 17,8%. Степень дыхательной недостаточности уменьшилась на 9,5%. Данные электромиографического исследования выявили достоверный ($p < 0,01$) прирост средней и максимальной амплитуды сокращения дыхательных мышц по 5–6–7 межреберьям с обеих сторон. Выводы. Использование ЧЭСДМ в комплексной терапии больных с сочетанием ИБС и ХОБ приводит к улучшению систоло-диастолической функции левого желудочка, уменьшению дисбаланса вегетативной нервной системы и напряжения адаптационных систем, способствует увеличению вариационного размаха, что в свою очередь снижает риск аритмогенной смерти, снижает степень бронхиальной обструкции и дыхательной недостаточности, повышает сократительную способность дыхательной мускулатуры.

0284 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СПИРУЛИНОМ (БИОР), ЛОВАСТАТИНОМ А ТАКЖЕ ИХ КОМБИНАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Иванова В.М., Чобану Л.М., Рудик В.Ф., Попович М.И.
Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Целью данного исследования явилось изучение сравнительной эффективности и безопасности отечественного препарата БИОР полученного на основе биомассы микроводорослей (*Spirulina Platensis*) и ловастатина, а также их комбинации на показатели липидного обмена у больных с гиперлипидемией и повышенным сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы. В исследовании были включены 46 мужчин и 41 женщина, средний возраст которых составлял $54,8 \pm 0,9$ лет, с гиперхолестеринемией и повышенным сердечно-сосудистым риском. Через 1 месяц диетотерапии, которой им рекомендовали придерживаться на всем протяжении лечения, больные были подразделены на 3 группы: I-ой группе (34 человека) был назначен ловастатин в стандартной дозе 40 мг/сутки; II-ую группу (22 человека) составили пациенты которые получали БИОР в дозе 5 мг/сутки (часть пациентов этой группы составили те которые отказались от приема статинов) и III-ей группе была назначена комбинированная терапия — ловастатин, 40 мг/сутки и БИОР по 5 мг/сутки. Наряду с общеклиническими исследованиями всем больным исходно, затем по истечении 4-х, 8-ми и 12 недельного периода определяли общий холестерин (ОХ), ЛПНП, липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП) и триглицериды (ТГ). Исследовали ряд показателей отражающих белковообразовательную, экскреторную и антитоксическую функции печени, а также проницаемость клеточных мембран (Х-глутамилтрансфераза, АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная и кислая фосфатазы, β -глюкуронидаза, лактатдегидрогеназа и псевдохолинэстераза).

Результаты: Ловастатин, БИОР а также их комбинация при хорошей переносимости и отсутствии явных побочных явлений оказывают благоприятные изменения показателей липидного обмена. Ловастатин снизил уровень ОХ на 18,2% и ЛПНП на 23,2% ($p < 0,001$). Назначение БИОР также способствовало снижению уровней ОХ и ХЛПНП, однако эффект был менее выраженного характера: 13,8% и 16,4% ($p < 0,001$) соответственно. При комбинированном приеме ловастатина и БИОР-а наблюдалось усиление гиполлипидемического эффекта со снижением ЛПНП на 31,7% ($p < 0,001$) от исходного уровня. Снижение ТГ на 9,8% ($p < 0,05$) у пациентов применявших БИОР было сопоставимо с

такowym у больных получавших только ловаcтaтин (-11,1%) ($p < 0.05$), а также их комбинацию (-9,4%) ($p < 0.05$). Ловаcтaтин (+5,5%), БИОР (+6,9%) и особенно их комбинация (+10%) вызывали умеренный, но достоверный рост ЛПВП. Исследуемые препараты не нарушали проницаемость клеточных мембран, а также экскреторную, белково-образовательную и антиоксидантную функции печени, что проявилось отсутствием изменений активности исследованных печеночных ферментов.

Выводы: 1. Назначение БИОР-а и ловаcтaтина оказывает благоприятный эффект на липидный спектр крови; 2. Гиполипидемическая активность ловаcтaтина носит более выраженный характер; 3. Комбинация БИОР-а и ловаcтaтина приводит к усилению гиполипидемического эффекта.

0285 ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В СТАЦИОНАРЫ ГОРОДА ПЕРМИ

Иванько О.Ю., Козиолова Н.А.

ПГМА имени академика Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: изучение частоты встречаемости различных болезней системы кровообращения (БСК) по обращаемости больных в стационары города Перми.

Методы: проведено одномоментное скрининговое когортное исследование с использованием специальных опросников и анкетирования взрослых пациентов (старше 18 лет), у которых БСК документирована или предполагалась. В ходе исследования каждый пациент был осмотрен врачом, ему было измерено артериальное давление, окружность талии, определена масса его тела, рост, собраны анамнестические данные, позволяющие определить или предположить наличие отдельных форм БСК, их тяжесть, клиническую форму, характеристику проводимой терапии, наличие факторов риска. Показатели уровня общего холестерина и глюкозы, заключения инструментальных исследований были взяты из историй болезни. Обследовано 400 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделениях кардиологического и общетерапевтического профиля МСЧ № 9 и Пермского областного госпиталя ветеранов войны в период с ноября 2006 года по февраль 2007 года.

Результаты: из 400 пациентов мужчины составили 225 человек (56,3%), женщины 175 (43,7%). Диагноз АГ (артериальной гипертензии) присутствовал у 357 пациентов из 400 обследованных, что составило 89,3%. При этом у подавляющего большинства АГ сочеталась с различными формами ИБС (ишемической болезни сердца) – 305 человек (76,3%). Из них стабильная стенокардия (СС) составила 55% (220 человек), а острый коронарный синдром (ОКС) был у 58 пациентов (14,5%). Перенесенный инфаркт миокарда (ПИКС) был в анамнезе у 107 человек (26,8%). Фибрилляция предсердий (ФП) присутствовала у 77 пациентов (19,3%), причем в виде пароксизмальной формы только у 12 человек (3%). Пороки сердца ревматической этиологии присутствовали у 7 человек (1,75%) обследованных. Клинически значимый синдром хронической сердечной недостаточности (ХСН) имел место у 252 человек (63%): у 87 (47,9%) женщин и у 132 (58,7%) мужчин. Средний возраст женщин с ХСН составил $69,9 \pm 1,02$ лет, мужчин – $69,1 \pm 1,04$ лет. Из них у 53 пациентов (13,3%) была выявлена систолическая дисфункция при фракции выброса (ФВ) левого желудочка $\leq 40\%$, подтвержденная данными эхокардиографии. У 43 (81,1%) пациентов низкая ФВ обусловлена сочетанием АГ и различных форм ИБС, среди которых ПИКС занимает 35,9%. У оставшихся 10 (18,9%) человек причинами систолической дисфункции стали изолированно АГ (13,2%) и ИБС (5,7%). Наиболее частой причиной развития ХСН любой степени тяжести явилось сочетание у пациента двух нозологических форм – АГ и ИБС – 212 человек (69,5%), при наличии АГ ХСН выявлена у 64,4%, а при наличии ИБС (все формы) – у 68 % пациентов.

Выводы: в структуре основных нозологических форм БСК в стационарах города Перми лидируют АГ (89,3%), ИБС (84,25%), а также их сочетание в 76,3% случаев. Основными причинами развития ХСН явились АГ и/или ИБС (соответственно 64,4% и 69,5%). Среди всех 400 обследованных больных 63% имеют признаки ХСН. ХСН встречается чаще у мужчин (58,7%), чем у женщин (47,9%).

0286 ЦИРКАДИАННЫЙ РИТМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАЦИОННОЙ РИТМОПУЛЬСОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МАГНИЯ

Ивахник О.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: выявить особенности организации циркадианных ритмов показателей вариационной ритмопульсометрии (ВРПМ) у детей с синдромом вегетативной дистонии (СВД) при нормальном и сниженном уровне магния; изучить эффективность лечения у больных с СВД при различном содержании магния.

Методы: обследовано 48 детей и подростков в возрасте от 10 до 17 лет с СВД. Оценка вегетативного гомеостаза осуществлялась методом ВРПМ. Запись ВРПМ проводилась с помощью ритмокардиомонитора ЭЛОН-001 М2 (предприятие-изготовитель – ИМЦ «Новые приборы», Россия), определяющего моду (Мо), вариационный размах (ΔX), амплитуду моды (АМо), индекс напряжения (ИН). ВРПМ проводили при поступлении в стационар и через 10 дней от начала лечения. Для выявления скрытых нарушений регуляции сердечного ритма использовали клиноортостатическую пробу (КОП). Осуществляли запись ВРПМ в 8, 11, 14, 17 и 19 часов. Определение внутриклеточной концентрации магния в эритроцитах цветной реакцией с титановым желтым. Обработку результатов проводили, используя IBM PENTIUM, Microsoft Excel, с построением суточных хронограмм и хронограмм клиноортостатической пробы, косинор-анализа; статистическая обработка – используя критерий Стьюдента.

Результаты: у детей с нормомагнистией выявлено изменение циркадианного ритма активности ВНС – повышение симпатической активности в утренние и вечерние часы по данным АМо и ИН. При гипомagniстии отмечена полная его дезорганизация – значения ИН в покое на протяжении суток были практически на одном уровне. При проведении КОП выявлено снижение реактивности при нормальной концентрации магния, гиперреактивность при гипомagniстии.

На фоне лечения у детей с нормомагнистией отмечена положительная динамика – тенденция к восстановлению циркадианного ритма вегетативного гомеостаза (повышение симпатической активности днём, снижение вечером). В 17 и 19 часов отмечено восстановление вегетативной реактивности. В группе с дефицитом магния на фоне лечения циркадианный ритм не прослеживался, положительной динамики при выполнении КОП не отмечено.

Выводы: у детей и подростков с СВД циркадианная ритмика активности ВНС не организована. Максимально выражена дезорганизация ритма при гипомagniстии. В обеих группах детей выявлены изменения вегетативной реактивности при выполнении КОП, преимущественно у пациентов с гипомagniстией (гиперреактивность). У больных с нормомагнистией на фоне лечения наблюдается положительная динамика (тенденция к нормализации суточного ритма). При гипомagniстии ритм активности ВНС не восстанавливается. Следовательно, у детей с СВД в сочетании с гипомagniстией изменение функционирования ВНС более выраженное и требует комплексного подхода к лечению с обязательным применением препаратов магния до полной коррекции его содержания. В план обследования больных с СВД необходимо включать методы диагностики, позволяющие оценить циркадианный ритм активности ВНС, определить внутриклеточную концентрацию магния.

0287 ВЛИЯНИЕ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА ИНДЕКС ВРЕМЕНИ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНДЕКС ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Игнатов С.В., Гапон Л.И.

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Ханты-Мансийская

клиническая больница восстановительного лечения, Ханты-Мансийск, Россия

Цель. Изучить влияние «сухих» углекислых ванн (СУВ) на индекс времени гипертензии и индекс гипотонии у больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Методы. Проведено сравнительное исследование у 20 мужчин в возрасте 40–59 лет, перенесших острый инфаркт миокарда давностью не менее 1 месяца. 1 группу (основную) составили 10 пациентов, которым наряду с базисной медикаментозной терапией (стандартное медикаментозное лечение с учетом показаний и противопоказаний: нитраты длительного действия, β -блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин, статины), лечебной физкультурой, дозированной ходьбой были назначены «сухие» углекислые ванны по следующей методике: скорость подачи углекислого газа 15 д/мин., температура 30–32°, продолжительностью 20 мин. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. 2 группа (контрольная) составляют 10 больных, которым наряду с медикаментозной терапией, лечебной физкультурой, дозированной ходьбой будет назначена имитация «сухих» углекислых ванн. Курс лечения включает 10 ежедневных процедур. В начале курсового лечения и по окончании курса «сухих» углекислых ванн, пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления с анализом суточного профиля артериального давления.

Результаты. При сравнительном анализе результатов суточного мониторирования артериального давления, установлено, что в 1 группе отмечается снижение индекса гипотонии в дневные часы на 59,3% за счёт систолического артериального давления, а в ночные часы снижение индекса времени гипертензии за счёт диастолического артериального давления на 100% и индекса гипотонии за счёт систолического артериального давления на 100%. Во 2 группе отмечается увеличение индекса гипотонии в дневные часы как за счёт систолического (на 58,7%), так и за счёт диастолического артериального давления (54,2%). В ночные часы отмечается увеличение индекса нагрузки гипертензией на 100% как систолическим, так и диастолическим артериальным давлением.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что назначение СУВ в фазе восстановительного лечения способствует снижению индекса гипотонии в течение суток, а в некоторых случаях и снижению индекса нагрузки гипертензией.

0288 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Измозжерова Н.В., Попов А.А.

ГОУ ВПО УГМА, Екатеринбург, Россия

Цель: оценить частоту гипертриглицеридемии у женщин в перименопаузе.

Методы: В одномоментное исследование включена 961 женщина, обратившаяся на специализированный прием по проблемам менопаузы г. Екатеринбурга. Медиана возраста составила 51 год. Все пациентки были проанкетированы. При анкетировании учитывался возраст, образование, семейное положение, наличие работы в настоящее время. Диагностика артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) осуществлялась согласно «Российским национальным рекомендациям» последних пересмотров. Тяжесть климактерических расстройств оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса. Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра. Отношение шансов (ОШ) рассчитывали с помощью программы «EpiCalc» (Eclipse Digital Imaging, 1997), при использовании четырехпольных таблиц. Различия считались значимыми, если 95% доверительный интервал не включал значение 1.0.

Результаты: Все пациентки были разделены на три категории: имеющие среднее, среднее специальное и высшее образование.

Преобладали женщины с высшим образованием, составившие 50% обследованных. Доля лиц со средним образованием составила 27%, 23% имели среднее специальное образование.

Наличие высшего образования значимо уменьшало шансы развития АГ (ОШ 0,69 (0,53–0,90)), ИБС (ОШ 0,53 (0,35–0,81)).

Значимо ниже были шансы развития абдоминального ожирения (ОШ 0,58 (0,44–0,76)) и депрессии (ОШ 0,57 (0,42–0,77)). Наиболее существенны значимо более низкие шансы развития сердечно-сосудистых катастроф (ОШ 0,29 (0,13–0,61)).

Низкий образовательный уровень напротив увеличивал шансы развития ИБС (ОШ 2,16 (1,41–3,29)), ХСН (ОШ 1,55 (1,15–2,08)), инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения (ОШ 4,65 (2,40–9,02)), а также абдоминального ожирения (ОШ 1,52 (1,11–2,10)) и сахарного диабета 2 типа (ОШ 2,04 (1,01–4,14)). Шансы развития тяжелого климактерического синдрома и депрессии также значимо выше у женщин со средним образованием. ОШ соответственно 1,63 (1,22–2,18) и 1,41 (1,02–1,97). На шансы развития стойкой утраты трудоспособности уровень образования влияния не оказывал.

Выводы: Таким образом, уровень образования оказывает влияние на шансы развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии высшего образования уменьшаются шансы развития АГ, ИБС, острых нарушений мозгового кровообращения и инфаркта миокарда. При низком образовательном уровне увеличиваются шансы развития не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и тяжелого климактерического синдрома и депрессии.

0289 ЧАСТОТА ТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Измозжерова Н.В., Попов А.А., Козулина Е. В., Фоминых М.И., Тагильцева Н.В.

ГОУ ВПО УГМА, Екатеринбург, Россия

Цель: оценить частоту гипертриглицеридемии у женщин в перименопаузе.

Методы: в одномоментное исследование включены 1064 женщины в перименопаузе до 65 лет, обратившиеся на специализированный прием по менопаузе. У всех женщин оценена тяжесть климактерического синдрома с помощью модифицированного менопаузального индекса, определены показатели липидного спектра крови Триглицериды менее 1,7 – расценивалось как норма, от 1,7 до 1,99 – умеренная, более 2,0 – выраженная триглицеридемия. У всех женщин был измерен рост, масса тела, оценен индекс массы тела. Диагностика артериальной гипертензии ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности осуществлялась согласно «Российским национальным рекомендациям» последних пересмотров. Статистическая обработка данных проведена с помощью СУБД «Paradox 5.0» и статистического пакета «Statistica for Windows 5.0». При анализе использованы критерии Краскала–Уоллиса и Манна–Уитни, χ^2 .

Результаты: В исследуемой группе повышение триглицеридов выявлено у 384 женщин (36%), при этом умеренная триглицеридемия зафиксирована у 133 женщин (12%), выраженная – у 251 (24%). Частота триглицеридемии не зависела от возраста. При выраженном повышении триглицеридов значимо чаще выявлялись ИБС (13,5%, $\chi^2=7,5$, $p=0,024$), сахарный диабет 2 типа (8%, $\chi^2=24,8$, $p<0,001$), артериальная гипертензия (74,5%, $\chi^2=9,7$, $p=0,008$), острое нарушение мозгового кровообращения или инфаркт миокарда в анамнезе (6%, $\chi^2=8,1$, $p=0,018$), а также хроническая сердечная недостаточность (41%, $\chi^2=15,8$, $p<0,001$). У женщин с окружностью талии более 88 см достоверно чаще встречается выраженная триглицеридемия: 15% женщин с окружностью талии более 88 см имели выраженное повышение триглицеридов. Климактерический синдром у женщин с выраженной триглицеридемией протекал тяжелее. У 13% женщин с тяжелым климактерическим синдромом регистрировалась выраженное повышение уровня триглицеридов, тогда как выраженная триглицеридемия практически не встречалась при отсутствии климактерического синдрома. Выраженная триглицеридемия достоверно чаще сочеталась с высоким уровнем общего холестерина. При этом повышение общего холестерина происходило преимущественно за счет холестерина липопротеидов низкой плотности и сопровождалось значимым снижением холестерина липопротеидов высокой плотности.

Выводы: Повышение уровня триглицеридов выявлено у 36% женщин в климактерическом периоде. Для женщин в климактерии характерно сочетание повышения уровня триглицеридов и

холестерина липопротеидов низкой плотности, а также снижения холестерина липопротеидов высокой плотности. Повышение уровня триглицеридов ассоциируется с увеличением частоты ишемической болезни сердца, артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом 2 типа, абдоминальным ожирением, а также влияет на течение климатического синдрома, утяжеляя его.

0290 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ильина О.В., Пальцева И.С.

ММА им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: определение возможностей и эффективности лазеропунктуры инфракрасным лазерным излучением при лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Методы: обследовано 83 пациента, находившихся на лечении в клинике факультетской терапии ММА им. И.М.Сеченова: 44 больных с НЦД и 39 больных ИБС, среди которых были выделены по две группы: основная, в которой пациенты получали помимо лечения фармакопрепаратами по традиционной схеме курс лазеропунктуры (ЛП), и группа сравнения, пациентам которой проводилась только медикаментозная терапия. ЛП назначалась больным основным групп через 10- 14 дней от начала лечения в стационаре при недостаточном клиническом эффекте фармакотерапии. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Для оценки эффективности лечения использовался комплекс методов обследования, который включал в себя: клиническое обследование больных, электрокардиографию (ЭКГ), ЭКГ-тесты, велоэргометрию и мониторирование ЭКГ по Холтеру, определение показателей центральной и периферической гемодинамики, психологические тесты. Весь комплекс методов обследования проводился пациентам дважды — до и после курса лечения.

ЛП проводилась по методике, разработанной в ВНЦ медицинской реабилитации и физической терапии для лечения больных ИБС, и включала в себя воздействие на корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки по 20 с и 10 с соответственно. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур. Для лечения применялся полупроводниковый лазер "Biospec" с выходной мощностью 250 мВт, длиной волны 774 нм и плотностью мощности 5 мВт/см.

Результаты: комплексная терапия с использованием ЛП инфракрасным лазерным излучением привела к улучшению клинического состояния (исчезновение или значительное уменьшение симптоматики) у 82% больных НЦД, что сопровождалось улучшением объективных показателей ЧСС, АД, а также положительной динамикой ЭКГ при проведении нагрузочных тестов (ортостатической и гипервентиляционной проб). Среди больных ИБС применение ЛП привело к уменьшению частоты, интенсивности и продолжительности приступов стенокардии, а также повышению толерантности к физической нагрузке у 84% больных (в основном у больных со стенокардией напряжения 2-3 ф.к.), что подтверждалось данными ВЭМ и ЭКГ-мониторирования (у 76% больных). В результате лечения с помощью ЛП отмечалась нормализация показателей центральной гемодинамики у больных НЦД и ИБС (тип гемодинамики изменился на эукинетический у 46% больных НЦД и у 44% больных ИБС в основных и только около 30% — в контрольных группах). По данным лазерной доплеровской флуометрии нормализация показателей микроциркуляции при использовании ЛП происходит в большем проценте случаев, чем при использовании только фармакотерапии у больных как с НЦД, так и ИБС, одновременно уменьшая количество случаев ухудшения микроциркуляции.

Выводы: использование ЛП у больных с сердечно-сосудистой патологией позволяют рекомендовать широкое использование этого метода комплиментарной медицины в комплексной терапии больных ИБС и НЦД для ускорения процессов выздоровления и последующей реабилитации пациентов.

0291 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕЛЕКТИВНОГО β -БЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА И

ЦИТОПРОТЕКТОРА ТРИМЕТАЗИДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ильина Ю.В., Федорова Т.А., Рыбакова М.К., Котаева Е.А.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность длительного (6 мес.) применения селективного β -блокатора бисопролола, цитопротектора триметазидина и их комбинации в комплексной терапии больных ИБС с ХСН III-IV ФК.

Методы: обследовано 77 больных (49 мужчин и 28 женщин, в возрасте от 65 до 89 лет) с ХСН III-IV ФК (ФВ ЛЖ <35%). Исследование проводилось в 3 группах больных длительно получавших ингибитор АПФ, диуретики; сердечные гликозиды и нитраты при необходимости. Больным I группы (n=28) был присоединен бисопролол, 2 (n=25) — триметазидин, 3 (n=24) — комбинация бисопролола и триметазидина. Начальная доза бисопролола составляла 1,25 мг с последующим титрованием до максимально переносимой дозы. Триметазидин назначали по 20 мг 3 раза в сутки. Клиническое состояние больных и данные ЭХОКГ оценивали ежемесячно. Оценка качества жизни осуществлялась с использованием опросника Миннесотского Университета.

Результаты: на фоне терапии бисопрололом, триметазидином, и комбинацией бисопролол+триметазидин установлено улучшение качества жизни больных, а также достоверное ($p<0,001$) снижение ФК ХСН на 36,7%, 31,5% и 35,1%, соответственно. Уменьшение КДО составило соответственно 20,7%, 18,4% и 27,6%, КСО ЛЖ — 29,9%, 13,1% и 38,3%; увеличение ФУ на 31,3%, 17,4% и 50,3%, ФВ ЛЖ на 26,9%, 13,4% и 42,6% (все указанные изменения параметров достоверны). Во всех 3-х группах больных отмечено положительное влияние терапии на соотношение V_e/V_a , один из важнейших параметров, характеризующих диастолическую функцию, однако наибольшее обнаружено при лечении бисопрололом и триметазидином. При этом снижение показателя обеспечивалось как за счет изменения V_e , так и V_a , в то время как на фоне терапии триметазидином — только за счет значительного прироста V_a . Комбинация бисопролол+триметазидин оказывала более выраженные, по сравнению с монотерапией, изменения систолической и диастолической функции ЛЖ, при этом нивелировала отрицательное влияние бисопролола на систолическую функцию ЛЖ в течение 1-го мес. лечения.

Выводы: Выявленные закономерности положительного влияния на клинко-гемодинамические показатели длительного применения бисопролола, триметазидина и их комбинации у больных ИБС и ХСН III-IV ФК обосновывают целесообразность включения этих препаратов и их сочетания в терапию ХСН, развившейся на фоне ИБС. Триметазидин может быть рекомендован для длительной терапии больных ИБС с тяжелой ХСН; доказана его безопасность и обосновано применение у больных с брадикардией, гипотонией, нарушением АВ-проводения. На основании сравнительного анализа установлено преимущество длительной комбинированной терапии бисопрололом и триметазидином, по сравнению с монотерапией этими препаратами, у больных ИБС с тяжелой ХСН.

0292 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПОПТОЗНОЙ ГОТОВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Ильин М.В., Хрусталева А.О., Коршунов Н.И.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения больных кардиологическими и ревматологическими заболеваниями, сопровождающимися поражением сердца, посредством детализации патогенетических механизмов, связанных с особенностями функционирования нейтрофильных гранулоцитов.

Методы: обследовано 80 пациентов, страдающих ревматической болезнью сердца, осложненной развитием клапанных пороков, а также 25 больных ИБС со стенокардией напряжения II и III функциональных классов, стабильной в течение 12 месяцев до включения в исследование. Группу контроля составили 25 относительно здоровых доноров. Диагноз ишемической и ревматической болезни сердца ставился на основании соответствующих критериев, проводилось стандартное клиническое обследование. Характер порока сердца верифицировали на основании результатов эхокардиоскопии. Состояние апоптоза нейтрофилов изучали с применением иммуноцитохимического метода: определяли экспрессию маркера апоптоза bak на поверхности мембран нейтрофильных гранулоцитов.

Результаты: анализ полученных данных продемонстрировал статистически значимое увеличение уровня апоптозной готовности нейтрофилов у больных ИБС в сравнении с исследуемыми показателями в группе пациентов, страдающих ревматическими пороками сердца ($21,4 \pm 2,1 > 15,1 \pm 4,5$; $p < 0,05$), и в группе контроля ($21,4 \pm 2,1 > 17,6 \pm 1,36$; $p < 0,05$). Одновременно отмечено достоверное снижение проапоптозной активности гранулоцитов при ревматической болезни сердца по сравнению с таковой в контрольной группе ($15,1 \pm 4,5 < 17,6 \pm 1,36$; $p < 0,05$). Апоптоз является общебиологическим механизмом, ответственным за поддержание постоянства численности клеточных популяций. Индукция апоптоза иммунных клеток является механизмом, применяемым организмом для купирования нарушений в иммунной системе. Экспрессия маркеров апоптоза на поверхности нейтрофилов необходима, чтобы ограничить иммунный ответ на острое воспаление, тогда как апоптоз эффекторных клеток может ограничить ответ при хроническом воспалении. Проведенные ранее исследования показали, что развитие острого инфаркта миокарда сопровождается значительным уменьшением апоптоза нейтрофилов, что связано с мобилизацией лейкоцитарного пула во время ишемии-реперфузии. Усиление апоптоза клеток может рассматриваться в качестве компенсаторной реакции, способствующей стабилизации течения заболевания. Напротив, снижение апоптозного статуса свидетельствует о высоком уровне лейкоцитарной агрессии и определяет течение заболевания, сопровождающееся частыми рецидивами и прогрессированием хронической сердечной недостаточности.

Выводы: Высокая реактивность нейтрофилов в системе гуморально-клеточной кооперации является чувствительным индикатором многочисленных нарушений гомеостаза. Изучение вариабельности показателей апоптозной готовности нейтрофилов позволит оптимизировать диагностику заболеваний сердечно-сосудистой системы, использовать их в качестве прогностических факторов и, вероятно, приведет к созданию принципиально новых терапевтических подходов.

0293 АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ильиных Е.И., Овечкин А.О.*, Рейнгарт А.Л.

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

Цель: оценить временные интервалы (начало симптомов — вызов скорой помощи — госпитализация) догоспитального этапа у пациентов с инфарктом миокарда и выявить факторы, влияющие на вероятность раннего обращения при возникновении симптомов сердечного приступа.

Методы: в исследование было включено 94 пациента с ИМ, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии №1 Республиканского кардиодиспансера с декабря 2006 года по март 2007 года. Средний возраст составил $63,7 \pm 11,0$ года. Инфаркт миокарда с зубцом Q был диагностирован у 44 пациентов (46,8%), ИМ без зубца Q у 54 (53,2%).

Результаты: медиана времени от начала симптомов сердечного приступа до вызова бригады скорой помощи составила 74 мин (25-й и 75-й процентиля 38 и 254 мин), среднее время задержки составило 243 мин. Медиана времени от вызова «03» до госпита-

лизации составила 64 мин (25-й и 75-й процентиля 55 и 78 мин), среднее время — 72 мин. Медиана времени от начала симптомов до начала тромболитической терапии составила 178 мин (25-й и 75-й процентиля 128 и 285 мин). Для анализа факторов, связанных с ранним обращением пациентов, больные были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошло 35 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в течение первых 60 мин после начала симптомов сердечного приступа и во 2-ю — 59 пациентов с более поздним обращением. Для анализируемых факторов рассчитывали показатель отношение шансов (ОШ). Факторами, увеличивающими вероятность раннего обращения были: проведенная операция АКШ в анамнезе ($p=0,049$), внезапное начало сердечного приступа по сравнению с постепенным (ОШ 3,2, $p=0,016$), появление холодного пота или испарины при приступе (ОШ 2,6, $p=0,03$), возникновение симптомов сердечного приступа вне дома (ОШ 4,0, $p=0,013$). Факторами, снижающими вероятность раннего обращения, оказались высшее образование у пациента (ОШ 0,13, $p=0,004$), а также наличие в анамнезе стенокардии (ОШ 0,3, $p=0,015$). Такие факторы, как пол, возраст, перенесенный ИМ в анамнезе, интенсивность сердечного приступа, одышка при сердечном приступе не оказали значимого влияния на время обращения за медицинской помощью.

Выводы: основная задержка оказания помощи пациентам с инфарктом миокарда происходит из-за нераспознавания симптомов сердечного приступа самими больными и позднего вызова бригады скорой помощи. Более высокий образовательный статус и стенокардия в анамнезе оказались факторами, снижающими вероятность раннего обращения таких пациентов за помощью. У 40% пациентов отмечалось постепенное нарастание инфарктной боли, что также снижало вероятность раннего обращения. Выявленные особенности необходимо учитывать при планировании образовательных кампаний по действиям при возникновении сердечного приступа среди населения и в группах высокого риска.

0294 СНИЖЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ильиных Е.И., Шумихин К.В., Овечкин А.О.*, Петрунева Т.С., Терентьева Н.А.

Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Сыктывкар, Россия; *Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар, Россия

Цель: оценить динамику удельного веса тромбоэмболии легочной артерии в структуре летальных исходов по данным аутопсийных исследований.

Методы: проанализированы результаты аутопсийных исследований за период 2002–2005 гг. по данным патологоанатомического бюро г. Сыктывкара и проведено сравнение с периодом 1995–1999 гг.

Результаты: за период 2002–2005 гг. в 47 случаях протоколов аутопсийных исследований был поставлен патологоанатомический диагноз ТЭЛА, что составило 3% от всех причин смертей. За период 1995–1999 гг. в 85 случаях диагностирована ТЭЛА (6% аутопсий). За период 2002–2005 гг. по сравнению с 1995–1999 гг. изменилась структура факторов риска летальной ТЭЛА. Если в 1995–1999 гг. доминирующим фактором риска были оперативные вмешательства, составлявшие 35% всех случаев летальной ТЭЛА (30 случаев), то в 2002–2005 гг. их удельный вес снизился до 12% (6 случаев). За период 2002–2005 гг. частота гиподиагностики ТЭЛА составила 57%, что оказалось статистически незначимо больше, чем в 1995–1999 гг. (46% случаев гиподиагностики). В оба периода частота субмассивной и массивной ТЭЛА была одинакова и составила 86% от всех случаев летальной ТЭЛА.

Выводы: за период 2002–2005 гг. было отмечено снижение количества умерших от ТЭЛА по данным аутопсий в два раза по сравнению с периодом 1995–1999 гг. Значительно уменьшилась доля хирургических вмешательств как фактора риска ТЭЛА. В связи с этим, можно косвенно судить об эффективности профилактических вмешательств по снижению риска развития венозных тромбозов и ТЭЛА, особенно в отделениях хирургического профиля. Остается высокой частота гиподиагностики ТЭЛА.

0295 ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Ильямакова Н.А., Горбунов В.В.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) — наиболее распространённое заболевание сердечно-сосудистой системы у лиц молодого возраста. Имеются сведения, что НЦД может являться предиктором развития органической патологии сердечно-сосудистой системы (А.М.Вейн). В последние годы широко обсуждается вопрос о роли эндотелиальной дисфункции и тревожных расстройств в патогенезе ИБС, артериальной гипертензии. Вместе с тем, подобные исследования при НЦД единичны, а их результаты противоречивы.

Цель исследования. Изучить состояние эндотелиальной функции и выраженность тревожных расстройств при НЦД.

Материалы и методы. Обследовано 68 человек, из них 48 с НЦД (анкета Вейн, ортостатическая проба и т. д.) и 20 здоровых лиц составили контрольную группу. Возраст больных колебался от 20 до 35 лет и в среднем составил $26 \pm 5,4$ лет. Уровень ситуационной и личностной тревожности определялся при психометрическом тестировании по тесту Спилберга-Ханина. Эндотелиальная функция оценивалась по количеству слущенных эндотелиоцитов в периферической крови (Hladovets).

Результаты. Установлено, что у больных НЦД регистрируются тревожные нарушения различной степени выраженности: лёгкие в 56 % случаев, а умеренные и тяжёлые в 25% и 19% соответственно. Достоверное увеличение количества слущенных эндотелиоцитов выявлялось у 27% пациентов НЦД, причём эндотелиальная дисфункция была прямолинейно связана с тяжестью НЦД и выраженностью тревожных расстройств.

Вывод: При НЦД выраженность тревожных расстройств ассоциируется с тяжестью вегетативных нарушений и высокой частотой выявления эндотелиальной дисфункции.

0296 ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ РЕАКТИВНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Илюхина М.В., Лопатин Ю.М.

Государственный медицинский университет, областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель: изучение возможности выявления эндотелиальной дисфункции артерий при хронической сердечной недостаточности (ХСН) ишемической этиологии путём оценки изменений скорости пульсовой волны (СПВ) при проведении пробы с реактивной гиперемией (РГ).

Методы: В исследование были включены 54 мужчины больные ИБС и ХСН I-IV ФК в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст составил $55,3 \pm 2,1$ лет). У всех пациентов ИБС была подтверждена данными анамнеза (ранее перенесённый инфаркт миокарда), функциональными тестами (положительные результаты стресс-тестов) или наличием атеросклеротического поражения коронарного русла при коронарной ангиографии. Функция эндотелия оценивалась по изменению СПВ в ответ на усиление кровотока при проведении пробы с РГ. пережималась плечевая артерия манжеткой манометра для измерения АД на 3 мин, увеличивая давление более чем на 50 мм рт.ст. от систолического АД. Сразу после выпуска воздуха из манжетки манометра в течение первых 15-20 секунд определяли СПВ на участке a.carotis—a.radialis с последующим измерением через 3 мин.

Результаты: В ответ на усиление кровотока в неизменённой артерии снижается тонус, увеличивается её просвет, прежде всего, в результате эндотелий-зависимой вазодилатации. При определении СПВ в норме на участке a.carotis—a.radialis, на фоне проведения пробы с РГ, наблюдалось снижение СПВ в среднем на $21,2 \pm 0,9\%$, замедление было отмечено во всех случаях (медиана — 19,7%, крайние значения — 16-25%). При оценке результатов пробы у больных с ХСН выявлялись значительные отличия от

нормальных значений даже при низком ФК ХСН. При ХСН, уже на начальных этапах, имелось значительное уменьшение этого показателя, ФК I — 13,8%, ФК II — 10,6%, ФК III — 3,1%. В ответ на усиление кровотока в артерии в норме не наблюдалось увеличения СПВ, а у больных с ХСН ишемического генеза встречалась у 10 пациентов (более 17%), причём количество, так называемых, парадоксальных реакций возрастало с утяжелением ФК ХСН. Выявлялась высокая прямая корреляция между ФК ХСН и относительным снижением СПВ в лучевой артерии при проведении пробы с РГ — $r=0,58$; $p<0,05$. Корреляционная зависимость относительного снижения СПВ в пробе с ФВ ЛЖ выглядела менее убедительно — $r=0,47$, $p=0,05$.

Таким образом, у больных с сердечной недостаточностью, эндотелиальная дисфункция выявлялась уже на ранних стадиях ХСН и имела высокую корреляционную зависимость с нарушением систолической функции сердца и функциональным классом ХСН.

0297 ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ И КВИНАПРИЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Илюхин О.В., Шульгина О.А., Лопатин Ю.М.

Государственный медицинский университет, областной клинический кардиологический центр, Волгоград, Россия

Цель: оценить изменения скорости пульсовой волны (СПВ) и модуля упругости (Е) в артериях эластического и мышечного типа у больных артериальной гипертензией (АГ), получающих терапию моксонидином и квинаприлом.

Методы: был проведён анализ показателей центральной гемодинамики и сосудистой жёсткости у пациентов, страдающих АГ, слепым методом они были разделены на 2 группы, первая получала монотерапию квинаприлом в дозе 10 мг ($n=10$), вторая ($n=20$) — комбинацию квинаприла с моксонидином (квинаприл 10 мг и моксонидин 600 мг). Все пациенты в исследовании были сопоставимы по возрасту и основным морфо-функциональным параметрам. АГ I-II ст. была верифицирована по результатам суточного мониторирования артериального давления. СПВ оценивали на компьютерной установке Colson по обычной методике.

Результаты: При анализе морфо-функциональных показателей у больных получавших комбинированную терапию моксонидином и квинаприлом отмечается, что более тонкими стенки левого желудочка: МЖП уменьшилась на 7,5% ($с 12,0 \pm 0,3$ мм до $11,1 \pm 0,2$ мм), ЗСЛЖ — на 4,5% ($с 11,9 \pm 0,2$ мм до $11,1 \pm 0,3$ мм), также уменьшились полости левого желудочка: на 6,25% — КДР ($с 49,6 \pm 0,1$ мм до $46,6 \pm 0,9$ мм), на 6,7% — КСР ($с 32,6 \pm 0,9$ мм до $30,4 \pm 0,7$ мм). САД у этой группы пациентов уменьшилось на 12,9% ($с 172,6 \pm 4,0$ до $150,3 \pm 3,0$ мм рт.ст.), ДАД на 9,2% ($с 92,8 \pm 1,9$ до $83,5 \pm 1,7$ мм рт.ст.), ср.АД 10,8% ($с 118,46 \pm 2,95$ до $105,3 \pm 2,35$ мм рт.ст.). Тогда как на фоне монотерапии — САД снизилось на 8,1% ($с 152,33 \pm 6,66$ до $131,66 \pm 3,11$ мм рт.ст.), ДАД на 12,25% ($с 95,55 \pm 3,85$ до $83,88 \pm 1,6$ мм рт.ст.), ср.АД на 13,2% ($с 114,5 \pm 5,25$ до $99,1 \pm 3,01$ мм рт.ст.), значения КДР уменьшились на 2,47% ($с 48,4 \pm 0,8$ мм до $47,2 \pm 0,7$ мм), КСР на 3,49% ($с 31,5 \pm 0,7$ мм до $30,3 \pm 0,5$ мм), показатели толщины стенок миокарда имели негативную динамику, так утолщение ЗСЛЖ составило 13,08%, а МЖП на 8,94%. У всех пациентов в начале исследования показатели СПВ и Е оказались выше нормальных значений. При оценке СПВ в артериях эластического типа у больных получающих комбинированную терапию квинаприлом и моксонидином отмечалось снижение СПВ на 15,7%, а в артериях мышечного типа на 10,2%, соответственно получающие на 1,26% и 9%. Соотношения скорости пульсовой волны в артериях мышечного типа к скорости пульсовой волны в артериях эластического типа существенного не изменилось. Сходные изменения наблюдались в отношении модуля упругости.

Таким образом, при лечении АГ монотерапия квинаприлом, в большей степени, приводила к снижению показателей СПВ в артериях мышечного типа, а комбинация квинаприла и моксонидина оказывалась более эффективной, что проявилось в улучшении показателей центральной гемодинамики, морфо-функ-

циональных значений сердца, а так же упругих свойств магистральных артерий обоих типов.

0298 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Илюхин О.В.

Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить выраженность эндотелиальной дисфункции (ЭД) у больных ИБС в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Материал и методы: Все включенные в исследование больные ИБС (n=73) были разделены на группы: 1-ая группа – больные ИБС (n=25), 2-ая – АГ (n=25) II и III степени АГ (в среднем $2,4 \pm 0,1$ степень) и 3-я – пациенты с сопутствующим сахарным диабетом (СД) II типа (n=23). ИБС была верифицирована по данным нагрузочных тестов, перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе, АГ по результатам суточного мониторирования артериального давления. Функцию эндотелия оценивали по изменению скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в лучевой артерии в ходе пробы с реактивной гиперемией (РГ).

Результаты: Группы больных были сопоставимы по возрасту и морфо-функциональным параметрам. Реактивность лучевой артерий во всех исследуемых группах имела существенные изменения при сопоставлении с показателями здоровых лиц. Однако в большей степени эндотелий-зависимая вазодилатация была нарушена у пациентов с СД. Так в группе контроля во всех случаях при проведении пробы с РГ отмечалось снижение СРПВ на участке a.сotis – a. radialis в пределах 16-25% (медиана – 19,7%). Процент снижения СРПВ в лучевой артерии в ответ на усиление кровотока был достоверно ниже во всех группах по сравнению с нормой. У больных ИБС См в среднем снижалась на 8,3% ($p < 0,001$), у гипертоников – на 14,6% ($p < 0,01$), у больных с сопутствующим СД – на 5,6%. ($p < 0,001$). При СД снижение СРПВ было также ниже и по сравнению группой с сопутствующей АГ ($p < 0,05$). Парадоксальная реакция наблюдалась только в группах ИБС (5 больных или 20% случаев) и СД (4 больных или 17%). В группе АГ во всех случаях наблюдалось снижение СРПВ, что возможно связано с приемом ингибиторов АПФ всеми больными. Параллельно проводилось изучение состояния функции эндотелия у всех больных в зависимости от выраженности стенокардии и тяжести ХСН. Оказалось, что ЭД в большей степени зависела от ФК ХСН нежели от стенокардии. Так при I ФК стенокардии (n=16) СРПВ снижалась на 14,5%, II ФК (n=29) – 9,2%, III-IV ФК (в среднем $3,2 \pm 0,07$ ФК, n=28) – 11,2% в отличие от нормы (19,7%). Процент снижения при I ФК ХСН по NYHA (n=21) составил 13,8%, II ФК (n=29) – 10,6%, III-IV ФК (в среднем $3,04 \pm 0,04$ ФК, n=23) – 3,1%. Количество парадоксальных реакций увеличивалось с возрастанием ФК. В группе с I ФК стенокардии данный феномен встречался у 2 пациентов (12,5% случаев) и у 4 пациентов при II и III-IV ФК (13,8% и 14,3% случаев соответственно), а в группах ХСН – у 1 пациента (4,8%) с I ФК по NYHA, II ФК – 4 (13,8%) и III-IV ФК – 5 больных (21,7%). При проведении пробы с РГ была выявлена незначительная корреляционная зависимость только между ФК стенокардии и относительным снижением СРПВ.

Таким образом, эндотелиальная дисфункция наблюдалась у всех больных ишемической болезнью сердца и в большей степени зависела от тяжести ХСН, нежели от ФК стенокардии. В свою очередь негативное влияние на эндотелиальную функцию оказывают и сопутствующие заболевания, при чем наиболее существенные изменения были выявлены у больных сахарным диабетом.

0299 ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ РЕАКТИВНОСТЬ АРТЕРИЙ И КОНЦЕНТРАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Илюхин О.В.

Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: оценить изменения эндотелий-зависимой реактивности артерий мышечного типа у больных ИБС в зависимости от уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.

Материал и методы: в исследование были включены 52 больных ИБС, все мужчины, средний возраст составил $54 \pm 1,58$ лет, с I-III ФК стенокардии и I-III ФК сердечной недостаточности. Диагноз ИБС считался верифицированным только на основании наличия в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q и/или в случае выявленного гемодинамически значимого стеноза хотя бы одной из коронарных артерий по данным ангиографии (стеноз > 75%). Длительность заболевания колебалась от 12 месяцев до 14 лет (в среднем была $4,7 \pm 1,3$ года). Все пациенты получали стандартную терапию ингибиторами АПФ, β -блокаторами, аспирином, нитратами в сравнимых дозах и сроках применения. Реактивность магистральных артерий мышечного типа (a. radialis) в ответ на усиление кровотока определяли с помощью пробы с реактивной гиперемией (РГ) по предложенной нами ранее методике.

Результаты: содержание СРБ в сыворотке крови больных было повышено по сравнению с контролем, но оказалось, что данный показатель имел существенные отличия внутри группы, в среднем составил 3,5 мг/л (0,5-12,5 мг/л). В работе были изучены исходные значения СПВ и модуля упругости у больных ИБС, как по артериям эластического, так и мышечного типа. Показатели у больных несколько выше, чем в контрольной группе, но отличия оказались недостоверны. При изучении эндотелий-зависимой реактивности были выявлены достоверные изменения реакции артерии мышечного типа в ответ на усиление кровотока, при проведении пробы с РГ. Так снижение СПВ в пробе, в среднем по группе больных ИБС составило только 12,4%, а в контрольной группе 19,7% ($p < 0,05$). При проведении пробы с РГ в контрольной группе парадоксального увеличения СПВ в ответ на усиление кровотока не отмечалось ни у одного пациента, а у больных ИБС в четырех случаях (7,7%). Уровень СРБ имел высокую достоверную корреляцию со снижением СПВ в ответ на усиление кровотока – $r = 0,49$; $p = 0,0005$.

Известно, что С-РБ и изменения СПВ у больных с кардиальной патологией являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых осложнений. В результате проведенного корреляционного анализа связь уровня С-РБ и выраженность негативных сосудистых изменений была максимальной. Концентрация С-РБ плазмы крови коррелировала со степенью эндотелиальной дисфункции, оцениваемая в исследовании как изменение СПВ в пробе с РГ, более значительно, чем с показателем ОХС или ХС-ЛПНП, считающимися классическими маркерами атеросклеротического процесса.

Таким образом, увеличение уровня С-РБ сыворотки крови у больных ИБС может сопровождаться существенными изменениями эндотелий-зависимой вазодилатации артерий мышечного типа.

0300 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРВЕДИЛОМ (ДИЛАТЕНДОМ)

Имантаева Г.М., Бажикова С.Г., Мусалиева А.Т., Егембаева Ж.М., Тохтасунова С.В.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Целью исследования было изучение влияния карведилола (дилатенда) на динамику показателей центральной гемодинамики у больных инфарктом миокарда.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 больных с крупноочаговым, трансмуральным инфарктом миокарда, средний возраст которых составил $51,8 \pm 1,6$ лет. Начиная с первых суток, эти больные получали карведилол в дозе 12,5-25 мг/сут в течение 2х месяцев в комплексной терапии инфаркта миокарда. Группу сравнения составили 20 больных инфарктом миокарда, средний возраст которых $50,8 \pm 1,3$ лет. Эти больные не получали β -блокаторы в составе комплексной терапии, включавшей тромболитики, антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, анальгетики. Эхокардиография проводилась в первые трое суток развития инфаркта миокарда

(ИМ), перед выпиской из стационара и через 2 месяца лечения карведилолом на аппарате Vivid-3 (Дженерал Электрик, США).

Результаты исследования. В результате исследования установлено, что через 2 месяца наблюдения у больных, получавших дилатренд, отмечается достоверное уменьшение полости правого желудочка, а также увеличение показателей фракции выброса и % дельта S левого желудочка ($p < 0,05$). В то время, как в группе больных, получавших стандартную терапию без дилатренда показатели сократительной функции левого желудочка ФВ и % дельта S существенно не изменились. Оценивая результаты влияния карведилола на показатели наполнения левого желудочка в диастолу, следует обратить внимание на увеличение пиковой скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка (V_e) после двухмесячного курса лечения карведилолом с $0,46 \pm 0,03$ м/с до $0,50 \pm 0,05$ м/с ($p < 0,01$), в то время как у больных, леченных стандартной терапией, не наблюдалось достоверного улучшения этого показателя. Кроме того, отмечается улучшение показателя соотношения V_e / V_a у больных ИМ после курсового лечения карведилолом с $0,68 \pm 0,03$ до $0,83 \pm 0,05$ ($p < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении размера полости правого желудочка у больных ИМ, что обусловлено улучшением диастолической функции левого желудочка вследствие увеличения скорости раннего наполнения левого желудочка в диастолу и уменьшением нагрузки на правый желудочек. Переход «псевдонормального» типа нарушения диастолической функции в первый тип диастолической дисфункции свидетельствует о снижении давления в левом предсердии под воздействием карведилола.

Таким образом, в результате применения карведилола на фоне стандартной терапии инфаркта миокарда наблюдается достоверное улучшение показателей внутрисердечной гемодинамики.

0301 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Имантаева Г.М., Кожобекова Б.Н., Мусагалиева А.Т., Егембаева Ж.М., Тохтасунова С.В.

НИИ кардиологии и внутренних болезней сердца, Алматы, Казахстан

Одним из важнейших факторов определяющих развитие ОКС является воздействие ишемии на миокард. Ишемия сопровождается значительным усилением перекисного окисления липидов (ПОЛ). Его интенсивность отражает степень метаболических расстройств в организме больного. При избыточном образовании свободных радикалов усиливается защитная антиоксидантная система (АОС), при недостаточной эффективности которой развивается окислительный стресс.

При остром коронарном синдроме происходит нарушение микроциркуляции, которая в свою очередь возникает в связи с нарушением структуры и свойств биологических мембран. Свободные окисные радикалы вызывают перекисидацию липидных компонентов сарколеммы, изменяя мембранную проницаемость. В итоге все метаболические расстройства приводят к повреждению миокарда и необходимости применения кардиопротекторов. Из числа бета – блокаторов, способных элиминировать свободные кислородные радикалы и подавлять высвобождение перекисей весьма перспективным является карведилол.

Целью данного исследования явилось изучение влияния карведилола на состояние процессов перекисного окисления липидов и структурно-функциональных свойств мембран кардиомиоцитов у больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Обследовано 54 больных с ИБС в возрасте от 43 до 62 лет, из них 29 больных с острым инфарктом миокарда (средний возраст $52,6 \pm 1,3$), 26 больных с прогрессирующей стенокардией (средний возраст $54,04 \pm 1,5$). Диагноз верифицирован на основании типичной клинической картины, результатов ЭКГ, биохимического и общеклинического исследования. Основные группы были сопоставимы по полу, возрасту. Контрольную группу составляли 11 практически здоровых лиц. К стандартной терапии дополнительно назначался карведилол в суточной дозе от 12,5 мг до 25 мг.

Результаты: Развитие острого коронарного синдрома сопровождалось увеличением содержания продуктов перекисного окисления липидов, отмечен высокий уровень показателей МДА в плазме у больных с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. Показатели антиоксидантной системы исходно являлись сниженными.

Выводы: Дополнительное применение в стандартной терапии карведилола у больных ИБС, способствовало снижению продуктов ПОЛ как в плазме, так и в эритроцитах и активации антиоксидантных ферментов.

0302 ВЛИЯНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Имантаева Г.М., Егембаева Ж.М.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить влияние ронколейкина на показатели иммунной системы у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Методы: обследовано 15 больных мужского пола с первичным ИМ среднего возраста которых составил $47,5 \pm 2,3$ лет, получавших на фоне стандартизированной терапии ронколейкин (рекомбинантный интерлейкин 2 человеческий, производитель фирма «Биотех», Россия), который вводили пациентам по 500 тыс. ед. подкожно через 2 дня № 6. Препарат разводится в 2 мл воды для инъекций. В контрольную группу вошли 15 больных ИМ, получавших в лечении только стандартизованную терапию. Показатели нормы получены при обследовании 20 человек (здоровых лиц, средний возраст $51,7 \pm 1,9$ лет).

Результаты: Реакция иммунной системы на асептический воспалительный процесс, каковым является инфаркт миокарда, прослеживается при анализе концентрации в сыворотке крови циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), патогенное значение которых общеизвестно.

К 14 суткам наблюдения в контрольной группе продукция ЦИК достигает максимальных значений ($2,83 \pm 0,27$ г/л), что более чем в 2 раза превышает показатели нормы ($1,13 \pm 0,02$ г/л), $p < 0,05$. В последующие сроки стационарного наблюдения отмечается тенденция к снижению уровня этого показателя. В группе больных ИМ получавших в лечении ронколейкин подобного подъема уровня ЦИК на 14 сутки ($1,44 \pm 0,13$ г/л) и в последующие сроки наблюдения не наблюдалось.

Выводы: Более активное снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов на фоне лечения ронколейкином, возможно, связано с его иммуномодулирующими свойствами. Значительное увеличение содержания ЦИК в контрольной группе может быть объяснено высокой антигенемией, что вызывает усиленный антителогенез и может быть предвестником более тяжелого течения заболевания.

0303 СТАТИН СИМГАЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Имантаева Г.М.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Гиперхолестеринемия – один из основных факторов высокого риска развития атеросклероза и его осложнений (внезапная смерть, острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, мозговой инсульт и др.). Поэтому, немедикаментозная и медикаментозная нормализация в крови уровней общего холестерина (ОХС) и наиболее атерогенной его фракции – ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) является главной составляющей в программах профилактики атеросклероза. Эти липопротеиды участвуют как в образовании атеросклеротической бляшки, так и в дестабилизации ее, а также способны запускать различные тромботические и провоспалительные реакции. Наиболее эффективными в лечении атеросклероза считаются ингибиторы синтеза ХС в печени – статины, механизм действия которых связан с блокадой гидроксиметилглутарил-коэнзимА-редуктазы – одного из ключевых ферментов биосинтеза холестерина. Кроме того, они блокируют провоспалительные хемокины – нуклеарный фактор κB (NF κ B), что говорит о прямом противовоспалительном эффекте, открывающем новые перспективы их приме-

нения для стабилизации уязвимых атеросклеротических бляшек при остром коронарном синдроме.

Целью исследования было изучить гипоплипидемический эффект симгала у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Материал: обследовано 20 больных КБС, средний возраст $55,8 \pm 1,2$ лет, длительность заболевания от 1 до 10 лет. Симгал назначали по 20 мг 1 раз в сутки вечером после ужина.

Результаты: Через 3 месяца от начала приема препарата симгал произошло снижение уровня ОХС с $6,39 \pm 0,3$ до $4,01 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$); бета-липопротеидов (β -ЛП) с $2,87 \pm 0,16$ до $1,46 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$); ХС ЛПНП с $3,28 \pm 0,39$ до $1,92 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$); триглицеридов (ТГ) с $2,0 \pm 0,4$ до $1,68 \pm 0,07$ ммоль/л; коэффициента атерогенности (КА) с $3,58 \pm 0,2$ до $2,85 \pm 0,05$ ($p < 0,05$).

Выводы: Симгал в лечении больных КБС в средне-терапевтических дозах показал свою высокую гипоплипидемическую эффективность: через 3 месяца лечения препаратом отмечается достижение целевого уровня показателей липидного спектра.

0304 РЕАБИЛИТАЦИЯ МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Инаркова А.М., Анзорова З.З., Анзоров З.Т., Сакиева Д.Н.

Кабардино-Балкарский государственный университет им.Бербекова М.Х., медицинский факультет, Нальчик, Россия

Цель — изучить особенности качества жизни (КЖ) при этапной реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). В соответствии с поставленной целью определены следующие методы.

Методы: Опрошено 88 больных, перенесших ИМ и прошедших курс реабилитации в санатории. Самому молодому 27 лет, самому старшему — 69 лет. Больные были разделены на 3 группы: в 1 гр. — 28 больных до 49 лет; во 2 гр. — 38 больных от 50 до 59 лет; в 3 гр. — 22 больных от 60 до 69 лет. Использовались методика исследования “Качество жизни” Зайцева В. П., Айвазян Т.А. и психофизиологическое тестирование (РДО, КЧСМ) на фоне следующих реабилитационных мероприятий: физическая, психологическая реабилитация, медикаментозная терапия, диетотерапия и вторичная профилактика заболевания.

Результаты: В возрастной группе от 60 до 69 лет отмечается наибольшее число больных с ухудшением КЖ (77%), связанное с необходимостью ограничивать повседневную и профессиональную деятельность, досуг, диету. Наиболее низкий исходный уровень КЖ отмечается в группе до 49 лет, а наиболее высокий исходный уровень КЖ отмечается в группе от 50 до 59 лет. В группе до 49 лет с изначально высоким уровнем КЖ наблюдается тенденция снижения суммарного КЖ, обусловленная необходимостью ограничения повседневной деятельности, досуга и половой жизни. В группе от 50 до 59 лет никаких изменений у больных с исходно низким и высоким уровнем КЖ не отмечается. В группе от 60 до 69 лет с исходно низким уровнем КЖ отмечается тенденция ухудшения КЖ за счет необходимости ограничения диеты. В группе с исходно высоким уровнем КЖ отмечается ухудшение суммарного КЖ, которое обусловлено необходимостью ограничения досуга и курения.

Выводы: КЖ является неотъемлемой частью, на которую необходимо обратить внимание при реабилитации больных перенесших ИМ. Такие показатели оценки КЖ как повседневная и профессиональная деятельность, досуг, половая жизнь, встречи с друзьями, диета, курение оказались значимыми для успешной реабилитации в различных возрастных группах. Изучение КЖ в динамике свидетельствует о необходимости конструктивного взаимодействия между всеми звеньями реабилитационной, профилактической цепи (первичное звено-стационар-санаторий).

0305 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРМАННЫХ АПТЕЧЕК

Ипатов П.В., Кротов А.В., Бойцов С.А.

ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия; МЗ и СР РФ; Российский кардиологический НПК, Москва, Россия

В России ежегодно умирает 2,3 млн. человек, из них почти треть (740 тыс.) — люди работоспособного возраста. Около 20% из числа умерших умирает в стационарах страны, остальные 80% или более 1,8 млн. человек погибают на догоспитальном этапе. Из 1,25 млн. человек, умирающих от БСК 1,0 млн. (или 85,8%) умирает вне стационаров. Среди всех умирающих от ИБС 88% (0,5 млн. человек) умирает вне стационаров. Аналогичным образом выглядит ситуация с лицами, умершими от цереброваскулярных болезней — 83,7% (0,4 млн. человек) из них умирает вне стационара. Эти данные убедительно свидетельствуют, что основной вклад в уровень сверхсмертности в стране вносит смертность, на догоспитальном этапе при этом основная масса смертельных исходов происходит дома, на работе, на улице и в других местах еще до прибытия врача скорой помощи. По этой причине основным видом помощи у этой категории больных является первая помощь или неотложная само- и взаимопомощь.

Эффективность существующей ныне первой помощи с использованием общемедицинских знаний человека и подручных средств, чрезвычайно низка. Практически полное отсутствие медицинских знаний, тяжесть состояния больного и стрессовая ситуация для окружающих не позволяют правильно и своевременно использовать даже имеющиеся скудные лечебные средства из домашней или автомобильной аптечки. Как показывает практика, на месте развития, например, острого коронарного синдрома в большинстве случаев отсутствует даже нитроглицерин, а если он и есть, то с истекшим сроком годности. О необходимости приема аспирина при сердечном приступе не знают практически все больные и многие врачи даже в США.

Предлагается типовая врачебно-ориентированная неотложная само- и взаимопомощь базирующаяся на: а) индивидуальном прогнозе развития у человека неотложного состояния; б) наиболее типичных начальных проявлениях неотложного состояния; в) рациональном алгоритме неотложных действий и вызова скорой помощи; г) стандартном (наиболее оптимальном) наборе лекарственных средств, упорядоченно расположенных в карманных мини-аптечках.

Мини-аптечка — это новая лекарственная форма (лекарственный комплекс), состоящий из 2-4 различных лекарственных препаратов объединенных и упорядоченно расположенных в одной блистерной упаковке. Какое неотложное состояние наиболее угрожает человеку — такую мини-аптечку неотложной помощи ему и необходимо постоянно иметь при себе.

Кроме чисто лечебной функции аптечки будут активно выполнять и очень важную функцию просвещения, как больных, так и их родственников, придадут уверенность их действиям и обеспечат своевременность вызова скорой помощи. Только за счет своевременности вызова скорой помощи возможно существенное снижение догоспитальной летальности и смертности населения нашей страны.

Высокая актуальность рассматриваемой проблемы и ее общегосударственное значение диктуют необходимость разработки целевой федеральной программы развития неотложной первой помощи в России. Цель программы — снижение чрезвычайно высокой внебольничной летальности населения Российской Федерации от основных неотложных состояний и заболеваний.

0306 АДИПОНЕКТИН И ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исикова Х.В., Виллевалде С.В., Гудгалис Н.И., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.

РУДН, Москва, Россия

Цель: адипонектин — цитокин, продуцируемый жировой тканью и обладающий антидиабетическими и антиатерогенными свойствами. Оксидативный стресс способствует развитию сахарного диабета 2 типа (СД) и прогрессированию диабетических осложнений. Целью исследования было изучить взаимосвязь между уровнем адипонектина и параметрами окислительного стресса у больных с нелеченным сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: у 158 обследованных пациентов с нелеченным СД (82 мужчины, средний возраст $56,2 \pm 0,7$ года ($M \pm m$),

30% пациентов курили, ИМТ $31,5 \pm 0,5$ кг/м², длительность сахарного диабета 2 типа $2,3 \pm 0,2$ года, 72% получали антигипертензивную терапию, АД $138,3 \pm 2,2/83,0 \pm 0,7$ мм рт.ст.) оценивали метаболические показатели, адипонектин, маркеры оксидативного стресса (малоновый диальдегид плазмы (МДА), белковая SH-группа). Корреляционный анализ Спирмана проводился с помощью программы Statistica 6.0. Различия между группами оценивались по методу Манна-Уитни и считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: уровень глюкозы плазмы натощак составил $9,1 \pm 0,2$ ммоль/л, фруктозамин $290,4 \pm 6,9$ мкмоль/л, HbA1C $7,8 \pm 0,1\%$, С-пептид $1,36 \pm 0,04$ нмоль/л, инсулин $110,1 \pm 6,3$ пкмоль/л, ОХС $5,84 \pm 0,09$ ммоль/л, ЛПНП $3,62 \pm 0,08$ ммоль/л, ЛПВП $1,27 \pm 0,03$ ммоль/л, триглицериды $2,43 \pm 0,14$ ммоль/л, свободные жирные кислоты $0,51 \pm 0,02$ ммоль/л, мочевая кислота $112,9 \pm 6,7$ мкмоль/л, адипонектин $5,9 \pm 0,4$ мкг/мл, креатинин $81,2 \pm 1,2$ мкмоль/л, СКФ (расчитанная по MDRD) $94,7 \pm 1,7$ мл/мин/1,7м², МДА $40,9 \pm 1,5$ пкг/мл, SH-группа $298,8 \pm 8,8$ мкмоль/л. Концентрация адипонектина была выше у женщин, чем у мужчин ($7,4 \pm 0,6$ против $4,8 \pm 0,3$ мкг/мл; $p = 0,0002$), у пациентов без дислипидемии, чем у пациентов с дислипидемией ($8,0 \pm 0,1$ против $5,7 \pm 0,1$ мкг/мл; $p < 0,05$) и у пациентов с СКФ > 90 мл/мин/1,7 м², чем у пациентов с СКФ < 90 мл/мин/1,7 м² ($6,7 \pm 0,5$ против $5,2 \pm 0,5$ мкг/мл; $p < 0,05$). Была выявлена положительная корреляция уровня адипонектина и ЛПВП ($r = 0,49$; $p = 0,006$) и отрицательная с триглицеридами ($r = -0,37$; $p = 0,01$), СЖК ($r = -0,32$; $p = 0,037$), гликемией натощак ($r = -0,26$; $p < 0,05$), фруктозаминном ($r = -0,34$; $p = 0,02$), креатинином ($r = -0,41$; $p = 0,005$), мочевой кислотой ($r = -0,27$; $p < 0,05$) и МДА ($r = -0,47$; $p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с нелеченным СД низкий уровень адипонектина ассоциируется с недостаточным контролем гликемии и липидного обмена, повышенным оксидативным стрессом и ранними нарушениями функции почек.

0307 МЕХАНИЧЕСКОЕ ТУННЕЛИРОВАНИЕ

Ишенин Ю.М., Рамазанов М.М., Чагоров Н.В., Сорока В.В., Цхай В.А.

ВСНЦ СО РАМН, Иркутск; ЗКХЦ НФ ЦРБ, Зеленодольск; Пензенский кардиохирургический центр, Отдел сердечно-сосудистой хирургии института им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия; Областная больница, Костанай, Казахстан

Цель исследования: изучить и представить основные параметры непрямой реваскуляризации миокарда методом механического туннелирования в эксперименте и клинике.

Материал и методы: начиная с 1981 года по 2006, нами внедрена непрякая реваскуляризация миокарда с помощью авторских тубусных скальпелей. В эксперименте выполнено 402 операции на животных, в клинике — 311. Эффективность способа изучена с помощью неинвазивных и инвазивных технологий с обработкой результатов статистическими программами.

Результаты: в результате экспериментальных исследований установили, что при механическом туннелировании реваскуляризирующий эффект обусловлен стимуляцией ангиопластической реакции, в результате которой формируется новое коллатеральное микроциркуляторное сосудистое русло (хирургический неонангиогенез).

Эффективность методики при остром коронарном экспериментальном синдроме (перевязка коронарной артерии) составляет 90%. При применении методики в клинике мы установили следующие закономерности:

1. Операция ТМЛЖ не требует искусственного кровообращения и относится к бескровным технологиям. Выполняется у больных с несунтабельным сосудистым руслом.

2. Предоперационная терапия стандартная. В послеоперационном периоде в связи с симпат-адреналовой эмиссией назначают б-адреноблокаторы в минимальных дозах и гипотензивные препараты.

3. Хирургическая агрессия соответствует малоинвазивным вмешательствам. Длительность операции в пределах 60 минут, кровопотеря 350 ± 50 мл. Гемотрансфузия не требуется.

4. Операция обладает не только реваскуляризирующим эффектом, но и эффектом норматизации геометрии сердца с восстановлением насосных параметров сократимости.

5. В послеоперационном периоде до 3 суток наблюдается картина гипокоагуляции, что не требует естественной коррек-

ции. Причина гипокоагуляции скрывается в механизме туннелирования и вымывания активных радикалов из зон поврежденных тканей.

6. Госпитальная летальность колеблется от 0 до 10% (в среднем $4 \pm 0,5$), а отдаленная летальность составляет до 3% в год.

7. Методика может использоваться как монохирургическая, симулантная, а также повторная при рецидиве ишемического процесса.

8. Методика обладает самосовершенствованием и может корректироваться в зависимости от клинической ситуации.

Заключение: методика механического туннелирования у больных с несунтабельными сосудами — новый и эффективный метод лечения.

0308 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ТРЕВОГИ У ЛИЦ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кабирова Ю.А., Ховаева Я.Б., Головской Б.В., Воронова Е.И.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, кафедра терапии и семейной медицины ФПК и ППС, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить особенности семейно-обусловленной тревоги у мужчин и женщин после инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 86 человек. Средний возраст составил $49,67 \pm 1,9$. Объем исследований включал клинический осмотр лиц перенесших ОИМ в течение года (40 мужчин и 10 женщин) и контрольной группы здоровых лиц (16 мужчин и 21 женщина), психологическое тестирование: анализ семейной тревоги по методике Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого

Результаты исследования. Средние показатели общей семейной тревоги у мужчин в группе здоровых лиц составляют — 2,31 балла; в у мужчин с ИМ достоверно выше — 8,23 балла ($p = 0,00$). Схожие показатели общей семейной тревоги у женщин: в группе здоровых лиц — 1,10 балла, достоверно выше у женщин с ИМ — 7,29 баллов ($p = 0,00$).

В общей семейной тревоге наиболее значимы 3 составляющие семейная неудовлетворенность, «семейная тревога», чувство вины.

Чувство вины проявляется следующим образом: с одной стороны, «оправдательная активность» с другой стороны, склонность брать вину на себя. По этому показателю у мужчин в группе здоровых лиц — 0,75 баллов, у мужчин с ИМ — 1,63 балла. Минимальные показатели «вины» у женщин выявлены в группе здоровых лиц — 0,05 баллов и значительно выше у женщин с ИМ — 0,5 баллов ($p = 0,01$). Также выявлено, что мужчинам группы здоровых лиц, в отличие от женщин более свойственно испытывать вину в семейной ситуации, переживать ответственность за всё, что происходит в семье ($p = 0,05$). У лиц с ИМ выявлены схожие тенденции, хотя достоверной разницы между мужчинами и женщинами не получено ($p = 0,15$).

Семейная неудовлетворенность обусловлена резким расхождением между реальной жизнью семьи и ожиданием индивида. По этому показателю у мужчин в группе здоровых лиц — 1,00 баллов, у мужчин с ИМ достоверно выше — 2,77 баллов ($p = 0,00$). У женщин различий по этому показателю не получено: в группе здоровых лиц — 0,76 баллов, в группе с ИМ — 1,14 баллов. Мужчины группы с ИМ по сравнению с женщинами чувствуют себя более неудовлетворенными в семейных отношениях, испытывая нервное напряжение от того, что выполнение семейных обязанностей является для них непосильной задачей ($p = 0,04$).

Под «семейной тревогой» понимается состояние тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые. По этому показателю у мужчин в группе здоровых лиц — 0,56 баллов, у мужчин с ИМ достоверно выше — 3,83 баллов ($p = 0,00$). Схожие показатели у женщин: в группе здоровых лиц — 0,29 балла, достоверно выше у женщин с ИМ — 5,57 баллов ($p = 0,00$).

Таким образом, мужчины и женщины с ИМ имеют высокий уровень семейно-обусловленной тревоги, в основном за счет двух ее составляющих — неудовлетворенности и семейной тревоги. Мужчинам, относящимся к группе здоровых лиц, более чем женщинам свойственно ощущать вину за события, происходящие в семье. Мужчинам с ИМ более свойственно ощущать неу-

довлетворенность, неуверенность в семейной ситуации возможно это связано с тем, что для них становятся непосильными семейные обязанности. Женщинам с ИМ по сравнению с группой здоровых женщин, более свойственно испытывать вину и тревогу в семейных отношениях.

0309 ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Казаковцева М.В., Тарловская Е.И.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

В последнее время для исследовательских целей, широко используется метод анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР), позволяющий выделить и дифференцировать различные функциональные состояния целого организма.

Материалы и методы: в исследование было включено 28 практически здоровых лиц от 29 до 47 лет (средний возраст составил $44,5 \pm 6,9$ лет), среди которых 12 мужчин и 16 женщин. Критериями включения были: отсутствие субъективных жалоб, повышенного АД на момент осмотра, а также в анамнезе и по данным суточного мониторирования АД (СМАД); отсутствие структурных изменений по результатам ультразвукового исследования сердца, данным ЭКГ покоя, и Холтеровского суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты и обсуждение: при сравнении показателей среднесуточной ЧСС среди практически здоровых лиц в зависимости от пола статистически достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). При сравнении показателей среднесуточной ЧСС среди практически здоровых лиц в зависимости от возраста статистически достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). По данным литературы в исследовании здоровых добровольцев методами временного анализа во время записи ЭКГ по Холтеру получены результаты, свидетельствующие о снижении вагусного воздействия на сердце с увеличением возраста. В нашем исследовании нашли подтверждение данные, касающиеся отсутствия различий показателей ВСР в зависимости от пола, но не было найдено статистически достоверных различий в зависимости от возраста. При анализе временных показателей ВСР статистически значимых различий у практически здоровых лиц моложе 45 лет в сравнении с категорией старше 45 лет достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$). Выявлены достоверные различия по среднесуточной ЧСС у здоровых мужчин до 45 лет в сравнении со здоровыми мужчинами старше 45 лет ($p < 0,05$), а также здоровых женщин старше 45 лет по сравнению со здоровыми мужчинами старше 45 лет ($p < 0,05$).

Выводы: таким образом, были найдены различия при сравнении исследуемых практически здоровых добровольцев с учетом и пола, и возраста. У практически здоровых мужчин: с увеличением возраста среднесуточная ЧСС значительно снижалась. У здоровых женщин старше 45 лет среднесуточная ЧСС оказалась значительно выше в сравнении со здоровыми мужчинами старше 45 лет. Изменения показателей, отражающих повышение симпатической активности вегетативной нервной системы, отмечено у практически здоровых женщин моложе 45 лет по сравнению с практически здоровыми мужчинами той же возрастной категории.

0310 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Казачек Я.В., Иванов С.В., *Васильева Е.С., *Москын М.Г.

ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, *ГОУ ВПО КемГМА, Кемерово, Россия

В последние годы в России всё более актуальной становится проблема мультифокального атеросклероза, что обусловлено социально-демографическими факторами, а также развитием и совершенствованием методик миокардиальной реваскуляризации и реконструктивной сосудистой хирургии. Данное исследование связано с изучением встречаемости сочетанных атеросклероти-

ческих поражений нескольких артериальных бассейнов у больных ИБС.

В 2006 году в терапевтических отделениях кардиоцентра пролечено 1666 пациентов с ИБС. У 411 (24,7%) из них (I исследуемая группа) выявили сочетанную патологию: у 9,2% больных диагностировали поражение сонных артерий (в 2 случаях в сочетании с аневризмой аорты), у 9,8% — облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей (ОЗАНК), у 0,25% изолированную аневризму брюшной аорты, у 5,3% — окклюзионно-стенотическое поражение брахиоцефальных сосудов сочеталось с аналогичным заболеванием артерий нижних конечностей (в 3 случаях с аневризмой аорты). В этой группе мужчин было больше — 60,8%. Возраст пациентов колебался от 38 до 87 лет (в сред. 65,2 года). В структуре сопутствующей патологии преобладала артериальная гипертензия (АГ) — 92%, сахарный диабет (СД) имели 22,9% больных. Инсульт перенесли 15,1% больных, у 0,7% — цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) протекала с транзиторными ишемическими атаками. Среди 253 больных с ОЗАНК у 2% имела место ишемия «покоя», у 16,6% — хроническая ишемия II-б степени. Стенокардию I-II ФК имели 27,5% больных, III или IV ФК — 11,7%, прогрессирующую — 45%, инфаркт миокарда — 13,4%, впервые возникшую стенокардию — 2,4%. Среднее значение ФВ из ЛЖ составило 57,5% (17-77%). 166 больных перенесли 1-5 инфарктов, в 22 случаях с формированием аневризмы. Нарушения ритма в виде фибрилляции предсердий, пароксизмальной желудочковой тахикардии, экстрасистолии высокой градации, преходящей А-V блокады присутствовали у 51,8% больных. По данным коронарографии стеноз ствола левой коронарной артерии $\geq 50\%$ имели 10,5% больных.

В тоже время в отделении сердечно-сосудистой хирургии 396 пациентам выполнили различные виды АКШ. Среди них 26,3% (104) также имели сочетанную патологию (II исследуемая группа): у 14,4% имела ЦВБ (в 2 случаях со «Steal» синдромом), у 0,25% — изолированная окклюзия подключичной артерии, у 5,3% — ОЗАНК, у 6,3% — поражение экстракраниальных артерий сочеталось с ОЗАНК (в 2 случаях с аневризмой брюшной аорты). В этой группе также преобладали мужчины — 92,3%. Возраст больных составил 47-73 года (в среднем 58,5 лет). АГ имели — 86,5% больных, СД — 11,5%, стенокардию II ФК — 21,2%, III ФК — 52,9%, IV ФК — 17,3%, прогрессирующую стенокардию — 0,9%, раннюю постинфарктную стенокардию — 7,7%. Среднее значение глобальной ФВ из ЛЖ составило $58 \pm 9,6\%$ (32-77%). Большинство больных (80,8%) перенесли 1-5 инфарктов, в 7,7% — с формированием аневризмы. Нарушения ритма имели 20,2% больных, гемодинамически значимый стеноз ствола левой коронарной артерии — 18,3%.

Вывод: сравнительный анализ двух представленных групп не выявил статистически достоверных различий по встречаемости и частоте исходных клинико-функциональных параметров.

0311 К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНзией НА ПОЛИМОРБИДНОМ ФОНЕ В УСЛОВИЯХ ХОЛОДНОГО КЛИМАТА

Казьмина В.Ю., Писанко М.А.

ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: исследовать «спектр полиморбидности» и провести анализ эффективности лечения и реабилитации пациентов с резистентной артериальной гипертензией в условиях холодного климата.

Методы: у 90 амбулаторных больных с резистентной артериальной гипертензией (52 % женщины, старше 65 лет — 68%), проживавших постоянно в условиях климата Западной Сибири, изучался спектр сопутствующих заболеваний, схемы лечения и их эффективность; оценивалась частота случаев ухудшений самочувствия, связанных с повышением артериального давления, требовавших повышения доз гипотензивных препаратов, а также случаев возможности снижения таковых на протяжении года наблюдения.

Результаты: Установлено, что наиболее часто в спектре сопутствующих заболеваний встречался хронический пиелонеф-

рит с латентным течением в сочетании с хроническим холецистопанкреатитом; у мужчин старше 65 лет чаще, чем у женщин этого возраста, регистрировалась ишемическая болезнь сердца и хронический обструктивный бронхит; по поводу артериальной гипертензии проводилась терапия в соответствии с общепринятыми критериями (назначались 3-4 антигипертензивных препарата, включая диуретик); лечение сопутствующей патологии достаточно полным было по поводу ИБС, цереброваскулярной патологии, сахарного диабета, бронхиальной астмы, гипотиреоза; более, чем в половине случаев (60%) при установленном диагнозе хронического пиелонефрита не проводилось достаточного лечения; у пациентов, которым осуществлялось проведение профилактического лечения по схеме О.Л.Тиктинского, отмечалось улучшение клинического состояния (улучшение самочувствия, отсутствие ухудшений, связанных с подъемом артериального давления); в то же время, без должного лечения сопутствующего латентного пиелонефрита, имели место либо гипертонические кризы (в 10%), либо периодические ухудшения, требовавшие повышения доз гипотензивных препаратов (в 35%); наиболее часто в исследованной группе больных с резистентной гипертензией до начала исследования оставался не диагностированным хронический пиелонефрит с латентным течением (44,5%).

Выводы: 1. Комплексная терапия сопутствующих резистентной артериальной гипертензии заболеваний способствует улучшению состояния больных.

2. При наличии резистентной артериальной гипертензии особенно тщательно требуется исключение хронической, латентно-протекающей патологии почек.

3. Систематическое патогенетическое лечение сопутствующего хронического пиелонефрита (с профилактическими курсами антибактериальной лечения) способствует значительному улучшению клиники при резистентной артериальной гипертензии.

4. В условиях холодного климата наиболее частой причиной артериальной гипертензии является латентно протекающие воспалительные процессы в почках (превалирует хронический пиелонефрит).

0312 АРИТМИИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

Калмыкова М.А., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.

ГОУВПО Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: установить распространенность аритмий сердца у водителей автотранспорта (ВА) и их зависимость от психосоциальных факторов.

Материал и методы. Осуществлены эпидемиологические исследования 1243 шоферов-мужчин 20-60 лет, работающих на легковом (426), пассажирском (364) и грузовом (453 чел.) автотранспорте, для оценки частоты факторов риска (ФР) атеросклероза (АС). У 15%-й выборки ВА (208 чел.) – соответственно легкового (I-я группа), пассажирского (II-я) и грузового (III-я) выполнены общеклиническое и инструментальное исследование – суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ).

Результаты. Нарушение ритма сердца и проводимости (НРСиП) обнаружены в I-й группе у 40,4% ВА: экстрасистолическая (атриовентрикулярная и желудочковая) аритмия (15%), пароксизмальная тахикардия (7,5%) и мерцательная аритмия (6,6%), предсердная и атриовентрикулярная блокады (11,3%). Признаки коронарной недостаточности установлены в 75% случаев (инверсия сегмента S-T, высокий «коронарный» или отрицательный зубец T), преимущественно «безболевой» формы (более 60%). Аналогичные по структуре и характеру аритмии сердца и коронарной недостаточности установлены и во II-й (соответственно 47,5 и 79,0%) и III-й (52,5 и 84,0%) группах. Однако их частота оказалась ниже во II-ой и неожиданно – в III-й. Возможное объяснение этому, как следует из результатов массового обследования шоферов, более высокая распространенность ($p < 0,05$) основных ФР АС (артериальной гипертензии, нарушений липидного обмена и курения), низкая медицинская информированность о состоянии здоровья и явно недостаточный

отклик (согласие) на «терапевтическое» сотрудничество среди водителей грузового автотранспорта при сравнении с лицами управляющими легковыми и пассажирскими (автобусы) транспортными средствами. При этом установлена зависимость выявленных гемодинамических нарушений от профессионального стажа и возраста.

Полученные результаты демонстрируют наличие у ВА скрытого сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит от возраста и вида транспорта.

Таким образом, установлена реальная частота НРСиП и коронарной недостаточности среди ВА, которое представляет угрозу безопасности дорожного движения и требует реализации медико-психологических и образовательных мер на автотранспортных предприятиях.

0313 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Авезов Д.К., Жураева Ш.А., Алиева Т.А., Расулова З.Д.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценка жизнеспособного миокарда у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ).

Методы: Обследованы 28 больных от 40 до 60 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС) с ПИКС и ХСН II-III функциональным классом (ФК) по NYHA. Больные были разделены на 2 группы больных по степени сердечной недостаточности: I группа 13 больных с II ФК и II группа 15 больных с III ФК ХСН. Больные принимали мочегонные препараты, эналаприл в дозе 5-10 мг в сутки, карведилол в дозе 25-50 мг в сутки. Всем больным исходно и через 6 месяцев терапии проводилась двухмерная эхокардиография (Эхо-КГ) и ОЭКТ с радиофармпрепаратом (РФП) ^{99m}Tc Sestamibi в покое и с нитроглицериновым (НТГ) – тестом с определением общей фракции выброса (ОФВ), дефектов слабого наполнения радиофармпрепарата (РФП) в миокарде левого желудочка (ЛЖ). Локальные нарушения перфузии миокарда оценивались по 4-х бальной шкале. Критерии жизнеспособности оценивались по улучшению регионарной перфузии на 1-2 балла после проведения НТГ-теста.

Результаты: Анализ исходных показателей ОЭКТ миокарда у больных III ФК ХСН, развившейся после инфаркта миокарда, выявил значительные нарушения перфузии миокарда с наличием стойких зон аперфузии и гипоперфузии по сравнению с больными II ФК ХСН. У больных ХСН III ФК по сравнению со II ФК ХСН как по данным ЭхоКГ, так и ОЭКТ отмечалось снижение ОФВ на 16% и 20% соответственно, что говорит о достоверном снижении сократительной способности миокарда и уменьшении резервных возможностей миокарда левого желудочка при увеличении степени сердечной недостаточности. После проведения ОЭКТ с НТГ-тестом у больных ХСН II и III ФК отмечалось достоверное улучшение регионарной перфузии и ОФВ, что указывало на наличие жизнеспособного миокарда ЛЖ. У больных со II ФК ХСН через 6 месяцев наблюдения отмечалось увеличение перфузии миокарда: ОФВ в покое повысилась на 23%, после НТГ-теста на 24,4%. Наблюдение больных с тяжелой сердечной недостаточностью (III ФК ХСН) в динамике 6-месячного лечения карведилолом показало улучшение параметров перфузии миокарда: ОФВ в покое и в динамике НТГ-теста увеличилась на 20,85 и 20,3% ($p < 0,005$), улучшились показатели локальной перфузии миокарда ЛЖ с достоверным уменьшением индекса нарушенной перфузии миокарда в покое и после НТГ-теста на 23,4% ($p < 0,05$) и 45,2% ($p < 0,02$) соответственно, а индекса аперфузии – на 35,1% ($p < 0,05$) в покое от исходного. В результате 6 месяцев терапии у больных как с II ФК, так и с III ФК ХСН уменьшилось общее число сегментов с аперфузией, с выраженным дефектом перфузии и увеличилось число нормально перфузируемых сегментов, с последующим улучшением этих показателей после НТГ-теста.

Выводы: Таким образом, ОЭКТ с НТГ-тестом является эффективным методом определения наличия жизнеспособного миокарда ЛЖ у больных ПИКС, а шестимесячный прием карведилола способствует достоверному улучшению перфузии миокарда.

0314 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА НА ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Аvezов Д.К., Шукуржанова С.М., Жураева Ш.А., Кеворков А.Г.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучить действие шестимесячной терапии Карведилолом и Бисопрололом на параметры качества жизни у больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненного хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III ФК.

Методы: Обследованы 60 мужчин с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 40–60 лет. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на две группы. Первую группу составили 33 больных, принимающих на фоне диуретиков, ингибиторов АПФ, антиагрегантов Бисопролол и вторую группу – 27 больных принимающих Карведилол. Титрование дозы β -блокаторов проводили с 1,25 мг до 5–10 мг в сутки для Бисопролола и с 3,125 до 25–50 мг для Карведилола. Оценку качества жизни (КЖ) больных проводили исходно и через 6 месяцев наблюдения с помощью Миннесотского опросника и опросника DASI (The Duke Activity Status Index) – оценивающего функциональные возможности больного.

Результаты: Анализ исходных показателей выявил, что качество жизни больных зависело от функционального класса ХСН: с его повышением увеличивались выраженность симптомов СН, суммарный индекс КЖ по результатам Миннесотского опросника и снижалась функциональная активность больных по результатам опросника DASI. Суммарный индекс качества жизни у больных с I ФК в первой и во второй группах составил $23,03 \pm 1,3$ и $24,78 \pm 1,8$ балла, у больных с II ФК $28,7 \pm 1,3$ и $29,3 \pm 3,3$. Суммарный индекс качества жизни увеличивался при возрастании ФК хронической сердечной недостаточности. На фоне комплексной терапии хронической сердечной недостаточности Бисопрололом отмечалось достоверное уменьшение 54 балла, с III ФК хронической сердечной недостаточности $35,1 \pm 2,21$ и $32,8 \pm 4,32$ балла суммарного индекса качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточности I ФК на 21,3% ($P < 0,01$) через три месяца лечения в группе Карведилолом отмечалось достоверное уменьшение данного показателя на 29,8 ($P < 0,001$) по сравнению с исходными показателями. Через три месяца у больных первой группы с II ФК суммарный индекс качества жизни уменьшился на 23,6% ($P < 0,001$), а у больных II группы на 34,7% ($P < 0,001$) по сравнению с исходным. Трехмесячное лечение Бисопрололом у больных с III ФК сопровождалось уменьшением индекса качества жизни на 15,8% ($P < 0,001$), а Карведилолом на 27,8% ($P < 0,001$) от исходного уровня. Суммарный индекс качества жизни у больных с I ФК хронической сердечной недостаточности в I и II группах увеличился в 1,3 и 1,5 раза. У больных I и II группы с II ФК данный показатель уменьшился в 1,5 и 2,2 раза с III ФК суммарный индекс качества жизни снизился в 1,2 и 2,1 раза. Уменьшение выраженности симптомов СН сопровождалось достоверным увеличением индекса активности по результатам опросника DASI у больных обеих групп.

Выводы: Таким образом, лечение больных с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным хронической сердечной недостаточностью Бисопрололом и Карведилолом способствовало улучшению показателей качества жизни больных, сопровождаемому достоверным уменьшением суммарного индекса качества жизни и увеличением индекса активности по результатам опросника DASI в обеих группах, но в группе с Карведилолом оно было более значимым.

0315 ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ, РОЗУВАСТАТИНОМ ИЛИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Канорский С.Г., Бодрикова В.В., Канорская Ю.С.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель – сравнить эффективность противорецидивной терапии фибрилляции предсердий (ФП) соталолом, а также его комбинациями с периндоприлом, розувастатином или препаратом омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Методы исследования. Обследовано 187 больных (101 мужчина и 86 женщин) в возрасте от 39 до 64 лет (средний возраст $54,2 \pm 3,5$ года) с персистирующей ФП, сопровождавшейся выраженными клиническими симптомами. У всех пациентов имелась ишемическая болезнь сердца со стенокардией I-III функциональных классов, в 114 (61%) случаях сочетавшаяся с артериальной гипертензией. Инфаркт миокарда перенесли 33 (17,6%) больных. При появлении признаков ФП или не реже 1 раза в месяц регистрировали электрокардиограмму. До и в конце 12-месячной контролируемой терапии проводили трансторакальную эхокардиографию, тест 6-минутной ходьбы, определяли показатели качества жизни, эффективный рефрактерный период предсердий методом чреспищеводной электростимуляции, концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка в плазме с помощью иммунометрического теста. После восстановления синусового ритма назначали соталол в дозе 80–160 мг/сутки ($n=49$, 1-я группа), а также его комбинации с периндоприлом – 4–8 мг/сутки ($n=48$, 2-я группа), розувастатином – 5–20 мг/сутки ($n=45$, 3-я группа) или препаратом омега-3 полиненасыщенных жирных кислот – 1 г/сутки ($n=45$, 4-я группа). При развитии рецидивов ФП выполняли фармакологическую кардиоверсию.

Результаты. Образовавшиеся группы оказались сопоставимыми по ряду демографических и клинических показателей. Через год синусовый ритм удавалось поддерживать в 77,6%, 93,8% ($p < 0,05$), 86,7% ($p > 0,05$) и 84,4% ($p > 0,05$) случаях в группах сравнения соответственно. При этом проводилось в среднем $7,9 \pm 1,6$, $4,3 \pm 1,0$, $6,5 \pm 1,7$ и $7,2 \pm 1,8$ ($p < 0,05$ только при сравнении показателей в 1-й и 2-й группах) кардиоверсий на одного больного. Существенное уменьшение переднезаднего размера левого предсердия наблюдалось только во 2-й группе. Эффективный рефрактерный период предсердий достоверно увеличивался на 14,4%, 25,9%, 19,5% и 18,6%, а уровень высокочувствительного С-реактивного белка практически не изменялся в 1-й (+2%), но статистически значимо снижался во 2-й (на 22,2%), 3-й (на 19,6%) и 4-й (на 22,9%) группах. Дистанция 6-минутной ходьбы достоверно (на 10,9%) возрастала только во 2-й, а показатель качества жизни – во всех группах.

Выводы. Таким образом, периндоприл, розувастатин и препарат омега-3 полиненасыщенных жирных кислот снижают уровень высокочувствительного С-реактивного белка в плазме. Однако только периндоприл, дополнительно оказывающий позитивное гемодинамическое и антире моделирующее действие, значительно повышает противорецидивную эффективность соталолу у больных с персистирующей ФП на фоне ишемической болезни сердца.

0316 СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ДИУРЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Канорский С.Г., Устенко Ю.К.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель – сравнить эффективность и безопасность низко- и среднедозовых фиксированных комбинаций эналаприла с гидрохлортиазидом и периндоприла с индапамидом.

Методы исследования. Обследовано 167 больных (65 мужчин и 102 женщины) в возрасте от 51 до 64 лет (средний возраст $55,6 \pm 1,8$ года). Сравнение клинической эффективности и переносимости отдельных вариантов лечения проводилось у больных с гипертонической болезнью I-II стадий, у которых монотерапия не обеспечивала достижения целевого уровня артериального давления (АД), либо у пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью и АД 160/90 мм рт.ст. или выше. В течение 6 месяцев проводилось лечение энапом HL (1-я группа, $n=41$), энапом Н (2-я группа, $n=43$) (оба фирмы «KRKA», Словения), но-

липелом (3-я группа, $n=40$) или нолипрелом форте (4-я группа, $n=43$) (оба фирмы «Servier», Франция). До и в конце длительной терапии проводили антропометрию, 3-х кратное офисное измерение АД, суточное мониторирование АД, суточное холтеровское мониторирование электрокардиограммы, эхокардиографию, биохимический анализ крови (глюкоза, общий холестерин, липопротеиды низкой и высокой плотности, триглицериды, калий). Оценивалось качество жизни по методике Д.М.Аронова и В.П.Зайцева.

Результаты. Снижение систолического и диастолического АД во всех четырех группах пациентов оказалось статистически значимым. Индекс массы миокарда левого желудочка снижался при приеме энапа НЛ на 8,5% ($p>0,05$), нолипрела — на 12,5% ($p<0,05$), энапа Н — на 14,5% ($p<0,05$), нолипрела форте — на 17,7% ($p<0,05$). Коэффициент отношения остаточного эффекта к максимальному составлял $65,8\pm 5,2\%$ против $88,5\pm 4,7\%$ ($p<0,05$) для энапа НЛ и нолипрела, а также $66,3\pm 5,3\%$ против $89,0\pm 5,8\%$ ($p<0,05$) для энапа Н и нолипрела форте соответственно. Достоверных изменений показателей липидного и углеводного обмена изучавшиеся препараты не вызывали. Только в 1-й и 2-й группах (в 7,3% и 23,3% случаев соответственно) развивалась гипокалиемия (менее 3,5 ммоль/л). При этом к концу лечения энапом Н частота регистрации парной желудочковой экстрасистолы увеличивалась с 9,3% до 27,9% ($p<0,05$), а неустойчивой желудочковой тахикардией — с 4,7% до 18,6% ($p<0,05$) случаев соответственно. Показатель качества жизни имел тенденцию к улучшению во всех группах, но достоверно изменялся только в только при лечении нолипрелом (с $6,1\pm 1,2$ до $3,4\pm 0,7$ ед., $p<0,05$) и нолипрелом форте (с $6,5\pm 1,0$ до $3,3\pm 0,7$ ед., $p<0,05$).

Выводы. Комбинации периндоприла с индапамидом обеспечивают тенденцию к большей регрессии гипертрофии левого желудочка по сравнению с комбинациями эналаприла с гидрохлортиазидом, вероятно, из-за большей продолжительности действия первых. При лечении энапом Н возможно усиление желудочковой эктопической активности вследствие развития гипокалиемии. Прием комбинаций эналаприла с гидрохлортиазидом 1 раз в сутки утром не устраняет опасный утренний подъем АД. Комбинации периндоприла с индапамидом улучшают качество жизни пациентов с гипертонической болезнью.

0317 ПРИМЕНЕНИЕ ПЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Канорский С.Г., Филатова Е.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель — оценить влияние пектина на гемодинамические, метаболические, эхокардиографические параметры, функциональный статус и качество жизни пациентов с сочетанием гипертонической болезни и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Методы исследования. Обследовано 194 больных (56 мужчин и 138 женщин) в возрасте от 47 до 59 лет с сочетанием гипертонической болезни I-II стадий и СД 2 типа. Пациентов с артериальной гипертензией 1 степени и СД, компенсируемым диетой, рандомизировали для лечения общепринятыми немедикаментозными методами (1-я группа, $n=47$) или этими же методами с добавлением яблочного пектина в дозе 25 г/сутки в 3 приема (2-я группа, $n=50$). У больных с артериальной гипертензией 2 степени и СД, не компенсируемым диетой, проводили терапию фиксированной комбинацией периндоприл/индапамид в суточных дозах 2/0,625 или 4/1,25 мг и глибенкламидом в дозе 3,5–7 мг/сутки (3-я группа, $n=48$), а также с добавлением пектина (4-я группа, $n=49$). До и в конце 6-месячной терапии проводились офисное измерение артериального давления (АД), эхокардиография, биохимическое исследование крови — глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин (HbA1C), общий холестерин (ХС), липопротеиды низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), определялась дистанция 6-минутной ходьбы. Качество жизни (КЖ) в динамике оценивалось по методике Д.М.Аронова и В.П.Зайцева.

Результаты. У пациентов 1-й группы через полгода не наблюдалось статистически значимых изменений оценивавшихся пока-

зателей. Напротив, у больных 2-й группы отмечалось существенное снижение среднего значения индекса массы тела (-7,4%), глюкозы крови натощак (-13,3%), HbA1C (-9%), общего ХС (-13,2%) и ЛПНП (-8,7%). Кроме того, возростала дистанция 6-минутной ходьбы (+12,1%) и улучшался показатель КЖ (+17%). У пациентов 3-й группы применение фиксированной комбинации периндоприл/индапамид и глибенкламид сопровождалось существенным снижением систолического АД (-12,4%), диастолического АД (-10,1%), индекса массы миокарда левого желудочка (-9,3%), уровня глюкозы в крови (-20%) и HbA1C (-10,1%). Дистанция 6-минутной ходьбы увеличивалась на 11,4%, а показатель КЖ — на 16,4%. В 4-й группе отмечалась позитивная динамика всех исследованных показателей. Так, снижались индекс массы тела (-7,3%), систолическое АД (-19,1%), диастолическое АД (-14,5%), индекс массы миокарда левого желудочка (-13,9%), уровень глюкозы в крови (-25%), HbA1C (-13,2%), общий ХС (-13,4%), ЛПНП (-9,1%) и ТГ (-17,4%). Увеличивались уровень ЛПВП (+9,9%), дистанция 6-минутной ходьбы (+14,5%) и показатель КЖ (+30%).

Выводы. Применение пектина у больных с сочетанием артериальной гипертензии и СД целесообразно. По нашим данным уменьшение индекса массы тела, особенно при исходном ожирении, сопровождалось закономерным снижением АД, улучшением показателей углеводного и липидного обмена. При дополнительном приеме пектина происходили более существенные позитивные сдвиги функционального состояния пациентов и качества их жизни.

0318 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ АТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ АКТИВАЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ

Канская Н.В., Позднякова И.А., Федорова Н.А., Байков А.Н.

СибГМУ, НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучение ранних стадий нарушения липидного метаболизма, включая активацию процессов перекисного окисления липидов при коронарном атеросклерозе, усовершенствование способов выявления первичной и вторичной дислипопротеинемии (ДЛП).

Методы: под наблюдением находилось 54 больных ишемической болезнью сердца (ИБС). У всех пациентов исследовали липиды крови, липопротеины методом электрофореза, определяли апопротеины А и В (апоА и апоВ). Активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) оценивали по уровню ТБК-активных соединений условно называемых малоновым диальдегидом (МДА). При обострении течения заболевания определяли белки крови, активность маркерных ферментов миокарда, а также концентрацию основных метаболитов.

Результаты: уровень общего холестерина (ХС общ.) составил $7,8\pm 0,7$ ммоль/л, триацилглицерола $2,3\pm 0,2$ ммоль/л. ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) был равен $0,9\pm 0,08$ ммоль/л. Концентрация ХС ЛПВП ниже 0,7 ммоль/л отмечалась у 19 пациентов. Уровень МДА крови составил $5,1\pm 0,4$ мкмоль/л, в то время как в контроле он составил $0,8\pm 0,07$ мкмоль/л у лиц аналогичного возраста. У 43 пациентов выявлены модифицированные формы липопротеинов низкой и очень низкой плотности (м ЛПНП и м ЛПОНП), что связано с появлением перекисно-модифицированных липопротеинов атерогенных классов и модифицированных апопротеинов, входящих в состав ЛП всех классов. Длительная циркуляция в крови модифицированных ЛП вела к росту циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Их уровень в крови составил $2,9\pm 0,3$ г/л у больных ИБС, а в группе контроля $2,1\pm 0,2$ г/л. Липопротеины атерогенных классов, входящие в состав ЦИК, являются наиболее атерогенными, не утилизируются рецепторным путем клетками, долго персистируют в кровяном русле. Кроме того, входящие в состав ЛП перекисно-модифицированные липиды ускоряют прогрессирование ДЛП и ГХС. У этих пациентов установлено увеличение загруженности холестерином ЛПВП, оцениваемое с учетом концентрации апо А и ХС ЛПВП. Падение ХС ЛПВП также способствует прогрессированию ДЛП.

Выводы: появление модифицированных и перекисных ЛП на фоне активации ПОЛ, снижении ХС ЛПВП и росте в крови ЦИК, нагруженных м ЛПНП и м ЛПОНП ведет к быстрому прогрессированию ДЛП атерогенного генеза.

0319 КОРРЕКЦИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ АТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗА

Канская Н.В., Позднякова И.А., Федорова Н.А., Байков А.Н.
Сиб ГМУ, НИИ ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: исследование метаболизма липопротеинов (ЛП) и коррекции возможных его нарушений при коронарном атеросклерозе.

Методы: обследовано 32 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 53 ± 8 лет. Диагноз ИБС верифицирован с помощью клинко-инструментальных методов исследования. Анализовали липиды крови: холестерол общий (ХС общ.), триацилглицерол (ТАГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), проводили электрофорез ЛП в геле агарозы «Sigma», США, оценивали концентрацию апопротеинов (апо А и апо В), рассчитывали ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП. Активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли по уровню ТБК-активных соединений, называя их условно малоновым диальдегидом (МДА). Определяли белок крови, белковые фракции, активность маркерных ферментов миокарда, маркерные белки кардиомиоцитов.

Результаты: дислипидопроteinемия при ИБС характеризовалась преимущественно II типом ГЛП по Фредриксону в сочетании с гипоальфа-холестеремией. Уровень общего холестерина крови составил $7,4 \pm 0,6$ ммоль/л, ТАГ — $1,8 \pm 0,2$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,9 \pm 0,07$ ммоль/л. Между фракциями ЛПНП и ЛПОНП при электрофорезе выявлялась дополнительная подфракция модифицированных ЛП (м ЛПНП и м ЛПОНП), в состав которой входили и ЛП (а). Активность процессов ПОЛ резко возрастала, так как концентрация МДА в крови повысилась до $4,9 \pm 0,5$ мкмоль/л в группе сравнения у лиц аналогичного возраста. Уровень циркулирующих иммунных комплексов возрастал с $2,5 \pm 0,2$ г/л до $2,9 \pm 0,3$ г/л, а в их составе определялись ЛП атерогенных классов. Пациентам с гиперхолестеремией (ГЛП) проводилось плацебо-контролируемое лечение малыми дозами ловастатина в течение месяца.

Ловастатин в сопоставлении с α -токоферолом антиоксидантными свойствами не обладал, однако после его применения не только снизился уровень ХС общ. до $6,3 \pm 0,5$ ммоль/л, возрос уровень ХС ЛПВП до $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, но и резко уменьшилась концентрация МДА в крови до $2,6 \pm 0,3$ мкмоль/л. При электрофорезе увеличивалась фракция α -ЛП, снизилась интенсивность β - и пре- β ЛП, осталась следовая концентрация модифицированных ЛП атерогенных классов. Эффективность коррекции ДЛП при ИБС связана также с увеличением в составе ЛПВП α -токоферола и снижением их нагруженности холестерином, оцениваемой по соотношению апоА и ХС ЛПВП. Диетотерапия с использованием омега-3 и омега-6 жирных кислот также усиливала эффект действия ловастатина.

Выводы: коррекция ДЛП на ранних стадиях высоко эффективна при сочетании действия статина и диетотерапии.

0320 РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Канская Н.В., Позднякова И.А., Федорова Н.А., Байков А.Н.
СибГМУ, НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: исследование липидного метаболизма в связи с углубленным изучением обмена липопротеинов (ЛП).

Методы: обследовано 47 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте $47 \pm 9,1$ лет. Диагноз ИБС верифицирован с помощью клинко-инструментальных методов исследования. У всех пациентов исследовали липиды крови, уровень липопротеинов (ЛП) методом электрофореза, концентрацию в крови апопротеинов А и В (апоА и апоВ), определяли холестерол

общий (ХС ЛПВП), рассчитывали ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП. Оценивали нагруженность ЛПВП холестерином (ХС). Исследовали белки крови, белковые фракции, активность креатинфосфокиназы и её сердечного изофермента КК-МВ, активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и изоферментов ЛДГ1 и 2, активность трансминаз и их соотношение (АсАТ/АлАТ).

Результаты: выявленная гиперхолестеремия характеризовалась уровнем тотального ХС равным $6,9 \pm 0,7$ ммоль/л и концентрацией триацилглицерола (ТАГ), равной $2,7 \pm 0,3$ ммоль/л. ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) был равен $0,8 \pm 0,06$ ммоль/л. Значительное снижение ХС ЛПВП отмечалось у 31 больного ИБС. Наиболее часто выявлялся IIb тип ГЛП по классификации Фредриксона. Только у 5 пациентов был выявлен IV тип ГЛП, в сочетании с гипоальфа-холестеремией. При электрофорезе ЛП крови в геле агарозы между фракцией ЛПНП и ЛПОНП выявлена интенсивная зона модифицированных ЛП атерогенных классов и ЛП(а). Модификация могла быть связана с выявлением перекисных или гликозилированных ЛП. Эти ЛП являются наиболее атерогенными. Поэтому коррекция дислипидопroteinемии (ДЛП) при ИБС была направлена на устранение модифицированных ЛП атерогенного генеза. Активность маркерных ферментов крови значительно не изменялась.

Выводы: ДЛП была выявлена у 31 больного ИБС и характеризовалась преимущественно IIa и IIb типом ГХС по Фредриксону. Ранним, отягощающим течение ДЛП фактором является появление модифицированных липопротеинов разных классов, а также появление в крови наиболее атерогенной формы ЛП (а). Изолированная гипоальфа-холестеремия выявлена у 5 пациентов. Лечение ИБС включало коррекцию ДЛП, направленную на нормализацию уровня липидов крови.

0321 К ВОПРОСУ О ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кантур Т.А., Антонюк М.В.

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения — ВФ ГУ ДНЦ ФПД, Владивосток, Россия

Цель: Определить частоту встречаемости нарушений липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы: Обследовано 156 человек, из них 53 мужчины и 103 женщины, средний возраст $54,2 \pm 0,8$ лет. У наблюдавшихся больных АГ I имели 19 человек, АГ II стадии — 137 человек. У всех больных диагностировано сопутствующее ожирение II-IV степени. Исследование включало оценку субъективного и объективного статуса, контроль артериального давления, определение индекса массы тела ($ИМТ = \text{вес, кг} / \text{рост, м}^2$). В сыворотке крови определяли содержание уровня общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеида высокой плотности (ХС ЛПВП). По формулам рассчитывали уровень холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Результаты: среди обследованных больных АГ в 55,4% случаев (85 человек) отмечено повышение содержания ОХС, уровень которого в среднем составил $6,52 \pm 0,38$ ммоль/л. Повышенный уровень ОХС у 10 больных АГ сочетался с повышенным уровнем ТГ до $2,6 \pm 0,79$ ммоль/л. У 24 человек высокий ОХС сопровождался низкими значениями ХС ЛПВП. Изолированная гипертриглицеридемия (уровень ТГ более 1,7 ммоль/л) диагностирована у 34 человек (21,8%).

Надо отметить, что низкий уровень ХС ЛПВП (менее 1,0 ммоль/л) среди обследованных больных АГ имел место в 48,7%, что в сочетании с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией существенно увеличивает риск кардиоваскулярных осложнений.

Типирование выявленных липидных нарушений в соответствии с действующими рекомендациями позволило выявить у обследованных больных АГ IIa тип у 36,2% больных, IIb тип — у 26,7% больных, IV тип — у 24,9% больных, изолированная гипоальфахолестеринемия — 12,2%.

Выводы: результаты проведенных исследований показали высокую частоту встречаемости липидных нарушений у больных АГ. Установленные нарушения липидного обмена у больных АГ, имеющих сопутствующее ожирение соответствуют современной

концепции метаболического синдрома и серьезно ухудшают прогноз больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

0322 АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Капакова М.А., Каражанова Л.К.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Цель исследования. Улучшение антиагрегантной терапии при аспиринорезистентности у больных ишемической болезни сердца на фоне цереброваскулярной патологии на основе изучения некоторых показателей гемостаза.

Материалы и методы: Всего обследовано 30 больных ишемической болезнью сердца на фоне цереброваскулярной патологии. Возраст больных от 40 до 80 лет. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц. Состояние различных звеньев системы гемостаза у больных повторным инфарктом миокарда на фоне цереброваскулярной патологии оценивали с помощью наборов «Технология-Стандарт» (г.Барнаул).

Показатели сосудистого тромбоцитарного звена характеризовались следующими нарушениями: у аспиринорезистентных больных ишемической болезни сердца на фоне цереброваскулярной патологии выявлено повышение агрегационной активности тромбоцитов индекса агрегации тромбоцитов (ИАТ) 15,3% и СИ-АТ (суммирующего индекса агрегации) на 26,7%, СА (скорость агрегации) 13,6% и достоверное повышение ИДТ (индекса дезагрегации тромбоцитов) 15,6% ($24,2 \pm 6,2$). Ристомидин индуцированная агрегация тромбоцитов на 45,5% ($P < 0,05$). Понижение активности противосвертывающих механизмов выразилось достоверным снижении антитромбина III (АТ III) на 15,4%. Сравнительный анализ показателей фибринолиза позволил выявить значительное удлинение XII-а калликреин зависимого фибринолиза на 70%.

Среди больных ишемической болезни сердца на фоне цереброваскулярной патологией установлено существенное повышение содержания растворимых фибрин мономерных комплексов (РФМК) в сыворотке крови на 23% по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты исследования параметров системы гемостаза у аспиринорезистентных больных свидетельствуют о повышении агрегационной способности тромбоцитов с универсальным индуктором агрегации (АДФ) и ристомидином, угнетение фибринолитической активности, повышение содержания растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК), снижение АТ-III у аспиринорезистентных больных ишемической болезни сердца на фоне цереброваскулярной патологией обуславливающего неблагоприятный исход заболевания. У больных ишемической болезни сердца на фоне цереброваскулярной патологией необходимо учесть аспиринорезистентность.

0323 ДИНАМИКА УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ СПИРОНОЛАКТОНОМ

Карабаева А.Ж., Есаян А.М., Каюков И.Г., Галкина О.В., Кадикская М.И.

Кафедра нефрологии и диализа факультета последипломного обучения, кафедра клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить влияние терапии спиронолактоном на уровень альдостерона крови, состояние функции эндотелия и систему гемостаза у больных с хронической болезнью почек (ХБП) V стадии на программном гемодиализе.

Материал: под наблюдением находились 40 пациентов с диагнозом ХБП V стадии, находившихся на лечении программным гемодиализом в течение $6,8 \pm 4,24$ лет.

Методы исследования: определение уровня альдостерона крови, оценка функционального состояния эндотелия с помощью биохимических маркеров — ингибитора активатора плазминогена I типа (РАI-1), тканевого активатора плазминогена (t-РА), эндотелина-1, оценка морфофункциональной активации и агрегации тромбоцитов, концентрации фибриногена по Клауссу, активности антитромбина-III (АТ-III), уровня D-димера методом латексной агглютинации выполнялись до и после 6-месячного курса терапии спиронолактоном в дозе 25 мг/сут на фоне терапии ингибиторами АПФ, диуретиками, β -блокаторами.

Результаты: По нашим данным у всех больных исходно имелось значительное повышение уровня альдостерона крови — $478 \pm 99,9$ пг/мл по сравнению с группой здоровых лиц — $160,0 \pm 29,23$ пг/мл. На фоне терапии спиронолактоном отмечено достоверное снижение уровня альдостерона до $346,5 \pm 58,10$ пг/мл ($p < 0,009$), достоверное снижение активности маркеров эндотелиальной дисфункции: эндотелина-1 с $0,66 \pm 0,280$ fmol/ml до $0,18 \pm 0,05$ ($p < 0,001$), РАI-1 с $5,62 \pm 1,10$ до $3,13 \pm 1,01$ U/ml ($p < 0,001$); при этом имелась тенденция к повышению уровня t-РА. При исследовании системы гемостаза у больных выявлена активация тромбоцитарного звена: достоверно повышена сумма активных форм тромбоцитов и увеличено число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, за счет образования внутрисосудистых агрегатов малого размера ($p < 0,05$) и повышена концентрация фибриногена ($p < 0,05$) по сравнению с группой здоровых лиц, значения АТ-III находились на нижней границе референтных величин, 30% больных имели повышенный уровень D-димера. Достоверных изменений в показателях гемостаза после лечения спиронолактоном не выявлено.

Выводы: терапия спиронолактоном у больных с ХБП V ст. приводит к улучшению состояния эндотелиальной функции, оцениваемой по снижению активности биохимических маркеров. При этом сохраняется дисбаланс в системе гемостаза, характеризующийся активацией тромбоцитов, напряжением в системе АТ-III, повышением уровня D-димера, что может повышать риск развития сосудистых катастроф у больных с хронической болезнью почек.

0324 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Караева Е.В., Соловьева А.В.

Тверская Государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Метаболический синдром (МС) — одна из сложных медико-социальных проблем, возникших в последние годы перед медицинской наукой и практикой. Частота встречаемости МС нарастает с возрастом и составляет примерно 42-43,5% среди обследованных (И.Е. Чазова, В.Б. Мычка, 2002 г.). Нет сомнений, что МС ухудшает структурно-функциональные характеристики миокарда левого желудочка.

Целью работы явилось изучение показателей эхокардиографии (Эхо-КГ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) пожилого и старческого возраста при наличии метаболического синдрома (МС). Обследовано 200 больных (94 мужчины, 106 женщин) в возрасте от 61 до 91 года с диагностированной ИБС, стенокардией напряжения III ФК. Они были разделены на 2 группы: 1-я — с МС ($n=131$), 2-я — без МС ($n=69$). Показатели Эхо-КГ исследовали на аппарате SONOS 2000 (Hewlett Packard, США; датчик 3,25 МГц) в режимах одномерного, двухмерного и доплеровского сканирования. Установлено, что конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) значимо больше у пациентов 1-й группы ($6,0 \pm 0,020$ см), чем 2-й группы ($5,40 \pm 0,08$ см; $P < 0,01$). Кроме того, у пациентов 1-й группы увеличен конечный диастолический объем ЛЖ (146 ± 5 мл) по сравнению с таковым во 2-й группе (106 ± 6 мл). Толщина миокарда ЛЖ имела тенденцию к повышению у больных 1-й группы ($1,230 \pm 0,010$ см); у 2-й группы — $1,10 \pm 0,020$ см ($P > 0,01$). Масса миокарда ЛЖ также была существенно выше в 1-й группе (190 ± 3 см), чем во 2-й (173 ± 3 см; $P < 0,01$). Вследствие указанных изменений у больных 1-й группы, видимо, падают адаптационные возможности

миокарда, поэтому фракция выброса у них была значимо снижена до $50,0 \pm 1,2\%$ по сравнению с таковой у пациентов 2-й группы ($58,0 \pm 1,7\%$; $P < 0,01$). Соотношение пика Е и пика А менее 1 получено более чем у половины больных 1-й группы — у 52% и 33% у пациентов 2-й группы, что свидетельствует о нарушении систолической и диастолической функции ЛЖ у пациентов с МС.

Таким образом, для больных ИБС с МС пожилого и старческого возраста характерны следующие эхокардиографические изменения структуры миокарда ЛЖ: наличие его гипертрофии, снижение фракции выброса, а также систолическая и диастолическая дисфункция. Возможно, что все эти изменения со стороны левого желудочка являются следствием его работы в условиях нагрузки, связанной с избыточным ожирением, повышенным АД, возрастным снижением адаптационных возможностей миокарда.

0325 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗИЛИПА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Караева Е.В., Соловьева А.В., Чичановская Л.В.

Тверская Государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Проблема метаболического синдрома (МС) в настоящее время весьма актуальна. Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе, показали, что там, указанный синдром выявляется у 5-10 % взрослого населения. Напротив, в США примерно одна треть населения с повышенной массой тела имеет признаки МС. Следует особо отметить, что частота встречаемости МС во всем мире нарастает с возрастом, и доля лиц с указанным синдромом составляет 42-43,5%. Помимо клинических проявлений, у больных с МС выявляются различные нарушения липидного обмена. Наиболее частым вариантом дислипидемии при МС является липидная триада: сочетание гипертриглицеридемии, низкого уровня холестерина высокой плотности (ХС ЛВП) и повышения фракции холестерина низкой плотности (ХС ЛНП). Гиполипидемическая терапия представляет одно из наиболее действенных средств профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний при МС.

Целью данной работы явилось изучение эффективности вазилипа в дозе 10 мг/сут при нарушениях липидного обмена у больных ИБС геронтологического возраста с МС.

Обследовано 60 больных в возрасте от 61 до 91 года, мужчин — 26, женщин — 34, состоящих на диспансерном учёте у кардиолога с диагностированной ИБС. Больные были разделены на 2-е группы: 1-ю составили 32 пациента пожилого и старческого возраста с МС, принимающие вазилип; 2-ю группу контроля — 28 больных, находящихся на гипохолестериновой диете. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Исследование продолжалось на протяжении 6-и месяцев. Все больные были подвергнуты общеклиническому детальному обследованию, определялись антропометрические показатели: рост, масса тела, индекс Кетле, отношение длины окружности талии к длине окружности бёдер. У всех обследованных определяли липиды плазмы крови, взятой натощак после 12-часового голодания (общий холестерин — ХС, триглицериды — ТГ, холестерин липопротеидов высокой плотности — ХС ЛВП, холестерин липопротеидов низкой плотности — ХС ЛНП, холестерин липопротеидов очень низкой плотности ХС ЛОНП). Содержание ХС и ТГ определяли ферментативным колориметрическим методом с помощью автоанализатора HITACHI. Уровень ХС ЛВП определяли тем же методом после осаждения из сыворотки ЛНП и ЛПОНП фосфорно-вольфрамовой кислотой.

Лечение вазилипом оказалось эффективным в отношении динамики ХС и ХС ЛНП. МС. Следует отметить, что ХС ЛВП и ХС ЛОНП исходно не превышали нормальных значений. У больных 1-й группы при проведении терапии вазилипом ХС снизился с $6,8$ ммоль/л до $4,2$ ммоль/л, а ХС ЛНП уменьшился с $5,2$ ммоль/л до $3,1$ ммоль/л. В контрольной группе не было существенной динамики по данным показателям.

Таким образом, терапия вазилипом оказалась достоверно более эффективной по сравнению с диетическими мероприятиями

при нарушениях липидного обмена по изучаемым показателям у больных ИБС пожилого и старческого возраста с МС.

0326 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Каражанова Л.К., Абылмашинова Г.Д.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в диагностике и лечении ишемической болезни сердца, она продолжает вносить существенный вклад в структуру заболеваемости, инвалидности и смертности населения в большинстве стран мира, в том числе и в Казахстане.

В последние годы определенное внимание уделяется иммунологическим механизмам развития ишемической болезни сердца и в особенности ее острых форм.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с ишемической болезнью сердца путем обоснования клинической эффективности иммуномодулирующей терапии.

Течение острого коронарного синдрома характеризуется развитием достоверных нарушений со стороны клеточного звена системы иммунитета, заключающихся в активации Т-клеточных механизмов (повышение содержания клеток с преимущественно хелперным — на 16,0% и снижение — с преимущественно супрессорным — на 29,6% фенотипом, увеличение хелперно-супрессорного соотношения на 62,9%), относительно здоровых лиц.

Со стороны неспецифического фагоцитарного звена системы иммунитета у больных острым коронарным синдромом отмечается достоверная активация функциональных механизмов и их дисбаланс, что проявляется повышением фагоцитоза (на 53,1%), спонтанной метаболической активности фагоцитов, на фоне падения индуцированных показателей (ИС НСТ — на 45,1%). Одновременно отмечается значительное повышение содержания маркеров воспаления (С-реактивный белок — до 22,5 раз относительно здоровых лиц).

Нарушения иммунного статуса у больных с острым коронарным синдромом имеют четкие взаимосвязи с тяжестью клинического течения заболевания и развитием осложнений. Отмечалось повышение частоты развития нарушений сердечного ритма (до 3,9 раз), рецидивирующего течения (до 3,6 раз) и ранней постинфарктной стенокардии (до 3,4 раз) у больных мелкоочаговым инфарктом миокарда с выраженными нарушениями иммунного статуса (иммунорегуляторный индекс, ЦИК, индекс стимуляции НСТ-теста, интерлейкин-6), значительное увеличение частоты болевых и безболевых эпизодов ишемии миокарда при нестабильной стенокардии.

0327 АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Есимбекова Э.И.

Семипалатинская государственная медицинская академия, больница скорой медицинской помощи, Семипалатинск, Казахстан

Цель работы: Повышение эффективности лечения больных ИБС с АФС на основании применения препаратов системной энзимотерапии.

Материалы и методы: Проведено обследование и лечение 190 больных инфарктом миокарда (ИМ) и нестабильной (прогрессирующей) стенокардией (НС) в возрасте от 32 до 72 лет (средний возраст $53,2 \pm 1,7$ года), из них 122 мужчины и 68 женщин. Лица контрольной группы были адекватны по полу и возрасту основной группе. Из общего числа больных у 74 был диагностирован крупноочаговый инфаркт миокарда (КИМ). С мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) наблюдалось 52 больных, с НС — 64 пациента. В зависимости от диагноза и проводимой терапии все больные были разделены на 6 групп. В первую группу были включены 25 больных с КИМ, получавшие традиционную терапию, включавшую в себя купирование болевого синдрома, антиангинальную, антикоагулянтную, антиагрегантную, противоритмическую терапию, варьировавшие в зависимости от формы инфаркта, степени тяжести состояния больного и других клини-

ческих показаний. Во вторую группу включены 49 больных с КИМ, получавших дополнительно к традиционной терапии флогэнзим по схеме: 7 таблеток 3 раза в день в течение 5 дней, далее по 5 таблеток 3 раза в день в течение 1 месяца, и в последующем по 3 таблетки 3 раза в день в течение 2 месяцев. В первой из них флогэнзим был назначен с 1 дня по вышеуказанной схеме 23 больным, на фоне приема аспирина в дозе 125 мг в день и гепарина по 10000-15000 ЕД в день подкожно. Во второй подгруппе (26 больных) флогэнзим назначался с 5 дня лечения при одновременной отмене аспирина с целью выявления влияния флогэнзима на тромбоцитарный гемостаз. В третью группу были включены 28 больных с МИМ, получавших традиционную терапию без флогэнзима, в четвертую — 24 больных с МИМ, получавшие на фоне традиционной терапии флогэнзим внутрь, начиная с 1 дня по вышеуказанной схеме. Пятую группу составили 34 больных НС, получавших базисную терапию. Шестую группу обследованных составили 30 больных НС, получавших на фоне базисной терапии флогэнзим внутрь с первого дня пребывания в стационаре по той же схеме.

Результаты исследования: Так, уровень снижения ФВ достиг 36,3% от исходного. Концентрация РПДФ снизилась в целом на 87,4%, РФМК — на 73,5%. Показатель АТ III увеличился на 31,3%. При СЭТ больных с МИМ на фоне АФС также наблюдалась достоверная положительная динамика показателей РПДФ и РФМК, с нестабильной стенокардией — фактора Виллебранда, РПДФ, РФМК и времени фибринолиза.

Выводы: применение препарата флогэнзим при острых формах ИБС, развившихся на фоне АФС, сопровождалось выраженной тенденцией к нормализации параметров системы гемостаза.

0328 СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Жукушева Ш.Т., Амирханова Г.Д., Каирханова Г.А.

Больница скорой медицинской помощи, Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан.

Цель: Оптимизация антиагрегантной терапии у больных ИБС, повторным инфарктом миокарда (ИМ) при аспиринорезистентности на основе изучения динамики клинико-гемостазиологических показателей и показателей липидного обмена.

Материалы и методы: Обследованы 32 больных повторным ИМ без зубца Q в возрасте от 39 до 70 лет (средний возраст составил $53 \pm 1,5$, из них 21 мужчины, 11 женщин). Больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 18 больных, которые через 10 дней после отмены гепарина на фоне малых доз аспирина назначается плавикс 75 мг 1 раз в сутки — 2 недели; затем сочетание флогэнзима по 2 драже 3 раза в сутки с аспирином 125 мг. Продолжительность лечения 24 недели. Группу контроля составили 14 больных на стандартной антитромботической терапии, адекватная по тяжести и форме ИБС, возрасту и полу. Мелкоочаговый передне-перегородочный ИМ диагностирован у 21 больных, у 11 больных мелкоочаговый ИМ задней стенки.

Критерием эффективности терапии является динамика клинико-гемостазиологических показателей и показателей липидного спектра: определение агрегационной активности ТЦ с использованием универсального индуктора агрегации; АТ III; протромбинового индекса, РФМК, АПТВ, фибриногена, фибринолиза. В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных со стороны показателей системы гемостаза определяется умеренная гиперагрегация УИА на 17% в 1-ой группе, на 16% — во 2-ой группе. Уровень содержания РФМК был высоким в обеих группах: в 1-ой гр.-7,75 сек.; 2-ой гр.-8,3 сек.; а также отмечалось снижение показателей АТ III (28,5% — в 1-й гр.; 27,5% — во 2-й гр.).

У больных на фоне применения плавикса, флогэнзима и аспирина через 4, 12 и 24 недели наблюдалось снижение агрегационной активности тромбоцитов на 25%, снижение РФМК на 44,5%, повышение фибринолиза на 25%, АТ III-25% в 1-й гр. Во

2-й гр. больных снижение УИА 15%, РФМК-22,9%, изменение фибринолиза на 18%, АТ III-12%. Из вышеуказанного лечения наблюдалось снижение липидного обмена во всех группах, но наиболее значительным снижением в 1-й группе. В процессе комбинации плавикса с флогэнзимом и аспирином отмечается достоверное улучшение основных показателей системы гемостаза через 4 и 24 недели лечения. В группе контроля некоторая положительная динамика, но остаются значительно повышенным РФМК, АТ III и фибринолиз без существенной динамики. Анализ клинических результатов лечения в основной и контрольной группе показала, что в основной группе ранняя постинфарктная стенокардия на 17,5% меньше встречалась, чем в контрольной, нарушение ритма 13,75%, уменьшение частоты повторных госпитализаций на 37,5%, развитие аневризмы 3,75%.

Вывод: Применение комплексной терапии в комбинации плавикса с флогэнзимом и аспирином в лечении больных повторным инфарктом миокарда способствует значительному улучшению показателей системы гемостаза, липидного обмена и клинических показателей.

0329 УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каражанова Л.К., Жукушева Ш.Т., Сонина О.П.

Больница скорой медицинской помощи, Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Цель: Оптимизация патогенетической терапии у больных инфарктом миокарда (ИМ) на фоне артериальной гипертензии (АГ) с метаболическим синдромом на основе изучения динамических показателей сосудисто — тромбоцитарного звена и плазменно-коагуляционного гемостаза, показателей липидного обмена.

Методы исследования: Обследованы 36 больных (ИМ) на фоне АГ с метаболическим синдромом в возрасте от 42 до 72 лет (средний возраст составил $53 \pm 1,5$, из них 21 мужчины, 15 женщин), которые разделены на 3 группы. Одну группу составили 16 больных, которые принимали плавикс 75 мг/сутки в сочетании с флогэнзимом по 2 драже 3 раза в день и вазилип 20 мг/сутки в течение 1-го месяца на фоне традиционной терапии (нитраты, β -блокаторы, ИАПФ); 2-ую группу составили 10 больных принимавших традиционную терапию с вазилипом (20 мг в сутки) и флогэнзим (2 драже 3 раза в день); 10 больных принимавших традиционную терапию с плавиксом 75 мг/сутки и вазилип (20 мг в сутки) составили третью группу. Данные способы терапии были рассчитаны на три месяца. У всех больных проводилось определение показателей свертывающей системы крови исходно и в динамике через 30 дней с помощью наборов «Технология — стандарт» (г. Барнаул): сосудисто-тромбоцитарное звено — универсальный индуктор агрегации (УИА); коагуляционное звено — антитромбин III (АТ III); активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ); протромбиновое время (ПВ); методы исследования фибринолиза и продуктов деградации фибрина — растворимых — фибрин — мономерных комплексов (РФМК), времени фибринолиза.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных со стороны показателей системы гемостаза определяется гиперагрегация УИА на 17% в 1-ой группе, на 16% — во 2-ой группе, на 15% — в 3-ей группе. Уровень содержания РФМК был высоким во всех группах: в 1-ой гр.-8,5 сек.; 2-ой гр.-8,3 сек.; 3-й гр. — 8,5 сек.; а также отмечалось снижение показателей АТ III (28,5% — в 1-й гр.; 27,5% — во 2-й гр.; 31% — в 3-й гр.).

У больных на фоне применения плавикса, флогэнзима и вазилипа через 30 дней наблюдалось снижение агрегационной активности тромбоцитов на 27%, снижение РФМК на 46%, повышение фибринолиза на 25%, АТ III-25% в 1-й гр. Во 2-й гр. больных снижение УИА 17%, РФМК-41,8%, изменение фибринолиза на 19%, АТ III-12%. В 3-й гр. отмечено достоверное снижение РФМК на 44%, фибринолиза — на 21%, АТ III-на 25%, УИА-на 15%. Во всех группах больных наблюдалось повышение общего холестерина до 6,9-7,5 ммоль/л, триглицеридов до 2,8-2,9

ммоль/л и липопротеинов низкой плотности до 2,9-3,5 ммоль/л, снижение липопротеинов высокой плотности до 0,2-0,5 ммоль/л. После проведения вышеуказанного лечения наблюдалось нормализация липидного спектра во всех группах, но наиболее значительным снижением в 1-й группе.

Выводы: Применение комплексной терапии плавикса 75мг/с флогэнзима и вазилип в лечении больных инфарктом миокарда на фоне артериальной гипертензии с метаболическим синдромом способствует значительному улучшению показателей системы гемостаза, улучшению липидного обмена.

0330 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Каражанова Л.К., Молдабеков Т.К., Тулеутаева Г.К.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Изучение роли эндотелиальной дисфункции вносит новое осмысление патогенеза атеросклероза и ИБС. Эндотелиальную дисфункцию определяют как дисбаланс между факторами, обеспечивающими сосудистый тонус, местные процессы гемостаза, пролиферацию и миграцию клеток в сосудистую стенку.

Цель исследования: Оптимизация лечения больных острым коронарным синдромом на основе комплексной оценки показателей эндотелиальной дисфункции.

Содержание метаболитов оксида азота у больных ОКС (мелкоочаговый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия) снижено на 50,0% и 45,8% относительно здоровых лиц соответственно. В первые дни от момента развития заболевания данный показатель имеет тенденцию к снижению, сменяющуюся в дальнейшем постепенным ростом. Наличие выраженного уменьшения содержания метаболитов оксида азота в крови при ОКС и развитие достоверной динамики к падению его уровня обуславливают ухудшение клинического течения и прогноза заболевания.

Течение ОКС связано с уменьшением степени эндотелий-зависимой вазодилатации или формированием парадоксальной сосудистой реакции (вазоконстрикции). Больные с резкими нарушениями содержания метаболитов оксида азота и эндотелий-зависимой вазодилатации характеризуются значительной активацией сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, гиперлипидемией и дисбалансом в системе тиолового метаболизма, указывающим на снижение антиоксидантной активности.

Использованием селективного бета-адреноблокатора (небиволола), гиполипидемического препарата (аторвостатин) и их сочетания в терапии ОКС приводит к достоверной нормализации показателей эндотелиального синтеза оксида азота, эндотелий-зависимой вазодилатации, липидного обмена и антиоксидантной системы. Более значительное влияние на концентрацию метаболитов NO, состояние эндотелий-зависимой вазодилатации оказывает небиволол, на липидный обмен и тиол-дисульфидное соотношение — аторвостатин. Действие небиволола проявляется в более ранние сроки (5-7 суток лечения), чем аторвостатин (15-20 суток). Применение сочетания небиволола и аторвостатина обеспечивает более полную коррекцию показателей функции эндотелия и метаболических параметров.

Клинические результаты применения небиволола, аторвостатина и их сочетания у больных ОКС заключаются в снижении тяжести течения МИМ и частоты осложнений, уменьшении числа и продолжительности ишемических эпизодов, частоты инфаркта при ИС, в отдаленном периоде (до 1 года) — снижением летальности и частоты развития обострений ИБС (с 37,8% до 7,2%).

0331 ПРОГРАММЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каражанова Л.К., Свистик Т.Н.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Наиболее распространенным патологическим состоянием системы кровообращения у взрослых лиц является артериальная гипертензия, наличие которой относится к числу важнейших факторов риска развития острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ишемической болезни сердца и ишемической болезни мозга. Поэтому вопросы первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии относятся к числу приоритетных в современной кардиологии.

Цель исследования: оценка эффективности программы вторичной профилактики артериальной гипертензии, основанной на коррекции факторов сердечно-сосудистого риска, адаптированной к работе учреждений первичной медико-санитарной помощи.

За период 2002-2004 гг. в г. Семипалатинске уровень заболеваемости артериальной гипертензией находился в пределах 156,9-198,6 на 10000 населения с тенденцией к росту, показатель распространенности — 995,9-1107,2. Разработана и апробирована методика оценки качества профилактической помощи больным артериальной гипертензией с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений с учетом коррекции факторов риска. У больных с артериальной гипертензией, находящихся на диспансерном наблюдении семейных врачей и участковых терапевтов, выявлена высокая распространенность гиперхолестеринемии (52,1%), избыточной массы тела (56,9%), курения (у 80,1% мужчин и 10,5% женщин) и недостаточная эффективность медикаментозной терапии (целевой уровень АД достигнут у 11,4%).

Реализация программы вторичной профилактики при сравнении с обычным диспансерным наблюдением показала достоверное снижение среди пациентов с артериальной гипертензией частоты факторов риска: ожирения (на 34,9%), гиперхолестеринемии (на 18,3%), курения (на 26,8% у мужчин и на 20,9% у женщин). В структуре больных более чем в 5 раз снизилось число пациентов с повышением АД, соответствующим III ст. АГ, вдвое — соответствующим II ст. Частота достижения целевого АД у больных с артериальной гипертензией повысилась с 11,9% до 44,6% ($p < 0,05$).

В результате проведения программы вторичной профилактики достигнуто снижение потребности больных в медицинской помощи: уменьшение среднего числа вызовов скорой помощи на 71,4% ($p < 0,01$), количества обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения — на 57,8% ($p < 0,01$), госпитализаций — на 50,0% ($p < 0,01$). Достоверно снизилось число случаев временной нетрудоспособности на 56,1% ($p < 0,01$), а число дней временной нетрудоспособности — на 67,8% ($p < 0,01$). Уменьшение числа случаев первичного выхода на инвалидность по группе составило 66,7%. Экономическая эффективность внедрения программы вторичной профилактики составила 20718,4 тенге на 1 больного в год.

0332 РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Каражанова Л.К., Танатарова Г.Н., Мансурова Д.А., Масалимова А.Т.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Цель работы: Оценка клинического значения фактора некроза опухоли у больных хронической сердечной недостаточностью.

Сердечная недостаточность — исход многих сердечно-сосудистых заболеваний как воспалительной, так и не воспалительной природы, серьезная причина нарушения трудоспособности и уменьшения продолжительности жизни населения развитых стран.

Важное место в современной нейроэндокринной теории развития сердечной недостаточности отводится фактору некроза опухоли (ФНО- α).

Снижение концентрации фактора некроза опухоли на фоне лечения ассоциируется с клиническим улучшением, а стойкое увеличение его уровня — с уменьшением продолжительности жизни пациентов.

Дополнительные подтверждения роли фактора некроза опухоли в патогенезе сердечной недостаточности были получены

при изучении неоптерина — низкомолекулярной гетероциклической стабильной молекулы, образующейся в моноцитах/макрофагах и некоторых других клетках в процессе биотрансформации гуанозинтрифосфата. Наши результаты свидетельствуют об увеличении концентрации неоптерина в сыворотке крови больных с сердечной недостаточностью, коррелирующей с функциональным классом сердечной недостаточности и развитием кахексии. Кроме того, отмечена корреляция между концентрацией неоптерина и $\text{ФНО-}\alpha$ ($r_s = 0,41$, $p < 0,01$). Эти результаты однозначно свидетельствуют о важном клиническом значении определения фактора некроза опухоли и неоптерина при СН.

Все данные, касающиеся участия фактора некроза опухоли в развитии и прогрессировании сердечной недостаточности, имеют важное практическое значение для разработки новых подходов к лечению этой патологии и уточнения механизмов действия уже применяемых фармакологических препаратов.

Не вызывает сомнения, что дальнейшие исследования патогенетического значения фактора некроза опухоли в развитии сердечной недостаточности имеют первостепенное значение для совершенствования методов лечения этой патологии.

0333 ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ И ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Карамова И.М., Плечев В.В., Сибгатуллин Н.Г., Хайретдинова Т.Б., Нагаев И.А., Онегов Д.В., Раянова Р.Р., Шамсутдинова Р.Р., Янбеков Н.А.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить подходы к хирургическому лечению новорожденных и детей раннего возраста.

Методы: проведен анализ результатов хирургической помощи новорожденным и детям раннего возраста, находившимся на лечении в детском кардиохирургическом отделении Республиканского кардиологического диспансера в период с 2001–2006 годы. Всего было пролечено 30 новорожденных и детей раннего возраста. В возрасте до 1 месяца прооперировано 5 пациентов, от 1 месяца до 1 года — 13, с 1 года до 3 лет — 12. Среди них 18 девочек и 12 мальчиков. У 11 пациентов наблюдалась изолированная КоА, у 8 сочетание КоА с ОАП, у 7 с ДМЖП, у 4 с множественными ВПС. Коарктация аорты была представлена локальным сужением у 25 пациентов, сочеталась с гипоплазией дуги у 4, с гипоплазией перешейка и нисходящей аорты у 1 пациента. Показания к операции являлись: артериальная гипертензия (АД до 130% выше нормы), градиент давления на уровне нисходящей аорты от 33 до 88 мм рт.ст., тяжелая сердечная недостаточность. Снижение фракции выброса левого желудочка менее 50 % наблюдалось у 5 больных. Инотропная поддержка до операции проводилась трём пациентам, ИВЛ одному.

Результаты: в зависимости от хирургической тактики пациенты были разделены на три группы. В I группе реконструкция аорты достигалась резекцией суженного участка с наложением анастомоза конец в конец у 19 пациентов, во II группе непрямой истмопластикой коарктации аорты с применением заплатки из ксеноперикарда у 6 пациентов, в III группе с использованием культи левой подключичной артерии по Вальдхаузену. Среднее время пережатия аорты равнялось $28,2 \pm 11,3$ минут. Тенденция к нормализации артериального давления и показателей функции и геометрии левого желудочка у больных наступала на госпитальном этапе. Результат операции у всех больных на протяжении наблюдаемого периода оставался стабильно хорошим, артериальное давление соответственно возрастной норме, градиент давления в среднем равнялся $17,6 \pm 4,3$ мм рт.ст. Наряду с этим у 5 больных сохранялись эхокардиографические признаки гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка. После операции умерло 4 детей в возрасте 3, 5, 17 суток и 1 ребёнок 2 месячного возраста. Среди умерших детей в одном случае коарктация аорты сочеталась со стенозом аортального клапана, КСЛА и ОО. Во 2-м случае с гипоплазией дуги аорты, полидактилией. В 3-м случае с ОАП, стенозом аортального клапана, ДМЖП и ОО. В 4-м случае с фиброзелостозом эндомиокарда, двусторонней пневмонией. Причиной смерти являлись сердечная недостаточность, персистирующая лёгочная гипертензия, полиорганная недостаточность.

Выводы: Своевременно и адекватно выполненная операция КоА у детей раннего возраста приводит к благоприятному и стабильному гемодинамическому результату. Высокую летальность новорожденных детей с коарктацией аорты обуславливает сочетание коарктации аорты с другими ВПС.

0334 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ШАХТЕРОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Карабаева Р.Ж.

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний, Караганда, Казахстан

Целью исследования явилось изучение состояния системы гемостаза у шахтеров, страдающих артериальной гипертензией.

Методы: Проведено обследование 75 работающих шахтеров с выявленной артериальной гипертензией (I-я группа). Контрольную группу составили 30 здоровых шахтеров (2-я группа). Группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы в подземных условиях. Показатели системы гемостаза исследовались по унифицированным методикам при использовании наборов реактивов фирмы «Технология-Стандарт» (г. Барнаул).

Результаты: Средние значения АД в группах были следующими: в 1-й группе САД — $151,14 \pm 2,7$ мм рт.ст., ДАД — $99,14 \pm 1,6$ мм рт.ст.; во 2-й группе САД — $124,76 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД — $84,1 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В результате проведенного исследования статистически значимые различия между группами здоровых и больных АГ шахтеров были выявлены только в отношении уровня АПТВ, что свидетельствует об изменении активности внутреннего пути коагуляции при АГ. Среднее значение этого показателя в 1-й группе составило $32,3 \pm 0,92$ с, а во 2-й $35,7 \pm 1,4$ с ($p < 0,05$). Другие изучаемые показатели были сопоставимы в группах и не имели достоверных отличий. Так, агрегация тромбоцитов в 1-й группе составила $13,9 \pm 0,5$ с, во 2-й — $14,6 \pm 0,5$ с, РФМК — $4,96 \pm 0,28$ мг% и $4,49 \pm 0,34$ мг%, тромбиновое время — $15,9 \pm 0,6$ с и $15,3 \pm 0,8$ с, фибриноген — $3,4 \pm 0,12$ г/л и $3,7 \pm 0,11$ г/л, XII-а калликреин-зависимый фибринолиз — $7,7 \pm 0,5$ мин и $7,5 \pm 0,5$ мин по группам соответственно.

Однако при анализе показателей в зависимости от длительности стажа работы в подземных условиях было отмечено следующее: у шахтеров с артериальной гипертензией при увеличении стажа происходит достоверное повышение агрегации тромбоцитов и уровня РФМК. При стаже до 5 лет агрегация тромбоцитов была $17,4 \pm 0,74$ с, в дальнейшем при стаже более 10 лет — $13,2 \pm 0,56$ с ($p < 0,01$), а при стаже более 20 лет — $11,7 \pm 0,53$ с ($p < 0,01$). Уровень РФМК также претерпевает изменения при увеличении подземного стажа: при стаже до 5 лет — $3,6 \pm 0,24$ мг%, при стаже более 10 лет — $5,8 \pm 0,96$ ($p < 0,05$), при стаже более 20 лет — $5,7 \pm 0,52$ мг% ($p < 0,01$). Наблюдалось увеличение показателя XII-а калликреин-зависимого фибринолиза, который, однако, достоверно изменился лишь при стаже более 20 лет ($6,4 \pm 1,1$ мин — $7,0 \pm 1,02$ мин — $9,7 \pm 0,83$ ($p < 0,05$) в зависимости от вредного стажа соответственно).

Таким образом, у шахтеров, страдающих АГ, отмечены изменения как в сосудисто-тромбоцитарном, так и коагуляционном звеньях гемостаза. Эти изменения проявляются при стаже работы в неблагоприятных условиях 10 и более лет и прогрессируют в дальнейшем. Выявленные изменения в системе гемостаза свидетельствуют о развитии латентнотекущего синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания у шахтеров с артериальной гипертензией.

0335 АНАЛИЗ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИБС В РАННЕМ СРОКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Кардаш О.Ф., Белевцев М.В., Мовчан Л.В., Коростелева Л.Б., Дубовик О.С.,*

*Островский Ю.П.**

*РНПЦ «Кардиология»; РНПЦ «Детская онкология и гематология», Минск, Беларусь

Воспалительная реакция является универсальным ответом организма на повреждающее воздействие. Однако при нарушении равновесия между интимными механизмами регуляции инициируется чрезмерный ответ, который сопровождается неблагоприятными клиническими проявлениями.

Цель настоящего исследования: оценка иммунного воспалительного ответа после операции на открытом сердце у больных ИБС.

Материалы и методы. Параметры клеточного (методом проточной цитометрии) и гуморального (методом нефелометрии) иммунитета исследованы у 16 больных ИБС в возрасте от 44 до 74 лет до операции, через 24 часа и на 7 сутки после аортокоронарного шунтирования.

Результаты. Постперикардотомный синдром (ППС) развился на первой неделе после операции у 7 больных. В дооперационном исследовании субпопуляционный состав лимфоцитов, экспрессия активационных молекул на Т-лимфоцитах, концентрация иммуноглобулинов G, M и A, компонентов комплемента и цитокинов до операции на открытом сердце у больных с ИБС определялись в пределах нормальных значений и практически не различались в группах с ППС и без него.

На первый день после операции отмечалось снижение числа Т-лимфоцитов в обеих группах больных ИБС и достоверное снижение как абсолютного, так и относительного числа естественных киллеров в группе ИБС с последующим полисерозитом ($22,8 \pm 3,4\%$ и $13,4 \pm 2,5\%$, $p < 0,05$, соответственно в группе без и с ППС). Тенденция к более выраженному снижению иммуноглобулинов G, M, A и компонентов комплемента выявлена в группе больных с экссудативной реакцией (Ig G $10,1 \pm 1,0$ г/л и $8,8 \pm 1,1$ г/л, $p = 0,08$, соответственно в группе без и с ППС). Особое внимание заслуживает реакция активационных рецепторов на Т-лимфоцитах (HLA-DR, CD25, CD95) на развитие постперикардотомного синдрома. У пациентов без полисерозита отмечалось снижение числа активированных Т-лимфоцитов преимущественно по пути активации через Fas-рецептор (CD95+ $38,3 \pm 6,1\%$ и $61,2 \pm 2,7\%$, $p < 0,05$, соответственно в группе без и с ППС) с последующим выходом в апоптоз. Увеличение концентрации интерлейкина-6 было недостоверно больше в группе пациентов с постперикардотомным синдромом.

При исследовании иммунологических показателей на 7 день после операции наблюдалась тенденция к восстановлению параметров до исходного уровня. Однако у пациентов с полисерозитом, достоверно ниже оставались показатели абсолютного числа Т-лимфоцитов и естественных киллеров.

Выводы. Таким образом, наиболее выраженные изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета у пациентов ИБС происходят в течении первых суток после операции на открытом сердце. У больных ИБС с возникшим полисерозитом после операции на первые и седьмые сутки определяется достоверное снижение относительного и абсолютного числа естественных киллеров, тенденция к снижению концентрации иммуноглобулинов и компонентов комплемента, что может являться одной из основных причин возникновения экссудативных осложнений.

0336 ПРОВосПалительные маркеры у больных инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа

Каретникова В.Н., Ардашова Н.Ю., Осокина А.В., Барбараш О.Л.

ГОУ ВПО Росздрава «Кемеровская Государственная Медицинская Академия», Кемерово, Россия

Целью работы явилось изучение влияния провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у больных инфарктом миокарда (ИМ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: основную группу составили 26 больных с Q-ИМ в сочетании с СД, контрольная группа – 26 больных ИМ без нарушений углеводного обмена. Определение интерлейкина (ИЛ) 1β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и С-реактивного белка проводили на 10-12 сутки от начала ИМ.

Результаты: Выявлено более выраженное повышение уровня ИЛ-1β, ИЛ-8, ИЛ-6 ($p \leq 0,05$) у больных основной группы. Также

достоверно повышен уровень С-реактивного белка ($p \leq 0,05$) у больных с СД. При анализе данных показателей у пациентов с осложненным ИМ (острая левожелудочковая недостаточность, жизнеопасные нарушения ритма) повышение ИЛ-6 ($19,1 \pm 1,6$ нг/мл в основной группе; $9,7 \pm 1,1$ нг/мл – в контрольной), ИЛ-8 ($224,3 \pm 11,2$ нг/мл vs $132,7 \pm 9,8$ нг/мл) выявлено в группе больных с СД. Различий в уровне ИЛ-10 в нашем наблюдении выявлено не было.

При сравнении группы с осложненным ИМ и больных с ИМ неосложненного течения в сочетании с СД продемонстрированы более высокие значения ИЛ-1β, ИЛ-6 в группе СД с неосложненным течением (различия недостоверны).

Выводы: в работах по изучению иммунного статуса у больных ИБС подтверждена роль клеточного и гуморального звеньев иммунитета в патогенезе атеросклероза.

В настоящее время широко обсуждается роль маркеров воспаления, особенно провоспалительных цитокинов в раннем развитии и прогрессировании ИБС у больных СД 2 типа.

По данным нашего исследования у больных ИМ в сочетании с СД 2 типа выявлен более высокий уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8) и СРБ, независимо от наличия осложнений ИМ. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой активности процессов иммунного воспаления у больных ИМ на фоне СД.

0337 К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каримова А.М., Хасаев А.Ш., Маммаев С.Н., Омарова Д.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, Медицинский центр «Гепар», Махачкала, Россия

Цель исследования: оценить клиническую информативность определения уровня провоспалительного цитокина – фактора некроза опухоли-α (TNF-α) и противовоспалительного цитокина – интерлейкина-4 (IL-4) в сыворотке крови у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы исследования: Были исследованы 40 больных с МС в возрасте от 42 до 66 лет (средний возраст 54 ± 12 лет), которым проводились антропометрические измерения, биохимические исследования крови, определение в сыворотке крови инсулина и С-пептида ИФА методом с использованием коммерческих тест-систем «DRG» (США); TNF-α и IL-4 так же ИФА методом с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест» (Россия). Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев, из них мужчин 9, женщин 16 (средний возраст 44 ± 12).

Диагноз МС устанавливался на основании универсального определения Международной Диабетической ассоциации 2005 года.

Результаты исследования: При изучении цитокинов сыворотки крови выявлено повышение содержания TNF-α у (80%) больных, а также снижение уровня IL-4 у (62%) по сравнению с таковыми в контрольной группе. Среднее значение TNF-α достоверно ($p < 0,05$), а IL-4 недостоверно ($p > 0,05$) отличалось от показателей группы контроля. Установлена прямая корреляционная связь между уровнем TNF-α сыворотки и степенью АГ, а так же отношением окружности талии к окружности бедер у больных с МС ($r = 0,6$ и $r = 0,56$, соответственно, $p < 0,05$). Изучение взаимосвязи между содержанием TNF-α и показателями липидного спектра у больных МС установило наличие достоверной корреляционной связи: прямой – между уровнем TNF-α и содержанием триглицеридов ($r = 0,58$ и $p < 0,01$); и обратной – между уровнем TNF-α и содержанием холестерина липопротеидов высокой плотности ($r = -0,54$, $p < 0,01$). Для IL-4 достоверной связи с вышеперечисленными показателями не установлено ($p > 0,05$). При изучении связи между уровнем цитокинов с одной стороны, и содержанием глюкозы и мочевой кислоты сыворотки крови с другой, достоверной зависимости не установлено ни для одного из них: $r = 0,34$ и $r = 0,30$, соответственно (для TNF-α); $r = 0,28$ и $r = 0,32$, соответственно (для IL-4); $p > 0,05$. Содержание инсулина в крови больных с МС достоверно коррелировало с уровнем TNF-α ($r = 0,61$, $p < 0,05$). Достоверной корреляционной связи

между концентрацией С-пептида и уровнем обоих цитокинов выявить не удалось ($p > 0,05$).

Выводы: 1. У больных с метаболическим синдромом установлено нарушение баланса в продукции про- и противовоспалительных цитокинов в пользу первых. 2. Уровень провоспалительного цитокина TNF- α имеет достоверную связь с основными клинико-лабораторными показателями, характеризующими МС.

0338 ВЛИЯНИЕ АРИФОНА РЕТАРД НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Каримова Б.Ш., Елисеєва М.Р., Бекбулатова Р.Ш

Республиканский специализированный центр кардиологии, МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: целью данного исследования явилось изучение влияния длительной терапии Арифеном ретард на структурно-функциональное состояние миокарда и дисфункцию эндотелия у больных ЭГ.

Материал и методы исследования: Обследовано 17 больных ЭГ II-III ст (ВОЗ/МОГ, 1999) мужского пола, среднего возраста $57 \pm 10,3$ лет, с длительностью заболевания $13,06 \pm 6,7$ лет. Параметры центральной гемодинамики и масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) оценивались с использованием М-режима эхокардиографии. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) определялась на основании расчета ММЛЖ по методике Penn и ее индексированной к площади поверхности тела величины — индекса ММЛЖ (иММЛЖ). За уровень ГЛЖ принимался критерий иММЛЖ, превышающий 134 г/м^2 . Функция эндотелия оценивалась методом доплерографии путем определения потока-зависимой дилатации (α Д) плечевой артерии (ПА) в пробе с реактивной гиперемией.

Результаты исследования: Исходные значения САД и ДАД составили $176,2 \pm 11,47$ мм рт.ст. и $110 \pm 10,32$ мм рт.ст. соответственно. 12-тидневная монотерапия Арифеном ретард в дозе $1,5 \text{ мг/сут}$ оказывала выраженный антигипертензивный эффект у всех больных, нарастающий к концу 4 недели, и сохраняющийся к концу 12 недели терапии. Установлено снижение САД на $29,64 \pm 12,3 \%$ ДАД на $26,2 \pm 13,5 \%$ ($p < 0,05$). Побочные эффекты проявлялись у 2 больных усилением головных болей в первые 3 дня приема препарата, но эти явления самостоятельно прошли к концу 1 недели, не требуя отмены препарата или медикаментозной коррекции. Целевые значения САД и ДАД были достигнуты у 63% и 82% соответственно. ($p < 0,05$). Арифон ретард оказывал благоприятное влияние на ремоделирование миокарда левого желудочка, что проявлялось уменьшением иММЛЖ на $8,36 \pm 3,79 \%$. Исходно эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) была нарушена у всех больных, причем у 50% больных наблюдалась парадоксальная вазоконстрикция. На фоне терапии у всех больных отмечалось улучшение ЭЗВД, и α Д составила $9,91 \pm 4,78$ против $1,46 \pm 5,63$ соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: Арифон ретард обладал высокой антигипертензивной эффективностью, постепенно нарастающей к концу 3 месяца лечения. Терапия Арифеном ретард способствовала достоверной регрессии гипертрофии левого желудочка и коррекции вазорегуляторной функции эндотелия.

0339 ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Карпов А.А., Фрид С.А.

Башкирский Государственный Медицинский Университет, ГKB№8, Уфа, Россия

Цель: выявление частоты метаболических нарушений у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и изолированной систолической гипертензией (ИСАГ) и изучение характера взаимовлияния параметров метаболического профиля друг на друга в зависимости от пола.

Методы: нами обследовано 32 пациента с ГБ III стадии, III степени, риск IV, ранее регулярно не лечившиеся и 26 пациентов с ИСАГ: 12 мужчин и 14 женщин. Изучали: индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), количество жировой массы тела (ЖМТ, по формуле Durnin- Womersley), основной обмен (ООЕ), уровень артериального давления (САД и ДАД), особенности характера питания, данные биохимического анализа крови (холестерин, триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), уровень глюкозы натощак), толщина комплекса «интима — медиа» (ТИМ) на уровне общей сонной артерии.

Результаты: 72% больных ГБ имело 4 компонента метаболических нарушений, и 62% с ИСАГ. Установлены достоверные различия по показателям — ИМТ ($32,76 \pm 0,86$ — мужчины с ГБ и $30,48 \pm 0,48$ с ИСАГ ($p < 0,05$); $34,64 \pm 0,7$ у женщин с ГБ и $31,06 \pm 0,76$ с ИСАГ ($p < 0,05$)); ЖМТ ($36,42 \pm 2,0$ — мужчины с ГБ и $33,76 \pm 1,78$ с ИСАГ ($p < 0,01$); $39,1 \pm 1,76$ — женщины с ГБ и $36,78 \pm 2,0$ с ИСАГ ($p < 0,01$)); ООЕ (1737 ± 40 — мужчины с ГБ и 1642 ± 32 — ИСАГ ($P < 0,01$); 1662 ± 37 — женщины с ГБ и 1576 ± 36 с ИСАГ ($p < 0,05$)); ХС ЛПВП ($0,98 \pm 0,06$ — мужчины с ГБ и $0,76 \pm 0,045$ — с ИСАГ ($p < 0,001$); $0,88 \pm 0,02$ — женщины с ГБ и $0,74 \pm 0,05$ — с ИСАГ ($p < 0,01$)); ТГ ($2,28 \pm 0,04$ мужчины с ГБ и $2,78 \pm 0,03$ с ИСАГ ($p < 0,001$); $2,32 \pm 0,08$ — женщины с ГБ и $2,64 \pm 0,07$ — ИСАГ ($P < 0,001$)); ТИМ ($1,32 \pm 0,12$ пациенты с ИСАГ и $1,16 \pm 0,2$ с ГБ ($p < 0,001$)). При анализе корреляционной связи между компонентами метаболических нарушений установлено что ИМТ и ОТ сильно и независимо от пола влияет на артериальное давление ($R_{\text{имт/сад}} = 0,79$; $R_{\text{имт/дад}} = 0,77$) в группе с ГБ и слабое независимо от пола в группе с ИСАГ ($0,28$ и $0,48$ соответственно). ЖМТ сильно влияет на САД и ДАД у женщин с ГБ ($R = 0,87$) и средне у мужчин ($0,56$); в группе с ИСАГ связь ЖМТ и АД у мужчин ($0,28$), а у женщин ($0,46$). $R_{\text{тг/сад}} = 0,86$ у пациентов с ИСАГ и $0,56$ с ГБ. Уровень ТГ на ДАД оказывал слабое влияние ($R = 0,32$) у пациентов с ИСАГ ($R_{\text{тг/дад}} = 0,42$ с ГБ). $\text{ХСЛПВП/сад} = -0,89$ у пациентов с ИСАГ и $0,56$ с ГБ. ООЕ средне влияет на уровень ХС у больных с ГБ ($r = 0,54$) и слабое у больных с ИСАГ ($0,34$).

Выводы: у пациентов с ГБ более значимыми факторами в развитии метаболических нарушений являются избыточная масса тела и характер распределения жира (особенно у женщин) и характеристики энергетического обмена у мужчин, а у пациентов с ИСАГ более значимыми факторами являются уровень холестерина и фракции липидов сыворотки крови. Установленный характер взаимовлияния параметров метаболического профиля между собой свидетельствуют о том, что у пациентов с ГБ степень повышения артериального давления сильно зависит от ИМТ, характера распределения жира, а у пациентов с ИСАГ на артериальное давление больше влияет уровень холестерина, ЛПВП, ТГ.

0340 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Рашид М.А., Казакова Т.В., Пискунов Д.В., Быкова А.Ю.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО «Российский Государственный медицинский университет» Росздрава, Москва, Россия

Цель: Изучить особенности клинических симптомов у больных аортальным стенозом в пожилом возрасте.

Методы: клиническое обследование 310 больных.

Результаты: отмечено преобладание женского пола — 65,8% и 34,2% соответственно. Наиболее частыми причинами госпитализации оказались ИБС (40,3%), декомпенсация ХСН (20,3%) и гипертонические кризы (18,8%). Диагноз порока впервые установлен у 224 (72,3%) больных, у остальных 86 (27,7%) пациентов присутствовали данные о его наличии в предшествующей медицинской документации. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями являлись артериальная гипертензия (59%), нарушения ритма и проводимости (49,4%), перенесенный инфаркт миокарда (41,3%) и хроническая сердечная недостаточность (100%). Одышка была выявлена у 74,8% больных, из которых у 23,7% пациентов

ее продолжительность составляла менее 2х лет, а у остальных 76,3% — более 2х лет. Боли в сердце отмечались у 75,2% больных, в том числе продолжительностью менее 5 лет у 30% и более 5 лет — у 70% пациентов. Типичный ангинозный характер болей в сердце был у 42,9%, а нетипичный — у 57,1% больных. Головокружения установлены у 225 (72,6%) больных КАСДГ. Частота случаев продолжительностью менее и более 3х лет составила 48% и 52% соответственно. Основными факторами риска развития головокружений являлись: повышение АД (45,3%), изменение положения тела (26,7%), физическая нагрузка (17,3%) и нарушения ритма (10,7%). Связи приема лекарственных препаратов с провоцирующими факторами головокружений не выявлено ($p>0,05$). У всех больных при аускультации определялся систолический шум, грубый характер которого отмечен в 46,7% и мягкий — в 53,3% случаев. Проведение шума на сосуды шеи отмечено у 83,8%, на верхушку сердца — у 53,3% пациентов, что сопровождалось наличием симптома «прерывания систолического шума» (симптом Галавердена) в 53,3% случаев. У подавляющего большинства (84,0%) выявлялся систолический шум умеренной интенсивности, соответствовавший грациям S3 и S4. С усилением тяжести аортального стеноза наблюдалось достоверное увеличение: 1) частоты встречаемости типичного «стенокардитического» болевого синдрома ($p<0,05$); 2) систолического шума малой интенсивности ($p=0,013$), мягкого тембра ($p<0,0001$), с аускультативным максимумом на верхушке сердца ($p=0,002$) и сопровождающегося феноменом «прерывания шума» ($p<0,0001$); 3) головокружений, ассоциированных с физической нагрузкой ($p=0,09$) и увеличением функционального класса ХСН ($p=0,001$).

Выводы: диагностика аортального стеноза у пожилых лиц на догоспитальном этапе остается низкой (27,7%) и обусловлена как малой специфичностью симптомов заболевания вследствие наличия у большинства больных ассоциированных кардиологических состояний, так и атипичной клинической картиной в половине случаев.

0341 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МАРКЕРОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ И УРОВНЯ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ

Карпунина Н.С.

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

Цель исследования: оценить изменения параметров липидного спектра у больных стенокардией напряжения II-III функционального класса во взаимосвязи с маркерами хламидийной инфекции и уровнем провоспалительных цитокинов.

Методы исследования: обследовано 34 пациента со стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК), из них мужчин — 16 человек. Средний возраст обследованных — $63,2\pm 1,35$ года. Всем больным проводили исследование липидного спектра сыворотки крови, выполняли иммуноферментный анализ (ИФА) для поиска антител класса Ig G к *C. pneumoniae* (реактивы фирмы ЗАО «Им Ди», Россия, г. Новосибирск) и определяли уровень ИЛ-1 и TNF- α в сыворотке крови с использованием соответствующих тест-систем (ЗАО «Вектор-Бест», Россия, г. Новосибирск). Согласно инструкции при сомнительной реакции величина титра составляла 1:20; при положительной реакции — 1:40. Нормальным считали уровень TNF- α в сыворотке крови менее 2,5 пг/мл.

Результаты: все пациенты в зависимости от результатов серологического обследования были разделены на 2 подгруппы: 19 серонегативных и 15 серопозитивных к *C. pneumoniae* человек. В первой подгруппе уровень общего холестерина (ОХС) составил $5,74\pm 0,301$ ммоль/л, ЛПОНП — $0,86\pm 0,090$ ммоль/л, ЛПНП — $3,93\pm 0,252$ ммоль/л, ЛПВП — $0,93\pm 0,041$ ммоль/л, ТГ — $1,95\pm 0,203$ ммоль/л, индекс атерогенности (ИА) — $5,20\pm 0,483$. Во второй подгруппе отмечен значимо более высокий уровень ОХС ($6,31\pm 0,422$ ммоль/л, $p=0,002$), ЛПНП ($4,47\pm 0,352$ ммоль/л,

$p=0,039$) и ИА — $5,92\pm 0,631$ ($p=0,001$). При этом содержание ИЛ-1 в сыворотках больных обеих подгрупп было минимальным и значимо не различалось; тогда как уровень TNF- α был значимо выше во второй подгруппе ($3,65\pm 3,160$ пг/мл против $2,27\pm 3,265$ пг/мл, $p=0,0027$). Отсутствие выраженной реакции со стороны ИЛ-1, на наш взгляд, объясняется особенностями его взаимодействия с другими компонентами сыворотки крови, а также техническими сложностями и, возможно, несовершенством использованной тест-системы.

Выводы: в целом, сравнение параметров липидограммы позволяет констатировать, что нарушение липидного обмена типично и для серопозитивных, и для серонегативных пациентов со стенокардией напряжения II-III ФК. Факт инфицированности *C. pneumoniae* усугубляет существующие нарушения. Возможно, персистирующая инфекция, тропная к сосудистому эндотелию, индуцирует выработку проатерогенных цитокинов, которые, в свою очередь, оказывают негативное влияние на обмен липидов, потенцируя прогрессирование атеросклероза.

0342 ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

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

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить особенности распространения скорости пульсовой волны (СРПВ), показателей перекисного окисления (ПО) у больных гипертонической болезнью (ГБ), проживающих в районах города Ростова-на-Дону различной экологической комфортности.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 46 человек (средний возраст $52,32\pm 4,12$ лет), которые были разделены на группы: I группа — пациенты с ГБ, проживающие в экологически благоприятных районах (22 человек), II группа — пациенты с ГБ, проживающие в экологически неблагоприятных районах. Перекисное окисление изучалось с помощью определения следующих показателей: пероксинитрита (ONOOH), нитрозогемоглобина (ГлSNO) и нитротирозина (NOTир), определяемых спектрофотометрическим методом. С целью изучения (СРПВ) больных обследовали методом объемной сфигмографии с использованием системы «Поли-Спектр» (ООО «Нейро-Софт», г. Иваново). СРПВ оценивали по скорости пульсовой волны (СПВ) по артериям мышечного типа (См) и СПВ по артериям эластического типа (Сэ).

Результаты исследования и их обсуждение. Оксид азота (NO) может реагировать с кислородом с образованием нитропродуктов. Содержание производных оксида азота (NO) высокотоксичного пероксинитрита (ONOOH), было достоверно выше среди пациентов II группы ($158,98\pm 7,15$ нМ/мг белка), чем в I-ой ($139,87\pm 2,80$ нМ/мг белка), ($p<0,05$). Уровень нитротирозина полностью повторяет динамику пероксинитрита: его значение достоверно выше во II группе ($151,33\pm 11,24$ нМ/мг белка) по сравнению с первой ($124,45\pm 4,24$ нМ/мг белка). Нитрозогемоглобин (ГлSNO), являясь защитником от свободно радикального ПО, повышен у жителей экологически неблагоприятных районов ($21,33\pm 1,64$ нМ/мг белка), по сравнению с жителями экологически благоприятных районов ($17,85\pm 0,74$ нМ/мг белка). Данные нарушения можно объяснить компенсаторными возможностями не только оксидантной системы, но и эндотелия в ответ на действие вазоконстрикторов и перекисных радикалов. Повышение уровня нитропроизводных оксида азота в плазме крови пациентов, проживающих в экологически неблагоприятных районах, подтверждают данные об активации процессов свободно-радикального окисления, косвенно говорящие о дисфункции эндотелия, что коррелирует с уровнем АД, которое достоверно выше у пациентов II группы ($158,04\pm 1,71/94,27\pm 1,54$ против $150,37\pm 2,01/89,16\pm 1,14$ мм рт.ст.). Выявлена связь средней силы между САД и ONOOH ($r=0,48$), а так же САД и ГлSNO ($r=0,53$). Вероятно, воздействие перекисных радикалов приводит к функциональным и структурным изменениям сосудистой стенки, и именно этим механизмом можно объяснить то, что у обеих групп гипертоников при наличии повышения СРПВ по сосудам эластического типа, максимальные нарушения наблюдаются у паци-

ентов II-ой группы ($14,04 \pm 1,46$ м\с) по сравнению с I-ой группой ($10,06 \pm 0,45$ м\с), ($p < 0,05$).

Выводы. Экологический стресс является одним из факторов, влияющим на активацию перекисного окисления, изменения жесткости сосудистой стенки, и как следствие того более высокий уровень АД в районах города с экологически некомфортным проживанием.

0343 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАРУШЕНИЕМ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ТИП «НОН-ДИППЕР»)

Кахраманова С.М., Бахшалиев А.Б.

Кафедра клинической фармакологии АМУ, НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

В соответствии с современными представлениями основной задачей лечения больных гипертонической болезнью (ГБ) является максимально возможное снижение общего риска сердечно-сосудистых осложнений. Доказана неблагоприятная прогностическая значимость феномена недостаточного ночного снижения артериального давления (АД) в формировании поражения органов-мишеней и в определении величины сердечно-сосудистой смертности при ГБ.

Целью исследования явилось изучить особенности гипотензивного эффекта антагониста кальция амлодипина в зависимости от исходного суточного ритма АД и оценить влияние препарата на циркадный ритм АД.

Материал и методы: в исследовании принимали участие 25 больных с ГБ 2 степени в среднем возрасте $51,3(35-68)$ лет, с давностью заболевания $5,7(3-8)$ лет. Для изучения циркадного ритма АД использовался метод амбулаторного суточного мониторирования АД с помощью неинвазивной портативной системы. Интервалы между измерениями составили 30 минут в дневное и 60 минут в ночное время. Нормальным считали ночное снижение АД не менее 10%. Определялись: среднесуточное АД, степень ночного снижения АД. Суточное мониторирование АД выполнялось на «чистом фоне» (плановая гипотензивная терапия отменялась на срок не менее 2 недель) и спустя 1 месяц лечения амлодипином, который назначался в дозах 5-10 мг 1 раз в день утром.

Результаты: из обследованной группы при исходном мониторировании у 10 пациентов отмечено адекватное ночное снижение давления (группа 1). У 15 пациентов ночное АД снижалось недостаточно (группа 2). До лечения среднесуточные цифры АД в 1 группе составляли $148,3(135-160)/88,2(80-95)$ мм рт.ст., во 2 группе — $150,1(140-160)/90,2(85-95)$ мм рт.ст. На фоне терапии в обеих группах произошло достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД: в 1 группе — $130,5(120-145)/77,2(70-85)$ ($p < 0,005$), во 2 группе — $134,5(125-140)/80,1(75-85)$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). При этом отмечено достоверное уменьшение доли пациентов с недостаточным ночным снижением АД с 60,2% до 32,1% ($p < 0,01$).

Выводы: таким образом, в настоящем исследовании показана способность амлодипина достоверно снижать как систолическое, так и диастолическое АД у больных вне зависимости от типа суточного ритма АД. У значительной части больных с нарушением суточного ритма АД происходит его восстановление.

0344 ВЛИЯНИЕ АЛЬТЕПЛАЗЫ НА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ИМ)

Капиталан В.В.

ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: оценка влияния тромболитического препарата — тканевого активатора плазминогена альтеплазы на провоспалительные и эндотелиальные факторы (С-реактивный белок — СРБ, фактор Виллебранда — ФВ, стабильные метаболиты оксида азота

— NOx) у больных ИМ, так как ранее в наших предыдущих исследованиях была определена высокая клиническая и прогностическая ценность этих факторов у больных ИМ с подъемом сегмента ST. По результатам многочисленных международных исследований не вызывает сомнений оптимизирующее влияние эффективной тромболитической терапии (ТЛТ) современными фибринолитическими препаратами в отношении отдаленного прогноза больных ИМ. Вероятным представляется корректирующее действие ТЛТ в отношении эндотелиальных факторов прогноза.

Методы: в исследование участвовало 98 больных (средний возраст — $54,7 \pm 1,2$ лет) с ИМ. 70 из них при поступлении в первые 6 часов от начала ИМ проводилась ТЛТ альтеплазой. 28 пациентам ТЛТ не проводилась вследствие позднего поступления в стационар (6-12 часов). Вышеназванные эндотелиальные и провоспалительные показатели оценивались в плазме крови пациентов обеих групп на 1 и 15 сутки госпитализации. Контрольными служили значения показателей, полученные в группе здоровых добровольцев ($n=10$).

Результаты: по сравнению с контрольными значениями пациенты с ИМ обеих групп характеризовались снижением в 1,5 раза концентраций NO, 7-кратным увеличением концентраций СРБ и 2-кратным увеличением активности ФВ. Значимых различий показателей NO, СРБ и ФВ между больными ИМ обеих групп на 1 сутки выявлено не было. На 15 сутки ИМ в общей группе больных сохранялось достоверное снижение концентрации NO, повышение значений концентрации СРБ и активности ФВ по сравнению с соответствующими контрольными значениями. При сравнительной оценке значений эндотелиальных и провоспалительных факторов у пациентов с ИМ на 15 сутки госпитализации в зависимости от применения ТЛТ альтеплазой выявлены достоверные различия концентраций NO (пациенты с ТЛТ характеризовались в 1,5 раза большими значениями NO по сравнению с соответствующими значениями больных ИМ без ТЛТ), СРБ (значения СРБ в группе пациентов с ИМ без ТЛТ в 2 раза превышали таковые по сравнению с группой больных с ТЛТ), активности ФВ (больные с ТЛТ характеризовались в 1,5 раза меньшей активностью ФВ).

Выводы: вышеназванные закономерности могут свидетельствовать в пользу оптимизирующего влияния системной ТЛТ тканевым активатором плазминогена альтеплазой на показатели эндотелиальной функции и системного воспаления. Благоприятное влияние ТЛТ альтеплазой на отдаленный прогноз ИМ может быть обусловлено не только эффективностью ферментативной реваскуляризации миокарда, но и специфическим корректирующим влиянием на факторы неблагоприятного прогноза у больных ИМ.

0345 ФАКТОРЫ РИСКА И СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ 20-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ МУЖЧИН ВОЗРАСТА 40-59 ЛЕТ

Кваша Е.А.

ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско АМН Украины», Киев, Украина

Цель: изучить взаимосвязь конвенционных факторов риска (ФР) и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Методы: в исследование включены 2511 мужчин возраста 40-59 лет, прошедшие эпидемиологическое обследование по стандартной методике ВОЗ в 1978-1980 гг. В течение 20 лет за всеми обследованными велось проспективное наблюдение с ежегодным установлением жизненного статуса и верификацией случаев смерти.

Результаты: За 20 лет зарегистрировано 572 случая смерти от ССЗ. Умершие мужчины исходно имели достоверно более высокие средние уровни САД ($150,0$ мм рт.ст., $p < 0,001$), ДАД ($93,0$ мм рт.ст., $p < 0,001$), общего ХС ($214,5$ мг/дл, $p < 0,01$), ХС ЛПНП ($138,0$ мг/дл) и коэффициента атерогенности ($3,9$ усл.ед.). Они дольше (в среднем на 4 года) и интенсивнее (на 7 сиг/день) курили по сравнению с выжившими. Это обусловлено большей распространенностью в этой группе таких ФР как артериальная

гипертензия (66,6% по сравнению с выжившими — 34,1%, $p<0,001$); дислипотеидемии (53,8 и 43,7%, $p<0,001$); ожирения (25,5 и 12,7%, $p<0,001$); и курения (54,5 и 32,2%, $p<0,001$). Высокая частота ФР в этой группе сочеталась с их ассоциированностью: только 3,1 % умерших от ССЗ не имели ФР на скрининге, в то время как сочетание трех и более ФР регистрировалась у 45,6 % (для сравнения у выживших 11,6 и 17,0 % соответственно).

Прогностическая значимость САД и ДАД не зависит от возраста на момент обследования. Статистически значимая связь с БМИ выявлена у лиц 40–44 лет, ее выраженность уменьшается с увеличением возраста и в 55–59 лет она отсутствует.

Прогностическая значимость ХС, ХС ЛПНП и коэффициента атерогенности растет по мере увеличения возраста.

Анализ вклада изучаемых показателей в зависимости от срока наблюдения свидетельствует о том, что прямая сильная и независимая связь со смертностью от ССЗ на протяжении всех 20 лет сохраняется только для САД, ДАД и стажа курения. Наличие связи с БМИ выявлено только в первые и последние пять лет наблюдения. Холестерин имеет прогностическое значение только в первые 10 лет наблюдения, в то время как значимость ХС ЛПНП пропорционально длительности наблюдения.

Выводы: Таким образом, результаты 20-летнего наблюдения мужчин 40–59 лет показали, что основными независимыми ФР, детерминирующими смертность от ССЗ, являются артериальная гипертензия, ХС ЛПНП и курение, что и определяет приоритетные направления профилактики в стране.

0346 ВЛИЯНИЕ 12-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ЛОВАСТАТИНОМ НА МИОКАРДИАЛЬНОЕ И СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Керимкулова А.С., Норузбаева А.М., Залеская Ю.В., Миррахимова Э.М.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. Миррахимова М.М., Бишкек, Кыргызстан

Цель: исследовать влияние 12-месячной терапии ловастатином на миокардиальное и сосудистое ремоделирование у пациентов коронарной болезнью сердца и дислипидемией.

Методы: обследованы 83 пациента (средний возраст 53,2±5,6 лет) коронарной болезнью сердца и дислипидемией. Проведено: клиническое обследование с определением липидного спектра, эхокардиографией, велоэргометрией, дуплексным сканированием сонных артерий — исходно и через 12 месяцев. Методом случайной выборки больных разделили на 2 группы: в 1й (n=39) — на фоне гиполипидемической диеты назначалась стандартная антиангинальная, антиагрегантная терапия, во 2й (n=44) — вышеуказанное лечение дополнялось ловастатином (20–60 мг/сут).

Результаты: наряду с достоверным гиполипидемическим эффектом во 2й группе повысилась фракция выброса левого желудочка ($p=0,01$) и уменьшилась толщина комплекса интимы-медиа экстракраниального отдела сонных артерий ($p<0,05$). В 1й группе, в отличие от 2й, увеличились объемные показатели левого желудочка (конечно диастолический и систолический объемы) и индексированная масса миокарда левого желудочка ($p<0,05$).

Заключение: 12-месячная терапия ловастатином у больных коронарной болезнью сердца и дислипидемией оказала положительное влияние на миокардиальное и сосудистое ремоделирование.

Ключевые слова: ловастатин, коронарная болезнь сердца, атеросклероз, ремоделирование.

0347 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кечина Е.П., Столярова В.В.

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Медицинский факультет, Саранск, Россия

Целью данной работы является изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) при острых нарушениях мозгового кровообращения в эксперименте.

Методы. На базе медицинского факультета, проведены исследования по изучению ВРС на белых нелинейных крысах. Первой группе животных перорально вводился холестерин в дозе 40 мг/кг и витамина Д2 в течение 20 дней. Второй группе внутрибрюшинно вводился аллоксанн в дозе 135 мг/кг. Для сравнения использовалась группа интактных животных. На 23-е сутки от начала эксперимента производилась двухсторонняя одномоментная перевязка обеих сонных артерий. Непосредственно до перевязки, сразу после, через 5 минут, через 10 минут, через 15 минут, через 30 минут, через 45 минут, через 60 минут регистрировалась ЭКГ.

Результаты. Среднее значение SDNN, мс до перевязки в интактной группе составило 4,2±0,9, в аллоксановой — 2,6±0,2, в холестериновой — 2,8±0,1. В аллоксановой серии выявлено достоверное повышение данного показателя на 5-й минуте на 35,9% ($p<0,05$), на 10-й минуте — на 42%, на 15-й минуте на 58,54% ($p<0,05$), на 45-й — 36,2% ($p<0,05$), на 60-й минуте на 33,9% ($p<0,05$). В серии с холестерином также выявлено достоверное повышение данного показателя на 17,8 % по отношению к интактной группе. В интактной группе среднее значение SDSD, мс до перевязки составило 3,6±0,6, в холестериновой серии — 2,6±0,1. Выявлено снижение данного показателя на 11,9% на 10 минуте ($p<0,05$), на 13,2% на 30-й минуте. До перевязки среднее значение А Мо, % в интактной серии составило — 27±1,7. Выявлена тенденция к повышению данного показателя на 15-й минуте на 18,5%. В холестериновой серии среднее значение А Мо составило 42,5±4,5. Выявлено снижение данного показателя на 28,9% через 10 минут, и на 27,1% через 30 минут эксперимента ($p<0,05$). В группе интактных животных среднее значение αX до перевязки составило 24,3±7,7, в аллоксановой группе — 12,1±0,1. Выявлено достоверное повышение данного показателя на 49 % сразу после перевязки, на 24,5% через 5 минут, на 49,4% на 15-й минуте, на 32,8% на 30-й минуте ($p<0,05$), на 49,4% и 24,5% на 45-й и 60-й минутах соответственно ($p<0,05$). В серии с холестерином среднее значение αX составило 14,5±0,9. Выявлено уменьшение значения данного показателя на 10-й минуте на 27,6% и на 15-й минуте на 24,2% ($p<0,05$). Среднее значение А Мо/ αX в интактной группе составило 48,9±15,1, в холестериновой 98,5±7. Выявлено снижение данного показателя на 41,4% на 10-й минуте и на 27,5% на 15-й минуте ($p<0,05$). В серии с аллоксаном среднее значение составило 80,4±1,3. Выявлено повышение данного показателя на 30,8% на 10-й минуте ($p<0,05$), и на 25,93% на 15-й минуте. ВПР, мс в интактной серии составил 1,35±0,9, в аллоксановой серии — 0,47±0,04. Выявлено снижение ВПР на 32,1% сразу после перевязки, и на 25,4% на 30-й минуте исследования. В холестериновой серии ВПР до перевязки составил 0,43±0,03. Выявлено повышение ВПР на 17,5% на 15-й минуте ($p<0,05$).

Выводы. 1. В холестериновой серии с 10-й минуты отмечалось повышение тонуса как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Максимальная активация симпатического отдела наблюдалась к 15-й минуте, затем, с 30-й минуты преобладает тонус парасимпатического отдела ВНС.

2. В аллоксановой серии отмечается повышение тонуса парасимпатического отдела ВНС сразу после перевязки, которые сохраняются до конца исследования. Между 10 и 15-й минутами исследования отмечается кратковременная активация тонуса симпатической нервной системы, которое в дальнейшем нивелируется.

0348 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА

Кинякин М.Ф., Суханова Г.И., Удовиченко И.А., Новикова И.В., Мищенко И.С., Дружин А.С.

ГОУ ВПО «ВГМУ», Владивосток, Россия

Цель: выявить эффективность компьютерной электрокардио-топографии (КЭКТОГ) в выявлении гипертрофии миокарда правого (ГПЖ), левого (ГЛЖ) желудочков и комбинированной ги-

пертофрии обоих желудочков (КГОЖ), когда стандартная ЭКГ малоинформативна из-за взаимной нивелировки потенциалов гипертрофированных желудочков.

Материалы и методы: обследованы 3 группы: 32 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) тяжелого и крайне тяжелого течения (GOLD 2003) с ГПЖ (I группа); 35 больных с гипертонической болезнью (ГБ II-III стадии) с ГЛЖ (II группа); 30 больных ХОБЛ в сочетании с ГБ с КГОЖ (III группа). ГПЖ, ГЛЖ, КГОЖ у всех больных была подтверждена ЭхоКГ.

КЭКТГ проводилась по методике В.Е. Полянской с использованием аппарата «Ритм — М», созданный по разработкам НИИ «Альгаир» (г. Москва). Регистрировалось 260 электрокардиосигналов с помощью многоэлектродного пояса, последовательно накладываемого на грудную клетку спереди (передняя картограмма), справа (правая картограмма), на живот (абдоминальная картограмма) и заднюю поверхность грудной клетки (заднебазальная картограмма), что позволяло проследить электрическое поле сердца во всех его областях и значительно повысить диагностические возможности метода.

Эхо-КГ проводили на аппарате «Shimadzu SDU — 2200». Всем больным снимали ЭКГ.

Результаты: в I группе метод КЭКТГ выявил ГПЖ у всех 32 обследуемых (S-тип — у 28, R-тип — у 4). Стандартная ЭКГ, даже с целенаправленным исследованием на выявление ГПЖ (подсчет 25 косвенных и прямых ЭКГ признаков ГПЖ), выявил последнюю только у 20 больных ХОБЛ, что свидетельствует о более низкой диагностической значимости метода ЭКГ по сравнению с КЭКТГ. Во II группе метод КЭКТГ также выявил ГЛЖ у всех 35 больных ГБ, тогда как ЭКГ выявила ее только у 33 больных. В III группе больных ХОБЛ в сочетании с ГБ метод КЭКТГ также в 100% выявил гипертрофию обоих желудочков. Стандартная ЭКГ из 30 больных выявила комбинированную гипертрофию обоих желудочков у 5 больных, только ГЛЖ — у 9, только ГПЖ — у 2. У 14 пациентов признаков гипертрофии миокарда ни левого, ни правого желудочков не было выявлено, по-видимому, за счет нивелирования электрических потенциалов обоих желудочков.

Выводы: метод КЭКТГ обладает высокой диагностической значимостью в выявлении гипертрофий миокарда как правого, так и левого желудочков и, особенно, при их сочетании, когда стандартная ЭКГ особенно малоинформативна. Учитывая сопоставимость метода КЭКТГ с методом Эхо-КГ по точности определения гипертрофии правого, левого желудочков и их сочетания необходимо рекомендовать данный метод для широкого внедрения в практическое здравоохранение.

0349 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРИФОНОМ РЕТАРД БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Киракозов Д.А., Скрипко И.Ю., Спицина Т.Ю.

Волгоградский медицинский университет, областной кардиологический центр, Волгоград, Россия

Современные руководства по артериальной гипертензии (АГ), вышедшие в 2003 и 2004 гг подчеркивают первостепенную важность достижения целевого уровня (ЦУ) артериального давления (АД), особенно в группах высокого риска. Несмотря на определенные различия в рекомендациях по тактике лечения АГ, можно однозначно утверждать, что тиазидные диуретики являются неотъемлемым компонентом рациональной антигипертензивной терапии (АГТ) и является препаратами первой линии, особенно у пациентов с АГ и высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Цель: оценить эффективность Арифона ретард в комбинированной АГТ в течение 6 месяцев для достижения целевого уровня АД у больных с АГ и ССО.

Материалы и методы: В исследовании участвовали 128 пациентов с АГ II степени, имеющие повышенный риск ССО, получавших АГТ, но не достигших целевых значений АД. Средний возраст составил 54 года. Длительность АГ — более 10 лет. Контроль лечения осуществлялся врачом исследователем (5-7 визитов) с оценкой динамики жалоб, электролитного состава, липид-

ного профиля, глюкозы крови, Эхо-КГ, офисного АД и данных индивидуальных дневников АД. Целевой уровень АД $\leq 130/80$ мм рт.ст.

При первом визите комбинированная терапия состояла в среднем из 2,2 препарата. Всем пациентам проводилась коррекция лечения, которая состояла в основном из добавления Арифона ретард (92%), добавления другого препарата (39%) и увеличения дозы препарата (66%), патогенетически наиболее значимого в каждом конкретном случае, оцениваемым врачом-исследователем. Для увеличения приверженности пациентов к лечению, а также с целью уменьшения времени при повторных визитах все исследуемые вели индивидуальные дневники с ежедневной регистрацией динамики АД (утром и вечером) в стандартных условиях.

Результаты и обсуждение: В течение 6 месячного наблюдения целевого уровня АД достигли 94% пациентов. Для этого в состав комбинированной АГТ использовали в среднем 3,3 препарата: тиазидный диуретик (100%), ингибиторы АПФ (88%), β -адреноблокатор (39%), антагонисты кальция (31%), антагонисты рецепторов T1 (12%), агонисты имидазолиновых рецепторов (6%). Кроме АГТ дополнительно 64% больных получали статины, 78% — церебропротекторы, 11% — другие.

По данным лабораторных исследований уровень калия в крови изменялся незначительно, и ни в одном случае не потребовалось отмены диуретика. Значения тощачной глюкозы крови снижались без изменения сахарснижающей терапии по мере приближения уровня АД к целевому. Показатели Эхо-КГ и липидного профиля качественно улучшались. Так, индекс массы миокарда левого желудочка уменьшился на 22%, а липопротеиды низкой плотности — на 54%.

Таким образом, анализируя результаты динамического контроля АД у больных с АГ на фоне комбинированной АГТ и данные индивидуальных дневников АД следует: а) назначение Арифона-ретард хорошо переносится пациентами, б) включение его в режим лечения позволяет легче достигать целевого АД у пациентов с АГ, имеющих повышенный риск ССО, в) использование индивидуальных ежедневных дневников АД увеличивает приверженность пациентов к лечению.

0350 ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ФОЗИНОПРИЛОМ И АТЕНОЛОЛОМ

Киселев А.Р., Шевченко О.В., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Шварц В.А., Струнина А.Н.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

0,1 Гц-колебания в вариабельности сердечного ритма (ВСР), согласно современным представлениям, характеризуют свойства центральных механизмов вегетативной регуляции сердца, а мощность высокочастотного (HF) диапазона спектра ВСР — уровень дыхательной аритмии и парасимпатических влияний.

Цель: сравнительная оценка динамики вегетативной регуляции сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне лечения фозиноприлом и ателололом на основе представлений о наличии 0,1 Гц-колебаний в ВСР.

Методы: В исследование включено 49 больных с нелеченой или inadeкватно леченой АГ без признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, возраста 46 ± 7 лет. Всем больным проводились инструментальные исследования: 12-канальная ЭКГ, Эхо-КГ, выявление микроальбуминурии с помощью тест-полосок Urine Reagent Strips — IP (США), биохимический анализ крови, общий анализ мочи, офтальмоскопия. Регистрация ритмограмм производилась в ходе пассивной ортостатической пробы при спонтанном дыхании до и после приема фозиноприла, а затем ателолола. Длительность приема каждого препарата составляла 3 недели, между курсами приема данных препаратов (этап прерывания лечения) другие гипотензивные средства данных групп не применялись. Мощность спектра ВСР (в мс^2) вычислялась в низкочастотном (LF: 0,04-0,15 Гц) и высокочастотном (HF: 0,15-0,4 Гц) диапазонах параметрическим методом построения спектра ритмограммы на основе ав-

торегрессионной модели. Принималось, что мощность LF-диапазона в параметрическом спектре обусловлена мощностью 0,1 Гц-колебаний в ВСР.

Результаты: Мощность LF-диапазона спектра ВСР в положении лежа достоверно не изменялась на фоне приема фозиноприла и атенолола. В положении стоя на 3-ей неделе приема и фозиноприла, и атенолола отмечалось достоверное и сопоставимое снижение мощности LF-диапазона спектра ВСР, относительно исходных значений в положении стоя. Таким образом, фозиноприл и атенолол не влияют на функциональный статус центрального (0,1 Гц) механизма вегетативной регуляции сердца в покое, но несколько снижают его адаптационные возможности при изменении условий функционирования, например, переходе в положение ортостаза. Динамика мощности HF-диапазона спектра ВСР на фоне приема фозиноприла была аналогична таковой в LF-диапазоне. На фоне приема атенолола отмечалось достоверное повышение мощности HF-диапазона спектра ВСР в положении лежа и отсутствие динамики — в положении стоя.

Выводы: Выявлено, что фозиноприл и атенолол оказывают сходное воздействие на центральные (0,1 Гц) механизмы вегетативной регуляции сердца, при этом атенолол выраженно воздействует на состояние симпатно-парасимпатического баланса, снижая симпатический тонус.

0351 КЛАПАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Кисляк С.В., Резник И.И., Идов Э.М., Михайлов А.В., Иофин А.И., Васюкова О.М., Сухарева С.В.

Областная клиническая больница № 1; Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель. За 26-летний период наблюдений оценить эволюционные изменения клапанных поражений у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Методы. Проанализировано 384 клинических случая ИЭ в период с 1980 по 2006 год.

Результаты. За 26-летний период наблюдения клапанная локализация ИЭ у больных представлена следующим образом: лидирует изолированное поражение аортального клапана — 40,3%, на втором месте — изолированная локализация инфекции на митральном клапане — 30,2% и на третьем — сочетанное поражение митрального и аортального клапанов — 23%.

В 80-е годы изолированное поражение клапанов составило 80% (57,6% — аортальный клапан, 28,4% — митральный, 15% — сочетанное поражение). В 90-е годы изолированный ИЭ остался на уровне 81,5% (50,5% — аортальный клапан, 20,5% — митральный клапан, 10,5% — трикуспидальный клапан и 1% — клапан легочной артерии). Сочетанное поражение встретилось у 17%. Особенностью ИЭ в этот период явилось появление поражения правых камер сердца. В 2000-е годы значительно снизилось число больных с одноклапанным поражением (56,1%), сочетанное поражение встретилось у 43,9% пациентов. Изолированная локализация инфекции на аортальном клапане встретилась в 2 раза реже, чем в предыдущие 2 десятилетия и была у 26,5% больных, митральная локализация отмечена у 22,3% пациентов. Доля сочетанного поражения митрального и трикуспидального клапанов выросла до 15,5%, сочетанное поражение митрального и аортального или трикуспидального клапана фактически сравнялось за счет роста поражений правых камер сердца.

Эволюция деструктивных изменений на клапанах сердца характеризуется тем, что встречаемость грубой деструкции в виде их перфораций и разрушений за последние 6 лет увеличилась на 17,3% в сравнении с предыдущим десятилетием. За это же время наблюдения отмечена в 2,5 раза большая встречаемость паравальвулярных абсцессов и в 1,5 раза чаще отрыв и разрушение хорд, что может быть обусловлено возросшей вирулентностью инфекционного агента. Подвижные вегетации и их крупные конгломераты (потенциальный фактор риска тромбоэмболических осложнений) встретились у 44,7% больных, оперированных в 2000-е годы, в то время как в 90-е они зафиксированы только у 32,3%.

Выводы. Клинические наблюдения эволюционных изменений, касающихся клапанной локализации ИЭ, свидетельствуют

о значительном снижении одноклапанных изолированных поражений и увеличении сочетанных поражений. Особенностью эндокардита в последние 15 лет явилось появление и возрастание поражений клапанов правых камер сердца. Эволюция клапанных деструктивных изменений характеризуется учащением разрушения створок, паравальвулярных абсцессов и отрыва хорд.

0352 ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Клименкова А.В., Авраменко О.Е., Шмидт Е.А., Бернс С.А., Барбараш О.Л.

ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель: оценка влияния симvastатина на уровень липидов крови и провоспалительные факторы у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД).

Методы: обследовано 113 пациентов (38 женщин и 75 мужчин) с ОКС без подъема сегмента ST, поступивших в отделение неотложной кардиологии. Средний возраст составил $58,3 \pm 0,83$ года. Из них 49 (43%) пациента страдали СД 2 типа. Из обследованных больных 39 (34%) принимали симvastатин в суточной дозе 20 мг в течение 6 месяцев. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — принимающие симvastатин: 1А (с СД) — 18 (16%) больных, 1Б (без СД) — 21 (18%) больной и 2 группа — не принимающие данный препарат: 2А (с СД) — 31 (27%) больной и 2Б (без СД) — 43 (38%) пациента.

Результаты: при сравнении уровня липидов в группах больных, принимающих симvastатин, выяснено, что уровень общего холестерина (ОХС) на 5,7%, триглицеридов (ТГ) на 21% ($p < 0,05$), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) на 9,5% ниже в 1Б группе в сравнении с таковыми показателями у больных 1А группы, уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) оказался на 16% выше, а индекс атерогенности (ИА) на 31% ($p < 0,01$) ниже у пациентов 1Б по сравнению с больными 1А группы.

Далее установлено, что в группе больных, не принимающих симvastатин на фоне наличия СД уровень ОХС на 8%, ЛПНП на 21% ($p < 0,05$), ИА на 33% ($p < 0,01$) выше по сравнению с пациентами без СД. Кроме того, выявлено, что на фоне приема симvastатина у больных с СД отмечались более благоприятные показатели липидного спектра по сравнению с больными без СД, не принимающими симvastатин.

При анализе провоспалительных факторов выявлено, что уровень фибриногена в группе больных с СД, ниже, чем у пациентов без СД (3,0 против 3,5 г/л, соответственно). Далее установлено, что у пациентов, принимающих симvastатин, уровень фибриногена на 15% ниже по сравнению с аналогичным показателем у пациентов 2 исследуемой группы. Оценивая уровень С-реактивного белка (СРБ) обращает на себя внимание тот факт, что у больных всех исследуемых групп уровень СРБ > 3 мг/л, что соответствует высокому риску сердечно-сосудистых осложнений. Причем наличие СД ассоциировалось с более высоким уровнем СРБ — 5,4 против 4,0 мг/л по сравнению с больными без СД ($p < 0,01$). Кроме того, на фоне приема симvastатина отмечено снижение уровня СРБ на 18%.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об усилении патогенетической роли провоспалительных факторов на фоне СД у больных с ОКС, что подтверждает необходимость назначения статинов пациентам с ишемической болезнью сердца в сочетании с СД как для оптимизации липидного статуса, так и благоприятного влияния на провоспалительные факторы.

0353 ВЛИЯНИЕ ЛАКТОЛИКОПИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Клочков В.А., Довгалецкий П.Я., Чалык Н.Е., Ансимова О.М., Меркушова И.М., Шматова С.С., * Petyaev I.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; * Cambridge TheraNostics LTD, Cambridge, Великобритания

Ликопин — природный изопреноид, содержащийся во фруктах и овощах, способный за счет наличия большого количества непредельных связей эффективно (в 2 раза активнее, чем бета-каротин) инактивировать свободные радикалы, тормозить перекисное окисление липидов.

Цель. Изучение действия ликопина на липидный обмен у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов со стенокардией напряжения II — III функционального класса, в том числе перенесших инфаркт миокарда, в возрасте от 42 до 75 лет (40 мужчин и 16 женщин). Диагноз верифицирован данными клинико-инструментальными исследований.

Изучались следующие показатели: 1) общий холестерин, 2) холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), 3) холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), 4) аполипопротеины А и В (апо-А и апо-В). Пациентам назначался ликопин в виде соединения с молочным белком в дозе 2 табл (6 мг лактоликопина) на прием (лицам с массой тела менее 80 килограммов) и 3 табл (9 мг) в один прием больным массой более 80 килограммов. Тем и другим лактоликопин назначался с последним приемом пищи в вечерние часы — с учетом ночного циркадного максимума синтеза холестерина. Курс лечения составил 8 недель с контролем всех указанных показателей каждые 2 недели.

Результаты. Средний уровень холестерина в группе исходно составил 226,3, уровень триглицеридов — 145,7, ЛПВП — 38,5, ЛПНП — 160,5, апо-А — 168,2, апо-В — 155,2 мг/дл. После окончания двухмесячного курса лечения лактоликопином исследуемые показатели приобрели следующее значение: уровень холестерина в сыворотке крови составил 169,3 ($p < 0.001$), триглицеридов — 116,3 ($p < 0.001$), ЛПВП — 43,5 ($p < 0.05$), ЛПНП — 118,5 ($p < 0.001$), апо-А — 139,5 ($p < 0.001$), апо-В — 117,3 мг/дл ($p < 0.05$). Проведено контрольное исследование через месяц после окончания курса лечения. Получены следующие величины указанных параметров: общий холестерин — 206,3, триглицериды — 128,8, ЛПВП — 42,5, ЛПНП — 126,2, апо-А — 146,3, апо-В — 120,2 мг/дл.

Выводы. Прием лактоликопина в дозе 2–3 таблетки на ночь приводит к статистически достоверным положительным сдвигам липидного обмена у больных атеросклерозом коронарных сосудов, которые сохраняются в целом на приемлемом уровне через 1 месяц после окончания курса лечения.

Подобное позитивное действие антиоксиданта природного происхождения, прямо не влияющего на синтез липидов, можно объяснить улучшением утилизации холестерина, возможно через восстановление активности липопротеиновых рецепторов.

0354 ДИНАМИКА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ИСПОЛЬЗУЕМОГО СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Клык Л.Л., Федутаев Ю.Н., Лебедева А.Ю., Гордеев И.И.

Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Цель: оценить динамику интегрального показателя поражения коронарного русла на фоне длительной терапии различными дозами симвастатинов у больных ИБС с различными типами безболевой ишемии миокарда (БИМ).

Методы: 68 пациентам (51 мужчина и 17 женщин; средний возраст $55,9 \pm 6,1$ года) с доказанной ИБС и наличием эпизодов БИМ по R.Cohn (1 тип — полностью безболевых эпизодов; 2 тип — БИМ у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 3 тип — сочетание типичной стенокардии и эпизодов БИМ), выявленных с помощью ЭКГ-нагрузочных тестов и холтеровского мониторинга ЭКГ, проводилась коронароангиография (КАГ). КАГ проводили по стандартной методике (M. Jenkins, 1967) с модифицированной количественной оценкой нарушения коронарного кровотока в измененных артериях и коллатеральных (ΣК) в баллах с учетом степени нарушения кровотока, сегментарного уровня поражения коронарных артерий и количества пораженных сегментов. Затем на фоне базовой терапии бета-адренобло-

каторами, ингибиторами АПФ и дезагрегантами назначали терапию симвастином, дозу которого определяли по достижению целевого уровня ОХ (ниже 4,5 ммоль/л) и ХС ЛПНП (ниже 2,6 ммоль/л) в 20, 40, 60 мг/сутки. Дозу симвастина после достижения целевых уровней холестерина не изменяли до конца периода наблюдения. В сроки от 24 до 36 месяцев проводили повторную КАГ с оценкой ΣК.

Результаты: исходный показатель ΣК у больных ИБС с 1 типом БИМ составил $19,0 \pm 1,5$ баллов, у больных со 2 типом БИМ — $42,0 \pm 3,4$ балла, у больных с 3 типом БИМ — $25,0 \pm 1,8$ баллов. На фоне терапии симвастином в дозе 20 мг у больных с 1 типом БИМ отмечается недостоверное увеличение ΣК на 11,4% ($p > 0,1$); у больных с 2 типом БИМ ΣК недостоверно увеличился на 7,8% ($p > 0,1$); у больных с 3 типом БИМ отмечено недостоверное уменьшение ΣК на 4,2% ($p > 0,1$) от исходного. На фоне терапии симвастином в дозе 40 мг/сут ΣК у больных с 1 типом БИМ недостоверно уменьшился на 9,4% ($p > 0,05$) от исходного уровня; у больных с 2 типом БИМ — недостоверно увеличился на 2,2% ($p > 0,1$) от исходного уровня; у больных с 3 типом БИМ — недостоверно уменьшился на 7,1% ($p > 0,05$). На фоне терапии симвастином в дозе 60 мг/сут ΣК у больных с 1 типом БИМ уменьшился на 18,4% ($p < 0,05$); у больных с 2 типом БИМ ΣК практически не отличался от исходного; у больных с 3 типом БИМ ΣК достоверно уменьшился на 13,8% ($p < 0,05$).

Выводы: 24–36 месячная терапия симвастином в дозе 20 мг/сутки не привела к достоверному изменению ΣК. При использовании дозы симвастина в 40 мг/сут отмечалась недостоверная тенденция к уменьшению изучаемого показателя у пациентов с БИМ 1 и 3 типа. Увеличение дозы симвастина до 60 мг/сутки позволило достоверно уменьшить ΣК с полностью БИМ и сочетающейся с типичной стенокардией. ΣК у больных с БИМ и постинфарктным кардиосклерозом не изменилась по сравнению с исходными, вне зависимости от дозы симвастина.

0355 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНЕРТНОСТЬ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Виллевалде С.В., Баранова Е.И., Дроздецкая С.И., Кисляк О.А.

от имени исследователей Российской научно-практической программы АРГУС 2, Москва, Россия

Цель. Проанализировать тактику врача в отношении достижения целевого артериального давления (АД) в амбулаторных условиях в рамках Российской научно-практической программы «Улучшение контроля Артериальной Гипертензии У лиц с высоким риском развития Сердечно-сосудистых осложнений» (АРГУС-2).

Методы. Тактика врача для достижения целевого АД ($< 140 / < 90$ мм рт.ст. в общей популяции и $< 130 / < 80$ мм рт.ст. для пациентов с сахарным диабетом и/или хронической почечной недостаточностью и/или макропротеинурией) оценивалась на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт 684 пациентов в 14 поликлиниках 13 регионов России по структурированному опроснику, содержащему 19 вопросов. В исследование включались пациенты с ранее установленной артериальной гипертензией (АГ), посетившие врача не менее 3 раз (в среднем 5 ± 3) в течение последних 12 месяцев.

Результаты. При первом анализируемом обращении в поликлинику 97,1% пациентов имели АД, превышающее целевые значения. При этом в 20,5% случаев антигипертензивная терапия не изменялась, в 46,6% повышалась доза ранее назначенных препаратов, в 36,8% назначался дополнительный препарат, в 30,8% — производилась замена препарата. Количество назначенных антигипертензивных препаратов достоверно увеличилось с $2,0 \pm 0,8$ до $2,5 \pm 0,9$ ($p < 0,05$). Ингибиторы АПФ назначались 74,5% пациентов при первом анализируемом обращении в поликлинику и 73,4% при последнем обращении, антагонисты кальциевых каналов в 28,0% и 36,2% случаев, тиазидные диуретики (ТД) в 28,5% и 31,5% случаев, бета-блокаторы в 48,5% и 56,1% случаев, блокаторы рецепторов ангиотензина II в 3,6% и 8,5% случаев, фиксированные комбинированные препараты, содержащие диуретик, в 4,6% и 7,1% случаев,

соответственно. Частота достижения целевого АД при последнем анализируемом обращении в поликлинику составила 24,4%, при этом целевого АД <140/90 мм рт.ст. достигли 25,9% больных, <130/80 мм рт.ст. — 20,1%. Основными детерминантами достижения целевого АД оказались применение комбинированной терапии (пациенты с контролируемой АГ получали $2,2 \pm 0,9$ антигипертензивных препаратов, с неконтролируемой АГ — $1,7 \pm 0,9$, $p < 0,05$), назначение ТД (56,1% против 23,0%, соответственно, $p < 0,05$) и количество визитов в поликлинику (7 ± 3 против 4 ± 3 , соответственно, $p < 0,05$). При анализе назначения классов антигипертензивных препаратов в зависимости от достижения целевого АД установлено, что пациенты, у которых удалось достичь контроля АД, более чем в 2 раза чаще получали тиазидный диуретик, спектр назначения препаратов других классов не различался.

Выводы. Терапевтическая инертность врачей является существенным препятствием для достижения адекватного контроля АГ. Для улучшения контроля АД необходимо более широкое использование ТД и комбинированной терапии.

0356 ВРАЧЕЙ О ПРЕПЯТСТВИЯХ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Виллевадьде С.В., Старости-на Е.Г., Богачев Р.С., Хохлов Р.А., Лопатин Ю.М.

от имени исследователей Российской научно-практической программы АРГУС 2, Москва, Россия

Цель. Контроль артериальной гипертонии (АГ) у пациентов в России остается неудовлетворительным. Целью исследования явилось изучение препятствий, существующих по мнению врачей, к улучшению достижения целевых цифр артериального давления (АД).

Методы. В рамках Российской научно-практической программы «Улучшение контроля Артериальной Гипертонии У лиц с высоким риском развития Сердечно-сосудистых осложнений» (АРГУС-2) анонимно проанкетированы 373 врача в 15 центрах 13 регионов России. Использовался структурированный опросник, содержащий 18 разделов. Каждый раздел определял потенциальный барьер к улучшению контроля АГ и оценивался врачом в баллах от 1 (незначительная проблема) до 4 (значимая проблема). Средний возраст врачей составил $43,2 \pm 10,1$ года, 84,3% опрошенных докторов были женщинами, средний стаж работы — $16,6 \pm 9,3$ лет, 71% работали в поликлиниках.

Результаты. Несоблюдение больными рекомендаций врача (средний балл проблемы $3,1 \pm 0,8$), высокая стоимость антигипертензивных препаратов ($3,0 \pm 0,8$), недостаточный уровень знаний больных об АГ ($3,0 \pm 0,7$) признаны врачами в качестве наиболее важных препятствий к удовлетворительному контролю АД и классифицированы в качестве значимых проблем 78,3%, 76,7% и 74,8% врачей, соответственно. Недостаточная оплата труда врача ($2,9 \pm 1,2$, 62,2%), нехватка времени у врача ($2,8 \pm 1,0$, 58,7%) и недостаточные возможности для обследования пациента ($2,7 \pm 0,9$, 59,5%) расценены также в качестве барьеров. Недостаточная преемственность работы врачей стационара и поликлиники ($2,4 \pm 0,9$, 46,1%), ограниченная возможность терапии из-за лимита на выписку льготных антигипертензивных препаратов ($2,3 \pm 0,9$, 43,7%), низкий профессионализм врача, наблюдающего больного ($2,3 \pm 0,9$, 39,4%) и нехватка врачей-консультантов смежных специальностей ($2,2 \pm 0,9$, 36,2%) расценены в качестве менее важных препятствий для улучшения контроля АД у пациентов с АГ. Недостаток современных обучающих материалов для больных с АГ ($1,9 \pm 0,9$) и для врачей ($1,6 \pm 0,8$), собственные психологические или соматические проблемы врача ($1,6 \pm 0,7$) и нехватка среднего медперсонала ($1,8 \pm 0,9$) не рассматриваются опрошенными врачами в качестве проблем, препятствующих достижению целевых значений АД у больных с АГ.

Выводы. Для улучшения контроля АД необходима модификация традиционных обучающих программ для пациентов и врачей. Экономические факторы рассматриваются врачами в качестве важнейших препятствий для повышения эффективности лечения АГ.

0357 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДА SR У ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНОКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Фрейдлина М.А., Колина И.Г., Козилова Н.А., Серебrenникова О.Н.

от имени исследователей Российской научно-практической программы АРГУС 2, Москва, Россия

Цель. Достижение целевого артериального давления (ЦАД) имеет первостепенную важность для улучшения прогноза у больных с артериальной гипертонией (АГ), особенно в группах высокого риска. Наиболее сложным является достижение ЦАД у больных с изолированной систолической АГ (ИСАГ), сахарным диабетом (СД), метаболическим синдромом (МС), хронической нефропатией (ХН), которым, как правило, требуется комбинированная терапия. Целью исследования было оценить эффективность применения индапамида SR 1,5 мг у пациентов, получающих антигипертензивную терапию без тиазидных диуретиков (ТД) и не достигших ЦАД.

Методы. В исследование включены 1438 амбулаторных пациентов (средний возраст $57,3 \pm 10,7$ лет) с трудноконтролируемой АГ с уровнем АД ≥ 140 и/или ≥ 90 мм рт.ст. (≥ 130 и/или ≥ 80 мм рт.ст. при наличии СД и НФП), получающих монотерапию или комбинированную терапию без ТД. Индапамид SR 1,5 мг назначался однократно в сутки в течение 3 месяцев как дополнение к проводимой антигипертензивной терапии или вместо проводимой монотерапии при ее плохой переносимости или недостаточной эффективности. Для достижения ЦАД допускалось назначение других антигипертензивных средств. Статистический анализ проводился по t-критерию Стьюдента ($\alpha = 5\%$) при помощи программы SPSS.

Результаты. Индапамид SR был назначен в качестве начальной монотерапии у 13,7% больных, как замена ранее неэффективной монотерапии — у 6,8%, как дополнение к недостаточно эффективной монотерапии — у 31,9% и как дополнение к недостаточно эффективной комбинированной терапии без диуретика — у 47,6%. 2,7% пациентов выбыли из исследования. Через 3 месяца лечения после включения индапамида SR в состав терапии наблюдалось достоверное снижение уровня АД со $158,8 \pm 14,2/93,4 \pm 10,0$ мм рт.ст. до $131,8 \pm 9,7/80,5 \pm 6$, мм рт.ст., $p < 0,001$. В общей группе ЦАД достигли 84,5% больных, среди больных с ИСАГ ($n = 477$) — 91,9%, с СД ($n = 214$) — 74,8%, с ХН (креатинин сыворотки 133–220 $\mu\text{моль/л}$ у мужчин, 124–220 $\mu\text{моль/л}$ у женщин и/или расчетная скорость клубочковой фильтрации 40–60 мл/мин и/или протеинурия > 300 мг/сутки) ($n = 82$) — 75,6% и с МС ($n = 745$) — 85,1% больных.

Выводы. При неэффективности ранее проводимой антигипертензивной терапии добавление индапамида SR 1,5 мг пациентам, не получающим ТД, позволяет достигать ЦАД у пациентов с трудноконтролируемой АГ.

0358 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРОНАРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кобец В.А.

Институт Кардиологии, Кишинёв, Молдова

Цель: исследование особенностей изменения коронарного кровотока при экспериментальной сердечной недостаточности в условиях воздействия констрикторных и сосудорасширяющих факторов.

Методы. Сердечную недостаточность (СН) моделировали длительным введением крысам кардиотоксических доз доксорубина, или норадреналина, или фтора. Изолированное сердце перфузировалось в изоволюметрическом режиме (по Лангендорффу) без рециркуляции при постоянном установленном конечнодиастолическом давлении левого желудочка и ЧСС. Определение коронарного ответа осуществлялось измерением объемной скорости коронарного протока (КП) при введении фенилэфрина (ФЭ, 10–6 М или 10–5 М), эндотелина-1 (ЭТ-1, 10–7 М или 10–6 М), ацетилхолина (АХ, 10–5 М), сарафатоксина (10–5 М), а также

при увеличении давления в аорте с 60 до 110 мм H₂O (эффект гемодинамического стресса), в том числе, на фоне ингибирования образования монооксида азота с помощью L-NAME (10-6 М).

Результаты. Стимуляция альфа-1-адренергических рецепторов ФЭ в концентрации 10-6 М вызвала меньшее снижение КП при СН, чем в контроле (-9% vs -13%), в то время, как при высшей концентрации, коронароконстрикторный эффект оказался выше (-20% vs -16%), а разница между абсолютными значениями КП стала достоверной. Подобный ответ был отмечен и в условиях воздействия ЭТ-1: снижение КП на 19% при СН и на 30% в контроле при концентрации 10-7 М, с установлением обратного соотношения в большей концентрации, 10-6 (-37% vs -33%), в связи с чем разница между абсолютными значениями КП также стала достоверной. Сарафатоксин, как стимулятор эндотелиновых рецепторов В, индуцировал в контроле правосторонний эффект, коронародилатацию (КП возрос на 10%). В СН, наоборот, было выявлено его коронаросуживающее действие, сопровождающееся уменьшением КП в среднем на 10-12%, что свидетельствует о функциональной несостоятельности эндотелиальных эндотелиновых рецепторов типа В. Это обстоятельство может быть тесно связано с поражением коронарного эндотелия и с феноменом сосудистого ремоделирования при СН и, в то же время, согласно полученных результатов (снижение констрикторного эффекта при меньших концентрациях ФЭ и ЭТ-1) допустим и факт снижения количества и/или чувствительности коронарных гладкомышечных адренергических и эндотелиновых рецепторов типа А. Увеличение эффекта при возрастании на один порядок концентрации констрикторных агентов, по-видимому, может быть опосредовано явлением гипертрофии коронарных гладкомышечных клеток, как один из элементов сосудистого ремоделирования при СН, чьим триггером выступает эндотелиальная дисфункция сосудов сердца. Последнее было подтверждено вдвое меньшим приростом КП при воздействии АХ (+8-11% vs +20%) и более значительным повышением КП в условиях гемодинамического стресса на фоне блокады образования МА.

Вывод: нарушение эндотелий-зависимой коронарной реактивности при сердечной недостаточности сочетается с меньшим констрикторным эффектом при умеренной адренергической и эндотелиновой стимуляции, который, однако, преобладает в условиях повышения концентрации соответствующих агонистов.

0359 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ

Коваленко Е. В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель исследования: оценка качества ведения больных артериальной гипертензией (АГ) в стационаре. За основу качества медицинских мероприятий принималось соблюдение рекомендаций ВНОК «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии» 2004 (РАГ) при оказании медицинской помощи в стационаре больным артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования: проведен экспертный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении с основным диагнозом Артериальная гипертензия в муниципальных медицинских учреждениях Саратовской области с июля 2006г. по январь 2007г. Исследовались следующие показатели: причина и обоснованность госпитализации, качество обследования, правильность оформления диагноза, соответствие лечения требованиям РАГ, наличие и полнота рекомендаций при выписке.

Результаты исследования. Проанализировано 142 истории болезни. Причинами госпитализации в 33% был гипертонический криз, в 26%-неэффективность амбулаторной антигипертензивной терапии, в 6%-«плановая инфузионная терапия», в 35% — причина госпитализации не указана.

При анализе полноты обследования выявлено, что из рутинных исследований, рекомендуемых РАГ обязательно, проводились: общий анализ крови (98%), общий анализ мочи (98%), ЭКГ (98%, но заключение ЭКГ имелось только в 85% историй болезни), глюкоза (94%), общий холестерин (76%), хо-

лестерин ЛВП (4%), триглицериды (4%), креатинин (18%), исследование глазного дна (70%), Эхо-КГ (6%). Из дополнительных исследований, проводилось УЗИ почек (12%). Так же в историях болезни имелись результаты исследований, не имеющих диагностической ценности: протромбинового индекса (98%), времени свертывания крови (76%), мочевины (24%), билирубина (24%), АСТ и АЛТ (18%). Сведений о результатах догоспитального обследования не было ни в одной истории болезни. Оценка результатов исследований лечащими врачами не проводилась. Сведения об основных факторах риска, влияющих на прогноз и формулировку диагноза АГ, отсутствовали в трети историй болезни, в остальных — отражались неполно или не соответствовали критериям РАГ. При выявлении и оценке поражения органов — мишеней, критерии РАГ не учитывались ни в одной истории болезни. Сформулированный диагноз соответствовал данным истории болезни и критериям РАГ для стадии и риска только в 4%. Анализ лечения показал, что выбор медикаментов соответствовал РАГ в 62% случаев. В 80% случаев дополнительно назначались такие препараты, как папаверин, дибазол, магния, рибоксин, витамины. Рекомендации при выписке отсутствовали полностью в 4% историй болезни, по немедикаментозным мероприятиям — в 67%.

Выводы: врачи не учитывают РАГ при ведении больных АГ. Неполное обследование больных АГ препятствует правильной оценке риска сердечно-сосудистых осложнений и выбору адекватной тактики лечения АГ. Вышесказанное позволяет сделать вывод о нарушении принципа доступности качественной медицинской помощи больным АГ.

0360 ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коваль Н. В.

ВГМУ, Владивосток, Россия

В отличие от гипертонической болезни почечные гипертензии значительно чаще приобретают злокачественное течение, что обуславливает наблюдающийся в настоящее время интерес к выявлению ранних маркеров гипертонической нефропатии.

Целью исследования — характеристика почечного кровотока и системной гемодинамики у больных с почечной артериальной гипертензией (АГ).

Обследованы 60 пациентов с симптоматической АГ, из них 30 человек с хроническим пиелонефритом и 30 больных хроническим гломерулонефритом. Все лица находились на обследовании в Главном клиническом госпитале ТОФ в период с 2003 по 2006 гг. Все пациенты были мужского пола, средний возраст составил 40±3 лет. Контрольную группу составили 30 человек, все мужчины старше 30 лет, прошедшие военно-врачебную комиссию с диагнозом «Здоров». Изучались показатели центральной (методом эхокардиографии) и почечной (методом цветной доплерографии с импульсно-волновой доплерометрией) гемодинамики. Статистический анализ полученных данных проведен с помощью критерия Стьюдента.

По данным эхокардиографии у пациентов с хроническим пиелонефритом средний УО составил 76,0±1,7 мл, средняя ФВ — 63,1±1,2%, МЖП на верхней границе нормы (1,2±0,02); у 10 больных ММЛЖ составила более 200 грамм. ДДЛЖ I типа выявлена у 17 пациентов, ДДЛЖ II типа у 3 человек.

У больных хроническим пиелонефритом средний УО составил 71,1±1,8 мл, средняя ФВ — 66,6±0,92%. У 4 лиц ММЛЖ составила более 220 грамм. ДДЛЖ I типа была только у 2 человек.

У больных хроническим пиелонефритом на стороне преимущественного поражения выявлены достоверные изменения почечного кровотока: увеличение резистивного индекса (RI) на уровне сегментарных (0,69±0,009), междольковых (0,69±0,01), дуговых (0,67±0,01) артерий. Повышение пульсаторного индекса (PI) в кортикальном слое почек на уровне сегментарных (1,31±0,003), междольковых (1,26±0,003), дуговых (1,23±0,04) артерий. На уровне основного ствола также имело место повышение резистивных показателей, однако оно было не достоверно. Выявлено незначительное диффузное обеднение кровотока в кортикальном слое почек у 8 обследованных.

У пациентов с хроническим гломерулонефритом выявлены следующие изменения почечной гемодинамики: повышение RI на уровне сегментарных ($0,67 \pm 0,01$), междолевых ($0,66 \pm 0,01$), дуговых ($0,064 \pm 0,01$) артерий. Увеличение PI на уровне сегментарных ($1,25 \pm 0,05$), междолевых ($1,17 \pm 0,05$), дуговых ($1,05 \pm 0,06$) артерий. Умеренное диффузное обеднение кровотока в кортикальном слое почек выявлено у 16 человек.

Таким образом, у больных хроническим пиелонефритом в основном повышаются резистивные показатели, чаще встречается ДДЛЖ и гипертрофия миокарда левого желудочка. У пациентов с хроническим гломерулонефритом в большей степени нарушаются скоростные показатели почечного кровотока в кортикальном слое почек.

0361 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕГАТОГРАММЫ НА ТЕЧЕНИЕ ИБС

Ковш. Е.В., Адзериho И.Э., Денисевич Т.Л.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: Оценка показателей агрегатограммы и уровня С-реактивного белка у больных с ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК III и стенокардией напряжения ФК III, осложнившейся развитием нестабильной стенокардии и/или инфарктом миокарда.

Материалы и методы: обследовано 75 пациентов со стабильной стенокардией ФК III. 1 группу составил 43 (57,4%) человек со стабильным течением ИБС. 2 группу составили 32 (42,6%) пациента, у которых за время наблюдения наблюдалась дестабилизация состояния в виде инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии. Средний возраст в 1-ой группе — $56,6 \pm 4,8$ года из них мужчины — 30 человек (70%), женщины — 13 (30%), во 2-ой группе — средний возраст составил $58,75 \pm 5,4$ из них мужчины — 24 (75%), женщины — 8 (25%). Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, сопутствующей патологии. Всем пациентам при первом обследовании выполнялись: ЭКГГ-60, ВЭП, Эхо-КГ, ХМ-ЭКГ, перфузионная сцинтиграфия миокарда, общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение уровня С-реактивного белка, коагулограмма. Агрегатограмма выполнялась 21 (48,8%) пациенту 1 группы и 20 (62,5%) больным 2 группы. При проведении агрегатограммы оценивались показатели: степень агрегации тромбоцитов (%), время агрегации тромбоцитов (мин:сек), скорость агрегации тромбоцитов за 30 секунд (%/мин) ристомиицин индуцированная.

Результаты: В первой группе, у больных со стабильным течением ИБС, степень ристомиицин индуцированной агрегации тромбоцитов составила $28,2 \pm 9,1$; время агрегации — $6,91 \pm 1,09$; скорость агрегации за 30 сек — $15,4 \pm 5,06$, уровень С-реактивного белка составил $0,001 \pm 0,0005$ ммоль/л. Во второй группе с нестабильным течением ИБС степень ристомиицин индуцированной агрегации тромбоцитов составила $82,8 \pm 8,3$, время агрегации тромбоцитов $6,9 \pm 1,12$, скорость агрегации тромбоцитов за 30 секунд $26,2 \pm 5,1$, уровень С-реактивного белка — $0,01 \pm 0,007$ ммоль/л. При сравнении 2-х групп отмечается достоверное ($p < 0,001$) увеличение степени ристомиицин индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличение скорости ристомиицин индуцированной агрегации тромбоцитов ($p = 0,003$) и достоверное ($p = 0,002$) повышение уровня С-реактивного белка.

Выводы: у больных с нестабильным течением ИБС исходно отмечается выраженное нарушение в тромбоцитарном звене гемостаза: повышение степени и скорости ристомиицин индуцированной агрегации тромбоцитов, а также значительное повышение уровня одного из маркёров воспаления: С-реактивного белка.

0362 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кожевникова Е.Е., Дзизинский А.А., Протасов К.В., Корякина А.В., Бродач Л.Н., Красильникова И.П.
ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: изучить показатели почечной дисфункции и их возрастную динамику у больных изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ).

Методы: в исследование включено 118 больных ИСАГ и 86 пациентов с систоло-диастолической артериальной гипертензией (СДАГ) в возрасте от 60 до 86 лет. Группы не различались по полу, возрасту, индексу массы тела. Определяли следующие показатели почечной дисфункции: альбуминурию и удельный вес утренней порции мочи, креатинин мочи и сыворотки крови. Рассчитывали соотношение альбумин/креатинин мочи и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Cосгоft-Gault. За критерии поражения почек принимали отношение альбумин/креатинин $\geq 2,5$ мг/моль для мужчин и $\geq 3,5$ мг/моль для женщин (микроальбуминурия, МАУ), уровни СКФ < 60 мл/мин и креатинина сыворотки ≥ 115 мкмоль/л, удельный вес мочи < 1018 . Возрастную динамику оценивали в трех подгруппах: 60-69 лет, 70-79 лет, 80 лет и старше. С помощью логистического регрессионного анализа исследовали взаимосвязи почечной дисфункции с суточным профилем АД, факторами сердечно-сосудистого риска и признаками поражения сердца и сосудов. Средние величины представляли в виде медиан и интерквартильных интервалов. Достоверность различий оценивали по критерию Манна-Уитни. Использовали пакеты прикладных программ «Statistica 6.0» и «SPSS 11.5».

Результаты: У пациентов с ИСАГ в 78% случаев отмечен низкий удельный вес мочи, в 60% — уменьшение СКФ, в 23% — МАУ, в 15% — азотемия. У лиц старше 80 лет, по сравнению с подгруппой 60-69 лет, выявлены достоверно более низкие СКФ ($49,8 (42,6-57,7)$ и $77,4 (60,4-97,4)$ мл/мин, $p = 0,004$) и удельный вес мочи ($1008 (1006-1010)$ и $1012 (1010-1016)$, $p < 0,0001$). Уровни альбуминурии и креатининемии в возрастных подгруппах не различались. У пациентов ИСАГ моложе 75 лет выраженность альбуминурии была выше, чем при СДАГ — $1,8 (0,4-3,2)$ и $0,77 (0,25-1,85)$ мг/моль, $p = 0,04$. У больных ИСАГ в возрасте старше 75 лет более низким оказался удельный вес мочи — $1010 (1007-1013)$ и $1012 (1010-1018)$, $p = 0,04$. Множественный логистический регрессионный анализ позволил выделить независимые предикторы поражения почек при различных вариантах артериальной гипертензии. При ИСАГ такими явились низкая фракция выброса левого желудочка и ожирение. При СДАГ — мужской пол, снижение степени эндотелий-зависимой вазодилатации, повышенная скорость распространения пульсовой волны, низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и высокий коэффициент атерогенности. В обеих группах почечная дисфункция была ассоциирована с суточным индексом диастолического АД.

Выводы: Течение ИСАГ нередко осложняется нарушением функции почек. Микроальбуминурия выявлена в 23% случаев. У 15% пациентов обнаружена почечная недостаточность в виде азотемического синдрома. У пациентов с ИСАГ удельный вес мочи и СКФ закономерно снижаются с возрастом. По сравнению со СДАГ, при ИСАГ более выражены ранние признаки почечной дисфункции — микроальбуминурия и гипостенурия. Факторы риска развития почечной дисфункции при ИСАГ и СДАГ различаются.

0363 ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НА ПОРТАТИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНЕРЕ В БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кожурин А.О., Плюснин А.В., Кузнецов В.А.

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

На сегодняшний день портативные ультразвуковые сканеры имеют сходные со стационарными аппаратами характеристики и функциональные возможности. Их небольшой размер и относительно низкая стоимость повышают доступность эхокардиографии (Эхо-КГ), делают возможным ее проведение врачами, ведущими тяжелых критических пациентов. Использование портативных аппаратов врачами блока интенсивной терапии (БИТ) повышает диагностику и точность обследования.

Целью исследования было определение диагностической ценности метода лимитированной Эхо-КГ, проведенной на портативном ультразвуковом аппарате в условиях БИТ.

Методы. Были обследованы 88 пациентов (54 (61,4%) мужчины и 34 (38,6%) женщины, средний возраст $64,75 \pm 1,31$ года), нахо-

дящиеся в БИТ с диагнозом острый коронарный синдром. В течение первого часа нахождения пациента в реанимации ему проводилась Эхо-КГ на портативном ультразвуковом аппарате по сокращенному (лимитированному) протоколу, включающему оценку кинеза миокарда в покое, сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), наличие или отсутствие перикардита, тромба, аневризмы левого желудочка (ЛЖ). Обследование проводили врачи-кардиореаниматологи, получившие предварительную подготовку по проведению лимитированной Эхо-КГ в объеме 60 часов. Повторная Эхо-КГ проводилась в тот же или на следующий день врачом ультразвуковой диагностики. Таким образом, мы сравнивали данные лимитированной Эхо-КГ, проведенной врачами БИТ, с данными стандартной Эхо-КГ, проведенной врачом-экспертом.

Результаты. В выявлении зон асинергии чувствительность лимитированной Эхо-КГ составила 94,12%, специфичность — 66,67%, отрицательная предсказывающая ценность (ОПЦ) — 28,57%, положительная предсказывающая ценность (ППЦ) — 98,77%, предсказывающая точность — 93,18%.

В выявлении аневризмы ЛЖ чувствительность метода составила 37,5%, специфичность — 92,96%, ОПЦ — 86,84%, ППЦ — 54,55%, предсказывающая точность — 81,82%.

В выявлении перикардита чувствительность составила 50%, специфичность — 98,84%, ОПЦ — 98,84%, ППЦ — 50%, предсказывающая точность — 97,73%.

В выявлении тромба ЛЖ чувствительность составила 25%, специфичность — 95,24%, ОПЦ — 96,39%, ППЦ — 20%, предсказывающая точность — 92,05%.

В определении сократительной функции миокарда ЛЖ чувствительность составила 55,56%, специфичность — 85,07%, ОПЦ — 93,44%, ППЦ — 33,33%, предсказывающая точность — 70,45%.

Выводы. Несмотря на некоторые ограничения метода, он часто отвечает на важные клинические вопросы, возникающие при ведении тяжелых пациентов, и может использоваться в практике врачами блока интенсивной терапии.

0364 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ КОРОНАРОГЕННОЙ И НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Козий А. В., Семенова Е. В., Коновалова О. А., Олесин А. И.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — клиническая оценка использования предикторов внезапной смерти (ВС) у больных с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) ишемической болезнью сердца (ИБС) и некоронарогенной патологией.

Наблюдалось 103 больных с ЖЭ II — V классов по классификации Лауна. Все больные были разделены на две группы. В I группу вошло 58 (56,31%) больных ИБС, во II было включено 45 (43,69%) пациентов с некоронарогенной патологией без структурных изменений сердца.

Всем больным, помимо клиничко-лабораторного исследования, проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) с определением характера ЖЭ и скорректированного предэктопического интервала (ПДИК) экстрасистолии, определялись поздние потенциалы желудочков (ППЖ) по методу B. Simpson (1981), дисперсия интервала QT (QTd) по методу C. P. Day et al. (1990) с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр». Кроме того, всем больным проводилась оценка турбулентности ритма сердца (TRC) по методу G. Smidt et al. (1999) с определением начала (ТО) и наклона (TS) TRC, а также определялся механизм развития ЖЭ по методу А.И. Олесина и соавт. (2000, 2003, 2005).

Результаты исследования показали, что развитие ВС, желудочковой тахикардии (ЖТ) и фибрилляции желудочков (ФЖ) наблюдалась только у 12 (20,69%) и у 16 (27,59%) больных I группы соответственно. У 8 (17,78%) больных II группы для купирования ЖЭ была использована антиаритмическая терапия (ААТ), а у остальных пациентов этой группы она купировалась при проведении адекватной терапии основного заболевания. У больных I и

II группы наличие ППЖ, QTd > 80 мс, ТО > 0% (норма < 0%), TS < 2,5/RR мс (норма > 2,5/RR мс) ЖЭ было выявлено у 42 (72,41%) и 19 (42,22%) (p < 0,05), у 18 (31,03%) и 16 (35,56%) (p > 0,1), у 31 (53,48%) и 17 (37,78%) (p > 0,1), у 7 (12,07%) и 3 (6,67%) (p > 0,1) соответственно. Линейное отклонение (ЛО) ПДИК ЖЭ < 10 мс/ПДИК (в среднем 7,08 ± 0,8 мс/ПДИК) у больных I группы высоко коррелировало с развитием ВС, ЖТ и ФЖ (r = 0,92), а также с такими показателями, как ППЖ (r = 0,92), ТО > 0% (r = 0,78), QTd > 80 мс (r = 0,62), мономорфной ЖЭ (r = 0,94), механизмом генезиса ЖЭ (r = 0,96), в то время как с остальными предикторами — корреляция не превышала 0,3. Следует отметить, что у 8 (17,78%) больных II группы было выявлено ЛО ПДИК ЖЭ < 10 мс/ПДИК (в среднем 8,51 ± 1,02 мс/ПДИК) и значения этого показателя высоко коррелировали с QTd > 80 мс (r = 0,72), мономорфной ЖЭ (r = 0,82), а также с назначением фармакологической ААТ (r = 0,96). Положительная прогностическая значимость в отношении развития ВС, ЖТ, ФЖ у больных I и II группы для значений QTd > 80 мс, выявленных ППЖ, ЛО < 10 мс/ПДИК мономорфной ЖЭ составила в среднем 17%, 25% и 83% соответственно.

Таким образом, ЛО < 10 мс/ПДИК мономорфной ЖЭ у больных ИБС является независимым предиктором развития ВС, ЖТ и ФЖ.

0365 АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА, УРОВЕНЬ СЕРОТОНИНА И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Козлова С. Н., Крылова Ю. С., Голубев А. В., Шляхто Е. В., Ситникова М. Ю., Незнанов Н. Г., Катыхшева Н. С., Ефимова И. Ю., Кадинская М. И.

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

Цель: Изучить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и определить у них уровень серотонина тромбоцитов и безтромбоцитарной плазмы, а также изменения функциональной активности тромбоцитов.

Методы: Было обследовано 37 мужчин, страдающих ИБС. Все больные тестировались с помощью скринингового опросника аффективных расстройств — Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. На основании этих результатов ряду больных проводилось психопатологическое обследование с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона. У всех больных оценивался уровень серотонина тромбоцитов и безтромбоцитарной плазмы крови иммуноферментным методом, а также исследовалась функциональная активность тромбоцитов на агрегометре AP 2110 методом светорасеивания. В качестве индуктора использовали АДФ в концентрации 2,5 мкМ. Оценивались степень, время и скорость агрегации.

Результаты. На основании данных психопатологического обследования у 24,3% больных ИБС были выявлены тревожно-депрессивные расстройства. При этом все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 9 больных с клинически значимыми тревожно-депрессивными нарушениями, вторую — группу контроля — 28 больных без аффективных расстройств. В группе больных ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами уровень серотонина тромбоцитов составил 306,75 ± 50 нг, а в группе контроля — 280,22 ± 39,9 нг. Уровень серотонина безтромбоцитарной плазмы крови в группе пациентов с расстройствами настроения составил 4,35 ± 0,69 нг, а в группе контроля — 5,04 ± 0,54 нг. Различия показателей были статистически недостоверны. Анализ функциональной активности тромбоцитов показал статистически достоверное различие только по времени агрегации тромбоцитов. Так, в группе пациентов ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами, время агрегации тромбоцитов составило 4 минуты 23 секунды ± 82 секунды, что было достоверно меньше, чем в группе контроля, где этот показатель составил 6 минут 4 секунды ± 44 секунды (p < 0,001). Скорость агрегации была также больше в основной исследуемой группе, но разница не была статистически достоверна. В группе страдающих тревогой и/или депрессией скорость агрегации составила 58,45%/мин ± 9,72%/мин, а в группе

контроля — $53,15 \pm 7,49\%$ /мин. Степень агрегации тромбоцитов также достоверно не различалась и составила в основной группе $62,05 \pm 6,46\%$, в контрольной — $71,33 \pm 3,39\%$.

Выводы: По данным нашего исследования, распространенность патологических нарушений настроения у больных ИБС велика и составляет почти 25%. Полученные данные позволяют предположить возможную связь уровня серотонина с выраженностью депрессивно-тревожных расстройств у больных ИБС, а также могут свидетельствовать в пользу нарушения некоторых показателей функциональной активности тромбоцитов у лиц с этой с патологией.

0366 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЕННОГО С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ

Козлов С.Г., Петрова К.Н., Савченко А.П.

НИИ Кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить влияние сахарного диабета (СД) 2 типа на отдаленные результаты коронарного стентирования, осуществленного с помощью стентов покрытых сиролимусом.

Методы: проанализированы результаты коронарного стентирования, выполненного в плановом порядке у 165 больных ишемической болезнью сердца со стенокардией, обоего пола, в том числе у 53 пациентов с СД 2 типа и у 112 больных без СД, которым были имплантированы, соответственно, 78 и 198 стентов покрытых сиролимусом. В обеих группах больных сравнивали частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, необходимость проведения повторной реваскуляризации миокарда) и частоту возобновления стенокардии в последующие после эндоваскулярного вмешательства 12 и 36 месяцев.

Результаты: Среди больных с СД 2 типа стенокардия, по данным однолетнего наблюдения, возобновилась у 9 (17%) пациентов, 2 (3,8%) больных подверглись коронарному шунтированию, 3 (5,7%) — повторной коронарной ангиопластике. Среди пациентов без СД стенокардия, по данным однолетнего наблюдения, возобновилась у 9 (8%) больных, 2 (1,8%) пациентов подверглись коронарному шунтированию, 4 (3,6%) — повторной коронарной ангиопластике (во всех случаях $p > 0,05$ по сравнению с больными с СД). По истечении 36 месяцев после эндоваскулярного вмешательства у пациентов с СД в сравнении с больными без СД было выявлено более частое возобновление приступов стенокардии (у 22,6% и у 9,8% больных, соответственно, относительный риск 2,3; 95% доверительный интервал 1,1-4,9), а также большая частота развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (у 18,9% и у 6,3% больных, соответственно, относительный риск 3; 95% доверительный интервал 1,2-7,5). Наряду с СД 2 типа, более частое возникновение неблагоприятных событий в отдаленном периоде было связано, по данным многофакторного анализа, со стентированием протяженных (> 20 мм) стенозов и стентированием более 1 магистральной коронарной артерии.

Выводы: Наличие СД 2 типа у больных, подвергшихся коронарному стентированию с помощью стентов покрытых сиролимусом, сопряжено с более высоким риском возобновления стенокардии и развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений в отдаленном периоде. Наряду с СД 2 типа, более частое возникновение неблагоприятных событий в отдаленном периоде связано со стентированием протяженных (> 20 мм) стенозов и стентированием более 1 магистральной коронарной артерии.

0367 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТОВ, ИНФАРКТОВ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ЧИСЛА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК, АДГЕЗИИ ЛЕЙКОЦИТОВ, АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ

Козловский В.И., Акулёнок А.В.

Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Определение относительного риска (ОР) развития инсультов и инфарктов миокарда у больных артериальной гипертензией (АГ) II степени с учётом числа циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), адгезии лейкоцитов и агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС).

Материалы и методы. В контрольной группе было 30 здоровых человек (средний возраст $53,7 \pm 9$ лет), в основной — 220 больных АГ II степени (средний возраст $57 \pm 8,4$ лет). При гипертоническом кризе и в конце стационарного лечения проводили исследование числа ЦЭК по методу [Hladovets J., 1978], показателя адгезии лейкоцитов на волокнистом субстрате, степени (S) и скорости (V) агрегации ЛТС — по методу [Born G., 1962] с помощью агрегометра «СОЛАР». В течение $2 \pm 0,8$ лет ($M \pm SD$) регистрировали количество инсультов и инфарктов миокарда. Статистическая обработка проведена пакетом программ «Statistica 6.0».

Результаты. В крови у здоровых обнаруживали 59 ± 17 ЦЭК/100 мкл., S у здоровых людей составила $11,2 \pm 2,9\%$, V — $5,6 \pm 2,2\%$ /мин, показатель адгезии лейкоцитов — $3,4 \pm 1,7$ ед. У больных АГ II степени во время криза обнаруживали 139 ± 50 ЦЭК/100 мкл. S и V у больных АГ при гипертоническом кризе составили соответственно $19,3 \pm 12,8\%$ и $10,7 \pm 8,1\%$ /мин, адгезия лейкоцитов — $7 \pm 2,1$ ед. На фоне проводимой терапии выявлено достоверное снижение числа ЦЭК до 110 ± 48 клеток/100 мкл, S, V, адгезии лейкоцитов — до соответственно $17,2 \pm 10,9\%$, $9,3 \pm 6,9\%$ /мин и $5,4 \pm 2$ ед. ($p < 0,05$). Показатели в конце стационарного лечения достоверно превышали показатели здоровых людей ($p < 0,01$). За $2 \pm 0,8$ лет у больных АГ II степени зафиксировано 29 инсультов (13,2%), 18 инфарктов миокарда (8,2%). ОР развития инфаркта миокарда составляет 7,4 при числе ЦЭК более 135 клеток/100 мкл (доверительный интервал [ДИ] 1,9-28,5), 6,3 при S более 23,8% (ДИ 1,9-21,7), 6,9 при V более 12,8% /мин (ДИ 2-23,6), 12,7 при показателе адгезии лейкоцитов более 6,5 ед. (ДИ 2,7-60,9). ОР развития инсульта составляет 7,2 при числе ЦЭК более 126 клеток /100 мкл (ДИ 2,6-19,8), 5,3 при S более 20,6% (ДИ 2-13,6), 5,7 при V более 10,4% /мин (ДИ 2,2-15), 5,6 при показателе адгезии лейкоцитов более 7,6 ед. (ДИ 1,9-16,5).

Выводы:

1. У больных АГ II степени определены пороговые значения числа ЦЭК (более 135 клеток/100 мкл), степени (более 23,8%) и скорости (более 12,8% /мин) агрегации ЛТС, адгезии лейкоцитов (более 6,5 ед.), связанные с повышением риска развития инфаркта миокарда.

2. Увеличение риска инсульта у больных АГ II степени ассоциировано с числом ЦЭК более 126 клеток /100 мкл, степени и скорости агрегации ЛТС соответственно более 20,6% и 10,4% /мин, адгезии лейкоцитов более 7,6 ед.

3. Число ЦЭК, показатели агрегации ЛТС, адгезии лейкоцитов рационально использовать для создания среднесрочных моделей прогноза инфарктов миокарда, инсультов у больных АГ.

0368 УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Козловский В.И., Антонышева О.В., Оленская Т.Л., Юргель Л.А.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель: оценить частоту встречаемости тревожных и депрессивных расстройств и повышенного артериального давления у студентов медицинского университета.

Материалы и методы: обследовано 367 студентов. Средний возраст составил $22,92 \pm 1,66$ года. Уровень реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) определяли с помощью опросника Спилберга — Ханина. Уровень депрессии — с помощью опросника Бека.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета статистических программ «Статистика 6.0».

Результаты: уровень реактивной тревожности в среднем составил $38,94 \pm 8,65$ баллов. Низкий уровень РТ отмечен у 34 чело-

век (9%), средний уровень — у 262 человек (72%), высокий уровень РТ отмечен у 72 человек (19%).

Уровень личностной тревожности в среднем составил $39,87 \pm 8,34$ баллов. Низкий уровень ЛТ отмечен у 37 человек (9%), средний уровень — у 238 человек (65%), высокий уровень ЛТ — у 93 человек (26%).

Среднее значение баллов по анкете Бека составило $2,6 \pm 4,23$ балла. Субклиническая депрессия наблюдалась у 9 человек (2%), депрессия легкой степени — у 1-го человека (сумма баллов 19), умеренной степени — у 1-го человека (27 баллов), тяжелая депрессия зарегистрирована у 1-го студента (34 балла).

У 28 (8%) студентов зарегистрированы повышенные цифры артериального давления (больше 140/90 мм рт.ст.). Систолическое артериальное давление было $145,89 \pm 10,09$ мм рт.ст., диастолическое — $87,14 \pm 8,96$ мм рт.ст. Диагноз артериальной гипертензии I-II степени был выставлен 10 студентам (36%), а 18 студентам (64%) был выставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии.

Средний уровень РТ у студентов с повышенными цифрами АД составил $37,78 \pm 6,57$ баллов. Низкий уровень РТ был у 1 (3,58%) студента, умеренный уровень РТ был у 22 (78,6%) студентов, высокая тревожность была у 5 (17,9%) студентов. Средний уровень ЛТ составил $38,89 \pm 9,61$ баллов. Низкий уровень ЛТ был у 4 (14,3%) студентов, умеренный уровень ЛТ был у 19 (67,9%) студентов, высокая тревожность была у 5 (17,8%) студентов. Выявлена слабая отрицательная корреляционная связь между уровнем ЛТ (в пределах 34–44 балла) с уровнем систолического артериального давления ($r = -0,17$; $p = 0,025$).

Средний уровень баллов по анкете Бека был $1,46 \pm 1,89$ балла.

Выводы

1. У 91% студентов отмечается повышение уровня реактивной и личностной тревожности, у 4% — повышенный уровень депрессии.

2. У 8% студентов медицинского университета отмечается артериальная гипертензия. У 96,5% студентов из этой группы студентов отмечается повышение РТ, у 85,7% студентов — повышение ЛТ.

3. Между уровнем систолического артериального давления и уровнем личностной тревоги обнаружена слабая обратная корреляционная связь.

0369 АКЦИЯ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ «СЛАВЯНСКОГО БАЗАРА В ВИТЕБСКЕ- 2006»

Козловский В.И., Оленская Т.Л., Коневалова Н.Ю., Криштопов Л.Е., Пашков А.А., Антонышева О.В., Прокошин К.А., Курский П.В.

Медицинский университет; ОАО «Гедеон Рихтер» в Беларуси, Витебск, Беларусь

Цель исследования. Определение реальной ситуации по выявлению и лечению больных артериальной гипертензией (АГ) в г. Витебске и обоснование основных мероприятий по ее улучшению.

Материал и методы. В течение 5 дней фестиваля на центральной улице города работали сотрудники медуниверситета, ОАО «Гедеон Рихтер» и студенты лечебного факультета. Всем желающим измеряли артериальное давление (АД), рост, вес, выдавали памятки по профилактике АГ. Часть респондентов ответила на 26 вопросов анкеты. Данные обработаны пакетом программ Statistica 6.0.

Результаты исследования. Артериальное давление измерено у 12586 человек, из них женщин — 67,7%, мужчин — 32,3%, средний возраст — $42,59 \pm 14,36$ года. 47,6% были рабочие, 26,2% — служащие, 13,3% — пенсионеры, 8% — учащиеся, а 4,9% — не работали.

Повышенное АД было зафиксировано у 33,97% респондентов, у 25,4% — впервые. По поводу повышенного АД наблюдались у врача 39,2% опрошенных. У 69,6% повышенное артериальное давление было выявлено участковым врачом.

Измерили свой вес 49,6% человек с повышенным уровнем АД. Индекс массы тела составил — $28,48 \pm 4,74$ кг/м².

60,5% людей, с повышенным уровнем АД, имели дома тонометр. Из них 58,4% умели измерять АД самостоятельно. 27,7% респондентов измеряли АД только на приеме у врача; 7,1% опрошенным — члены семьи; а 6,8% — соседи.

Выявлено, что 48,3% опрошенных знали о наличии повышения АД и принимали гипотензивные препараты. Регулярно прием препаратов осуществляли 17,3% людей. 84,8% людей применяли один препарат, 15,2% — 2 и более. 6,32% опрошенных указали, что принимают для снижения артериального давления такие лекарственные средства, как корвалол, трентал, аскофен, папазол, таблетки дибазола, папаверин.

Во время измерения АД уровень АД менее 140/90 был только у 20% знавших о повышенном уровне артериального давления и принимавших гипотензивные средства.

Выводы. 1. Результаты проведенной акции указывают на первоочередную необходимость повышения эффективности выявления артериальной гипертензии, и наибольшую роль здесь играют участковые врачи.

2. Необходимо проведения ряда мероприятий по улучшению приверженности к гипотензивной терапии, эффективности гипотензивной терапии.

3. Особое внимание следует уделить работе школ «Артериальной гипертензии», где происходит обучение больных и родственников измерению АД. Полученные данные показывают, что достаточно большое количество людей с повышенным АД (58,4%) могли контролировать прием гипотензивных препаратов с помощью тонометра.

0370 УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Сулейман Хассан Халед

Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из важнейших факторов, определяющих высокий уровень заболеваемости и летальности населения практически всех стран, поэтому формирование адекватных подходов к лечению является важнейшей задачей современной кардиологии. В рекомендациях ВОЗ 1999 г. на основе многофакторной модели дана программа оценки риска формирования осложнений у больных АГ. Она основана не только на оценке уровня АД, но и наличии целого ряда факторов, неблагоприятно влияющих на сердечно-сосудистую систему (курение, сахарный диабет, поражение почек и др.). Однако значение ряда факторов, ранжирование их по значимости и полнота включения вызывает серьезные разногласия у целого ряда исследователей.

Так, например, в оценочную шкалу не включена оценка изменений психологического статуса больных. Вместе с тем многие исследователи показали, что повышенный уровень тревоги оказывает существенное влияние на исходы заболевания, выраженность поражений сердечно-сосудистой системы.

Целью работы был анализ вклада тревожных расстройств в формирование риска летальных исходов у больных АГ.

Материал и методы. У 245 больных исследовали уровень тревоги с помощью шкалы Спилберга-Ханина. Мужчин было 42 (45,7%), женщин 133 (54,3%), средний возраст обследованных составил $50 \pm 2,3$ года. Длительность наблюдения была 2 года. Материал обработан с помощью ЭВМ, пакета статистических программ Statistica 5,5 с применением анализа выживаемости Каплана-Мейера, пошагового регрессионного анализа.

Результаты. За время наблюдения у 4 больных отмечено развитие инфаркта миокарда, у 8 — инсульта, умерли 5 пациентов. Общее число событий (кризы, нестабильная стенокардия, инсульты и инфаркты миокарда) отчетливо коррелировали с уровнем тревожных расстройств ($p = 0,005$).

С помощью регрессионного анализа отмечено, что летальные исходы, развитие инсультов и инфарктов также достоверно коррелирует с уровнем тревожных расстройств. С помощью пошагового регрессионного анализа удалось выявить, что достоверным значением, при котором повышен риск формирования осложненного течения артериальной гипертензии, является увеличение уровня тревоги в 2,5 раза по сравнению с нормальными показателями.

При ранжировании вклада повышения уровня тревоги и других факторов риска отмечено, что повышение уровня тревоги столь же значимо, как и алиментарное ожирение и курение.

Заключение. Таким образом, в шкалу оценки риска у больных АГ необходимо добавить повышение уровня тревожных расстройств. Необходимо разработать стандартные подходы диагностики тревожных расстройств и определение наиболее эффективных программ лечения этой категории больных.

0371 ПРИМЕНЕНИЕ КАВИНТОНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ПОСТКРИЗОВОМ ПЕРИОДЕ

Козловский В.И., Чернявская С.С., Макеева Е.В., Соболев С.М.
Витебский медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель исследования. Оценка клинических эффектов применения кавинтона в программе купирования гипертонических кризов.

Материал и методы. 365 больных АГ II степени, поступивших в стационар по поводу гипертонического криза разделили на две группы. В основной группе было 183 человека (98 женщин и 85 мужчин, средний возраст $52,5 \pm 2,2$ года) кроме гипотензивной терапии: эналаприл, эналаприл и метопролол в течение 7-12 дней внутривенно капельно вводили кавинтон в дозе 10-20 мг. 182 пациента (2 группа, 102 женщины и 80 мужчин, средний возраст $53,7 \pm 2,8$ года) получали только гипотензивные препараты.

Больных наблюдали в течение года. Регистрировали число гипертонических кризов, вызовов скорой помощи, повторных госпитализаций, посещений поликлиник. Материалы обработаны с помощью пакета программ Статистика-6,0.

Результаты. Исходное артериальное давление составляло $181 \pm 3,2 / 116 \pm 3,6$ мм рт.ст. Снижение артериального давления достигалось на 25-30% в течение ближайших 3 часов, в последующем снижение артериального давления было медленным и через 3-4 суток у 84% больных было менее или равным 140/80 мм рт.ст. У всех больных уменьшились головные боли, боли в области сердца. У больных получавших кавинтон артериальное давление было несколько ниже, однако достоверных отличий не получено.

У больных АГ, получавших Кавинтон после купирования гипертонического криза отмечается достоверное снижение числа повышений АД, потребовавших вызовов скорой помощи и госпитализаций. Отличия были достоверными в первые 6 месяцев (соответственно 14 в контрольной группе и 3 в основной $p=0,002$). В последующее время достоверных отличий не выявлено (соответственно: 12 и 8; $p=0,18$). Больные, получавшие внутривенное введение Кавинтона реже посещали и поликлинику в первые 3 месяца.

Затраты на гипотензивную терапию достоверно не отличалась. Стоимость ампулированного кавинтона и затрат на его введение в I группе была 13864 рублей на одного больного. Стоимость дополнительных вызовов скорой помощи, посещений поликлиник, повторных госпитализаций в перерасчете на одного больного составила 43533 рублей. В итоге на 1 рубль затрат на внутривенное введение кавинтона в последующие 6 месяцев приходится 3,14 рубля экономии на повторных госпитализациях и вызовах скорой помощи, посещениях поликлиник.

Выводы. Применение Кавинтона в дозе 10-20 мг в/в в течение 7-12 дней в раннем посткризовом периоде, позволяет достичь достоверно более выраженного снижения головной боли, уменьшения числа повторных вызовов скорой помощи и госпитализаций в течение 6 месяцев по сравнению с традиционной терапией одними гипотензивными средствами.

Показано, что 1 рубль затрат на курс внутривенного введения кавинтона при купировании гипертонического криза дает 3,14 рубля экономии в связи со снижением расходов на повторные госпитализации и вызова скорой помощи в течение последующих 6 месяцев.

0372 ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА C825T ГЕНА GNB-3 У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АД

Колегова М.С., Головской Б.В., Ховаева Я.Б., Берг М.Д.

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

Прогнозирование развития и течения артериальной гипертензии (АГ) является основным фактором в выборе профилактики и лечения этого заболевания, поэтому в настоящее время ведется интенсивный поиск генетических маркеров АГ.

Цель: изучить взаимосвязь генотипов с уровнем АД, факторами риска АГ и частотой сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у кровных родственников пробанда.

Материалы и методы: обследовано 78 человек — служащих различных предприятий города Пермского края в возрасте от 26 до 66 лет. По результатам измерения АД все лица были разделены на 3 группы: 1-я группа — с АД до 120/80 мм рт.ст., вторая — АД 120/80-139/89 мм рт.ст., третья группа — 140/90 и более мм рт.ст. У всех обследуемых изучали факторы риска, включая липидный спектр. Анализ генетического полиморфизма осуществляли методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с использованием локуспецифических олигонуклеотидных праймеров.

Результаты: частота встречаемости генотипов ТТ, СС и СТ составила в группах 11,6%, 35,3% и 52,9% соответственно. Распределение частот генотипов у лиц с предгипертензией соответствовало ожидаемому ($X^2=2,16$, $p=0,33$). У лиц с АГ было выявлено достоверное отклонение частоты встречаемости генотипов от теоретически ожидаемой (20,5%, 38,4%, 41,0%; $X^2=16,5$, $p=0,002$).

Выявлены ассоциации генотипа ТТ у лиц с оптимальным АД с частотой острых ССЗ среди кровных родственников ($r=0,43$, $p=0,02$), у лиц с предгипертензией — с величиной их систолического ($r=0,58$, $p=0,02$) и диастолического АД ($r=0,68$, $p=0,02$), частотой АГ среди кровных родственников ($r=0,69$, $p=0,001$), а при наличии гипертензии — с частотой внезапной смерти среди кровных родственников пробанда ($r=0,54$, $p=0,001$). При наличии генотипа ТЕРАПЕВТ и аллеля Т высок относительный риск развития АГ ($OR=3,3$ и $1,47$ соответственно).

Генотип СТ у лиц с АГ чаще ассоциируется с нарушением жирового и углеводного обмена у носителей и родственников пробанда, $OP=1$. Показатели обмена, входящие в набор метаболического синдрома (ИМТ, ИТБ, АД, ЛПНП) в большей степени повышены у лиц с генотипом СС ($p<0,05$). Относительный риск АГ у носителей аллеля С и генотипа СС составляет соответственно 0,67 и 0,9 ед.

Выводы: таким образом, по маркеру C825T гена GNB-3 наиболее высокие значения OP характерны для генотипа ТТ. Острые сердечно-сосудистые катастрофы чаще встречаются в семейном анамнезе генотипа ТТ.

0373 ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Колушко Г.И., Целуйко В.И., Сиротников Е.Л., Фадеев П.А.

Харьковская медицинская академия последилового образования;

ГКБ №8, Харьков, Украина

В 2001 г. на базе ГКБ № 8 был организован Харьковский городской центр тромболитической терапии (ХГЦТТ) и принята программа по оказанию помощи больным с острым инфарктом миокарда и острым ишемическим инсультом. По решению горисполкома ХГЦТТ бесплатно предоставлял больным инфарктом миокарда тромболитические препараты.

За пять лет проведен 221 тромболитизм. Тромболитическая терапия проводилась актилизе 138 пациентом, метализе — 46 (11 пациентам на догоспитальном этапе), стрептаза — 8, геберкиназа — 25. Среди пациентов мужчин было 173 в возрасте от 27 до 83 лет, женщин — 48 в возрасте от 37 до 84 лет. Инфаркт миокарда с заинтересованностью передней и переднебоковой стенки левого желудочка зарегистрирован у 100 больных, задняя стенка была заинтересована у 102 пациентов, инфаркт миокарда других локализаций отмечен у 19-ти. Q-позитивный инфаркт миокарда имел место у 189 больных, Q- негативный — у 32-х. Продолжительность времени до начала тромболитической терапии у 32 больных составила 1,5 часа, у 96 от 1,5 до 3-х часов; у 64 от 3-х до 4-х часов, свыше 4-х часов тромболитическая терапия проведена 29 больным. Проведение тромболитической терапии осложнилось: гипотонией у 10 больных, реперфузионными аритмиями

ми у 15, остановка сердца с успешным восстановлением сердечной деятельности у — 5, рецидивы инфаркта миокарда — у 14, 4-м из них тромболитическая терапия проведена актилизе повторно. Ни в одном случае не было кровотечений. Использование метализе на догоспитальном этапе (11 больных) не осложнилось кровотечением, нарушением гемодинамики, реперфузионными аритмиями.

Из 221 пациента умерло 16. Две трети умерших составили пациенты с поздно начатой тромболитической терапией из-за обращения спустя более 4-х часов от начала клинических проявлений инфаркта миокарда.

Тесное сотрудничество кардиологов инфарктного отделения, кардиологов бригад скорой помощи, организаторов здравоохранения и структур, обеспечивающих финансирование, позволяет проводить лечение острого инфаркта миокарда по оптимальной схеме.

0374 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Коломоец Н.М.¹, Бакиев В.И.², Зарубина Е.Г.³, Шведюк В.М.², Костылева Т.В.¹

¹Кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ, Москва, Россия; ²ФГУ «52 КДЦ МО РФ», Москва, Россия; ³кафедра терапии СВМИ, Самара, Россия

Цель: в открытом экспериментальном исследовании изучить клиническую эффективность И-ингибитора — ивабрадина (Кораксан, Servier) у пациентов с кардиореспираторной патологией (КРП) (стабильная стенокардия напряжения [ССН] ФК-II и ФК-III в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких [ХОБЛ] средне-тяжелого [СТ] и тяжелого течения [ТТ]).

Методы: Обследовано 25 пациентов (19 мужчин и 6 женщин, средний возраст 53,4±3,4 лет) с КРП (I группа). Из них 16 больных со ССН ФК-II и 9 чел. со ССН ФК-III. У 13 человек ССН II ФК сочеталась с ХОБЛ-СТ, у 3-х — ХОБЛ-ТТ. У всех больных со ССН ФК-III была зарегистрирована ХОБЛ-ТТ. Группу сравнения (II группа) составили 22 пациента с аналогичной клинической картиной заболевания, статистически однородные по возрастно-половому составу и спектру сопутствующей патологии с основной группой. Всем пациентам обеих групп было проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. Кроме того, проводились ЭХОКГ по протоколу правого желудочка, тест с 6-минутной ходьбой, определение парциального давления кислорода (РаО₂, мм рт.ст.), сатурации кислорода (SaO₂, %). Верификация ИБС и оценка функции внешнего дыхания (ФВД) проводилась с помощью компьютерной томографии сердца и спирографии соответственно. Помимо стандартного лечения больным I группы назначался ивабрадин (кораксан, Servier) в дозе 5 мг 2 раза в сутки, клиническая эффективность, которого оценивалась через месяц.

Результаты: в I группе было отмечено достоверное ($p < 0,05$ для всех) уменьшение числа приступов стенокардии в неделю (с 12,5±2,5 до 5,1±1,5); времени безболевого ишемии миокарда (с 79,2±5,4 до 45,1±2,4 мин/сут.), снижение средней ЧСС за сутки (с 89,7±3,7 до 68,9±2,9 уд/мин) и во время физических нагрузок (со 118,4±5,1 до 98,3±4,4 уд/мин); увеличение пройденного расстояния за 6 мин пациентами со ССН ФК-II (на 135,6±21,4 м), со ССН ФК-III (на 92,5±19,5 м); циркадного индекса (с 1,05±0,021 до 1,25±0,03); SaO₂ (с 91,8±0,5 до 96,6±0,5%) и РаО₂ (с 64,6±1,1 до 72,6±1,5). Также отмечено снижение среднего давления в легочной артерии (с 26,8±0,5 до 23,1±0,2 мм рт.ст.), увеличение фракции выброса ЛЖ с 52,8±1,2 до 58,3±1,4%). Отрицательной динамики ФВД у пациентов I группы отмечено не было. Во второй группе достоверной положительной динамики вышеуказанных показателей отмечено не было.

Выводы: 1. Ивабрадин (Кораксан) является эффективным антиангинальным препаратом, достоверно снижающим частоту приступов стенокардии, время безболевого ишемии миокарда, оптимизирует газовый состав крови, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, снижает давление в легочной артерии при отсутствии отрицательных влияний на функцию внешнего дыхания. 2. Пациентам с кардиореспираторной патологией, которым назначение бета-блокаторов противопоказано, можно ре-

комендовать, как альтернативу, прием ивабрадина (кораксана) в дозе 5 мг 2 раза в день.

0375 ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I и II СТАДИЙ

Коломоец Н.М., Замотаев Ю.Н., Еникеев А.Х., Косов В.А.

Кафедра кардиологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, Центральный клинический санаторий «Архангельское», Москва, Россия

Цель: изучить эффективность немедикаментозного психологического вмешательства в комплексном лечении больных гипертонической болезнью

Методы исследования: в течение года наблюдения изучали результаты лечения у 107 больных (мужчин) гипертонической болезнью (ГБ). Методом случайного отбора больных разделили на 2 группы: основную (ОГ) — 65 (60,7%) больных, которым проводилась аутогенная тренировка, и контрольную (КГ) — 42 (39,3%) больных без психологического вмешательства. Группы были сопоставимы по характеру и интенсивности гипотензивной терапии, а также по возрасту, половому составу, тяжести заболевания. Психотропные препараты больным не назначали. Аутогенную тренировку проводили по классической методике. Основной курс состоял из 18—20 групповых занятий в условиях стационара. Поддерживающие курсы состояли из 5-7 занятий с интервалом 6 мес в течение года в условиях поликлиники. Самостоятельные занятия по 15—20 мин в день осуществлялись в домашних условиях. Психологический статус оценивали с помощью методики СМОЛ.

Полученные результаты: при сравнительном анализе динамики статуса больных с лабильным течением ГБ в течение года наблюдения в ОГ отмечено снижение уровня систолического АД (со 158,1±3,6 до 122,8±2,9 мм рт.ст., $p < 0,005$) и диастолического АД (с 98,8±3,2 до 84,1±2,8, $p < 0,005$), в то время как в КГ уровень снижения систолического АД был менее выраженным (соответственно 156,3±2,5 до 139,7±2,6 мм рт.ст. У больных ОГ за время наблюдения не отмечено достоверных изменений гемодинамики и признаков гипертрофии левого желудочка, в то время как в КГ отмечалось некоторое увеличение общего периферического сосудистого сопротивления. При сравнении усредненных профилей СМОЛ в ОГ к концу наблюдения отмечалось достоверное снижение профиля по шкалам невротической триады (1-й, 2-й и 3-й) и некоторое повышение его по 9-й шкале, свидетельствующее об уменьшении уровня невротизации, повышении фона настроения. В КГ изменения психологического статуса были не достоверны.

Выводы: применение аутогенной тренировки при ГБ свидетельствует о целесообразности использования немедикаментозного психологического вмешательства в качестве одного из методов лечения заболевания.

0376 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ИХ КОРРЕКЦИЯ КЛОПИДОГРЕЛЕМ

Колпаков М.А., Рудницкая Т.А., Хапаев Р.С., Архипов Ю.А., Баширова Ю.В.

НИИКиЭЛ СО РАМН, Новосибирск, Россия; ФМСЧ-168, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить изменения состояния микроциркуляторного русла у больных сахарным диабетом 2 типа при использовании клопидогреля.

Методы. Обследовано 78 больных сахарным диабетом 2 типа, мужчин — 32, женщин 56. Средний возраст 60,5 лет. Давность заболевания — от 5 до 12 лет. Пациенты получали лечение в рамках Федеральной программы «Лечение больных сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы». В исследование включены больные сахарным диабетом, имеющие начальные проявления синдрома диабетической стопы. Не включались в исследование больные с хронической почечной недостаточностью; с кетоаци-

дозом; с язвенными и гнойно-некротическими осложнениями диабета; больные, перенесшие острый инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт; с повышенными значениями функциональных проб печени; больные, получающие дезагреганты на момент поступления в стационар. Проводилось определение агрегации тромбоцитов с универсальным индуктором агрегации, лазерная доплеровская флоуметрия с функциональными пробами, триплексное ультразвуковое сканирование артерий нижних конечностей. Оценивалась динамика показателей на фоне приема клопидогреля 75 мг/сут в течение 20 дней. Из числа обследованных сформирована отдельная группа больных (23 человека), у которых при ультразвуковом сканировании были выявлены признаки стеноза подколенной или большеберцовых артерий (18 больных), окклюзии артерий — у 5 больных. Контрольная группа составила 34 условно здоровых человека.

Результаты. У обследованных пациентов сахарным диабетом 2 типа наблюдалась закономерная тенденция к гиперагрегации и снижению перфузии периферических отделов нижних конечностей. Однако в сравнении с контрольной группой не выявлено статистически значимых различий в агрегации тромбоцитов, а также по показателям лазерной флоуметрии — параметру микроциркуляции, амплитуде колебания кровотока, резерву капиллярного кровотока в окклюзионном и тепловом тестах. Применение клопидогреля достоверно позволило увеличить время агрегации в 1,3 раза, наблюдалась отчетливая тенденция к улучшению показателей микроциркуляции, но различия были недостоверны. В группе больных со стенозами и окклюзией магистральных артерий нижних конечностей исходно наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов ($P < 0,05$ с контрольной группой) и достоверно более низкие параметры перфузии тканей. Применение клопидогреля в этой группе больных позволило увеличить время агрегации на 54%, параметр микроциркуляции на 40%, резерв капиллярного кровотока при выполнении окклюзионной пробы возрос в 1,25 раза.

Выводы. В группе больных сахарным диабетом 2 типа со стенозирующим (окклюзирующим) поражением артерий нижних конечностей наблюдаются выраженные нарушения микроциркуляторного русла и агрегации тромбоцитов по сравнению с больными сахарным диабетом без ультразвуковых признаков макроангиопатии. Применение клопидогреля в дозе 75 мг/сут в течение 20 дней улучшает показатели агрегации тромбоцитов и перфузии периферических тканей, позитивный эффект наиболее выражен у больных со стенозирующим (окклюзирующим) поражением магистральных артерий нижних конечностей.

0377 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ТОМСКА И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2006 ГОДАХ

Комарова М.Г., Волкова Т.Г., Кобякова О.С.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Департамент здравоохранения Администрации Томской области, Томск, Россия

Цель: Изучение знаний участковых врачей и кардиологов поликлиник г. Томска и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Томской области по вопросам лечения артериальной гипертензии (АГ).

Методы. Опрос проводился с 2005 по 2006 гг. по специально разработанным анкетам, содержащим вопросы, касающиеся лечения АГ. В исследовании участвовало 242 врача. Среди них 145 врачей г. Томска и 97 врачей ЛПУ Томской области. Средний возраст всех врачей $45 \pm 15,43$.

Результаты. По данным опроса выяснено, что среди основных групп гипотензивных препаратов чаще используются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) — 22,4%, диуретики — 22,2%, бета-адреноблокаторы (БАБ) — 21,3%, антагонисты кальция (АК) — 19,2%. Такие современные препараты как блокаторы рецепторов ангиотензина II и агонисты имидазольных рецепторов выбраны в 3,6% и 1,0% соответственно.

Среди класса иАПФ основным препаратом назначения является эналаприл (40,9%), на втором месте — лизиноприл (19,4%),

на третьем — периндоприл (15,6%). В группе диуретиков лидирует индапамид (58,6%), ему уступает гидрохлортиазид (33,1%). БАБ в основном представлены метопрололом (46,9%), атенололом (24,1%) и бисопрололом (18,8%). Основу назначений в классе АК составили нифедипин (45,8%) и амлодипин (37,5%).

Согласно современным рекомендациям, приоритет назначений должен отдаваться пролонгированным формам препаратов. В первую очередь это касается БАБ и АК. Интересно, что в группе АК ретардная форма нифедипина указывалась в 43,3%, верапамил и дилтиазем не указывались вовсе. Пролонгированные формы метопролола упомянуты лишь в 2,8%.

Выводы. Таким образом, оценивая в общем практику назначения гипотензивной терапии врачами ЛПУ г. Томска и Томской области, можно сказать что преимущество отдается группам препаратов, указанных в национальных рекомендациях по лечению АГ. Приходится констатировать тот факт, что практически не используются пролонгированные формы препаратов группы АК. Тогда, как доказано, что короткодействующие препараты обладают меньшей эффективностью в отношении контроля АГ и большей выраженностью побочных эффектов. Решить эту проблему, возможно, удастся, активизировав обучение и просветительскую работу среди врачей первичного звена здравоохранения.

0378 ПАТОМОРФОЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кондратьев А.И., Долгих В.Т., Савилова В.В., Торопов А.В.

МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1; Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Цель работы: Ретроспективный статистический анализ современного состояния терминальных и критических состояний при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Материал и методы: Нами за период 2005-2006 гг. было проведено изучение историй болезни 201 пациента, умерших в кардиологическом отделении (с результатами вскрытий). Средний возраст умерших составил $68,7 \pm 5,7$ лет. Летальность при ОИМ в кардиологическом отделении в 2005 г. составила — 17,69%, в 2006 г. — 17,1%. Досуточная летальность составила в 2005 г. — 2,2 на 100; в 2006 г. — 2,8 на 100 поступивших.

Результаты и обсуждение. По результатам патологоанатомических исследований 85% умерших имели трехсосудистое поражение коронарного русла, у 68,8% имелись выраженные атеросклеротическое поражение аорты, сосудов головного мозга, почек и крупных сосудов нижних конечностей. При первичном инфаркте миокарда преобладает обширное поражение левого желудочка, при повторном — инфаркты миокарда передней локализации. 78,3% — умершие старше 60 лет. Патоморфоз заключается во все возрастающей доли женщин с тяжелым течением ОИМ, увеличением возраста умерших, доминированием Q-ОИМ среди мужчин, особенно частым наличием среди фоновой и предрасполагающей патологии АГ и СД 2 типа, в том числе — их коморбидности. Анализируя факторы риска среди умерших, следует выделить примерное равенство нарушений липидного обмена как у мужчин, так и женщин, но при явном преобладании табакокурения, меньшей приверженности к лечению и запоздалом обращении к врачу у мужчин, а у женщин — ожирения, худшего наследственного фона, более длительного стажа болезни и большей комплаентности в лечении.

Эффективное лечение на амбулаторном этапе не получают более 90% пациентов. Терапия статинами среди всех возрастных групп составила 0,4%.

Выводы. Предикторами неблагоприятных исходов при остром инфаркте миокарда является возраст 60 лет и старше среди мужского населения, и 70 лет и старше среди мужчин и женщин. Ведущей причиной смерти среди осложнений инфаркта миокарда стали отек легких в сочетании с кардиогенным шоком. Как причина смерти от ОИМ все чаще встречается синдром полиорганной недостаточности, развивающийся у пожилых пациентов на ИВЛ на фоне тяжелой сопутствующей патологии (хирургической — в послеоперационном периоде, на фоне сахарного диабета, анемии, тяжелой патологии бронхолегочной системы, онкопатологии). Важ-

нейшим фактором современного неблагоприятного течения ОИМ считаем резко возросшее количество разрывов миокарда, в том числе — ранее казуистических случаях рубтур задней стенки левого желудочка, особенно в возрастной категории 70 лет и старше. Нельзя не подчеркнуть, что значительное увеличение количества умерших до суток состоялось за счет пожилых пациентов имеющих тяжелую сопутствующую соматическую патологию.

0379 ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Константинова Е.Э., Цапаева Н.Л., Толстая Т.Н., Миронова Е.В., Иванова Л.А., Анчикова-Черноглаз Е.Р.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ, Минск, Беларусь

Цель: изучить особенности реологических свойств крови, характер нарушений микроциркуляции у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с мультифокальным поражением артериального русла (МПАР) и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД2) в до- и послеоперационном периоде аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Методы: В исследование включено 32 больных ИБС с МПАР и СД 2. Средний возраст — 54,8±4,9 года. Контрольную группу составили 30 больных ИБС без СД 2, которым также проводилось АКШ. Исследование агрегации тромбоцитов (АТ) проводили на анализаторе AP-2110. Определение концентраций глюкозы, общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности и триглицеридов плазмы крови проводили с использованием наборов “Cогмау”. Деформируемость эритроцитов (ДЭ) оценивали по индексу ригидности. Скорость оседания эритроцитов определяли в стеклянных капиллярах диаметром 3 мм и длиной 200 мм. Состояние микроциркуляции оценивали методом конъюнктивальной биомикроскопии. Показатели транспорта кислорода измеряли с использованием монитора TCM2. Обследования проводили до и после коррекции гипергликемии до уровня 6,0 мм/л натощак (с использованием препарата «Глюкомет» (Pharmascare)) до АКШ, а также через 1, 10, 30 суток и 3 месяца после операции.

Результаты: установлено, что основными факторами, определяющими повышение риска развития интра- и ранних послеоперационных осложнений АКШ у больных ИБС с СД 2 являются снижение ДЭ, повышение их агрегационной способности и выраженные изменения морфологии микроциркуляторного русла, которые сопровождаются снижением $TcPO_2$ в ткани на 10-сутки после АКШ. Именно нарушение функционального статуса системы микроциркуляции является фактором, повышающим риск прогрессирования ишемии и развития осложнений в данный период лечения. Результаты дальнейших исследований показали, что к факторам, определяющим риск развития осложнений в течение 1 и 3 месяцев после АКШ, следует отнести выраженные и резистентные к стандартной гиполипидемической терапии ДЛП. В этих условиях характерные для СД 2 изменения микрососудов и функционального статуса эритроцитов способствуют формированию нарушений микроциркуляторного кровотока. Совокупность данных факторов также реализуется в изменении транспортных свойств системы микроциркуляции и, следовательно, снижении обеспечения тканей кислородом.

Выводы: для повышения результативности АКШ у больных с СД 2 в послеоперационном периоде необходимо проведение дифференцированной гиполипидемической терапии, а также применение методов лечения, направленных на коррекцию состояния микроциркуляции и гемореологии. Такой комплекс лечебных мероприятий позволит устранить факторы риска ускорения атеросклеротического процесса и прогрессирования ИБС за счет неадекватной доставки кислорода к тканям.

0380 РАЗЛИЧИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ

Копелев М.Ф.

Boston Branch of American-Russian Medical Society. Boston, MA, USA

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными заболеваниями. Так, в США ежегодно регистрируется от полутора до шести миллионов случаев гриппа, а в России обращается к врачам по поводу ОРВИ любой этиологии от 19,2 до 28,0 процентов населения каждый год. При этих заболеваниях выявляются нарушения различных функций сердца в 78-81% случаев, а поражения сердца в форме миокардитов имеют место (по данным ВОЗ) при гриппе в 1,2 — 1,4% случаев, а при Коксаки-инфекции — в 2,9%.

Таким образом поражения сердца при ОРВИ представляют актуальную проблему современной медицины сегодня. В докладе, на фоне данных литературы, изложены результаты эксперимента и клинических наблюдений автора за больными, переносившими ОРВИ.

Была создана модель воздействия вирусов на сердце белых мышей с возможностью проведения динамического электрокардиографического контроля, а кроме того количественного и качественного определения вируса в крови и тканях сердца в совокупности с установлением титра антител и последующими гистологическими исследованиями.

В качестве инфекционных агентов использовались вирусы Коксаки А6 и В3, а также шесть штаммов вируса гриппа А(N1H1), один из которых в двух вариантах — ингибиторорезистентном и ингибиторочувствительном; а также вирус-вирусные миксты Коксаки и гриппа.

Установлено, что использованные штаммы вируса гриппа в тканях сердца не размножаются — их не удалось выделить из мышцы сердца ни в одном случае, не исключая и тех, когда имели место выраженные изменения миокарда, определенные гистологическими методами. Однако, вирусы гриппа обуславливают быстрое развитие вирусемии и возникновение тромбозов в сосудах сердца с образованием очагов ишемии и кровоизлияний в миокарде без миокардита.

Выявлены штаммы вируса гриппа, обладающие наиболее выраженной кардиотропностью; установлено, что при заражении разными вариантами одного и того же штамма, степень поражения сердца была различной — ингибиторорезистентный вариант обусловил образование очагов ишемии и кровоизлияний в миокарде подопытных животных вдвое чаще, чем ингибиторочувствительный.

А при инфицировании вирусами Коксаки, наоборот, первичной является альтерация мышечных элементов с продуктивной воспалительной реакцией, наиболее выраженной при максимальном содержании вируса в тканях сердца, а кровеносные сосуды практически не поражаются.

Вирусы Коксаки, особенно Коксаки А6, обуславливают в миокарде белых мышей возникновение мелких очагов некроза при отсутствии поражения кровеносных сосудов. По времени это совпадает с максимальным уровнем содержания вируса в мышце сердца; после возникновения некрозов титр вируса в тканях сердца быстро падает.

Таким образом — патогенез поражений сердца вирусами гриппа и вирусами Коксаки имеет принципиальные различия.

0381 НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КОЛЛАГЕНА ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Копица Н.П., Белая Н.В., Титаренко Н.В., Петюнина О.В., Литвин Е.И., Аболмасов А.Н.

ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель: изучить особенности изменения уровня тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1 — основного ингибитора активности матриксной металлопротеиназы 1 типа, регулирующей баланс накопления коллагена I типа экстрацеллюлярного матрикса миокарда левого желудочка) и уровня трансформирующего фактора роста-β1 (ТФР-β1 — одного из основных факторов, реализующих фиброгенное действие ангиотензина II на миокард левого желудочка при артериальной гипертензии) в зависимости от типа геометрии левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: Было обследовано 69 больных ГБ, которым не проводилась регулярная антигипертензивная терапия (средний возраст 53,5 (47,5–58,5)) и 20 практически здоровых лиц (средний возраст 47 (41,5–55)). Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование миокарда ЛЖ. Уровни ТИМП-1 и ТФР-β1 в сыворотке крови определяли с помощью иммуноферментного метода («BioSource Intrnational, Inc.» США и «DRG Instruments GmbH», Германия, соответственно). Результаты представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты. Уровень ТФР-β1 в группе больных с эксцентрической гипертрофией (ЭГЛЖ) составил 23,1 (19,3–24,8), с концентрической гипертрофией ЛЖ (КГЛЖ) — 21,85 (19,7–24,8) нг/мл. Достоверно эти два показателя не отличались. Практически одинаковый уровень ТФР-β1 наблюдался в группе больных с нормальной геометрией ЛЖ (НГЛЖ) — 19 (15,6–19,3) и concentрическим ремоделированием ЛЖ (КРЛЖ) 18,9 (17,5–19,8) нг/мл и достоверно не отличался от аналогичного в контрольной группе ($p > 0,05$). Показатель ТФР-β1 в группе больных с гипертрофией миокарда ЛЖ (ЭГЛЖ и КГЛЖ) достоверно превышал показатель ТФР-β1 в группе больных без гипертрофии миокарда ЛЖ (НГЛЖ та КРЛЖ) ($p < 0,05$). Уровень ТИМП-1 в группе с НГЛЖ составлял 407,32 (389–431,9) нг/мл, в группе с КРЛЖ — 401,8 (371,4–429,4) нг/мл, в группе с КГЛЖ — 407,3 (388–444) нг/мл и в группе с ЭГЛЖ — 415,6 (389,8–432,2) нг/мл. Показатели концентрации ТИМП-1 в этих группах достоверно отличались от уровня ТИМП-1 в контрольной группе — 377,52 (348,7–388,7) нг/мл ($p < 0,05$). Достоверно наиболее высоким уровень ТИМП-1 был только в группе с ЭГЛЖ в сравнении с группой НГЛЖ. Уровень ТИМП-1 в группах с НГЛЖ, КРЛЖ и КГЛЖ достоверно не отличался, как и не было отличий между группой с ЭГЛЖ и КГЛЖ, КРЛЖ.

Выводы: Повышенное содержание ТИМП-1 и ТФР-β1 в сыворотке крови больных ГБ (преимущественно с гипертрофическими типами ремоделирования миокарда ЛЖ) свидетельствует о вкладе этих факторов в процесс формирования гипертензивного сердца за счет избыточного накопления коллагена экстрацеллюлярного матрикса и пролиферации фибробластов. Первым на гемодинамический стресс реагирует ТИМП-1, повышение уровня которого приводит к угнетению активной формы матриксной металлопротеиназы-1, замедлению расщепления коллагена I типа миокарда с избыточным его накоплением. Фиброгенное действие ТФР-β1 реализуется в процессе формирования более значимых структурных изменений миокарда (КГЛЖ та ЭГЛЖ).

0382 ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НЕ ДОСТИГАЮЩИХ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Копнина Е.И., Панова Т.Н.

ГОУ ВПО Медицинская академия, Астрахань, Россия

Цель: изучить своеобразие восприятия жизненных событий и жизненных трудностей (оцениваемых как стрессовые), связанное с индивидуально-личностными качествами у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), не достигающих целевого уровня артериального давления (АД) при стационарном лечении.

Материалы и методы. В исследование были включены 31 женщина с диагнозом ГБ I–II стадии (средний возраст — $48 \pm 1,44$ года), который выставлялся согласно классификации экспертов ВОЗ и МОАГ 1999 года и 2003 года. АД определяли в положении сидя не менее трех раз с перерывами в 5 мин., использовались средние значения. Пациентки принимали один или несколько гипотензивных препаратов 4 основных групп (диуретики, β-адреноблокаторы, иАПФ, антагонисты кальция), различия в эффективности современных препаратов «первого ряда» минимальны. В работе использованы психодиагностические методики: «Индивидуально-типологический опросник» Л.Н. Собчик для определения степени выраженности личностных свойств и «Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Праге» для оценки уровня психосоциального стресса, складывающегося из суммы жизненных событий,

произшедших с пациентом в течение года до госпитализации, каждое из которых оценивается в баллах.

Результаты: Из 31 пациентки, прошедшей лечение, достигли целевого уровня АД на момент выписки из стационара 74,2 %, уровень стресса у этих пациенток составил $232 \pm 25,6$ балла, в структуре их личности было выявлено преобладание эмотивности и экстравертированности над ригидностью и интравертированностью ($p < 0,05$). У лиц не достигших целевого уровня АД (25,8%), в отличие от предыдущей группы, был выявлен достоверно более низкий уровень стресса ($134,1 \pm 32,5$ балла) и наблюдалась обратная закономерность: ригидность и интравертированность преобладали над эмотивностью и экстравертированностью ($p < 0,05$).

Заключение. Взаимосвязь уровня стресса с психологическими характеристиками на осях эмотивность-ригидность и экстравертированность-интравертированность можно объяснить различной чувствительностью к психо-эмоциональным перегрузкам в зависимости от локализации личностных особенностей больного в данной системе координат. Преобладание в структуре личности ригидности и интравертированности обуславливает высокий уровень субъективизма в оценке полученной информации, высокую толерантность к стрессу, связанную с психологической защитой по типу «отрицание» и «рационализация», наиболее часто встречающейся у лиц данного типа. Любая стрессовая информация отрицается или обесценивается, в том числе — информация о повышении АД, о наличии серьезного заболевания. Переходя на психосоматический уровень, она может явиться причиной длительного усугубления течения ГБ, препятствуя нормализации АД, несмотря на проводимую фармакотерапию.

0383 ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА СТЕРЕОТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э.

Научный центр психического здоровья РАМН; Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: клиническая оценка по данным психиатрического и соматического обследования психосоматических аспектов ГБ.

Методы: выборку составили 121 пациент (79 женщин и 42 мужчины) клиники кардиологии с верифицированным диагнозом гипертонической болезни. Средний возраст больных $56,3 \pm 3,4$ года. Состояние больных изучали с помощью клинко-психопатологического, кардиологического и клинко-инструментального методов.

Результаты: Выделены две группы больных ГБ, отличающиеся по психосоматическим характеристикам. I группа — больные ГБ, клинические проявления и стереотипы развития которой обнаруживают тесную взаимосвязь с патологической динамикой расстройств личности (93,7%). Начало и утяжеление ГБ за счет экзacerbации гипертонических кризов у 88,4% больных соотносится с наступлением климактерического периода (с признаками инволюционной истерии) и/или психогенно спровоцированной депрессией. В период инволюционной истерии и при аффективных расстройствах ГК возникают часто (в среднем 2,7 раза в месяц). В 68,1% развитие гипертонических кризов происходит по механизму реактивной соматопсихической лабильности. ГК коморбидны конверсионной симптоматике и паническим атаками. При дальнейшей патохарактерологической динамике, реализующейся ипохондрическим развитием личности (49,3%), несмотря на относительную стабильность показателей кардиологического статуса, любые изменения в самочувствии воспринимаются в утрированной форме с актуализацией тревожных опасений прогрессирования ГБ, инсультофобией, танатофобией. При редукции симптомов аффективных расстройств и инволюционной истерии без формирования ипохондрического развития (29,0%) частота возникновения ГК и выраженность симптомов уменьшаются. В соматическом плане ГБ характеризуется умеренной артериальной гипертензией, протекающей с негрубыми нарушениями мозгового кровообращения, минимальными проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии и без формирования почечной и сердечной недостаточности.

II группа — больные ГБ, экзacerbация и стереотипы развития которой практически не коррелируют с патохарактерологичес-

кими факторами. Пациентам присущи конституциональные черты соматотонии. Отношение к болезни характеризуется гипонозогнозией. При этом у 40,4% больных на фоне реактивных депрессивных состояний наблюдается необратимое прогрессирование сердечно-сосудистой патологии. Тяжесть соматического заболевания более выражена, чем в I группе: превалирует ГБ второй и третьей стадии. В клинической картине ГК представлены лишь типичные неврологические симптомы (тошнота, рвота, мелькание мушек перед глазами, головные боли). По мере быстрого прогрессирования артериальной гипертензии степень тяжести и выраженность симптоматики ГК увеличиваются. Выявляются сердечно-сосудистые осложнения: транзиторные нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, гипертрофия миокарда и диастолическая дисфункция, стенокардия, нарушения сердечного ритма.

Выводы: Указанные особенности возникновения и динамики ГБ, их тесная взаимосвязь с патохарактерологическими расстройствами у пациентов I группы позволяют высказать предположение о существовании «психосоматического» варианта ГБ, при котором стереотипы развития соматического страдания подчинены и отражают динамику расстройств личности. Пациенты этой группы требуют комбинированной кардио- и психотропной терапии.

0384 ВЗАИМОСВЯЗЬ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЯ И ЛИНЕЙНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В МИКРОСОСУДАХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коричкина Л.Н., Руденко Е.В., Виноградова Т.С.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель — сравнить интенсивность внутрисосудистого ауторозеткообразования (АРО) в периферической крови с показателями линейной скорости в сосудах микроциркуляторного русла у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. Обследовано 40 больных АГ в сочетании с СД 2 типа (мужчин — 40, возраст $54,9 \pm 1,5$ года, длительность заболевания $10,6 \pm 1,4$ года). Больные получали инсулинотерапию, ингибиторы АПФ. В мазках капиллярной крови подсчитывали общее число лейкоцитов (Л), ауторозеток (АР), число АР с экзотитарным лизисом (ЭЛ) эритроцитов (по методике Д.И. Бельченко, 1990 г). С использованием аппарата «Минимакс-Допплер К» проводили манжеточную пробу, измеряли и сравнивали показатели линейной скорости кровотока: систолической максимальной скорости кровотока (V_s см/с), средней скорости за средний цикл кровотока (V_m см/с), диастолической максимальной скорости (V_d см/с), средней скорости кровотока (V_{am} см/с). Контрольную группу (КГ) составили 60 здоровых лиц (мужчин 40, женщин 20, средний возраст $45,7 \pm 1,0$ года). Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. У обследованных КГ в периферической крови общее число Л было $4,6 \times 10^9$ /л, АР — $0,75 \pm 0,11\%$ (абс. $0,036 \times 10^9$ /л), АР с ЭЛ эритроцитов (Э) — 53% от общего количества АР. Преобладали АР, образованные нейтрофилами (НАР) — 81%, реже моноцитами (МАР — 19%). Скоростные показатели кровотока составили V_s см/с $-13,6 \pm 0,71$, V_m см/с $-9,3 \pm 0,71$, V_d см/с $-6,4 \pm 0,41$, V_{am} см/с $-1,4 \pm 0,22$. После проведения манжеточной пробы, через 1 мин наблюдалось повышение V_s см/с в 0,9 раза, через 5 мин отмечалось повышение V_d см/с в 1,3 раза и снижение остальных показателей, наиболее выраженное уменьшение V_{am} см/с (в 2,8 раза). У больных СД общее число Л было в 2,0 раза больше, АР в 43 раза больше, процентное содержание АР с ЭЛ Э в 4 раза меньше, чем в КГ. Преобладали НАР, реже отмечались МАР, впервые регистрировались базофильные АР и эозинофильные АР. Исходно скоростные показатели были значительно ниже: V_s см/с $-9,7 \pm 0,44$, V_m см/с $-6,1 \pm 0,37$, V_d см/с $-3,6 \pm 0,39$, V_{am} см/с $-0,4 \pm 0,008$. После проведения манжеточной пробы по сравнению с КГ, через 1 мин было выявлено повышение V_s см/с в 1,3 раза, через 5 мин повышение V_s см/с в 1,1 раза, снижение V_d см/с в 0,5 раза, при этом V_{am} см/с не изменя-

лась. Период реституции микрокровотока у больных АГ был в 1,6 раза выше, чем в КГ (7,8 мин против 5,0 соответственно).

Выводы. Таким образом, интенсивность АРО в периферической крови у больных АГ в сочетании с СД значительно выше, а скоростные показатели микрокровотока значительно ниже, чем в КГ. При этом у больных СД наиболее снижены V_d см/с и V_{am} см/с. Можно полагать, эндогенное АРО участвует в патогенезе нарушения кровотока в микрососудах. Данный вопрос требует более детального изучения.

0385 ВОЗМОЖНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Корнеева О.Н.¹, Драпкина О.М.¹, Корнеев Н.В.²

¹Клиника пропедевтики внутренних болезней им В.Х. Василенко, Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Москва, Россия; ²Главный Военный Клинический Госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель исследования: выявить особенности артериальной гипертензии, изменение суточного профиля АД, нарушение сердечного ритма и проводимости у больных метаболическим синдромом (МС) методом бифункционального суточного мониторинга АД и ЭКГ.

Материалы и методы. Обследовано 38 пациентов с МС (20 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 22 до 65 лет с длительностью АГ от 0,5 года до 15 лет. Пациенты включались в исследование согласно критериям метаболического синдрома Международной Диабетической Федерации (International Diabetes Federation) от 2005 года. Всем больным проводилось бифункциональное суточное мониторирование АД и ЭКГ методом 24-часового мониторирования портативной автоматической системой («Астрокард» ЗАО «Медитек», Россия) с периодичностью измерений АД 20 мин в дневные часы и 40 мин в ночные часы. ЭКГ мониторирование проводилось на 3 каналах.

Результаты. Первоначальное клинически определяемое АД составило $156,3 \pm 9,5$ мм рт.ст. и $98,6 \pm 6,2$ мм рт.ст. Данные бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ позволили выявить у большинства больных с МС проявления артериальной гипертензии и нарушения сердечного ритма. Артериальная гипертензия регистрировалась у 89,3% больных с метаболическим синдромом и носила систоло-диастолический характер. Характерным (у 78,6 % больных с МС) является нарушение суточного профиля АД главным образом, в виде недостаточного снижения АД в ночные часы, 43% из пациентов — нон-дипперы, 7,1% пациентов — найт-пикеры. 28,5 % больных — овер-дипперы. Нарушения сердечного ритма у лиц с МС характеризовались наличием суправентрикулярных аритмий: наджелудочковой экстрасистолией у 23%, у 7,8% в виде фибрилляции предсердий. У 18,4 % пациентов имелись желудочковые аритмии в виде экстрасистолии. ЭКГ признаки ишемии миокарда были выявлены у 2 больных с МС.

Выводы:

1. Одномоментная регистрация АД и ЭКГ позволяет использовать бифункциональное мониторирование АД и ЭКГ как скрининг-метод для синхронной диагностики артериальной гипертензии, сердечных аритмий и ЭКГ признаков ишемии миокарда у больных с МС.

2. Метод бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ позволяет выявить: профиль, типы, характер и особенности артериальной гипертензии.

3. Преимущества метода бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ у лиц с МС позволяют проводить дифференцированный подбор терапии и оценивать её эффективность.

0386 НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИПИД-СНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Корнилов А.А., Валукевич В.Н., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью исследования являлась разработка нейросетевой модели прогнозирования гипохолестеринемического эффекта при различных вариантах коррекции гиперлипидемий статинами-дженериками II и III поколений на основе параметров липид-транспортной системы.

Задачи исследования: исследование состояния липид-транспортной системы у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией (ГХС) при фармакотерапии липтонормом и крестором; разработка нейросетевой модели прогнозирования гипохолестеринемического эффекта при различных вариантах коррекции ГЛП.

Методы исследования включали в себя: клинические, биохимические, функциональные, статистические. При решении задачи прогнозирования использовался нейросетевой имитатор Neuro Pro 0.25.

В результате исследования получены следующие выводы:

1. При лечении липтонормом у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 7% ($p < 0,05$) у 10% больных, а наибольший — 42,8% ($p < 0,05$) у 40%.

2. В условиях фармакотерапии крестором у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 10% ($p < 0,05$) у 15% больных, а наибольший 55,2% ($p < 0,05$) можно получить не менее, чем у 48% больных.

3. При лечении липтонормом у больных ИБС с сочетанной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 7% ($p < 0,05$) у 11% больных, а наибольший — 40,7% ($p < 0,05$) у 38%.

4. В условиях фармакотерапии крестором у больных ИБС с сочетанной ГХС можно прогнозировать наименьший гипохолестеринемический эффект 10% ($p < 0,05$) у 13% больных, а наибольший 56,1% ($p < 0,05$) можно получить не менее, чем у 47% больных.

5. В целом прогнозируемая гипохолестеринемическая эффективность крестора выше, чем у липтонорма, что согласуется с результатами клинических исследований.

6. Использование нейросетевой технологии позволяет в общем случае прогнозировать эффективность гипохолестеринемической коррекции при фармакотерапии конкретным препаратом у конкретного пациента, что представляет собой практический интерес.

0387 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Королькова О. М., Минаков Э. В.

ВГМА им. Н. Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Целью исследования являлась комплексная оценка особенностей формирования легочной гипертензии различного генеза.

Методы исследования. На базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы проведено комплексное клинко-гемодинамическое обследование 460 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различной степени тяжести, 8 больных с первичной легочной гипертензией (ПЛГ), 40 больных с посттромбоэмболической легочной гипертензией (ПТЭЛГ). Гемодинамика исследовалась с помощью неинвазивных методик (ДЭхо-КГ), компьютерной ангиопульмонографии, а также зондирования правых отделов сердца. Анализировалось большое количество показателей, включая СДЛА, ДДЛА, ДЛА ср., ДЗЛА, ОЛСС, СИ, систолическая и диастолическая дисфункция ПЖ, а также показатели функции внешнего дыхания (ФВД), перекисного окисления липидов, энергетического обмена, газового состава крови и др. Выделены 5 групп больных (1 — ХОБЛ средней степени ($n=180$), 2 — ХОБЛ тяжелой степени ($n=200$), 3 — ХОБЛ крайне тяжелой степени ($n=80$), 4 — ПЛГ ($n=8$), 5 — ПТЭЛГ ($n=40$)). С целью сравнительной оценки комплексных показателей гемодинамики, а также корреляционной связи с клиническими и биохимическими по-

казателями использована оригинальная математическая программа обработки результатов.

Результаты. Наибольшие показатели ДЛА ср. и ОЛСС выявлены в 4 и 5 группах ($59,2 \pm 4,8$ мм рт.ст. и 980 ± 39 дин.сек.см-5 соответственно). В группе 3 — ДЛА ср. и ОЛСС составила $44,3 \pm 3,4$ и $604 \pm 6,9$ соответственно. В группе 2 — $38,1 \pm 1,2$ и $515,4 \pm 38,2$. В группе 1 — $29,8 \pm 1,9$ и $410 \pm 54,4$ соответственно. ДЗЛА не превышало норму ни в одной из групп. Наиболее тесная корреляционная зависимость в группе 1 (ХОБЛ средней степени) — выявлена между ДЛА ср. и МДА ($r=0,34$); в группе 2 (ХОБЛ тяжелой степени) — между ДЛА ср. и ОФВ1 ($r=-0,36$); в группе 3 (ХОБЛ крайне тяжелой степени) — между ДЛА ср. и P02 ($r=0,32$); в группе 4 (ПЛГ) — между ДЛА ср. и ОЛСС ($r=0,37$); в группе 5 (ПТЭЛГ) — между ДЛА ср. и СИ ($r=-0,4$). В группах с высокой ЛГ (3, 4, 5) в дополнение к базисному лечению основного заболевания была добавлена терапия, направленная на снижение ЛГ: простагландин Е (вазопростан) в дозе 40 мкг/сутки в/в капельно в течение 14 дней плюс амлодипин (норваск) в средней суточной дозе 5–10 мг, а также фраксипарин 0,6 мг/сутки. После 2-х недельного курса терапии больным повторно контролировалась Эхо-КГ, газовый состав крови, ФВД. Повторный курс терапии проводился спустя 6 месяцев с контролем Эхо-КГ, газового состава крови, ФВД. При анализе динамики показателей гемодинамики, газового состава крови и функции внешнего дыхания, спустя 2 недели лечения, следует отметить достоверное снижение уровня среднего давления в легочной артерии, конечного диастолического давления в правом желудочке, а также тенденцию к увеличению ОФВ1 и уменьшению общего легочного сопротивления в группах 3, 4. Показатели сердечного индекса практически не изменились. В группе 5 (ПТЭЛГ) достоверно изменилось ДЛА ср., а также имелась тенденция к увеличению СИ. Однако, спустя 6 месяцев, достоверным остается только умеренное снижение ДЛАСр., во всех 3-х группах. Наибольший уровень снижения ДЛАСр. (в среднем на 7–8 мм рт.ст.) наблюдался в группе № 3.

Выводы. Полученные результаты позволяют уточнить механизмы формирования ЛГ и хронического легочного сердца (ХЛС) у обследуемой категории больных, а также обосновать наиболее рациональные схемы терапии с соответствующим акцентом воздействия.

0388 ИЗОЛИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО КАРКАСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Коротеев А.В., Белянко И.Э., Долотов В.К., Нечаев И.А., Терновская Е.А., Трекова Н.А., Еременко А.А., Колпаков П.Е.

ГУ Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить клиническую эффективность операции имплантации экстракардиального сетчатого каркаса (ЭКСК) в лечении дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) при его изолированном (без дополнительных кардиохирургических вмешательств) использовании.

Методы. С октября 2003 г по апрель 2007 г имплантация сетчатого каркаса была выполнена у 15 больных с ДКМП. Возраст больных составил $43,1 \pm 10,8$ лет (от 28 до 62 лет). Исходные размеры и объемы левого желудочка (ЛЖ) составили: КДР $7,1 \pm 0,9$ см, КДО $251,7 \pm 80,7$ мл, КСО $182,3 \pm 73,6$ мл; митральная недостаточность (МН) $1,0 \pm 0,5$ ст. Фракция изгнания ЛЖ (ФИ) была равна $25,2 \pm 6,0\%$. Функциональное состояние больных соответствовало NYHA $3,7 \pm 0,3$ кл.

Результаты. Случаев госпитальной летальности не было. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 3 1/2 лет. Эпизодов декомпенсации кровообращения и летальных исходов в отдаленные сроки после операции не отмечалось. Имплантация сетчатого каркаса предотвратила прогрессирование дилатации сердца. Через 3 месяца после операции отмечено уменьшение объемов ЛЖ (КДО с $251,7 \pm 80,7$ мл до $229,0 \pm 61,3$ мл, КСО с $182,3 \pm 73,6$ мл до $167,7 \pm 46,2$ мл) и улучшение его насосной функции (увеличение ФИ с $25,2 \pm 6,0\%$ до $27,1 \pm 5,1\%$, СИ с $2,0 \pm 0,5$ мл/мин/м² до $2,4 \pm 0,7$ мл/мин/м²). В отдельных случаях наступила полная нормализация размеров и систолической функции левого желудочка.

ка. Функциональное состояние больных улучшилось на один класс NYHA (с $3,7 \pm 0,3$ до $2,8 \pm 0,6$ кл.). Актуарная выживаемость за период наблюдения составила 100%. Объем клинических наблюдений позволяет выявить позитивную тенденцию при использовании сетчатого каркаса, в то же время окончательные выводы о его роли могут быть сформулированы после продолжения исследования.

Выводы. Изолированная имплантация экстракардиального сетчатого каркаса у больных с ДКМП препятствует прогрессированию дилатации полостей сердца и способствует улучшению их функционального состояния.

0389 СИСТЕМА ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ IMPELLA RECOVER В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ПЕРВЫЙ ЭТАП КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Коротеев А.В., Белянко И.Э., Поляков Р.С., Абугов С.А., Нечаев И.А., Еременко А.А., Трекова Н.А.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В.Петровского РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучение безопасности и эффективности системы вспомогательного кровообращения Impella Recover в лечении сердечной недостаточности.

Методы. Система вспомогательного кровообращения Impella Recover (Abiomed, США) представляет собой микроаксиальный электромеханический насос, смонтированный на конце эндоваскулярного катетера, который пункционно доступом через общую бедренную артерию проводится в левый желудочек сердца и перекачивает кровь из его полости в аорту. Производительность насоса составляет от 2,5 до 5,0 л/мин. Показаниями к использованию системы Impella Recover являются: кардиогенный шок, посткардиотомный синдром, миокардит, профилактика сердечной недостаточности при коронарных ангиопластиках повышенного риска и после кардиохирургических вмешательств у больных со сниженными миокардиальными резервами. В исследование было включено 3 больных со сниженной насосной функцией левого желудочка: пациент 69 лет с ИБС (ФИ 30%), у которого система Impella Recover была применена превентивно в ходе коронарного стентирования; пациент 24 лет с дилатационной кардиомиопатией (ФИ 16%), которому использовали систему Impella Recover для купирования декомпенсации кровообращения; пациент 41 года с дилатационной кардиомиопатией (ФИ 22%), у которого система использовалась для профилактики сердечной недостаточности после операции имплантации экстракардиального сетчатого каркаса.

Результаты. Продолжительность функционирования системы Impella Recover составила от 1 часа (при коронарном стентировании) до 48 часов (при лечении декомпенсации кровообращения). Осложнений, связанных с имплантацией и функционированием системы Impella Recover, не зафиксировано. Уровень гемоглобина повышался до 40 мг% в первые 2 часа работы системы и затем снижался до нормальных значений. Производительность системы составляла от 2,5 л/мин до 5,0 л/мин и могла изменяться произвольно в зависимости от числа оборотов турбины насоса. Режим антикоагулянтной терапии: АСТ 160 сек, АЧТВ 55 сек. Применение системы Impella Recover позволило предотвратить развитие сердечной недостаточности у больных с низкими резервами контрактильной функции миокарда во время хирургического вмешательства, а также быстро купировать явления декомпенсации кровообращения у больного с хронической сердечной недостаточностью без использования катехоламинов.

Выводы. Система вспомогательного кровообращения Impella Recover является эффективным и безопасным методом профилактики, и лечения сердечной недостаточности, которая отличается возможностью быстрой имплантации и относительно простой использования.

0390 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ

СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Коротеев А.В.¹, Кириллов А.М.¹, Фатхудинов Т.Х.³, Дьячков А.В.¹, Гольдштейн Д.В.³, Бочков Н.П.²

¹ГУ РНЦХ им. академика Б.В.Петровского РАМН, Москва;

²ГУ ММА им. И.М. Сеченова МЗСР РФ, Москва; ³ЗАО «Реметекс», Москва, Россия

Цель. Изучение эффективности и безопасности трансплантации аллогенных мезенхимальных стромальных клеток при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Методы. В исследование было включено 15 больных с ДКМП, ХСН II «а» и II «б» стадии, функциональное состояние которых соответствовало II – IV классам по классификации NYHA. Возраст больных составил от 22 до 65 лет (в среднем 38 лет). Конечного-диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) был равен $6,8 \pm 4,3$ см, фракция изгнания (ФИ) ЛЖ $22 \pm 9,2\%$. В качестве критериев клинической эффективности ориентировались на динамику функционального состояния (по результатам 6-ти минутного теста), величины ФИ ЛЖ, уровня мозгового натрий-уретического пептида. При оценке степени безопасности учитывали осложнения, которые могли быть обусловлены трансплантацией клеток, и в первую очередь, нарушения сердечного ритма. Для трансплантации была использована суспензия 1 млрд мультипотентных стромальных клеток в 10% растворе инфузола, которая готовилась в условиях GMP-лаборатории стволовой клетки ЗАО «Реметекс». Клеточные трансплантаты вводились интракоронарно при помощи инфузомата. Оценку выше перечисленных параметров проводили в исходе, а затем через 6 недель, 3 и 6 месяцев после трансплантации.

Результаты. Средний период наблюдения составил 5,8 месяцев. Случаев осложнений, связанных с трансплантацией стромальных клеток, зафиксировано не было. У 13 пациентов отмечено улучшение, что проявилось в регрессии признаков декомпенсации кровообращения, увеличении дистанции, проходимой при 6-ти минутном тесте, с 200 ± 50 м до 400 ± 90 м ($p < 0,05$), снижении концентрации мозгового натрий-уретического пептида в плазме крови с 1200 ± 120 пг/мл до 600 ± 110 пг/мл ($p < 0,05$). Достоверного прироста ФИ ЛЖ отмечено не было. Клинический эффект развивался в течение первой недели после трансплантации и сохранялся на протяжении 3-6 месяцев. В среднем функциональное состояние улучшалось на 1,4 класса NYHA. У 10 пациентов через 6 месяцев отмечен возврат к исходному состоянию. В 3-х случаях была проведена повторная трансплантация стромальных клеток. Объем клинического материала дает основание выявить определенные позитивные тенденции при клиническом применении трансплантации стромальных клеток в лечении ХСН. Исследование должно быть продолжено.

Предварительные выводы. 1. Интракоронарная трансплантация мезенхимальных стромальных клеток является безопасным методом лечения ХСН при ДКМП. 2. Интракоронарная трансплантация мезенхимальных стромальных клеток улучшает функциональное состояние пациентов с ДКМП, ХСН. Этот эффект носит временный характер и сохраняется до 6 месяцев.

0391 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Корягина Н.А., Василец Л.М., Туев А.В.

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

Цель: изучить влияние милдроната на качество жизни пациента с фибрилляцией предсердий и показатели вариабельности ритма сердца.

Материалы и методы: обследовано 34 пациента (средний возраст $58,5 \pm 10,2$ лет) с персистирующей рецидивирующей формой

фибрилляции предсердий, из которых 17 принимали кордарон по стандартной схеме и милдронат (1000 мг в сутки (10 мл 10% раствора — 7 дней, затем по 2 капсулы по 250 мг 2 раза в день—3 недели)). Группу сравнения составили 17 больных, принимающих кордарон. Всем пациентам проводились анкетирование с использованием опросника качества жизни больных с фибрилляцией предсердий и длительное мониторирование ЭКГ с оценкой показателей вариабельности ритма сердца.

Результаты: при оценке анкет качества жизни улучшение в процессе лечения в основной группе наступало за счет уменьшения выраженности симптомов аритмии, увеличения физической активности, а также вследствие снижения невольной фиксации внимания на работе сердца, беспокойства, тревоги за свое здоровье, жизнь, судьбу, нормализации ночного сна и повышения настроения. В процессе проведения лечебных программ в основной группе, на фоне терапии милдронатом, отмечалось увеличение SDNN на 26% ($p=0,0004$), в группе сравнения на 11% ($p=0,003$). Показатель, характеризующий активность парасимпатической нервной системы — rMSSD, изменился на 36% в основной ($p=0,0001$) и на 21% в группе, не принимающих цитопротектор ($p=0,054$). При этом, в группе милдроната регистрировалось как увеличение мощности в диапазоне HF (на 11,4%), так и снижение мощности в диапазоне LF (на 5,5%, $p=0,049$). Динамика параметра LF/HF, характеризующего отношение активности симпатической к парасимпатической нервной системы, также имела позитивную направленность на 13,5% в группе цитопротектора ($p=0,006$). В группе сравнения отмечено изменение мощности в диапазоне LF на 2,5% ($p=0,14$), LF/HF на 7,8% ($p=0,02$) и мощности HF на 5,2% ($p=0,15$).

Выводы: включение милдроната в комплексную антиаритмическую терапию приводит к улучшению качества жизни и оптимизации функции адreno- и холинергических рецепторов, проявляется повышением чувствительности синусового узла к воздействию вегетативной нервной системы и нормализация ВРС.

0392 ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Космачева Е.Д., Филимонова К.В., Порханов В.А., Шелестова И.А.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар, Россия

Цель. Изучение эпидемиологии острых коронарных катастроф в динамике среди постоянного населения Краснодарского края старше 20 лет, сбор информации и анализ состояния медицинской помощи больным острой коронарной патологией на догоспитальном и госпитальном этапах.

Методы. Статистическим методом произведен анализ информации о случаях острого инфаркта миокарда, ежедневно поступающей из ЛПУ 44 районов Краснодарского края и больницы скорой медицинской помощи г. Краснодара в оргметодотдел ККБ за 2006 год.

Результаты. Всего в Краснодарском крае зарегистрировано 4906 случаев заболевания острым инфарктом миокарда по данным Крайстатуправления. Детально проанализировано 2063 случая (42%), те данные, которые поступили в ККБ. Удельный вес больных в возрасте от 20 до 40 лет составил 1,9% ($n=41$), от 40 до 65 лет — 47,4% ($n=978$), в группе старше 65 лет — 50,7% ($n=1044$). Поздняя госпитализация (более 2 часов от начала заболевания) имела место в 63,7% случаях ($n=1315$). Из 499 случаев в 84,8% ($n=423$) причиной явилось позднее обращение больных за медицинской помощью, в 3,6% ($n=18$) — позднее прибытие бригады СМП, в 3,4% ($n=17$) — атипичная клиническая картина, в 2,4% ($n=12$) — отсутствие специалиста-кардиолога, в 2% ($n=10$) — отсутствие электрокардиографа, в 1,6% ($n=8$) — отсутствие возможности транспортировки больного, другие причины — 2,2% ($n=11$). Несвоевременность установки диагноза — более 12 часов от момента поступления в стационар — выявлена в 11,5% случаев ($n=238$). Из 76 случаев в 47,4% случаев ($n=36$) причиной явилась атипичная клиническая картина, в 34,2% случаев ($n=26$) — дефект лабораторно-инструментального звена, в 18,4% ($n=14$) — врачебная ошибка. В случае диагностики острого коронарного

синдрома с подъемом сегмента ST количество выполненного системного тромболизиса составило 101 (4,9%). Причиной не проведения тромболизиса в случае диагностики острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST ($n=542$) явились: отсутствие препарата — 43,4% ($n=235$), поздняя госпитализация — 39,1% ($n=212$), наличие противопоказаний — 14% ($n=76$), отсутствие палаты интенсивной терапии, возможности мониторингового наблюдения — 1,8% ($n=10$), отсутствие специалиста — 1,7% ($n=9$).

Выводы. 1. Основными причинами, обуславливающими задержку поступления больных острым инфарктом миокарда в стационар и несвоевременность установки диагноза, являются поздняя обращаемость больных за медицинской помощью 2. Необходимо разрабатывать меры первичной и вторичной профилактики острого инфаркта миокарда, совершенствование оказания медицинской помощи больным на амбулаторном и госпитальном этапах, повышение профессионального уровня врачей районных больниц, улучшение оснащения материальной базы ЛПУ.

0393 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I и II СТАДИИ

Косов В.А., Еникеев А.Х., Замотаев Ю.Н.

Кафедра медицинской реабилитации и физических методов лечения (с курсом традиционных методов лечения) Государственного института усовершенствования врачей МО РФ, Москва, Россия

Цель: изучение особенностей психоэмоционального статуса и поведения у больных страдающих гипертонической болезнью.

Методы исследования: проведено обследование 168 больных (мужчин в возрасте 24-49 лет), у которых выявлена гипертоническая болезнь (ГБ) I и II стадий. Психологический статус исследовали с помощью методики: сокращенный многофакторный опросник для обследования личности (СМОЛ). Тест включает 3 оценочные шкалы (L, F, K) и 8 клинических шкал, позволяющих оценивать следующие тенденции в структуре нормальной и патологической личности: ипохондрические (1-я шкала), депрессивные (2-я), истерические (3-я), паранойяльные (6-я), психастенические (7-я), шизоидные (8-я), гипоманиакальные (9-я), а также уровень социальной адаптации (4-я). Социальный статус исследовали с помощью теста «качества жизни». Оценивались уровень физического, психологического и социального компонентов.

Полученные результаты: при сравнительном анализе усредненных профилей СМОЛ у больных с заболеванием II стадии в сравнении с I стадией выявлены наиболее высокие показатели по 4-й, 6-й и 7-й шкалам и более низкие — по шкалам невротической триады (1-я, 2-я, 3-я). По данным теста «качества жизни», у больных II стадии ГБ отмечались более высокие показатели неудовлетворенности отношениями на работе. Выявлено, что у больных с начальными стадиями ГБ выявлен повышенный уровень невротизации с тревогой. При длительном течении заболевания отмечено увеличение выраженности конфликтности.

Выводы: анализ полученных данных указывает на необходимость проведения корригирующей психотерапии больным ГБ, направленной на улучшение их психологического статуса, изменение отношения к своему заболеванию, улучшению адаптации к условиям микросоциальной среды.

0394 ВЛИЯНИЕ ФОЛАТНОГО КОМПЛЕКСА «АНГИОВИТ» НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ, А ТАКЖЕ ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Костюченко Г.И., Дуда А.И., Гатальский К.К.

Алтайская лаборатория по изучению не липидных факторов риска атеросклероза ФГУ НИИ Терапии СО РАМН, Барнаул, Россия

Целью нашей работы являлось изучение влияния ангиопротекторного комплекса «Ангиовит», на уровень гомоцистеина

(ГЦ) и эндотелина-1 (ЭТ-1), а также на перфузию миокарда у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Методы исследования. Обследованы 89 больных КБС, все пациенты были мужского пола. Диагноз КБС был подтвержден при помощи коронарографии. У всех пациентов была стабильную стенокардию 2 и 3 функционального класса. Контроль составили 34 практически здоровых мужчины. Уровень гомоцистеина (ГЦ), эндотелина-1 (ЭТ-1) определяли иммуноферментным методом используя диагностические наборы фирмы Axis (Норвегия) и Peninsula Laboratories (США). Кроме того, пациентам основной группы и группы сравнения проводили тест толерантности к физической нагрузке, а также исследование перфузии миокарда методом нагрузочной позитронно-эмиссионной томосцинтиграфии в период, предшествующий назначению препарата «Ангиовит» и спустя два месяца после его приема. Пациентам основной группы (60 человек) помимо базисной сердечно-сосудистой терапии был назначен фолатный витаминный комплекс «Ангиовит» по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2-х месяцев. В состав препарата входит: кислота фолиевая (Вс) — 5 мг, пиридоксина гидрохлорид (В6) — 4 мг, цианкобаламин (В12) — 0,006 мг. Пациенты группы сравнения (29 человек) вместо «Ангиовита» получали плацебо.

Полученные результаты. Показано, что у больных КБС в 67% случаев отмечается повышенное содержание ГЦ в крови, а в 73% случаев выявляется повышенный уровень ЭТ-1. В группе пациентов, принимавших препарат «Ангиовит» наблюдалось достоверное снижение в крови уровня ГЦ и ЭТ-1. Кроме того, отмечалось увеличение показателей перфузии миокарда в 92% случаев, что клинически сопровождалось урежением приступов стенокардии и увеличением толерантности к физической нагрузке. Следует отметить, что повышение перфузии миокарда наблюдалось исключительно в «проблемных» зонах без вовлечения участков «здорового» миокарда. В группе больных не получавшей «Ангиовит», достоверных изменений в исследуемых показателях не отмечалось. Дальнейшие исследования показали, что положительный эффект фолатного комплекса «Ангиовит» в отношении нарушенной перфузии миокарда у больных с КБС может быть достигнут в более короткие сроки (на 2 сутки) и этот эффект не связан с влиянием препарата на уровень ГЦ в крови.

Заключение. Применение фолатного комплекса «Ангиовит» в кардиологической практике представляется целесообразным, поскольку препарат способствует не только снижению уровня ГЦ и ЭТ-1 в крови, но и существенно увеличивает перфузию миокарда в его проблемных зонах.

0395 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ КОЛЛАГЕНА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АСПЕКТЕ СЕРДЕЧНО — СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Котовская Е.С., Домогацкий С.П., Баргерасер В.П., Никишин И.П., Котовская М.А.

ФГУ ГБСМЭ, Москва, Россия; ИЭК РКНПК МЗРФ, Москва, Россия; ГУ Институт ревматологии, Москва, Россия

Цель: оценить роль измененных структур коллагена в этиопатогенезе сердечно-сосудистой патологии и создание маркера ряда кардиальных заболеваний в группе социально — значимой категории детей-инвалидов с крайней степенью выраженности аномалий сердечно — сосудистой системы.

Материалы и методы: произведена выборка из 4118 детей — инвалидов, составившая 87 детей — инвалидов с синдромами Элерса — Данлоса (Данло) и Марфана, прошедших медико-социальную экспертизу в г.Москве за 2000-2006 гг. Из группы — выборки были выделены 6 семей в том числе с детьми — близнецами, всего 27 человек (31%) с наиболее выраженными анатомическими и пато — функциональными изменениями сердечно — сосудистой системы (сложные нарушения ритма и проводимости, синкопальные состояния и пр.) В установленной группе методом иммуноферментного анализа протестированы 6 типов коллагена (I, II, III, IV, V, VI).

Полученные результаты: в 89 % случаев у обследованных выявлены антитела к IV типу коллагена — основному структурному компоненту базальных мембран сосудов, в 37% обнаружены ан-

титела к II типу коллагена и в 11% к V типу коллагена. Следует отметить, что концентрация антител к IV типу коллагена была выше (13,1±28,35 мг/л; Mean±SD), чем к II (7,0±7,81 мг/л) и к V (0,9±0,25 мг/л) типам соответственно. Антитела к I, III и VI типам коллагена не были определены ни в одном из случаев. Определена связь IV типа коллагена с нарушениями ритма и проводимости, а так же наличием пролапса митрального клапана (p<0,05), синкопальные состояния отмечены у всех больных с выявленными антителами к II типу коллагена (p<0,05).

Выводы: предпринятые в рамках проводимого обследования поиски маркеров сердечно — сосудистой патологии, возможно, позволят внести принципиально новые прогностические критерии по ряду кардиологических заболеваний.

Работа осуществлена при финансовой поддержке программы «Фундаментальные науки — медицине» Президиума РАН.

0396 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АДАПТИВНЫМ И ДЕЗАДАПТИВНЫМ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кожман Ю.Ю., Пархоменко Ю.В.

ГОУ ВПО Государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: оценить качество жизни (КЖ) у больных с адаптивным и дезадаптивным типами ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) на фоне постинфарктного кардиосклероза (ПИК) и артериальной гипертензии (АГ).

Методы: Обследовано 132 человека. Из них 40 лиц контрольной группы и 92 больных ПИК и АГ в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 55,6 ± 0,64 года), мужчин было 61 (69,3%), женщин — 27 (30,7). Выраженность симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов ПИК и АГ оценена по классификации, принятой обществом специалистов ХСН в 2003 году. Морфофункциональные параметры ЛЖ, показатели центральной и легочной гемодинамики определялись с помощью ЭхоКГ в 3-х режимах: одномерном (МЭхоКГ), двухмерном (2МЭхоКГ) и доплеровском (ДЭхоКГ) (импульсно-волновом и постоянном). КЖ больных оценивали с помощью опросника выраженности симптомов ХСН, разработанного Г.Е. Гендлиным и Е.В. Самсоновой до и после проведения фармакотерапии. Чем выше оценка выраженности симптомов ХСН, тем ниже КЖ.

Результаты: Бессимптомная дисфункция ЛЖ выявлена у 20,1%, адаптивное ремоделирование ЛЖ выявлено у 43% и дезадаптивное ремоделирование ЛЖ — у 36,9%. У больных ПИК и АГ с адаптивным ремоделированием миокарда ЛЖ клинические симптомы соответствовали IА стадии и II-III ФК, ФВ—48,74±4,53%, КДР ЛЖ—5,90±0,42, ИКДР ЛЖ—3,7±0,15 см/м², индекс сферичности ЛЖ в систолу 0,72±0,45 и ОТС—0,45±0,07, показатели диастолической дисфункции ЛЖ: (ТМЖП+ТЗСЛЖ)/2—1,3±0,15, ТЗСЛЖ—1,23±0,14 и отношение Е/А—0,9-1,2±0,63, свидетельствующее о гипертрофическом и псевдонормальном типе ТМП (I группа). У больных ПИК и АГ с дезадаптивным ремоделированием миокарда ЛЖ клинические симптомы соответствовали IБ-III стадии и IV ФК, ФВ—39,68±7,35, КДР ЛЖ—6,03±0,42, ИКДР ЛЖ—3,8±0,16 см/м², индекс сферичности ЛЖ в систолу—0,82±0,33, (ТМЖП+ТЗСЛЖ)/2—1,42±0,17, ТЗСЛЖ—1,48±0,17 и отношение Е/А—1,8-2,36±0,33, свидетельствующее о псевдонормальном и рестриктивном типе ТМП (II группа). КЖ до лечения у больных II группы было значительно ниже 23,75±0,86 и 16,5±0,85 соответственно. Лечение больных проводилось согласно протоколу ведения больных с признаками ХСН (β-блокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики (1 или 3 мочегонных препарата)). 35% больных с выявленными при суточном мониторировании желудочковыми нарушениями ритма сердца высоких градаций по Лауну дополнительно назначали кордарон. После лечения у больных с адаптивным ремоделированием миокарда ЛЖ — 12,4±0,82 и у больных с дезадаптивным ремоделированием миокарда ЛЖ — 14,8±0,92.

Выводы: У больных ПИК и АГ по мере прогрессирования ХСН структурно-геометрические изменения ЛЖ приобретают дезадаптивный характер и резко ухудшается КЖ. На фоне фар-

макокоррекции у больных с адаптивным и дезадаптивным типами ремоделирования миокарда ЛЖ КЖ улучшается, причем более заметно у больных II группы.

0397 СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Коц Я.И., Акамова О.Н., Кудрина Е.В., Железнов Л.М.

Оренбургская государственная медицинская Академия, Областная клиническая больница № 2, Оренбург, Россия

Вены сердца человека в условиях патологии изучались не многими исследователями.

Одним из основных симптомов ХСН является системный венозный застой.

Одним из показателей состояния венозного сердечного кровотока является венозное давление. В своем исследовании у пациентов с синдромом ХСН мы определяли периферическое венозное давление.

Цель изучения. Изучить состояние венозного кровообращения сердца и изменения его при хронической сердечной недостаточности. Сравнить изменения венозного кровообращения сердца с изменениями периферического венозного кровообращения.

Методы. Обследовано 33 пациента с синдромом ХСН, получавших лечение в кардиологическом отделении ОКБ №2 г. Оренбурга. Средний возраст больных 56 лет; из них 11 женщин и 22 мужчины; жители как города, так и села. В исследование включались пациенты с ИБС, артериальной гипертензией различных степеней, хронической ревматической болезнью сердца, кардиомиопатиями, нейро-эндокринной миокардиодистрофией.

Не являлись противопоказанием для включения в исследование нарушения ритма и проводимости, эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, метаболический синдром), заболевания почек и желудочно-кишечного тракта.

Не включались в исследование пациенты с основным заболеванием легких

(бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез легких).

Для определения одного из критериев оценки состояния венозной системы пациента нами использовался неинвазивный метод измерения венозного периферического давления (ПВД), незаслуженно забытый клиницистами, с помощью аппарата Вальдмана. ПВД при этом измеряется в миллиметрах водного столба. Нормальные значения ПВД до 130 мм вод.ст.

Результаты. Значения ПВД у исследуемых пациентов варьировали от нормальных значений (у 10 человек) до 280 мм вод.ст. максимальны. Средняя величина ПВД — 159,9 мм вод.ст. У женщин средние цифры ПВД — 120,9 мм вод.ст.; у мужчин — 177, 3 мм вод.ст. При анализе зависимости величины ПВД от степени выраженности явлений ХСН выявлено: у пациентов с ХСН 2-А стадии, 2-3 ФК среднее ПВД равнялось 73 мм вод.ст.; при выраженности явлений ХСН до стадии 2-Б -3, ФК 3-4 среднее ПВД было 197 мм вод.ст.

Выводы. При ХСН периферическое венозное давление в большинстве случаев повышается.

Увеличение периферического венозного давления зависит от степени выраженности ХСН.

0398 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Коц Я. И., Митрофанова И. С.

ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, ООКБ №2, Оренбург, Россия

Цель: улучшить качество лечения больных с ХСН путем выявления предрасположенности к лечению и разработки на этой основе методов коррекции обнаруженных нарушений.

Материалы и методы: обследовано 120 больных с ХСН различной тяжести в возрасте от 36 до 80 лет. Пациенты были разделены на две сопоставимые группы. Все обследуемые получали лечение по поводу ХСН (сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики, верошпирон) по показаниям.

Одна группа (100 человек) получали лечение с коррекцией нарушений приверженности путем проведения индивидуальных бесед. Другая группа (20 человек) была контрольной, где эти мероприятия не проводились. Обследование всех больных проводилось при включении их в исследование, через 3 месяца и через 1 год в процессе лечения ХСН. Для выполнения работы мы использовали специально составленную анкету приверженности к лечению больных ХСН, которая включает в себя ряд вопросов, касательно доверия больных врачу, регулярности и правильности приема лекарств, образа жизни. Также использовался Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН и шкала оценки тяжести ХСН в баллах (В. Ю. Мареева, 2001). Полученные данные сопоставлялись с клиническим состоянием больных, пробой с 6-минутной ходьбой, пробой с шагомером, ЭКГ, Эхо-КГ, стадией и функциональным классом.

Результаты: проанализировано 120 ответов больных по данной анкете, результаты показывают, что причин низкой приверженности к лечению у больных с ХСН достаточно много. Наиболее часто встречаемые причины, это — “лекарственные каникулы”, забывчивость, опасение побочных эффектов от лечения, недостаток денег на покупку препаратов (отказ от социального пакета). Нарушения приверженности при первичном обследовании было выявлено у 40% больных с ХСН. 60% демонстрировали высокую предрасположенность к лечению. Среди 50 пациентов, которые были обследованы повторно через год, и с которыми были проведены индивидуальные беседы по улучшению приверженности при взятии в группу воздействия, 38 больных, изначально приверженных терапии — сохранили ее. Из 12 человек с низкой предрасположенностью к лечению, 7 пациентов изменили свою точку зрения. Они стали четче понимать необходимость лечения и более регулярно принимать препараты. Объективно их состояние оставалось стабильным. 5 пациентов не изменили своего мнения, несмотря на выраженные симптомы ХСН, ИБС и высокое артериальное давления, по Эхо-КГ было отмечена отрицательная динамика.

Выводы: высокая приверженность изначально отмечается у больных с ХСН IА-IБ, II стадиями, что связано, вероятно с тем, что без приема препаратов симптомы прогрессирования ХСН быстро нарастают. Максимальное воздействие на конкретную причину низкой приверженности желательнее оказывать на ранних стадиях ХСН, что, вероятно будет способствовать снижению смертности, частоты госпитализаций и увеличению выживаемости больных с ХСН.

0399 АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ СРЕДИ ПОСТУПИВШИХ НА АУТОПСИЮ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА»

Кочедыкова Л.В., Суслова О.А., Иванченко Е.Ю., Егорова И.С.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить процент совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов, а также основных причин смерти при остром инфаркте миокарда.

Методы: аутопсировано 80 (83,34%) из 96 умерших, экстренно поступивших с клиническими признаками острого инфаркта миокарда. Помимо общеклинического исследования всем поступившим были проведены: ЭКГ, R — графия грудной клетки и, в ряде случаев, Эхо-КГ и ДКГ в импульсном режиме на аппарате SIM — 5000. В первые сутки из 80 поступивших экзистировало 42 человека (52,5%).

Результаты: полное совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место у 51 пациента (63,8%) с острым инфарктом миокарда. Во всех случаях были обнаружены значительные инфарктные зоны со сроком возникновения от 2 до 7 суток. У 18 умерших из этой группы (35,2%) имелись рубцовые изменения от ранее перенесенного инфаркта миокарда. Непосредственной причиной смерти у 51 пациента явились: в 39 случаях (76,4%) острая левожелудочковая недостаточность, проявившаяся клинически развитием кардиогенного шока, отеком легких, нарушением ритма и проводимости; у 6 больных имела тампонада сердца, вызванная разрывом миокарда (11,76%); рецидивирующий инфаркт миокарда у 5 (9,8%); тромбоз мезенте-

риальных сосудов в 1 случае. У 8 больных (10% от общей группы) при аутопсии свежих инфарктированных зон не было выявлено. Тем не менее, увеличенная масса сердца, дилатация камер, сужение просвета коронарных артерий до 2/3 с наличием кальцинированных бляшек, «старые» рубцовые изменения миокарда не вызвали сомнений в наличии ишемической болезни сердца. У 16 из оставшихся 21 больного диагноз острого инфаркта миокарда удалось снять еще при жизни пациентов и выставить новый нозологический диагноз, нашедший полное подтверждение при аутопсии. В 6 случаях обнаружены некоронарогенные заболевания миокарда (у 4 — ДКМП, у 2 — ревматический митральный порок); тромбоэмболия средних ветвей легочной артерии в 3 случаях; у 6 больных заболевания желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечением (язвенная болезнь желудка у 3, рак желудка у 2, рак кишечника у 1 больного); у 1 пациента отек легких, развившийся на фоне сахарного диабета, осложненной острой почечной недостаточностью. Полное расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов среди всех 80 больных имелось в 5 случаях (6,25%). У 2 больных обнаружен рак легкого, у 2 панкреонекроз, у 1 — перфорация язвы пищевода. Основными причинами расхождения диагнозов считаем краткость времени стационарирования от 30 минут до 11 часов, наличие алкогольной интоксикации и ошибочная трактовка реполяризационных изменений на ЭКГ.

Выводы: диагноз острого инфаркта миокарда по-прежнему является сложным при атипичных вариантах болезни и наличии множественной сопутствующей патологии.

0400 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА: СВЯЗЬ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАРУШЕНИЕМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЧЕК

Кошельская О.А., Карпов Р.С.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучить особенности показателей суточного профиля АД у больных АГ, ассоциированной с сахарным диабетом типа 2 (СД), в том числе, в зависимости от длительности заболевания; определить возможные связи нарушений циркадного ритма АД с доплерографическими показателями внутрипочечного кровотока.

Материалы и методы. Основная группа включала 309 больных АГ 1-2-степени, ассоциированной с СД типа 2, в возрасте от 36 до 60 лет (гр.АГ+СД). Контрольные группы: 128 больных эссенциальной гипертензией (гр.ЭГ) без нарушений толерантности к углеводам (НТУ), 35 больных СД с нормальным уровнем АД и 34 практически здоровых лиц. Анализ показателей суточного профиля АД в зависимости от длительности СД проведен в 128 парах пациентов основной и контрольной групп, имеющих близкую продолжительность АГ. Использовали амбулаторное 24-часовое мониторирование АД, определение гликемии, инсулинемии и микроальбуминурии; для измерения величины интратеренальной резистивности применяли дуплексное сканирование с цветным доплерографическим картированием кровотока в дуговых внутрипочечных артериях.

Результаты. Особенности суточного профиля АД у больных СД типа 2, не имеющих АГ, являются недостаточное снижение ночного уровня АД и косвенные признаки избыточной нейрогуморальной активации — повышение среднесуточной вариабельности и скорости утреннего подъема систолического АД (САД). При прочих равных условиях у больных гр.АГ+СД, в сравнении с гр.ЭГ без НТУ, определяются косвенные признаки более выраженной нейрогуморальной гиперактивации, а также меньшая степень снижения ночного уровня АД, тогда как у больных с ЭГ без НТУ имеют место сравнительно более высокий уровень и продолжительность диастолической АГ в дневное время. В ходе пошагового регрессионного анализа выявлено, что повышение пульсового АД-ночь, наряду с постпрандиальной инсули-

немией, вносит статистически значимый вклад в возрастание внутрипочечного сосудистого сопротивления при сочетании АГ и СД. При одинаковой продолжительности АГ у больных с сочетанием АГ и СД, в сравнении с пациентами ЭГ без нарушений углеводного обмена, в более ранние сроки выявляются повышение среднесуточной вариабельности и скорости утреннего подъема САД, имеют место более раннее (в среднем, на 5-7 лет) формирование нарушений циркадного ритма САД, а также диспропорциональность его возрастания по отношению к уровню диастолического АД, что выявляется уже через 3-5 лет после манифестации сахарного диабета и, в среднем, через 7-16 лет результирует в более высокий уровень пульсового АД.

Выводы. Характерными особенностями АГ, ассоциированной с СД типа 2, являются: косвенные признаки избыточной нейрогуморальной активации, раннее формирование диспропорционального роста САД и нарушений циркадного ритма АД, что имеет связь с повышенной резистивностью внутрипочечных артерий.

0401 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДИЛАТЕНДОМ И МОНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кошумбаева К.М., Ким З.Г., Нугманова М.Н., Мадалиев К.Н.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования — изучение влияния комбинированной терапии дилатендом и моноприлом на частоту желудочкового ритма (ЧЖР) и структурно-функциональное состояние сердца у больных с постоянной фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы: под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 42 до 78 лет. У всех диагностирована органическая патология сердца (ИБС, артериальная гипертензия). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) функционального класса (ФК) I по NYHA установлена у 4, ФК II — у 14 и ФК III — у 7 больных. Выявление аритмии и контроль за лечением осуществлялся с помощью ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, эхокардиографии. Прием препаратов продолжался в течение 3 месяцев и более. Суточная доза дилатенда колебалась от 6,25 до 50 мг (в среднем 36,6±3,5мг), моноприла — от 5 до 40мг (в среднем — 14,8±2,1мг).

Результаты: исходно индивидуальные значения ЧЖР варьировали от 85 до 127 уд/мин, составив в среднем 99,2±3,3 уд/мин. Клинико-гемодинамический эффект комбинированной терапии не удалось оценить у 2 лиц, так как у них назначение минимальных доз препаратов сопровождалось гипотонией.

Титрование суточной дозы дилатенда проводилось постепенно медленно. К 3-4 неделе лечения у 3 больных сохранялась исходная тахикардия, мы вынуждены были добавить дигоксин. К завершению 3 месячного курса терапии стабильная нормосистолия была достигнута у 9 (39,1%) пациентов, у остальных оставалась умеренная тахикардия (ЧЖР от 85 до 100 уд/мин), проведена коррекция лечения. Существенных изменений средних показателей структурно-функционального состояния сердца не наблюдалось; у 20% исследуемых отмечено уменьшение массы миокарда левого желудочка на 15% и более от исходной.

Заключение: комбинированная терапия, включающая дилатенд и моноприл, позволяет достичь эффективного контроля за ЧЖР при постоянной ФП в 39,1% случаев. Указанная комбинация предупреждает прогрессирование ХСН у этой категории лиц.

0402 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Кошечева Е.А., Ягода А.В., Боева О.И.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Целью исследования явилось изучение фенотипических и дерматоглифических маркеров ишемической болезни сердца.

Обследован 21 больной ИБС (85,7% мужчин, средний возраст $53,9 \pm 5,7$ года), подтвержденной положительным результатом тредмил-теста, а в части случаев — данными коронарной ангиографии. Контрольную группу составили 15 практически здоровых людей, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Использовали оригинальную регистрационную карту больного ИБС, включавшую наследственный анамнез, антропометрические показатели, генотипические маркеры, некоторые стигмы дисэмбриогенеза, дерматоглифические показатели. Дерматоглифическое обследование проводилось методом типографской краски на бумаге (Гладкова Т.Д., 1966). Анализ дерматоглифов выполняли с помощью пакета программ Sonda L73. Статистическая обработка данных проведена при помощи ППП Microsoft Excel 2003. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

При анализе фенотипа было установлено, что в группе больных ИБС достоверно чаще встречаются неодинаковая длина бровей (80,9%, $p = 0,001$), волосные дорожки (71,4%, $p = 0,01$), вросшие ногти (66,6%, $p < 0,05$) и аномалии ушных раковин в виде оттопыренности (60,9%, $p = 0,04$). Цвет волос как генетически обусловленный признак в группе больных имел следующий частотный ряд: черный — 61,9%, каштановый — 33,3%, русый — 4,8% случаев. В контрольной группе распределение частоты встречаемости цвета волос имело несколько иную последовательность: каштановые — русые — черные ($p = 0,01$). Анализ гребневого рисунка пальцев рук показал, что доминирующим узором как у больных, так и у здоровых, оказалась петля (52,7% и 66% соответственно). Гораздо реже встречались завитки (27,6% и 26%), а самым редким узором была дуга (15% и 8%). Кроме того, в группе больных ИБС в 6 раз реже, чем в контроле ($p = 0,002$), регистрировались радиарные петли. Наиболее редким узором оказались двойные петли, которые достоверно чаще встречались только на I пальце правой руки ($p < 0,05$). Наличие комбинации таких признаков, как волосные дорожки, черный цвет волос, вросшие ногти и завитковый узор на IV пальце обеих рук, у больных ИБС достоверно ($p = 0,02$) ассоциировалось с неблагоприятным течением заболевания. У пациентов с русыми волосами и преобладанием ульнарных петель на правой руке риск осложнений коронарной болезни был достоверно ниже ($p = 0,001$).

С помощью метода многофакторного регрессионного анализа был выделен ряд фенотипических и дерматоглифических признаков, формирующих характерный портрет типичного больного ИБС. Выделена комбинация фенотипических признаков, статистически значимо ассоциированная с осложненным течением коронарной болезни.

0403 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИБС

Кравченко А.Я., Провоторов В.М., Мансурова Е.А., Кутюрин Г.В.

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Воронеж, Россия

Цель: установить частоту встречаемости приобретенного андрогенного дефицита у пациентов кардиологического стационара.

Методы: обследовано 73 пациента мужского пола в возрасте от 30 до 60 лет, из них у 32 была стенокардия напряжения, у 26 — острый инфаркт миокарда (ИМ) и у 15 — перенесенный ИМ. Наличие андрогендефицита определяли с помощью «Опросника симптомов старения мужчины» AMS (Aging Males' Symptoms). Симптомы недостаточности андрогенов считались невыраженными при количестве баллов от 17 до 26, слабо выраженными — от 27 до 36 баллов, средней выраженности — от 37 до 49, выраженными — при сумме баллов более 50. Обследованные были разделены на 3 возрастные группы: 1-я — от 31 до 40 лет, 2-я — от 41 до 50 лет, 3-я — от 51 до 60 лет.

Результаты: в группе больных ИБС средний уровень андрогендефицита по шкале AMS составил $32 \pm 3,7$ балла. Клинические симптомы дефицита мужских половых гормонов отмечены в 47 случаях (68,4%), однако степень их выраженности отличалась в различных возрастных группах. В 1-й группе клинически выра-

женный дефицит тестостерона определялся у половины, во 2-й — у 85,2%, в 3-й — у 77,8% пациентов. Установлено, что недостаточность половых гормонов у мужчин нарастает, начиная с 40-летнего возраста. При этом не отмечается статистически значимых различий между пациентами 41-50 и 51-60 лет, что можно интерпретировать как результат ускоренного развития дефицита андрогенов при ИБС уже в среднем возрасте, а не в пожилом, что является характерным для популяции здоровых мужчин.

Наши данные подтверждают тот факт, что в современных условиях андрогендефицит у мужчин с ИБС можно выявить в более раннем возрасте, чем это отмечалось в 80-х годах прошлого века. Полученные результаты привлекают внимание к проблеме заместительной терапии препаратами тестостерона у мужчин, страдающих ИБС, что в перспективе может способствовать снижению частоты неблагоприятных коронарных событий и исходов (инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть).

Выводы:

1. Установленная нами высокая частота встречаемости клинических признаков андрогендефицита у молодых мужчин, страдающих ИБС, позволяет рекомендовать скрининговое тестирование данного контингента с помощью опросника AMS.

2. У больных ИБС молодого возраста в 50% случаев отмечается клинически выраженная андрогенная недостаточность, что делает актуальным изучение влияния заместительной гормональной терапии на клинические проявления ИБС и качество жизни пациентов.

0404 ВЛИЯНИЕ ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Кравченко А.Я., Мансурова Е.А.

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» Росздрава, Воронеж, Россия

Цель: изучить связь возрастного приобретенного андрогенного дефицита с уровнем тревоги и депрессии у мужчин, страдающих ИБС.

Методы. Обследовано 70 пациентов кардиологического стационара в возрасте от 30 до 60 лет, из которых у 31 была стенокардия напряжения, у 25 — острый инфаркт миокарда (ИМ) и у 14 — перенесенный ИМ. Артериальная гипертензия отмечалась у 58 пациентов. Обследование производилось с помощью общепринятых клинико-инструментальных методов для диагностики ИБС, а также «Опросника симптомов старения мужчины» AMS (Aging Males' Symptoms).

Симптомы дефицита андрогенов считались невыраженными при количестве баллов от 17 до 26, слабо выраженными — от 27 до 36, средней выраженности — от 37 до 49, выраженными — при сумме баллов более 50. Уровень тревожности и депрессии оценивали с применением госпитальной шкалы HADS. Качество жизни больных определяли по методике Д.М. Аронова и В.П. Зайцева (2002). Корреляционный анализ проводили с применением критерия Spearman.

Результаты. В группе больных ИБС уровень андрогендефицита по шкале AMS составил $31 \pm 3,2$ балла. Клинические симптомы дефицита мужских половых гормонов отмечены в 47 случаях (68,6%). Средний уровень тревоги составил $8,3 \pm 1,2$ балла, депрессии — $10,7 \pm 1,3$ балла, что соответствует субклинической выраженности симптомов. При корреляционном анализе установлено наличие положительной связи суммы баллов по шкале AMS с уровнем тревоги ($R = 0,48$) и депрессии ($R = 0,67$) и отрицательной — с качеством жизни ($R = -0,6$). При этом средние уровни показателя депрессии по шкале HADS у мужчин с невыраженными и клинически выраженными проявлениями дефицита андрогенов достоверно различались ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют не только о высокой распространенности депрессивных симптомов среди больных ИБС, но и о роли приобретенного возрастного андрогенного дефицита в развитии клинико-психологических нарушений у мужчин молодого и среднего возраста.

Выводы: клинические проявления дефицита мужских половых гормонов ассоциируются с повышенным уровнем тревож-

ности и депрессии, что сопровождается снижением качества жизни больных ИБС.

0405 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ЧСС, НАРУШЕНИЙ РИТМА И ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Кравченко О.В., Малютина С.К., Лютова Ф.Ф.

ГУ НИИ терапии Сибирское отделение РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Сравнить частоту сердечных сокращений, нарушений ритма сердца и депрессии сегмента ST по данным холтеровского мониторирования у женщин 40–59 лет в период пре- и постменопаузы и дать оценку относительно менеструального статуса (МС).

Материал и методы. В исследование включили сплошную амбулаторную выборку женщин (224 человека) 40–59 лет, средний возраст — $51,3 \pm 0,4$. Обследование включало стандартизованный опрос с оценкой МС, факторов риска ССЗ; осмотр терапевта, кардиолога, невропатолога, гинеколога; антропометрию, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД. По данным суточного мониторирования ЭКГ определяли суточный профиль ЧСС, наличие экстрасистол за 24 часа, за ночь и за день, а также наличие пауз, равное или большее 1,5RR за 24 час, за ночь и за день, эпизоды косонисходящей или горизонтальной депрессии сегмента ST ≥ 2 мм считали критерием депрессии ишемического типа.

Были выделены группы: I группа — 40–49 лет (89 женщин), 2-я — 50–59 лет (135 женщин), в каждой — три подгруппы: менструирующие, в пре- и в постменопаузе. Обработка данных проводилась по программе SPSS 13.0.

Результаты. При анализе средней ЧСС за 24ч, день, ночь выше показатели у женщин I группы ($76,4 \pm 0,9$; $80,0 \pm 1,0$; $65,0 \pm 0,8$ уд/мин), чем 2-ой ($70,1 \pm 0,8$; $74,0 \pm 0,9$; $60,0 \pm 0,6$). Относительно МС самые низкие показатели ЧСС у женщин в постменопаузе ($70,0 \pm 0,9$; $74,0 \pm 1,2$; $60,5 \pm 0,6$), самые высокие — у менструирующих (соответственно — $75,0 \pm 1,2$; $80,0 \pm 1,2$ и $65,0 \pm 1,0$ уд/мин). При стандартизации по возрасту выявили достоверную значимость среди менструирующих и женщин в постменопаузе по показателям ЧСС за 24ч и за день ($p < 0,05$). Достоверное преобладание наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма во 2-ой возрастной группе ($p < 0,05$), с учетом МС отметили тенденцию к достоверности среди менструирующих и постменопаузальных женщин ($p = 0,054$).

Выявленная связь депрессии ST со старшим возрастом и постменопаузальным статусом закономерна и объясняется большей долей клинической ИБС в этих группах. Так доля лиц с установленным диагнозом «ИБС» в старшей группе была в 4 раза выше, чем у женщин 40–49 лет (22,2% и 5,6%, соответственно). Аналогично доля женщин с клинической ИБС в постменопаузе была в 5 раз выше, чем у менструирующих (23,1% и 4,5%, соответственно).

Заключение. Таким образом, показатели ЧСС у женщин в возрасте 50–59 лет ниже, чем в предыдущей декаде и также снижаются в связи с наступлением менопаузы (независимо от возраста, АД и антропометрических показателей). Частота экстрасистол, напротив, ассоциирована с увеличением возраста и постменопаузальным статусом. При этом связь с менопаузой не опосредована вкладом возраста, АД и ИМТ. Депрессия ST не всегда является проявлением ИБС у женщин в климактерическом периоде.

0406 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРЕННОЙ РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА В КОМБИНАЦИИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ ИБС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ

Кривоносов Д. С., Тарасов Н.И.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемерово, Россия

Цель: изучить влияние ферментативной, эндоваскулярной реваскуляризации миокарда в сочетании с длительным приемом аторвастатина на отдаленный прогноз у больных пожилого и старческого возраста с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС с ПССТ).

Методы: в исследование включили 169 больных острым инфарктом, средний возраст — 70,8 лет. Пациенты были разделены на 3 группы: группа I из 36 пациентов, подвергнутых эндоваскулярной реваскуляризации миокарда; вторая группа — 53 больных, подвергнутых системной тромболитической терапии (ТЛТ); в группу три вошли 80 пациентов, леченных консервативно. Группы не различались по клинико-демографическим показателям, качеству медикаментозной терапии. В стационаре и амбулаторно всем пациентам рекомендовали прием аторвастатина («Аторис», KRKA) в индивидуально подобранной дозе. Срок наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты: максимальную смертность пациентов наблюдали в группе контроля — 21,3% за год, минимальную в группе ЧТКА — 8,3%, в группе ТЛТ за год умерло 8 (15,1%) больных. Количество пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации, в течение года наблюдения составило 10 (27,8%), 36 (67,9%) и 44 (55%) в группах 1, 2 и 3 соответственно. Причины госпитализации в группах не различались, ведущими являлись повторный инфаркт миокарда (ИМ) и прогрессирующая стенокардия (ПС). Выявили большее число ИМ у пациентов без реваскуляризации миокарда ($p = 0,012$ *1-3, $p = 0,043$ *2-3), тогда как ПС чаще наблюдали у больных группы ТЛТ ($p = 0,011$ *1-3). Клинические показания для отмены аторвастатина выявили у 8,3%, 9,4% и 8,8% больных в группах 1, 2 и 3 соответственно, и не зависели от метода реперфузии.

Выводы:

1. У 91,1% пациентов пожилого и старческого возраста длительный прием аторвастатина не вызывал осложнений и не требовал отмены препаратов.

2. Использование ферментативного и эндоваскулярного методов реваскуляризации миокарда у пациентов пожилого возраста ОКС с ПССТ способствует уменьшению смертности в течение года наблюдения на 29,1% ($p = 0,027$) и 61,1% ($p = 0,011$) соответственно.

0407 КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОСУДОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Крюков Н.Н., Губарева И.В., Сорокина Ю.А.

Самарский государственный медицинский университет, Дорожная клиническая больница, Самара, Россия

Цель: Изучить взаимосвязь эхокардиографических (ЭХОКГ) данных и результатов дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола (ДС БЦС) больных артериальной гипертензией (АГ) с сердечной недостаточностью (СН).

Материал и методы: Обследованы 60 пациентов мужского пола в возрасте 41 ± 10 лет. Из них 20 практически здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением (АД) в возрасте 45 ± 13 лет составили контрольную группу. Все пациенты были обследованы стационарно в соответствии с диагностическими стандартами для исключения вторичных АГ. В ходе исследования были выделены следующие группы: I группа — пациенты с эссенциальной АГ без СН ($n = 20$); II группа — пациенты с эссенциальной артериальной гипертензией с СН ($n = 20$). Эхо-КГ проводили по общепринятой методике на аппарате Combison 410 плюс (Австрия). Определяли показатели систолической и диастолической дисфункции миокарда (конечно-систолического объема (КСО), конечно-диастолического объема (КДО), ударного объема (УО), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), и др.), толщину задней стенки левого желудочка (ЗС), межжелудочковой перегородки (МЖП). ДС

БЦС проводили на аппарате En – Visor фирмы «Phillips» мультисигнальным датчиком. Исследовали общую сонную артерию (ОСА) справа (ОСАп) и слева (ОСАл), коэффициент интима/медиа справа (КИМп) и слева (КИМл), внутреннюю сонную артерию (ВСА) справа (ВСАп) и слева (ВСАл). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась на персональном компьютере с использованием специализированного пакета «Statistica» фирмы «StatSoft Inc.» (США).

Результаты: Корреляционный анализ выявил положительную значимую взаимосвязь результатов ДС БЦС и Эхо-КГ показателей систолической и диастолической дисфункции миокарда (КСР ($r=1,0$; $p<0,05$), КДР ($r=1,0$; $p<0,05$), толщины МЖП как в систолу, так и в диастолу ($r=1,0$; $p<0,05$), толщины ЗС в систолу ($r=0,70$; $p<0,05$) и диастолу ($r=1,0$; $p<0,05$), фракции выброса ($r=0,83$; $p<0,05$), фракции укорочения ($r=0,96$; $p<0,05$)). Сравнительный анализ группы I и группы II между собой и с контролем выявил различия между группами. Наиболее выражена взаимосвязь результатов ДС БЦС и Эхо-КГ у пациентов II группы.

Выводы: Выявленная взаимосвязь Эхо-КГ показателей систолической и диастолической дисфункции миокарда и ДС БЦС данных (ОСА, ВСА, КИМ) у пациентов АГ с СН отражает общность функционально-структурных изменений кардио – церебральной гемодинамики и их взаимосвязь с эндотелиальной дисфункцией.

0408 ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Милевская И.В.

ГОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель: Выявить значение гипергомоцистеинемии у больных артериальной гипертензией.

Методы исследования: В работе было обследовано 110 пациентов мужского пола, средний возраст $40,6 \pm 0,64$ лет с артериальной гипертензией. Все участники были разделены на 4 группы в зависимости от степени выраженности артериальной гипертензии. Первую группу составили 27 пациентов с артериальной гипертензией 1 степени, вторую – 29 больных с артериальной гипертензией 2 степени, третью – 26 человек с артериальной гипертензией 3 степени, и в контрольную группу вошли 28 обследуемых без артериальной гипертензии. У всех пациентов определяли иммуноферментным методом сывороточные концентрации гомоцистеина, и методом дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола измеряли толщину комплекса интимы-медии общих сонных артерий.

Результаты: В ходе работы выявлено, что уровень плазменного гомоцистеина имеет различия в зависимости от степени артериальной гипертензии. Установлено, что у больных с различной степенью выраженности артериальной гипертензии, исследованные показатели значимо и достоверно отличаются друг от друга и от показателей крови и толщины комплекса интимы-медии пациентов из контрольной группы. Средний уровень общего плазменного гомоцистеина у пациентов первой группы, определенный натощак в первые сутки пребывания в стационаре, составил $14,1 \pm 0,52$ мкмоль/л, средняя толщина комплекса интимы-медии общих сонных артерий – $0,8 \pm 0,11$ мм, во второй – $16,2 \pm 0,53$ мкмоль/л и $1,1 \pm 0,20$ мм ($p<0,01$ по отношению к контрольной группе) соответственно. В настоящем исследовании выявлена выраженная гипергомоцистеинемия в группе больных с артериальной гипертензией 3 степени. Средний исходный уровень гомоцистеина составил $22,7 \pm 0,76$ мкмоль/л, средняя толщина комплекса интимы-медии – $1,4 \pm 0,31$ мм ($p<0,001$ по отношению к контрольной группе). В контрольной группе уровень гомоцистеина – $9,7 \pm 0,12$ мкмоль/л, средняя толщина комплекса интимы-медии – $0,6 \pm 0,11$ мм.

Выводы: Таким образом, прослеживается наличие независимой связи уровня плазменного гомоцистеина с артериальной гипертензией. С увеличением степени артериального давления отмечается повышение концентрации плазменного гомоцистеина и увеличение толщины комплекса интимы-медии общих сонных артерий. Из приведенных выше цифр видно, что наиболее

высокий уровень как гомоцистеина, так и толщины комплекса интимы-медии отмечался в группе у пациентов с артериальной гипертензией третьей степени. В первой и второй группах сывороточная концентрация гомоцистеина находилась на верхней границе или незначительно превышала норму. Толщина комплекса интимы-медии в этих группах также значительно не превышала нормальные показатели. Исходя из вышесказанного, гомоцистеин может являться одним из факторов риска развития и стабилизации артериальной гипертензии.

0409 ИЗМЕНЕНИЯ ФАКТОРА ВилЛЕБРАНДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Крюков Н.Н., Резяпова Н.Х., Киселева Г.И., Богданова И.А.

Самарский государственный медицинский университет, Дорожная клиническая больница, Самара, Россия

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что в патогенезе сосудистых повреждений важную роль играют циркулирующие в крови факторы воспаления и прокоагулянты, к ним относится и фактор Виллебранда (ФВ) – гликопротеин, синтезируемый эндотелиальными клетками.

Цель: Изучить изменения ФВ в развитии риска сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии (АГ).

Методы: Обследованы 60 пациентов мужского пола возрасте от 25 до 65 лет с АГ без признаков вторичного генеза. Больные были разделены на следующие группы: первая – 15 человек без АГ; вторая – 12 пациентов АГ I степени; третья – 15 больных АГ II степени, риск 2; четвертая группа – 18 больных АГ II степени, риск 3; пятая группа – 17 больных, риск 4. В первые сутки пребывания больных в стационаре с помощью ELISA определяли содержание ФВ.

Результаты: Средний уровень ФВ у больных 2 группы и лиц контрольной группы достоверно не различался. У пациентов АГ II степени обнаружено значительное повышение активности гликопротеина. Так, в третьей группе изученный показатель составил $160,3 \pm 28,6\%$, в четвертой – $173,2 \pm 32,4\%$, в пятой – $230,5 \pm 34,6\%$.

Выводы: в ходе исследования выявлены различия уровня плазменного ФВ у больных АГ, которые зависели от выраженности АГ и риска сердечно-сосудистых осложнений.

0410 ВЛИЯНИЕ БАТРОКСОБИНА НА УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Кубеева А.Ш., Имантаева Г.М., Мусалалиева А.Т.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Совокупность и сложность патогенетических механизмов, тяжесть прогноза острых форм ИБС обосновали проведение многочисленных исследований с целью изучения одного из патогенетических факторов – активации процессов тромбообразования в местах стеноза коронарных артерий. Фибринолитическая система играет важную роль в функционировании нормального гемостаза. При снижении фибринолитической активности происходит увеличение уровня фибриногена (Ф). Гиперфибриногенемия является мощным фактором, способствующим тромбообразованию. В связи с этим, включение в комплексную терапию больных с прогрессирующей стенокардией (ПС) препарата снижающего уровень Ф представляется весьма перспективным. Одним из таких препаратов является Батроксобин инъекционный (Tobagrin, ф. «Tobishi», Япония) – однокомпонентный дефибринолитический препарат, вызывающий отщепление от Ф фибринополипептида А, который захватывается ретикулоэндотелиальной системой, что в итоге прерывает процесс образования крупных частиц фибрина. Наряду с этим, препарат оказывает прямое активизирующее действие на плазминоген, что обуславливает наличие у него тромболитической активности. На функцию тромбоцитов препарат не действует, но благодаря гипо- и афибринемии которую он вызывает, снижается вязкость крови.

Целью нашего исследования явилось: изучение клинико-лабораторной эффективности фибринолитического препарата батроксобин в комплексной терапии больных с ПС.

Материалы и методы исследования: Диагноз ПС верифицирован на основании типичной клинической картины, результатов ЭКГ, биохимического и обще-клинического исследования. Обследовано 15 больных мужского пола с ПС, в возрасте от 30 до 63 лет (средний возраст $48,83 \pm 3,9$ лет). Основную группу составили 15 больных с ПС, получавшие на фоне стандартизированной терапии батроксобины по схеме: 2-сутки-10BU, 4-сутки-5BU, 6-сутки-5BU, 8сутки-5BU. Контрольную группу составили 15 больных с ПС, получавшие только стандартизованную терапию. Показатели нормы определены при обследовании 15 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту, без клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой системы, патологических изменений со стороны ЭКГ, Эхо-КГ, с отрицательным результатом ВЭМ пробы.

Результаты: Исходно в обеих группах отмечалось повышение уровня Φ : в основной группе он составлял $3,715 \pm 0,54$ г/л, в контрольной группе уровень Φ составил $3,898 \pm 0,29$ г/л, тогда как в здоровой группе $2,5 \pm 0,07$ г/л ($p < 0,05$). В основной группе на фоне приема батроксобины уже после первой инфузии препарата отмечалось достоверное снижение уровня Φ до $1,888 \pm 0,23$ г/л ($p < 0,05$), тогда как в группе контроля снижение уровня Φ было не столь выраженным — $2,324 \pm 0,19$ г/л. В дальнейшем, на 14 суток наблюдения, в группе пациентов получавших батроксобины, уровень Φ стал достоверно ниже, чем в контрольной группе ($1,65 \pm 0,14$ г/л и $2,47 \pm 0,15$ г/л, соответственно, $p < 0,05$).

Вывод: Таким образом, полученные нами предварительные данные свидетельствуют о позитивном влиянии батроксобины на некоторые показатели гемостаза.

0411 ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кугаевская А.А., Пестерева В.Н., Николаева М.Г., Егорова О.Т.

Медицинский институт Якутского Госуниверситета, Национальный Центр Медицины, Якутск, Россия

Цель: изучение эффекта комбинированной терапии моксонидином и лизиноприлом артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: обследованы 23 пациента (мужчины) в возрасте от 43 до 65 лет с МС. У всех больных оценивался уровень АД по ежедневному дневнику контроля АД. Проведено определение глюкозы в крови натощак, уровня ОХС и триглицеридов (ТГ). Проводилась оценка инсулинорезистентности (ИР) по антропометрическим показателям: индекс массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ).

Результаты. Задачей антигипертензивной терапии (АГТ) являлось не только адекватное снижение АД, но и благоприятное влияние на сопутствующие нарушения липидного и углеводного обменов.

Наибольшее число пациентов (65,2%) имели АГ в сочетании с абдоминальным ожирением (АО) и гиперлипидемией (ГЛП). Пациенты с АГ, АО, ГЛП и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) составили 23,3%. У меньшего числа пациентов (11,5%) отмечалось сочетание АГ, АО, НТГ без ГЛП.

Всем больным была назначена комбинированная АГТ: моксонидин 0,2 мг 1 раз в сутки (утром) и лизиноприл (диротон) 5 мг 1 раз в сутки (вечером) на фоне сбалансированной гипокалорийной диеты.

Исходно у пациентов отмечалось повышение АД (среднее САД-174,5 мм рт.ст., ДАД-101,4 мм рт.ст.), ИМТ-36,4 кг/м², ОТ-110,2 см.

На фоне лечения у большинства больных (70,6%) был достигнут целевой уровень АД $\leq 130/85$ мм рт.ст. более выраженный в III гр. В динамике через 4 недели отмечалось снижение САД и ДАД в среднем на 18 и 12 мм рт.ст. Через 12 недель от начала лечения было отмечено снижение ИМТ с $36,4$ кг/м² до $34,2$ кг/м², ОТ до 104,6 см.

Также выявлено улучшение показателей липидного обмена. Уровень ОХС снизился с $6,3$ ммоль/л до $5,6$ ммоль/л, ТГ с $2,6$ до $1,8$ ммоль/л. У ряда больных I-II гр. ТГ исходно был $3,6-3,8$ ммоль/л. Показатель углеводного обмена — уровень глюкозы натощак снизился с $6,5$ ммоль/л до $5,6$ ммоль/л наиболее выражено в III гр., хотя у некоторых пациентов практически не изменился.

Таким образом, низкодозовая комбинированная терапия моксонидином и диротонном адекватно снижает АГ, одновременно улучшая липидный и углеводный обмен. Изменения антропометрических показателей указывают на уменьшение висцеральной жировой клетчатки, что ведет к снижению риска развития ИР и АГ.

0412 ПЕРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кудавев М.Т., Масуев К.А., Тотушев М.У., Омарова П.Т.

Республиканский кардиологический диспансер МЗ РД, Махачкала, Дагестан

Цель: Изучение эффективности прерывистой нормобарической гипокситерапии в комплексном лечении хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы: Больные хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функционального класса. Всего 50 больных мужчин в возрасте 45 — 75 лет — основная группа, получали лечение методом прерывистой нормобарической гипокситерапии (ГТ) по Р.Б.Стрелкову в дополнение к медикаментозному. Контрольная группа включала 20 больных сопоставимых по возрасту и диагнозу, получавших только стандартное медикаментозное лечение. Процедура ГТ заключалась в следующем: 5 минут дыхание гипоксической смесью, 5 минут отдых, всего 6 процедур за 1 час, на курс лечения 10-12 процедур. Изучались следующие показатели: суточное электрокардиографическое мониторинговое исследование, проба с задержкой дыхания Штанге, тест с 6-минутной ходьбой, оценка общего самочувствия по шкале «качество жизни». Все исследования проводились до лечения и после курса ГТ.

Результаты: У всех больных наблюдались положительные сдвиги по шкале «качество жизни» — повышение баллов на 1–2 пункта. У больных, получавших курс ГТ по сравнению с контрольной группой наблюдалось уменьшение числа приступов стенокардии за сутки на 27%. При холтеровском исследовании наблюдалось уменьшение эпизодов болевой ишемии у 18%, а безболевой у 22% больных. При проведении пробы с 6 минутной ходьбой, расстояние которое проходили больные после курса лечения ГТ увеличилось на 60-70%.

Выводы:

1. Использование метода прерывистой нормобарической гипоксической терапии в комплексном лечении ХСН II-III функционального класса привело к уменьшению ангинозных приступов, повышению толерантности к физической нагрузке.

2. Прерывистая нормобарическая гипоксическая терапия приводила к повышению качества жизни больных ХСН II-III функционального класса.

0413 КАК МЫ ЛЕЧИМ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ?

Кудавев М.Т., Эфендиева А.М., Тотушев М.У., Омарова П.Т.

Республиканский кардиологический диспансер МЗ РД, Махачкала, Дагестан

Поиск оптимальных вариантов рациональной фармакотерапии артериальной гипертензии (АГ) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной кардиологии. Результаты последних крупных контролируемых многоцентровых исследований по лечению АГ заставили пересмотреть многие традиционные точки зрения и во многом «ужесточить» взгляды на принципы лечения и эффективного контроля АД.

По рекомендациям Седьмого Американского Объединенного Комитета и Европейских рекомендаций (2003) основные положения включают:

1. Лечение АГ должно быть более агрессивным, позволяющим снижать АД ниже критического показателя 149/90 мм рт.ст. и чем ниже, тем лучше.

2. В лечении пациентов с АГ, по крайней мере II степени, должно использоваться несколько (не менее двух) гипотензивных препаратов и терапия сразу, с самого начала должна быть комбинированной.

3. В качестве одного из компонентов комплексного лечения должны применяться мочегонные препараты.

Цель исследования: Изучить частоту использования отдельных гипотензивных препаратов в амбулаторной практике отдаленного горного района.

Методы исследования: анкетирование больных с заполнением карты (форма 140 — 1/у), амбулаторные карты больных артериальной гипертензией.

Результаты: проведено анкетирование 400 больных артериальной гипертензией и анализ их амбулаторных карт. 285 женщин и 115 мужчин. Артериальная гипертензия 1 степени у 79 больных, 2 степени у 303 больных, 3 степени у 18 больных.

Ингибиторы АПФ принимали 1,25% больных, Блокаторы ангиотензин II рецепторов — 1%, Антагонисты кальция — 1%, β -адреноблокаторы — 11%, диуретики принимали — 100% больных.

Заключение: В изучаемом регионе наблюдались некоторые отличия в ассортименте принимаемых гипотензивных препаратов по сравнению с данными, представленными московским городским кардиологическим диспансером. Очень мало применяются основные группы гипотензивных препаратов, таких как ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензин II рецепторов, антагонисты кальция. Несколько чаще применялись β -блокаторы и наиболее часто диуретики.

0414 ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ КОНТИНГЕНТУ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Куделькина Н.А.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Разработка, создание и внедрение «мобильной системы» кардиологической помощи и других неинфекционных заболеваний (НЗ) для контингента железнодорожников Западной Сибири и населению отдаленных мест проживания на амбулаторном этапе.

Методы. Объект исследования — железнодорожники Западно-Сибирской железной дороги (ЗСЖД). По «социальному заказу» руководства ЗСЖД МПС РФ (1989г.) нами разработана, создана и внедрена модель «мобильной системы» кардиологической консультативно-диагностической и профилактической помощи населению и других НЗ, основой которой является мобильный многопрофильный диагностический центр (ММДЦ) — поезд, состоящий из 8 реконструированных купейных вагонов, функционирующий самостоятельно. В структуре ММДЦ имеются диагностические отделения с современными методами диагностики и новой технологией обследования, модуль отделения профилактики и пропаганды здорового образа жизни. В их составе: отделение автоматизированного скрининга (I этап) на выявление ССЗ (СН, АГ, ИБС, ИМ, ЦВЗ и их ФР) и других НЗ по стандартизированной программе с оценкой по критериям ВОЗ (1993, 1996, 1999), клинико-биохимическая лаборатория, кабинеты функциональной, ультразвуковой диагностики и доплерографии, эндоскопии, крупнокадровой компьютерной флюорографии и др. (II этап). Отделение консультантов: терапевт, кардиолог, эндокринолог, невропатолог, гастроэнтеролог, офтальмолог и др. При создании мобильного диагностического комплекса мы взяли за основу стандартные эпидемиологические методы выявления и профилактики основных НЗ (ССЗ, ЦВЗ, СД и др.) и их ФР, рекомендованных ВОЗ, ВКНЦ, НИИ неврологии РАМН, ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, которые были адаптированы к автоматизированной системе «Скрининг».

Результаты. Оценка диагностической информативности комплексной «мобильной системы» диагностики ССЗ и других НЗ показала ее высокую чувствительность — 90%, специфичность — 80%, воспроизводимость $95 \pm 1,2\%$. При обследовании 11820 чел. железнодорожников на этапе внедрения ММДЦ (1992–93гг.) констатирована высокая выявляемость впервые диагностированной патологии (54,2%) и установлена значительная распространенность ССЗ — 43,5%, АГ — 47,5% (ВОЗ, 1999), ЦВЗ — 26,8%, эндокринной патологии — 33%, ГЭП — 69% и ФР (ГХС — 60,2%, ИМТ — 32%, курение — 54%, НФА — 73%, НТГ — 12%)

среди мужчин и женщин 20–65 лет. ММДЦ сдан в эксплуатацию ЗСЖД в конце 1993г. и функционирует по настоящее время.

Заключение. Результаты разработки и исследования свидетельствуют о высокой диагностической эффективности и профилактической направленности ММДЦ по раннему выявлению ССЗ, других НЗ и ФР, и вместе с тем о неблагоприятной эпидемиологической ситуации с ССЗ и другими НЗ у железнодорожников Западной Сибири в плане прогноза их развития, что определило стратегию первичной и вторичной профилактики ССЗ и др. НЗ среди работающего контингента. Представленная модель ММДЦ универсальна и может быть использована на сети дорог МПС РФ.

0415 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕПАРАТОМ МЕКСИДОЛ

Кудрявцева С.А., Митина Л.В., Дмитриева С.Н.

Городской кардиологический центр (МУЗ ГБ №3), МУЗ Городская поликлиника № 1, Владимир, Россия

Цель: оценить эффективность и переносимость препарата мексидол в составе комплексной терапии у больных гипертонической болезнью (ГБ) I–II ст.

Методы: 15 больных ГБ I–II ст. в периоде ухудшения в течение 10 дней были пролечены препаратом мексидол внутривенно в суточной дозе 200 мг ежедневно. Возраст пациентов составил от 42 до 53 лет; мужчин было — 66%, женщин — 34%; давность заболевания в среднем — 7,5 лет. В группу сравнения вошли 10 больных ГБ без мексидола. Пациенты обеих групп получали заново подобранную индивидуальную антигипертензивную терапию. Эффективность лечения оценивалась по динамике жалоб больных, уровню клинического артериального давления (АД) (определялось 3-х кратным измерением с вычислением среднего значения), по влиянию на психоэмоциональный статус и качество жизни больных. Психоэмоциональный статус исследовался с помощью психологических тестов и оценочных шкал: цветовой тест Люшера, тест Спилберга, шкала Бэка, СМОЛ. Качество жизни (психологическая составляющая) оценивалось с помощью компьютерного теста «Качество Жизни» (Зайцев В.П., Айвазян Т.А.). О переносимости лечения судили по количеству и выраженности побочных эффектов.

Результаты: через 10 дней лечения в обеих группах зарегистрировано достоверное снижение систолического и диастолического АД без статистически значимого различия между группами (межгрупповое $p > 0,1$). Достоверные межгрупповые различия были установлены в отношении показателей психоэмоционального статуса и качества жизни. До лечения в обеих группах психопатологические нарушения выявлены у более половины больных (в основной группе — у 71%, в группе сравнения — у 68%), ведущим симптомом был симптом тревоги. После лечения в группе мексидола у всех больных уменьшился уровень тревожности (среднегрупповое $p < 0,01$), улучшился сон (среднегрупповое $p < 0,05$), уменьшилась эмоциональная лабильность (среднегрупповое $p < 0,05$), уменьшились головные боли (среднегрупповое $p < 0,05$), при этом наиболее выраженная положительная динамика имела место у пациентов с наиболее выраженными психопатологическими нарушениями. Депрессивные расстройства (от низкого до среднего уровня) до начала лечения были выявлены у 60% больных основной группы и 62% группы сравнения. После лечения у 50% пациентов группы мексидола уровень депрессивных расстройств уменьшился, в среднем — на 4–5 баллов ($p < 0,05$). Исходно сниженное (от легкого до умеренного) качество жизни достоверно улучшилось у больных группы мексидола (среднегрупповое $p < 0,05$) при хорошей переносимости лечения.

Выводы: препарат мексидол достоверно уменьшает уровень тревожных и депрессивных расстройств, улучшает качество жизни больных гипертонической болезнью I–II ст., что повышает эффективность медикаментозного лечения.

0416 КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ЛОЗАП-ПЛУС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Кудрявцева С. А., Наумчук А. Ю., Митина Л. В., Дмитриева С. Н., Мысева Ю. В.

Городской кардиологический центр (МУЗ ГБ №3), МУЗ Городская поликлиника №1, Владимир, Россия

Цель: оценить влияние 4-х недельной терапии комбинированным препаратом лозапом-плюс (Zentiva, Чехия) на суточный профиль артериального давления (АД), качество жизни и метаболический профиль у больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст. с высоким сердечно-сосудистым риском; оценить переносимость лечения.

Методы: 12 больных ГБ I-II ст. с высоким сердечно-сосудистым риском в течение 4-х недель были пролечены комбинированным препаратом лозапом-плюс. Средний возраст пациентов составил 44,4 года; из них мужчин было — 52%, женщин — 48%; средняя длительность заболевания — 9,3 лет. В группу вошли больные, которые самостоятельно прекратили предшествующее лечение одним из гипотензивных монопрепаратов из-за отсутствия нормализации АД по данным самомониторирования. Из них у 4-х пациентов имелась непереносимость ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента в виде сухого кашля. “Чистый период” составлял 7-10 дней. Лозап-плюс назначался однократно в сутки, ежедневно, в утренние часы. В начале и в конце лечения проводилось суточное мониторирование АД с определением стандартных показателей; оценивалось качество жизни (психологическая составляющая) с помощью компьютерного теста “Качество жизни” (Зайцев В. П., Айвазян Т. А.). Контролировались: уровень гликемии натощак, электролиты, липидный профиль, креатинин, мочевины, билирубин. Отслеживались возможные побочные эффекты.

Результаты: в целом по группе через 4 недели лечения лозапом-плюс у 92% больных было установлено достоверное снижение в дневное и ночное время средних значений и индекса времени систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Степень снижения САД и ДАД в дневные часы составила соответственно 19,1 мм рт.ст. и 10,6 мм рт.ст., в ночные часы — соответственно 22,5 мм рт.ст. и 13,5 мм рт.ст. (во всех случаях $p < 0,01$). Степень снижения индекса времени в дневные часы составила для САД и ДАД соответственно 48,3 мм рт.ст. и 38,1 мм рт.ст. (в обоих случаях $p < 0,01$), в ночные часы — соответственно 37,7 мм рт.ст. и 39,3 мм рт.ст. (в обоих случаях $p < 0,001$). Целевые уровни САД были достигнуты у 74%, ДАД — у 77% больных. Качество жизни, исходно сниженное в целом по группе в умеренной степени, на фоне лозапом-плюс улучшилось достоверно (среднегрупповое $p < 0,01$). Показатели метаболического профиля достоверно не изменились. Побочные эффекты в течение 4-х недель зарегистрированы не были.

Выводы: 4-х недельная терапия комбинированным препаратом лозапом-плюс больных ГБ I-II ст. достоверно снижает средние значения и индекс времени САД и ДАД в дневные и ночные часы, достигая при этом целевых уровней у 74-77% пациентов, не нарушая исходно нормального циркадного ритма АД; терапия лозапом-плюс достоверно улучшает качество жизни у больных ГБ, хорошо переносится пациентами.

0417 ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНООРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Кузнецова И. Г., Ивахник О. Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить состояние механизмов адаптации при разных типах СВД, используя активную клиноортостатическую пробу (КОП) и оценить хронобиологические особенности реакции на ортостаз у больных с СВД.

Методы: обследовано 38 детей и подростков с синдромом вегетативной дистонии (СВД) в возрасте от 10 до 17 лет. КОП проводили два раза в сутки (с 7 до 9 ч. утра и с 17 до 19 ч. вечера). Измерение АД и ЧСС осуществлялось в положении лёжа, затем после перехода в вертикальное (каждую 2 минуту на протяжении 10). Оценка результатов с использованием табличных норм прироста

показателей. Построение индивидуальных хронограмм КОП и среднеарифметических для группы в целом, сравнение их с одним из возможных вариантов: нормальная реакция, гиперсимпатикотоническая (ГС), гипердиастилическая (ГД), асимпатикотоническая (АТ), симпатикоастеническая (СА), астеносимпатическая (АС). Статистические критерии: критерий Стьюдента.

Результаты: у 25 обследованных (66%) выявлен синдром вегетативной дистонии преимущественно по ваготоническому, у 13 по симпатикотоническому (34%) типам. У большинства пациентов с СВД с преобладанием симпатикотонии в утренние часы отмечался ГД вариант КОП (46%), по 18% приходилось на нормальную реакцию, АС и ГС типы. В вечерние часы преобладала АТ реакция (46%), ГД вариант у нескольких больных трансформировался в АТ, который всего отмечался у 36% обследованных. Нормальная реакция встречалась у 18%. В группе детей с СВД по ваготоническому типу преимущественно встречался АТ тип утром и вечером (67% и 46%), вторым по частоте наблюдался ГД вариант (24% и 33%), нормальная реакция также отмечалась достаточно редко — 9% и 12%. Выявлены существенные различия хронограмм КОП для группы в целом у детей с разными типами СВД. У симпатикотоников с утром и вечером исходные цифры АД превышают цифры ваготоников. У больных с преобладанием ваготонии отмечалась вегетативная реактивность, при симпатикотонии — недостаточная реактивность. Вегетативное обеспечение деятельности нарушено в утренние и в вечерние часы при обоих типах СВД. У пациентов с ваготонией в утреннее время, а с симпатикотонией в вечернее вегетативное обеспечение деятельности максимально нарушено.

Выводы: проведенное обследование показало, что у детей и подростков с СВД преобладающими вариантами КОП являются наиболее неблагоприятные — АТ и ГД, указывающие на нарушение механизмов адаптации. Пациенты, имеющие АТ вариант КОП, относятся к группе риска по развитию синкопальных состояний. ГД вариант может быть основой для развития симпатико-адреналовых кризов, формирования артериальной гипертензии. Следовательно, определение варианта КОП у больных с СВД имеет клиническое значение для тактики лечения этого заболевания. Выявлены хронобиологические отличия КОП, опираясь на которые, можно предположить время суток, когда наиболее вероятно развитие синкопального состояния или симпатико-адреналовых кризов у детей, страдающих СВД. Для больных с СВД преимущественно по ваготоническому типу — это утренние часы, по симпатикотоническому — вечерние.

0418 ПОЛИМОРФИЗМЫ GLU298ASP ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO СИНТАЗЫ И C242T P22 PNOX ГЕНА NADPH ОКСИДАЗЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кузнецова Т. Ю., Гаврилов Д. В., Дуданов И. П., Самоходская Л. М., Парфенова Е. В., Макаревич П. И., Балацкий А. В.*

Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия; Факультет фундаментальной медицины, МГУ, Москва*, Россия

Цель: анализ распространенности полиморфизмов Glu298Asp гена эндотелиальной NO синтазы и C242T p22phox гена NADPH оксидазы при артериальной гипертензии (АГ) и их влияние на развитие осложнений АГ.

Материалы и методы: обследовано 272 пациента, средний возраст 50,7 лет, мужчины. Диагноз гипертонической болезни (ГБ), ее стадия, расчет риска развития осложнений определялись на основании данных анамнеза, лабораторных (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, триглицериды, липопротеиды низкой плотности, сахар крови, креатинин, анализ мочи, тест на микроальбуминурию (МАУ)) и инструментальных (ЭКГ, ЭХО КС, УЗИ сонных артерий) исследований согласно принятой классификации ГБ. В группе контроля обследовано 102 человека. Для определения Glu298Asp полиморфизма гена эндотелиальной NO синтазы и C242T p22 phox гена NADPH оксидазы использовались полимеразная цепная реакция и рестриктивный метод.

Результаты: распределение генотипов у пациентов, страдающих ГБ и у лиц без артериальной гипертензии одинаковое, для

полиморфизма Glu298Asp гена эндотелиальной NO синтазы: GG 58,8%, GA 32,3%, AA 8,9% (АГ) и GG 53%, GA 36%, AA 11% (контроль), для полиморфизма C242T p22 phox гена NADPH оксидазы: CC 48,2%, CT 44,9%, TT 6,9% (АГ) и CC 42%, CT 54%, TT 4% (контроль). Убедительных отличий по частоте развития МАУ, ишемической болезни сердца, острого нарушения мозгового кровообращения, облитерирующего атеросклероза в девяти подгруппах с различным сочетанием генотипов не выявлено. В подгруппе сочетания двух гомозигот AA+TT у двоих пациентов не были диагностированы ассоциированные клинические состояния, МАУ, атеросклероз по данным УЗИ сонных артерий. При сопоставлении частоты встречаемости атеросклероза с другими подгруппами получены достоверные различия ($p < 0,05$): во всех других подгруппах при выполнении УЗИ процент выявленных изменений превышал отсутствие признаков атеросклероза (СТ+AA 83%, CC+AA 100%, TT+GA 75%, CT+GA 82%, CC+GA 70%, TT+GG 90%, CT+GG 77%, CC+GG 73%). Кроме того, выявлено, что гипертрофия миокарда левого желудочка в подгруппе генотипов СТ+GA встречается реже других генотипов (38% против 50% при TT+AA и СТ+AA, 64% при CC+AA, 60% при CC+GA, 56% при CC+GA, 42% при TT+GG, 64% при СТ+GG, 53% при CC+GG), причем по сравнению с генотипом СТ+GG разница оказалась достоверна ($p = 0,01$).

Выводы: распределение генотипов при анализе полиморфизмов Glu298Asp гена эндотелиальной NO синтазы и C242T p22phox гена NADPH оксидазы у пациентов, страдающих ГБ, и у лиц без АГ не имеет достоверных отличий. Сочетание гомозигот AA+TT ассоциируется с меньшей частотой развития атеросклероза сонных артерий, сочетание генотипов СТ+GA ассоциируется с меньшей частотой развития гипертрофии левого желудочка.

0419 ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кузнецова Т.Ю., Гаврилов Д.В., Цымякова Л.С., Дуданов И.П. Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: анализ изменений ветвей дуги аорты при гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 387 пациентов, наблюдавшихся по поводу ГБ в поликлинике, 194 мужчин (50,1%), средний возраст 51,9 лет (от 18 до 76 лет). Диагноз ГБ, ее стадия, расчет риска развития осложнений определялись на основании данных анамнеза, лабораторных (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, триглицериды, липопротеиды низкой плотности, сахар крови, креатинин, анализ мочи, тест на микроальбуминурию (МАУ)) и инструментальных (ЭКГ, ЭХО КС, оценка глазного дна) исследований согласно принятой классификации ГБ. Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА) выполнялось на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Pro (фирма «General electric», США), линейным датчиком с частотой 7,5/10 МГц и секторальным датчиком с частотой 2-3 МГц. По характеру поражений изменения в сосудах классифицировали как: нестенозирующие поражения артериальной стенки (изменении комплекса интима-медиа сонных артерий), стенозирующий атероматоз (внутрипросветные изменения, атеросклеротическая бляшка (АБ)), патологическая извитость ((ПИ) — деформации хода БЦА в экстракраниальных отделах).

Результаты. Распространенность факторов риска: отягощенная наследственность по ГБ у 243 человек (62,8%), по ранним сердечно-сосудистым катастрофам у 91 человека (23,5%), курение в 21,2% (82 чел., 68 мужчин и 14 женщин), ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м²) 149 человек (38,5%, у 62-х мужчин и 87 женщин), повышение холестерина выше 5 ммоль/л — 259 человек (66,9%), повышение триглицеридов свыше 1,7 ммоль/л — 116 чел. (29,9%), сахарный диабет — 28 человек (7,2%). Поражения органов-мишеней: сужение сосудов глазного дна зафиксировано в 73,4% (обследовано 342 человека), МАУ в 4,1% (выполнено у 271 человека), гипертрофия левого желудочка в 41,1%, признаки атеросклероза БЦА выявлены в 57,4% (222 человека). По анамнезу диагностированы следующие ассоциированные клинические состояния: ИБС у 76 человек (19,6%), хроническая

сердечная недостаточность у 61-го (15,8%), преимущественно I стадия (54 чел.) по наличию диастолической дисфункции по ЭХО КС и невысокий функциональный класс (ФК 1 — 51 чел., ФК 2 — 13 чел.), облитерирующий атеросклероз сосудов ног у 21 чел. (5,4%), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) у 38 чел. (9,8%). В данной группе не выявлены ретинопатия и нефропатия. Распределение ГБ по стадиям: 1 — 55 чел. (14,3%), 2 — 205 чел (52,9%), 3 — 127 чел. (32,8%). Распределение по риску: низкий — 8 чел. (2,1%), средний — 37 чел. (9,5%), высокий — 198 чел. (51,2%), очень высокий — 144 чел. (37,2%).

Выводы: при ультразвуковом исследовании (УЗИ) БЦА у пациентов с артериальной гипертензией в 77,4% случаев выявлены различные изменения, из них в 57,4% — признаки атеросклероза (в 24% случаев — стенозирующая атеросклеротическая бляшка), в 20% при отсутствии атеросклеротических изменений — патологическая извитость. Выполнение УЗИ БЦА повышает эффективность оценки риска при ГБ.

0420 ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ДИАГОНАЛЬНОЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Кузнецов В.А., Бессонов И.С., Зырянов И.П., Колунин Г.В., Криночкин Д.В., Горбатенко Е.А.

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

Цель. Оценить особенности течения ИБС при изолированном поражении диагональной ветви левой коронарной артерии.

Методы исследования. Было обследовано 6866 больных (средний возраст $51,6 \pm 0,1$ года). Были проведены клинические и инструментальные обследования, включая селективную коронароангиографию, эхокардиографию, измерение уровня общего холестерина. В исследование включались пациенты только с гемодинамически значимым стенозом коронарных артерий (50% просвета и более). Диагональная ветвь всегда отходила от передней межжелудочковой артерии.

Результаты. Основную группу составили 57 (0,8%) пациентов с изолированным поражением диагональной ветви. Группу сравнения составили 720 (10,5%) пациентов с изолированным поражением передней межжелудочковой артерии. Группы достоверно не различались по возрасту и полу. В основной группе достоверно чаще встречались лица, употребляющие алкоголь (38% и 23,9%, $p < 0,05$), пациенты с артериальной гипертензией (АГ) в анамнезе (79% и 57,5%, $p < 0,01$), сахарным диабетом 2 типа (12,3% и 4,9%, $p < 0,05$), безболевым ишемией миокарда (7,0% и 0,8%, $p < 0,01$). Не было выявлено достоверных межгрупповых различий в частоте инфаркта миокарда в анамнезе, выраженности стенокардии напряжения, распределении больных по функциональным классам сердечной недостаточности. По данным эхокардиографии у пациентов основной группы были достоверно увеличены толщина межжелудочковой перегородки ($13,1 \pm 0,3$ мм и $12,4 \pm 0,1$ мм, $p < 0,01$) и задней стенки левого желудочка ($11,6 \pm 0,2$ мм и $11,2 \pm 0,1$, $p < 0,01$). Мультивариантный анализ показал, что такие факторы, как толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка были независимо связаны с АГ у пациентов основной группы. Было определено, что для пациентов с поражением передней межжелудочковой артерии было характерно худшее функциональное состояние миокарда левого желудочка (меньше фракция выброса левого желудочка ($55,3 \pm 0,3\%$ и $58,4 \pm 0,8\%$, $p < 0,05$), больше размер асинергии левого желудочка ($16 \pm 0,7\%$ и $9,8 \pm 1,6\%$, $p < 0,05$)).

Выводы. Таким образом, несмотря на меньшие функциональные изменения левого желудочка, характеристики ИБС у пациентов с изолированным поражением диагональной ветви левой коронарной артерии были сопоставимы с больными с изолированным поражением передней межжелудочковой артерии. Более того, у пациентов основной группы чаще встречались некоторые факторы риска (артериальная гипертензия, употребление алкоголя, сахарный диабет) и безболевого ишемия миокарда, что характеризует течение ИБС при изолированном поражении диагональной ветви левой коронарной артерии как клинически неблагоприятное.

0421 ОСТРАЯ ФОРМА ДЕСЕКЦИИ АОРТЫ: ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ

Кузур Т.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: Анализ клинических проявлений, результатов ранней диагностики, особенностей естественного течения острой формы десекции аорты (ДАо).

Методы: Изучены данные 23 пациентов с прижизненно установленным диагнозом острой ДАо: у 19- тип А (по Stanford), у 4-х — тип Б. Средний возраст у пациентов ДАо типа А — 46 лет, типа В — 52 года; мужчины — 75%.

Результаты: Все пациенты госпитализированы с выраженными болями в грудной клетке; неврологическая симптоматика отмечена в 6 случаях. Гипертонической болезнью страдали 9 больных, двусторчатый аортальный клапан выявлен у 2-х, синдром Марфана — 4-х, травмы грудной клетки — у 3-х. При трансторакальной Эхо-КГ выявлена ДАо типа А: в 7 случаях — от устья до бифуркации брюшной аорты, в 12 — до брахиоцефального ствола. Диаметр восходящей Ао достигал 5,3-7,3 см, дуги — 3,0- 3,4см., нисходящей 2,9см, абдоминальной — 2,2-3,5см. Флотирующая интима с дифференциацией истинного и ложного просвета, аортальная недостаточность (III степени) отмечена во всех случаях, выпот в перикарде — в 2-х. При ДАо типа Б диаметр нисходящей аорты составил 5 см, абдоминальной 2,9см; при УЗДГ в 2-х случаях отмечено вовлечение ветвей брюшной аорты. Диагноз подтвержден аортографией в 5 случаях, ЯМР — в 9, КТ — в 1. Хирургическая коррекция выполнена у 6 больных. В первые 48 ч. умерло 7 больных, в послеоперационном периоде — 3. Все пациенты с ДАо типа Б и 3 типа А остались на консервативном лечении под контролем АД.

Заключение: экстренная ЭхоКГ диагностика острой ДАо и адекватная гипотензивная терапия способствуют стабилизации больных и создают предпосылки для хирургического лечения. Основные предикторы ранней смертности в остром периоде ДАо: кардиогенный шок, разрыв стенки аорты, выраженный болевой синдром с признаками мальперфузии; в послеоперационном периоде — острая почечно-печеночная и легочно-сердечная недостаточность, отек мозга.

0422 ИЗУЧЕНИЕ БЫСТРОПРОТЕКАЮЩИХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОТВЕТОВ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кузьмина Ю.В., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н., Гориева Ш.Б.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: изучить варианты быстропротекающих гемодинамических ответов при выполнении активной ортостатической пробы (АОП) и взаимосвязь между изменениями уровня АД и показателем средней скорости кровотока в средней мозговой артерии у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 13 больных ГБ I-II степени, умеренного и высокого риска, в возрасте $57,9 \pm 14,0$ лет. Всем пациентам проводилась АОП. Протокол пробы был модифицирован: в течение 5 минут пациент находился в положении сидя с вытянутыми ногами, далее 5 минут в положении стоя. Непрерывное (beat-to-beat) измерение САД, ДАД, среднего АД выполнено на приборе "Task Force Monitor" фирмы "CNSystems" (Австрия) фотокомпенсационным методом при помощи специального датчика, установленного на указательном пальце. Мониторирование церебрального кровотока проводилось на уровне средней мозговой артерии методом транскраниальной доплерографии на приборе Ангиодин 2К фирмы "БИОСС" (Россия). Снижение церебрального кровотока оценивалось по интегральному показателю, как произведение продолжительности на среднее значение глубины снижения АД. Статистический анализ выполнен непараметрическим методом Манн-Уитни с использованием Statistica 6.

Результаты: Выявлено 2 типа гемодинамических реакций в зависимости от продолжительности снижения уровня среднего АД. Первый — кратковременный, характеризующийся снижением

среднего гемодинамического АД более 10 мм рт. ст. в ортостазе с восстановлением (ОВ) к 15-ой секунде на 75-100% от исходного уровня. Второй — пролонгированный, характеризующийся ОВ менее 75% от исходного уровня к 15-ой секунде. Во второй группе установлено достоверно большее снижение церебральной перфузии ($180,2 \pm 42,7$ мм рт.ст. и $84,6 \pm 8,3$ мм рт.ст., $p < 0,05$, соответственно), чем в первой группе больных.

Выводы: При проведении активной ортостатической пробы выявлено 2 типа реакций АД: кратковременный и пролонгированный, причём последний характеризовался более выраженным снижением среднего АД и церебральной перфузии по интегральным показателям. Представляется целесообразным модифицировать традиционный протокол проведения ортостатических проб с обязательным использованием методики непрерывного измерения АД с целью выявления "начальной ортостатической гипотензии", ассоциированной со снижением церебральной перфузии.

0423 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кукушкин А.Л., Докина Е.Д., Алексеева Л.А.

ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние избыточной массы тела на суточный профиль артериального давления (АД) у лиц с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Материалы и методы исследования: обследованы 186 мужчин в возрасте от 23 до 64 лет, которые имели высокий риск ССО по шкале SCORE и по распространенности метаболических нарушений, но относились к группе практически здоровых лиц по результатам диспансерного обследования. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (142 мужчин) имела ИМТ ≥ 25 кг/м² ($29,16 \pm 0,49$) и 2 группа (46 мужчин) — ИМТ < 25 кг/м² ($22,95 \pm 0,37$).

Всем пациентам выполнялись ЭКГ, эхокардиографическое исследование и суточное мониторирование АД (СМАД), определялись биохимические показатели, характеризующие липидный и углеводный обмен, урикемию.

Результаты: На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка отмечались в 2,0% в обеих группах. При Эхо-КГ толщина миокарда межжелудочковой перегородки и/или задней стенки левого желудочка более 1,1см регистрировалась у 7% лиц 1 группы и 2,0% лиц 2 группы, индекс массы миокарда левого желудочка более 116 г/м² в 3,6 раза чаще регистрировался в 1 группе. Лабораторное обследование показало, что в 1 группе по сравнению со 2 группой уровень сахара натощак, общий холестерин, ЛПНП были достоверно выше, нарушенная гликемия натощак определялась в 1,6 раза чаще (21,8% и 13,6%), СД 2 типа диагностировался в 7 раз чаще (15,0% и 2,3%) и почти в 4 раза выше был уровень триглицеридов ($p < 0,001$). Гиперурикемия выявлялась только у 6% лиц 1 группы.

У одной трети обследованных (30,6%) ранее при самоконтроле отмечались эпизоды артериальной гипертонии (АГ). Во время первичного врачебного осмотра выявлена тенденция к повышению уровня систолического и диастолического АД при увеличении ИМТ, в то время как средние цифры АД в 1 и 2 группах достоверно не отличались (САД — $131,49 \pm 11,3$ и $127,7 \pm 11,5$; ДАД — $83,9 \pm 8,0$ и $78,56 \pm 8,3$, соответственно).

По данным СМАД у лиц 1 группы достоверно чаще, чем у лиц 2 группы, отмечалось увеличение скорости предутреннего подъема АД (54,9% и 33,3%) и величины утреннего подъема АД (10,97% и 6,6%). Суточная вариабельность АД существенно не отличалась в группах (17,8 и 18,9 мм рт.ст.). В 1 группе были достоверно больше индексы нагрузки систолическим (40,95 и 33,35 мм рт.ст. днем и 41,11 и 25,37 мм рт.ст. ночью; $p < 0,05$) и диастолическим давлением (43,64 и 29,5 мм рт.ст. — днем, $p < 0,001$; и 27,29 и 7,57 мм рт.ст. — ночью, $p < 0,001$). По показателю снижения АД в ночные часы обследованные лица 1 и 2 групп разделились на дипперов (67,4% и 54,5%), нон-дипперов (18,9% и 15,2%) и овер-дипперов (13,7% и 30,3%, соответственно). Во 2 группе су-

шественно чаще выявлялись овер-дипперы ($p < 0,05$). Нормальный уровень АД за весь период СМАД только у 4% лиц 1 группы и 15% лиц 2 группы.

Выводы: Артериальная гипертензия по данным СМАД выявлена у 90% лиц с высоким риском ССО. У лиц с избыточной массой тела выявлялась стойкая АГ в течение суток как за счет систолического, так и диастолического АД, в то время как у лиц с нормальной массой тела преобладала нагрузка систолическим давлением в дневные часы.

0424 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНТРОЛИРУЕМОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН-ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Кукушкин С.К., Маношкина Е.М.

ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, кафедр доказательной медицины ФДПОП ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: провести фармакоэкономический анализ контролируемой антигипертензивной терапии у мужчин-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы. Открытое, сравнительное, рандомизированное исследование проводилось в течение 12 месяцев. В исследование были включены мужчины ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающие мягкой или умеренной артериальной гипертензией. Основную группу составили 28 больных, контрольную – 29 (средний возраст $52,2 \pm 1,3$ и $51,5 \pm 1,1$ лет, средняя длительность артериальной гипертензии – 10 ± 1 и $9,6 \pm 1$ год соответственно). Основная группа получала ингибитор ангиотензин-превращающего фермента спираприл 6 мг/сут, при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут), затем атенолол (12,5-100 мг/сут). В контрольной группе антигипертензивная терапия и ее коррекция проводились врачом поликлиники. Исследование предусматривало сбор анамнеза, физикальный осмотр, антропометрическое исследование, измерение артериального давления трижды, регистрацию ЭКГ. Для проведения фармакоэкономического анализа был выбран метод «стоимость-эффективность», где стоимость лечения делится на неценовой показатель эффективности, выраженный в единицах снижения артериального давления.

Результаты. Затраты на 1-го эффективно леченного больного составили в основной группе 7132 руб. в контрольной группе – 11352 руб. Затраты на 1% эффективно леченных больных составили в основной группе 1925 руб. в контрольной группе – 3516 руб. Сравнение двух видов антигипертензивной терапии показало, что контролируемое лечение по сравнению с обычным лечением в поликлинике обходится дешевле на 1591 руб. на каждый дополнительный процент эффективно леченных мужчин-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Выводы. Мужчинам-ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающим артериальной гипертензией, необходимо назначать контролируемое лечение, так как оно более эффективно и дешевле по сравнению с обычным лечением в поликлинике.

0425 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ

Куличенко Л.Л., Краюшкин С.И., Ивахненко И.В.

ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель: Провести анализ результатов дополнительной диспансеризации населения и её значения в выявляемости социально значимых заболеваний на ранних стадиях.

Методы: На основании отчётной документации нами были проанализированы результаты дополнительной диспансеризации в 3-х поликлиниках г. Волгограда, проводимой на основании Приказа МЗ и СР РФ № 188 от 22 марта 2006 года «О порядке и объёме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях».

Результаты: Диспансеризацией было охвачено 97,6% граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях, из них у 26,5% имела место различная патология органов кровообращения. При этом артериальная гипертензия (АГ) была выявлена впервые у 7,6% обследованных, ИБС – у 1,6% и сахарный диабет – у 0,8%.

Учитывая достаточно высокий уровень выявленной АГ, её социальную значимость как основного фактора риска развития сердечно-сосудистых катастроф, ведущих к инвалидизации и смерти больных, необходимо особое внимание уделять не только раннему выявлению этого заболевания, но и адекватному диспансерному наблюдению больных с АГ.

Вместе с тем в проведенных нами ранее исследованиях по оценке эффективности диспансеризации больных с АГ было показано, что постоянно наблюдались и получали непрерывную гипотензивную терапию только 30,5% больных, при этом целевой уровень АД был достигнут только у 26,4% больных. Это свидетельствует о недостаточно активно проводимой диспансеризации.

В связи с этим основой профилактического направления, по нашему мнению, должно быть поддержание целевого уровня АД, что достигается проведением регулярных активных диспансерных осмотров, во время которых решаются вопросы коррекции лекарственной терапии. Только в этом случае мы можем говорить о возможности профилактики поражения органов-мишеней и, как следствие, предупреждение развития сердечно-сосудистых осложнений у этой группы больных. Очень важным моментом является достижение комплаенса между врачом и пациентом, что позволяет больному принимать более активное участие в оценке своего состояния, заставляет его понимать важность постоянного применения лекарственных препаратов и периодических осмотров. В последние годы в амбулаторных условиях активно создаются школы для больных с различными заболеваниями, в том числе и с АГ, что является важным в плане приверженности больных к лечению и здоровому образу жизни.

Вывод: Таким образом, проведение дополнительной диспансеризации населения и активных диспансерных осмотров больных сердечно-сосудистой патологией, а также активная пропаганда здорового образа жизни является одной из важнейших задач врача первичного звена здравоохранения и составляющей частью профилактического направления по снижению сердечно-сосудистых заболеваний.

0426 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ «ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Кулишова Т.В., Алиева Н.А.*, Осипова И.В., Джумиго М.А.*

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; НУЗ ОКБ на ст.Барнаул ОАО «РЖД»*, Барнаул, Россия

Целью работы явилось: сравнительное исследование по изучению влияния метода селективной хромотерапии (при сочетании синего и зеленого цветов) аппарат «ХРОМОДЖЕЙ» и транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапия) на аппарате «ТРАНСАИР – 01» на психологический статус, стрессоустойчивость, вегетативный гомеостаз и общее самочувствие больных артериальной гипертензией работников локомотивных бригад.

Материалы и методы: для сравнения взяты данные исследования 52 больных артериальной гипертензией 1-2 стадии машинистов и их помощников, в комплексное лечение которых входила селективная хромотерапия и 47 обследуемых тех же профессий (данные взяты из архива) проходивших курс ТЭС-терапии. Проводимые лечебно-реабилитационные мероприятия осуществлялись в комплексе с индивидуально подобранной медикаментозной гипотензивной терапией.

Всем пациентам кроме клинических обследований проводилось психоментальное тестирование (ПМТ).

Полученные результаты: у обследуемых обеих групп достоверно уменьшились клинические симптомы (головная боль, шум в голове, боли в области сердца), артериальное давление в среднем снизилось систолическое на $18,8 \pm 2,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), диастолическое на $14,2 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), при проведении ПМТ после хромотерапии и ТЭС отмечено улучшение показателей вегетативного гомеостаза и повысилась стрессоустойчивость.

Выводы:

1) Включение в комплексное лечение хромотерапии и ТЭС-терапии приводит к устойчивому снижению АД.

2) Оба метода положительно влияют на вегетативный гомеостаз и стрессоустойчивость больных артериальной гипертензией работников локомотивных бригад.

3) Преимущество селективной хромотерапии в минимальных противопоказаниях к лечению (фотоэритема).

0427 ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПОДБОРЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТЕПЕНИ

Кулюцин А.В., Буданова В.А., Олейников В.Э.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: определить клиническое значение и рассчитать диагностическую ценность анализа вариабельности сердечного ритма в подборе антигипертензивной терапии.

Методы: объект исследования 68 больных АГ 1-2 ст, 1-2 ст., средний возраст $47,1 \pm 1,8$ лет, продолжительность заболевания в среднем $8,5 \pm 1,5$ лет. С 1 степенью АГ 40 больных и 28 больных со 2-й степенью. Группа сравнения 35 здоровых добровольцев. Суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВРС выполнено после отмычного периода и на фоне 24-х недельной терапии эгилоком ретард или комбинации с гипотиазидом. Исследовано практическое значение и определена диагностическая ценность анализа временных показателей ВРС в предсказании потребности в комбинированной терапии метопрололом и гидрохлортиазидом у больных АГ. Высокоточный метод — ретроспективная оценка способа достижения целевого уровня АД в подгруппах больных с разным уровнем ВРС. Конечная точка — применение комбинированной терапии. Статистическая обработка выполнена с использованием программы Statistica 6. Достоверность межгрупповых различий частоты комбинированной терапии проверялась с помощью точного критерия Фишера, χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты: при сопоставлении временных показателей ВРС здоровых и больных в группе АГ выделены три подгруппы пациентов — с нормальными, высокими и низкими значениями ВРС. Данные подгруппы статистически не отличались по стадии, степени АГ, суточному профилю АД, эхокардиографическим показателям ЛЖ и продолжительности заболевания.

В подгруппе с нормальной ВРС для достижения целевого уровня АД требовалась наименьшая средняя доза метопролола (110 мг/сутки) и реже чем в других подгруппах требовалась комбинированная терапия (у 15% больных, $p < 0,05$). В подгруппе с высокой ВРС средняя суточная доза метопролола составила 138 мг/сутки, а комбинация с гидрохлортиазидом применена у 25% больных ($p < 0,05$). Труднее всего достичь целевого уровня АД оказалось в подгруппе с низкой ВРС. Здесь не только наиболее часто приходилось использовать комбинацию антигипертензивных препаратов (53% больных), но и доза метопролола в виде монотерапии была самой высокой 220 мг/сутки ($p < 0,05$). Рассчитаны операционные характеристики ВРС: диагностическая чувствительность 62,5%, диагностическая специфичность 72%, диагностическая эффективность 67,3%, прогностическая ценность положительного результата 52,6%, прогностическая ценность отрицательного результата 79,3%.

Выводы: антигипертензивный эффект метопролола в подгруппах с разным уровнем ВРС не одинаков; учет исходного уровня ВРС помогает оптимизировать стартовую терапию АГ, путем выделения группы больных с низким уровнем ВРС, в которой для обеспечения достижения целевого уровня АД целесообразно начало лечения с максимальной дозы β -блокатора или комбинированной терапии; чувствительность анализа ВРС в идентифи-

кации больных с потребностью к комбинированной терапии составляет 62,5%, специфичность 72%.

0428 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Куницына Н.Ю., Козиолова Н.А.

Госпиталь для ветеранов войн Пермского края, ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: определение частоты встречаемости ортостатической гипотензии у больных гипертонической болезнью в возрасте старше 65 лет.

Методы: при стационарном лечении в терапевтических отделениях госпиталя для ветеранов войн Пермского края обследовано 270 больных гипертонической болезнью II стадии, не принимающих постоянно антигипертензивную терапию. Средний возраст больных составил $72,0 \pm 6,8$ года, средние офисное систолическое артериальное давление — $164,0 \pm 3,9$, диастолическое — $105,6 \pm 5,3$ мм рт.ст. Длительность анамнеза гипертонической болезни составила $16,6 \pm 7,9$ лет. Сахарный диабет 2 типа наблюдался в анамнезе у 23,5% (47 человек), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей — у 11,5% (23 человека), хроническая обструктивная болезнь легких — у 29,0% (58 человек). Всем больным проводились суточное мониторирование АД и активная ортостатическая проба Шеллонга при отсутствии приема антигипертензивных препаратов. Обследуемому накладывали на плечо компрессионную манжету для измерения АД, которую не снимали до конца исследования. Больной спокойно лежал в течение 15 мин, затем в горизонтальном положении измеряли АД. В дальнейшем больной садился и, начиная с третьей минуты горизонтального положения, вновь измеряли АД. При снижении систолического АД на 20, а диастолического — на 10 мм рт.ст., ортостатическую пробу считали положительной.

Результаты: ортостатическая гипотензия выявлена у 48,1% (130 больных) больных гипертонической болезнью. II стадии в возрасте старше 65 лет. При проведении ортостатической пробы систолическое АД снизилось в среднем на $22,4 \pm 0,3$ мм рт.ст. у 53,8% (70 человек), диастолическое АД снизилось в среднем на $11,8 \pm 0,1$ мм рт.ст. у 43,8% (57 человек). У пожилых больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа ортостатическая гипотензия отмечена у 42,5%, с хронической обструктивной болезнью легких — у 51,7%, с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей — у 78,2%. У 52,2% пациентов с ортостатической гипотензией во время проведения ортостатической пробы возникли вегетативные реакции в виде потливости, головокружения, шума в ушах, тошноты, покраснения лица. По данным суточного мониторирования АД у 52,2% больных выявлены эпизоды артериальной гипотензии ($< 110/70$ мм рт.ст.). Средняя частота эпизодов артериальной гипотензии составила $6,0 \pm 2,1$ в сутки.

Выводы: частота встречаемости ортостатической гипотензии по данным активной ортостатической пробы Шеллонга среди больных гипертонической болезнью II стадии пожилого возраста составила 48,1%. Наибольшая частота встречаемости ортостатической гипотензии у пожилых больных зарегистрирована при сочетании гипертонической болезни с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей. Частота артериальной гипотензии по данным суточного мониторирования АД регистрируется у 52,2% больных гипертонической болезнью старше 65 лет.

0429 ПРОГНОЗ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить значимость клинических осложнений во взаимосвязи с параметрами гемодинамики на отдаленный прогноз жизни больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Методы исследования. В исследование включено 102 больных ДКМП в возрасте от 16 до 60 ($40,5 \pm 1,09$) лет. Проводились клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, 6-минутный прогулочный тест и оценка качества жизни.

Результаты. За 5-летний период наблюдения умерло 66 (64,7%) больных. Неблагоприятными предикторами оказались: высокий ФК НК, низкое САД, желудочковая экстрасистолия высоких градаций и увеличение соотношения КСО/КДО более 0,66. В контрольном периоде у абсолютного большинства больных $n=77$ (75,4%) имелось сочетание выделенных прогностических признаков. Наличие одного признака зарегистрировано у 21 (25%) больного, сочетание двух — у 20 (19,6%), трех — у 37 (36,3%) и всех четырех — у 20 (19,6%) больных. Отсутствие вышеописанных признаков отмечались у 4 пациентов и все они пережили 5-летний период. Частота смертельных исходов нарастала соответственно увеличению количества признаков. При наличии хотя бы одного предиктора умерло 5 из 21 больного. Комбинация 2-х признаков повышала летальность до 60%, сочетание трех признаков до 84% и при наличии всех четырех признаков смертность составила 90% (18 из 20 больных).

Выводы. Таким образом, многофакторный анализ 5-летней летальности показал, что частота смертельных исходов возрастает пропорционально увеличению количества клинических осложнений и нарушениям параметров гемодинамики.

0430 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПРОГНОЗОМ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Курбанов Н.А., Абдуллаев Т.А., Бекбулатова Р.Ш., Пяк В.Е.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между относительной толщиной стенок левого желудочка и прогнозом жизни больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Методы исследования. В исследование включено 112 больных ДКМП в возрасте от 16 до 62 ($41,5 \pm 1,09$) лет. В контрольном периоде проводились клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, рентгенкардиография с определением кардиоторакального индекса (КТИ), 6-минутный прогулочный тест и ретроспективно изучался прогноз жизни.

Результаты. В зависимости от 5-летнего исхода заболевания все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 72 больных ДКМП (78,8% мужчин) в возрасте $40,2 \pm 1,5$ лет, умерших в течение 5-летнего наблюдения после первичного обследования. Вторая группа состояла из 40 больных (69,4% мужчин), выживших за период наблюдения, средний возраст которых составил $40,9 \pm 1,6$ лет. В I группе при первичном осмотре клинические признаки СН соответствовали: II ФК у 6 (7,5%), III ФК — 26 (39,4%), IV ФК СН — 35 (53%) больных. Во II группе у 12 (27,8%) — II ФК, у 16 (41,6%) — III ФК, и у 12 (30,5%) — IV ФК СН. У всех больных стабилизации клинического статуса наступила через $5,5 \pm 2,5$ месяцев. В группе умерших больных по сравнению с выжившими отмечались большие величины отражающие дилатацию полости ЛЖ: при этом КДР на $5,2\%$ ($7,32 \pm 0,12$ и $6,94 \pm 0,11$ см; $p=0,04$), а КСР на $9,8\%$ больше ($6,24 \pm 0,15$ и $5,63 \pm 0,12$ см; $p=0,007$) соответственно в группе умерших. Показатели инотропной функции ЛЖ на $21,4\%$ меньше в I группе (ФВ ЛЖ $29,7 \pm 1,5$ и $37,8 \pm 1,6\%$ соответственно; $p=0,003$), при отсутствии значимых различий между показателями толщины стенок ЛЖ (МЖП $1,08 \pm 0,3$ и $1,05 \pm 0,4$; $p>0,05$), (ЗСЛЖ $1,034 \pm 0,02$ и $1,14 \pm 0,04$ соответственно; $p>0,05$). Однако, при изучении отношения суммы этих показателей на КДР ЛЖ (ТМЖП+ЗСЛЖ/КДР) или относительной толщины стенок (ОТС) было выявлено, что в I группе значение ОТС на $11,9\%$ меньше чем аналогичный показатель во II группе ($0,28 \pm 0,009$ и $0,32 \pm 0,01$ соответственно; $p=0,02$).

Таким образом, толщина стенок ЛЖ вносит существенный вклад в процесс инотропии, а показатель ОТС ЛЖ может служить одним из предикторов, определяющих прогноз жизни больных ДКМП.

0431 ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕГО ПОСТИНФАРКТОВОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ИСХОДНОМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Курбанов Р.Д., Асриянц Л.С., Юлдашев Н.П., Муллабаева Г.У., Кеворкова Ю.Г.

Республиканский специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить долгосрочные (6 месяцев) изменения основных структурно-функциональных параметров левого желудочка в квартилях распределения индексированного конечно-диастолического объема, зарегистрированного на 10 сутки Q-волнового инфаркта миокарда (Q-ИМ).

Материал и методы: Обследовано 70 больных мужского пола с первичным Q-ИМ в возрасте $53,4 \pm 8,3$ года. Тромболизис проведен у 20% больных, долгосрочная терапия β -адреноблокаторами у 96%, антиагрегантами у 100%, ингибиторами АПФ или блокаторами АРА II у 100% и статинами у 66% больных. Обследование выполнено в 2 этапа: через 10 дней и через 6 месяцев от начала ИМ. Индексированные объемы (КДОи, КСОи) и фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) получены в В-режиме Эхо-КГ. На основании исходных (10 сутки) величин КДОи выделены 4 квартиля (Q1-Q4), численность которых составила 16, 18, 18 и 18 больных соответственно. Для анализа использован дисперсионный анализ с процедурой множественных сравнений.

Полученные результаты: Для Q1, Q2, Q3, Q4 значения основных Эхо-КГ показателей и их средние изменения ($\alpha\%$) были следующими: исходный КДОи 54 ± 1 , 65 ± 1 , 76 ± 1 , 84 ± 1 мл/м² ($p<0,01$); исх КСОи $22,2 \pm 2$, 31 ± 2 , 45 ± 2 , 44 ± 2 мл/м² ($p<0,01$); исх ФВ 59 ± 1 , 51 ± 4 , 41 ± 2 , $47 \pm 3\%$ ($p<0,01$); $\alpha\%$ КДОи 1 ± 6 , -8 ± 6 , 22 ± 7 и $-10 \pm 5\%$ ($p<0,01$); $\alpha\%$ КСОи 2 ± 7 , -15 ± 7 , 23 ± 8 , $-11 \pm 6\%$ ($p<0,01$); $\alpha\%$ ФВ 0 ± 3 , 10 ± 4 , -9 ± 4 , $10 \pm 5\%$ ($p<0,01$). Достоверные различия для $\alpha\%$ КДОи, $\alpha\%$ КСОи, $\alpha\%$ ФВ одновременно имелись только в парах Q2-Q3 и Q3-Q4. В Q3 выявлены следующие устойчивые взаимосвязи: для исх КСОи- $\alpha\%$ КДОи $r=0,71$; для исх КСОи- $\alpha\%$ ФВ $r=-0,49$; для исх ФВ- $\alpha\%$ КДОи $r=-0,79$; для исх ФВ- $\alpha\%$ КСОи $r=-0,60$ (все $p<0,01$).

Заключение: Процесс постинфарктного ремоделирования после первичного Q-ИМ протекает неоднозначно. В общей выборке имеется небольшая группа больных (приблизительно 1/4 часть), в которой стандартная медикаментозная терапия, включающая β -блокаторы и блокаторы РААС, не способна предотвратить прогрессирующую дилатацию ЛЖ и снижение его сократительной функции в течение ближайших 6 месяцев после выписки из стационара. Следует отметить, что уже при исходном обследовании (10 сутки ИМ) больные этой группы при относительно небольшом КДО ЛЖ имеют самую низкую ФВ, в связи с чем необходима разработка точных количественных критериев, позволяющих идентифицировать этих пациентов на ранних сроках с целью применения дополнительных (в том числе и хирургических) вмешательств, предотвращающих дезадаптивный характер позднего постинфарктного ремоделирования.

0432 ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С Q ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ

Курбанов Р.Д., Асриянц Л.С., Юлдашев Н.П., Муллабаева Г.У., Кеворкова Ю.Г.

Республиканский специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить долгосрочные (6 месяцев после выписки из стационара) изменения плазменной концентрации альдостерона у больных с Q-волновым инфарктом миокарда (Q-ИМ) в зависимости от уровня блокады РААС и характера позднего постинфарктного ремоделирования левого желудочка.

Материал и методы: Обследовано 70 больных мужского пола с первичным Q-ИМ в возрасте $53,4 \pm 8,3$ года. Обследование проведено в 2 этапа: через 10 дней и через 6 месяцев от начала ИМ. Определение альдостерона (Ал) в плазме крови проводилось методом радиоиммунного анализа стандартными наборами «Immunotest» (Франция). Структурно-функциональные параметры левого желудочка оценивались в В-режиме ЭхоКГ. Тромблизис проведен у 20% больных, долгосрочная терапия β -адреноблокаторами у 96%, антиагрегантами у 100%, статинами у 66% больных. Группы альтернативной терапии: группа валсартана (В) — 36 больных, средняя суточная доза $67,7 \pm 4,9$ мг vs группа лизиноприла (Л) — 34 больных, средняя суточная доза $7,2 \pm 0,7$ мг. Группы с различным характером позднего постинфарктного ремоделирования (ПИР): группа ПИР1 (n=18) — больные с достоверным приростом КДО ($+22 \pm 10\%$), КСО ($+24 \pm 11\%$) и снижением ФВ ($-10 \pm 5\%$) vs группа сравнения ПИР2 (n=52), где $\alpha\%КДО -5,9 \pm 3,0\%$, $\alpha\%КСО -5,8 \pm 4,1\%$, $\alpha\%ФВ +5,6 \pm 3,0\%$.

Полученные результаты: При первичном обследовании плазменная концентрация Ал в общей группе больных Q-ИМ составила 106 ± 79 пг/мл; в группе В — 103 ± 84 и в группе Л — 110 ± 87 пг/мл ($p > 0,1$); в группе ПИР1 — 138 ± 91 и в группе ПИР2 — 93 ± 50 пг/мл ($p < 0,01$). Через 6 месяцев отмечено достоверное снижение плазменного содержания Ал во всех рассматриваемых выборках больных: в общей группе на 20% (до 85 ± 84 пг/мл); в группе В на 23% (до 79 ± 72 пг/мл); в группе Л на 16% (до 88 ± 82 пг/мл); в группе ПИР1 на 16% (до 116 ± 103 пг/мл); в группе ПИР2 на 33% (до 63 ± 41 пг/мл). Различия по степени этого снижения в сравниваемых группах (В vs Л и ПИР1 vs ПИР2) статистически значимыми не являлись (все $p > 0,05$). В то же время различия по уровню Ал между группами ПИР1 и ПИР2 сохранялись и на 6-месячном этапе обследования ($p < 0,02$).

Заключение: В группе больных, перенесших первичный Q-ИМ и получающих стандартную терапию, через 6 месяцев после выписки из стационара наблюдается достоверное снижение плазменного уровня Ал. Выраженность этого снижения существенно не зависит от способа долгосрочной блокады РААС (блокатор АРА или ингибитор АПФ) и характера позднего ПИР, но более выражена в группах В и адаптивного ПИР. При этом группа больных с поздней дилатацией ЛЖ уже при исходном обследовании характеризуется достоверно более высоким содержанием Ал. Через 6 месяцев эти различия сохраняются.

0433 ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Азизов Ш.К., Хусанов Ш.С., Салаев О.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить сравнительную эффективность комбинации амиодарона и пропафенона в сравнении с монотерапией при фармакологической кардиоверсии у больных с рецидивирующей фибрилляцией предсердий.

У 52 больных с рецидивирующими формами фибрилляции предсердий (ФП) (27 с пароксизмальной и 25 с персистирующей ФП, согласно классификации Европейского общества кардиологов (ЕОК), 2001г) проведен анализ эффективности фармакологической кардиоверсии (ФКВ) комбинации пропафенона с амиодароном в сравнении с монотерапией данными препаратами. В исследование включались больные с гемодинамически стабильными формами ФП, не имеющие заболеваний щитовидной железы и продолжительностью последнего приступа не менее 2-х часов.

Подбор антиаритмической терапии с применением препаратов Ic (Пропафенон «ПРО.МЕД.ЦС Прага», Чехия) и III группы (Кордарон, «Санофи-Синтелабо», Франция) проводился в соответствии с рекомендациями ЕОК. Применение этих препаратов в рекомендуемых дозах, в режиме монотерапии, с учетом клинико-функционального статуса пациентов, позволило восстановить синусовый ритм у 34 (65,4%) больных. При этом эффективность пропафенона составила 90,9 и 40,0%, а кордарона

88,2 и 30,4% соответственно при пароксизмальной и персистирующей форме ФП. У 18 из 52 (34,6%) больных монотерапия вышеуказанными препаратами оказалась неэффективной. У 4 (7,7%) больных с персистирующей ФП, в связи с наличием клинических и/или Эхо-КГ противопоказаний к ФКВ пропафеноном, было рекомендовано продолжение кордарона на фоне базисной терапии. Еще у 14 больных, с минимальными органическими изменениями миокарда, для восстановления синусового ритма была проведена комбинированная антиаритмическая терапия кордарон + пропафенон, оказавшая дополнительный эффект в 7 (50%) случаях.

Выводы: Эффективность ФКВ (суммарная) при монотерапии пропафеноном и кордароном высока при пароксизмальной ФП (92,6%), и недостаточна при персистирующей ФП (34,6%). В случаях неэффективности монотерапии, и отсутствии противопоказаний, комбинированное применение препаратов позволяет восстановить синусовый ритм дополнительно у 50% пациентов. При этом эффективность ФКВ возросла до 100% при пароксизмальной, и 52% при персистирующей формах ФП.

0434 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Пулатов С.Ф., Азизов Ш.К., Хусанов Ш.С., Кlicheva O. B.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить некоторые аспекты структурно функционального состояния миокарда у лиц с ревматической и ишемической этиологией фибрилляции предсердий.

Методы обследования Эхо-КГ с определением переднезаднего размера левого предсердия (ЛП), конечно-систолического и конечно-диастолического размеров (КСР и КДР), фракции выброса (ФВ), массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), предсердно-желудочкового отношения (ЛП/КДР). Обследовано 105 больных (69% мужчин) с различными клиническими формами фибрилляции предсердий (ФП), средний возраст $57,9 \pm 11,7$. Пароксизмальная форма ФП диагностирована у 44 (42%), персистирующая — у 31 (30%) и постоянная — у 30 (28%) пациентов. Основной этиологической причиной ФП являлись ИБС и/или ГБ 79 (75%), некоронарогенные заболевания сердца выявлены у 26 (25%), в том числе у 17 (16%) больных выявлены ревматические пороки митрального клапана. У 81 (77%) больных выявлены признаки НК, из них у 68 (65%) II-III ФК по NYHA.

Сравнительный анализ Эхо-КГ показателей у больных с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формой ФП выявил увеличение ЛП с $34,4$ до $44,7$; КДР ЛЖ с $50,8$ до $55,1$, КСР ЛЖ с $32,5$ до $37,9$, сопровождающееся снижением ФВ с $67,7$ до $58,7$, а также увеличение массы миокарда с $154,3$ до $226 \pm 15,3$ г соответственно, по мере хронизации процесса. Больные с постоянной ФП были разделены на 2 группы: I группа с ревматическим поражением митрального клапана (n=13); 2 группа (n=17), пациенты с ИБС и/или ГБ. При этом группы достоверно не отличались по продолжительности ФП $6,8 \pm 7,4$ и $7,4 \pm 6,9$ года. Установлено, что для I гр была характерна дилатация преимущественно ЛП $49,1 \pm 10$, при сохраненных значениях КДР — $51,3 \pm 7,1$; что обусловило увеличение отношения ЛП/КДР до $0,96$; а у больных 2 гр наблюдалась обратная картина-увеличение КДР до $58,4 \pm 8,5$, при незначительном приросте ЛП до $40,1 \pm 8,1$, вследствие чего отношение ЛП/КДР составило всего $0,69$. Митральная регургитация I-2ст. наблюдалась у 35% и 62% пациентов, а ФВ составляла $61,8 \pm 10,0\%$ и $56,1 \pm 13,0\%$ соответственно в I и 2 группах ($p > 0,05$), свидетельствуя о более выраженной дисфункции ЛЖ во 2 группе.

Выводы: Развитие и стабилизация ФП сопровождается ремоделированием как предсердий так и желудочков. При этом для больных с ишемической этиологией ФП, в отличие от больных с ревматическим поражением митрального клапана более характерно преимущественное ремоделирование ЛЖ, с развитием его дилатации, дисфункции миокарда и митральной регургитации.

0435 СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Курбанов Р.Д., Мамутов Р.Ш., Умаров Р.Т.
РSCК МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель — определить структуру смертности мужчин 40-59 лет, прошедших одномоментное эпидемиологическое обследование в 1979-80 гг. в одном из районов г. Ташкента.

Методы исследования — в работе использованы стандартизированные методы, рекомендованные ВОЗ для эпидемиологических исследований. Верификация причин смертности осуществлена 2 независимыми экспертами.

Полученные результаты. В течение 25-летнего проспективного наблюдения за 2402 мужчинами 40-59 лет на старте умерли 787 человек. От болезней системы кровообращения (БСК) умерли 62,6% обследованных, от онкологических заболеваний — 18,3%, от травм — 5,8%, от болезней желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы — 5,7%, от болезней органов дыхания — 2,4%, от других заболеваний и причин — 4,2%.

В структуре смертности от БСК на долю ишемической болезни сердца приходилось 77,5%, в т.ч. у мужчин 40-49 лет — 79,4%, 50-59 лет — 75,9%. Доля смертности от инфаркта миокарда составила 58,6%, в т.ч. у мужчин 40-49 лет — 63,7%, 50-59 лет — 54,4%. Доля смертности от острого нарушения мозгового кровообращения составила 15,4%, в т.ч. у мужчин 40-49 лет — 13,4%, 50-59 лет — 17,0%. На долю других БСК приходилось 7,1%, в т.ч. у мужчин 40-49 лет — 7,2%, 50-59 лет — 7,0%.

Выводы. У мужчин 40-59 лет на старте смертность от БСК составила 62,6% в структуре общей смертности, причем смертность увеличивалась от 58,8% в возрасте 40-49 лет на старте, до 66,2% в возрасте 50-59 лет. В структуре смертности от БСК на долю ИБС и острого нарушения мозгового кровообращения приходилось 92,9%.

Таким образом, основной причиной смертности мужчин 40-59 лет во времени являются БСК.

0436 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИПАП-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ НОЧНЫМИ АСИСТОЛИЯМИ, СОПРЯЖЕННЫМИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Курлыкина Н.В., Певзнер А.В., Литвин А.Ю., Галицин П.В., Галави Р.А., Мазыгула Е.П., Нестеренко Л.Ю., Чазова И.Е., Голицын С.П., Соколов С.П.

ФГУ РКНПК «Росздора», Москва, Россия

Цель: определить эффективность СИПАП-терапии (терапии постоянным положительным давлением в верхних дыхательных путях) у больных с синдромом обструктивного апноэ (СОАС) в сочетании с длительными асистолиями во время сна.

Методы исследования: в исследование включено 12 больных (10 мужчин, средний возраст 47 ± 16 лет) с асистолиями, возникшими исключительно во время сна. В 7 (58%) случаях причинами асистолий служили эпизоды «остановки» синусового узла, в 8 (67%) случаев — предсердно-желудочковая блокада II-III степени. У 3 (25%) больных, отмечалось сочетание указанных форм брадикардий. Средняя продолжительность асистолии составила $4,5 \pm 2,8$ сек ($3,1-12,5$ сек). По данным чреспищеводной электрокардиостимуляции функция синусового узла и предсердно-желудочкового проведения оказалась не нарушенной у всех 12 больных. Всем больным выполнено полисомнографическое исследование (ПСГ) по результатам которого в 6 случаях (50%) больных диагностирован СОАС (средний индекс апноэ/гипопноэ 65 ± 23) и выявлена сопряженность асистолий с эпизодами расстройств дыхания во время сна. В 6 случаях (50%) индекс апноэ/гипопноэ был в пределах нормы (менее 5 эпизодов в час), при этом не выявлено связи нарушения дыхания и асистолий во время сна. 6 больным с СОАС под контролем ПСГ проводился индивидуальный подбор лечебного давления, нагнетаемого через назальную маску в верхние дыхательные пути с помощью СИПАП-аппаратов. СИПАП-терапия считалась эффективной в отношении СОАС в случаях, если наблюдалась нормализация индекса апноэ/гипопноэ. 6 больным без СОАС, которые использованы в качестве группы конт-

роля, также проводилась СИПАП-терапия с фиксированным уровнем положительного давления — 5 см.вод.ст. Отсутствие асистолий более 2 сек по данным 3-х суточного мониторингирования ЭКГ рассматривалось как эффект СИПАП-терапии в отношении асистолий.

Результаты: У всех 6 больных с синдромом обструктивного апноэ СИПАП-терапия оказалась эффективной, как в отношении коррекции расстройств дыхания, так и устранения асистолий. Уровень лечебного давления в этой группе больных составил 10 ± 6 см.вод.ст. В группе сравнения во всех случаях применения СИПАП-терапии эффекта получено не было, асистолии сохранялись. При этом их длительность и число эпизодов за ночь достоверно не изменились.

Выводы: У больных с СОАС индивидуально подобранная СИПАП-терапия эффективно устраняет асистолии во время сна. Отсутствие эффекта СИПАП-терапии в группе сравнения подчеркивает патогенетические механизмы взаимосвязи расстройств дыхания и асистолий у больных с синдромом обструктивного апноэ.

0437 СОЗДАНИЕ УНИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ДЖЕНЕРИКОВ И ОРИГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Кутышенко Н.П., Якусевич В.В., Деев А.Д., Марцевич С.Ю.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ и СР, Москва, Россия

Врач, назначая лечение больному, сталкивается с непростой проблемой выбора лекарственного препарата: либо выбор между оригинальным препаратом (ОП) и дженериком (Дж) либо между различными Дж, когда их несколько. Несмотря на то, что теоретически Дж должен быть эквивалентен ОП, однако реально Дж может существенно уступать ОП по клинической эффективности и безопасности. Поэтому возникает необходимость не только проведения клинических испытаний с наиболее часто назначаемыми в клинической практике Дж, но и грамотной оценки врачами результатов таких исследований.

Цель: создать и апробировать дизайн исследования, позволяющего выявлять клинически значимые различия (или отсутствие таких различий) между ОП и Дж.

Дизайн исследования: Исследование должно быть: а) сравнительным, б) проведено перекрестным методом, когда каждый пациент получает терапию и ОП и Дж, в) рандомизированным, г) с включением не менее 20-30 пациентов (статистически обосновано). Продолжительность каждого курса определяется на основании данных о времени наступления устойчивого терапевтического эффекта. Продолжительность периодов отмены должна быть такой, чтобы обеспечить стабильное состояние пациента к началу нового курса. Использование параллельного метода сокращает сроки исследования, однако возникают проблемы с набором большего (примерно в 2 раза) количества больных и с формированием клинически сопоставимых групп пациентов.

Результаты: В соответствии с предлагаемым дизайном проведено несколько исследований по изучению Дж и ОП: препаратов эналаприла, амлодипина, индапамида, нитроглицерина. Во всех случаях результаты позволяют сделать четкие выводы о терапевтической эквивалентности изучаемых препаратов.

Вывод: Для возможности сопоставления результатов изучения разных Дж в разных исследованиях необходимо использовать максимально стандартизированные протоколы.

0438 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

Куттыбаева Б.С., Байтасова Н.Б., Имантаева Г.М., Мусагаева А.Т.

НИИ Кардиологии и Внутренних Болезней, Алматы, Казахстан

Цель: выявить взаимосвязь гена рецептора ангиотензина II 1 типа у больных ИБС казахской национальности с ЭхоКГ показателями.

Материалы и методы: в исследование включены 100 больных мужчин ИБС, казахской национальности с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе и 100 практически здоровых лиц. Средний возраст составил $52 \pm 1,2$ лет. У всех обследованных лиц был определен генотип гена рецептора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и проведено Эхо-КГ обследование.

Результаты: при сравнении показателей Эхо-КГ выявлено, что КСО у больных с генотипом АС был достоверно выше, чем у лиц с генотипом АА ($109 \pm 10,4$; $75,1 \pm 4,7$, соответственно), а достоверное увеличение размеров полости левого предсердия ($3,4 \pm 0,1$ -АА, $3,9 \pm 0,2$ -АС) и показателя КДО ($155,2 \pm 9,7$ -АА, 199 ± 18 -АС) у носителей С аллеля с постинфарктным кардиосклерозом указывает на нарушение диастолической функции левого желудочка.

Выводы: аллель С гена рецептора ангиотензина II типа 1 у больных с постинфарктным кардиосклерозом казахской национальности является молекулярно-генетическим предиктором нарушения как систолической, так и диастолической функций левого желудочка.

0439 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Куттыбаева Б.С., Байтасова Н.Б., Имантаева Г.М., Мусагалиева А.Т.

НИИ Кардиологии и Внутренних Болезней, Алматы, Казахстан

На сегодняшний день одной из актуальных проблем современной медицины является выяснение молекулярно-генетических основ наследственной предрасположенности к инфаркту миокарда.

Известно, что в основе атерогенеза лежит нарушение липидного спектра крови.

Целью нашего исследования является проанализировать показатели липидного спектра крови у больных ИБС казахской национальности во взаимосвязи с полиморфизмом гена рецептора ангиотензина II типа 1 (AT2R1).

Материалы и методы. В исследование включены 100 больных мужчин ИБС, казахской национальности с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе и 100 практически здоровых лиц. Средний возраст составил $52 \pm 1,2$ лет.

У всех обследованных лиц был определен генотип гена рецептора методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и липидный спектр энзиматическим методом.

Результаты исследований: Проанализировав показатели липидного спектра крови у больных ИБС казахской национальности во взаимосвязи с полиморфизмом гена рецептора AT2R1 видно, что у носителей С аллеля, отмечаются более выраженные атерогенные изменения липидного спектра крови, чем у гомозигот по А аллелю, что позволяет считать носительство аллеля С прогностически неблагоприятным фактором у больных казахской национальности с инфарктом миокарда в анамнезе.

0440 МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭФФЕКТ ДОЛГОСРОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузюзова А.Э.

ГОУ ВПО Государственный медицинский университет им. И.П.Павлова Росздрава, ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова Росздрава», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить комплексное воздействие физической реабилитации на пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза.

Материалы и методы. Обследовано 230 больных в возрасте $61,5 \pm 0,9$ года, с ХСН ишемической этиологии I-IV класса тяже-

сти (NYHA), фракцией выброса левого желудочка $43,7 \pm 1,4\%$, получавших стандартное медикаментозное лечение. После стабилизации состояния 123 пациента, не имеющие противопоказаний, приняли добровольное участие в 12-месячном курсе индивидуальных занятий тренирующей ходьбой, скорость которой устанавливалась больными самостоятельно в соответствии с индивидуальными ощущениями (жалобами), ранжируемыми по 11-балльной шкале Борга. Остальные 107 пациентов с ХСН составили группу сравнения (невмешательства). Исходно, перед выпиской из стационара, через 3 и 12 месяцев наблюдения оценивались: результаты теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), качество жизни (КЖ), уровень депрессии и тревожности, напряженность механизмов психологической защиты (методики SF-36, Зунга, Спилбергера, Плутчика-Келлермана, соответственно).

Результаты. За 6 минут исходного ТШХ пациенты преодолевали 308 ± 11 метров. Ожидаемым эффектом физического реабилитационного вмешательства у больных с ХСН стало улучшение субъективной переносимости физических нагрузок, а также возрастание ($p < 0,05$) результатов ТШХ к моменту завершения госпитализации, через 3 и 12 месяцев тренировок (до 361 ± 10 метров, 414 ± 20 метров и 379 ± 20 метров, соответственно). Несмотря на стандартную медикаментозную терапию, аналогичной положительной динамики результатов ТШХ в группе сравнения не было. Физическое реабилитационное вмешательство также оказывало на больных с ХСН дополнительное позитивное воздействие, нормализуя уровень депрессии и реактивной тревожности. За время наблюдения КЖ тренировавшихся пациентов было выше ($p < 0,05$), чем у пациентов группы сравнения по показателям физического, эмоционального и социального функционирования. Несмотря на участие или неучастие в физических тренировках, у всех больных с ХСН на протяжении года наблюдения сохранялась высокая напряженность механизмов психологической защиты, а базисной стратегией разрешения стрессовых ситуаций, в том числе, связанных с заболеванием, оказалось неэффективное и незрелое избегание трудностей (преимущественное использование механизмов отрицания, проекции, реактивных образований).

Выводы. Занятия умеренной ходьбой, дозируемой с помощью шкалы Борга, безопасны у больных с ХСН ишемической этиологии и оказывают мультидисциплинарное воздействие, улучшая работоспособность, качество жизни и способствуя положительной динамике тревожно-депрессивных расстройств. Для коррекции психологической адаптации у больных с ХСН необходимо специализированное психотерапевтическое вмешательство.

0441 ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кушнаренок Н.Н., Говорин А.В., Шангина А.М., Корунчик О.Р., Неклюдов Д.В.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель работы: определение дисфункции эндотелия у данной категории больных по сравнению с группой контроля.

Материалы и методы: Первую группу составили 14 мужчин с подагрой в возрасте от 26 до 50 лет. Средний возраст $40,1 \pm 0,7$ лет. Диагноз удовлетворял Римским критериям. Вторая группа включала 12 лиц мужского пола страдающих метаболическим синдромом в возрасте от 27 до 46 лет, средний возраст $37,4 \pm 0,62$ лет, группа контроля состояла из 10 здоровых людей того же возраста и пола. Длительность подагры колебалась от 2 месяцев до 14 лет. Первой группе и группе контроля проводилось УЗДГ плечевой артерии, т.к. по реакции периферических сосудов на эндотелий-зависимые вазодилататоры эндотелия, можно судить об изменениях в коронарном русле. Оценивалось состояние системы «ПОЛ-антиоксиданты». Всем пациентам в качестве лабораторных маркеров эндотелиальной дисфункции определяли количество десквамированных эндотелиоцитов, оценивали выраженность гиперурикемии.

Результаты: Концентрация мочевой кислоты в крови больных из первой группы составила $0,603$ ммоль/литр. У больных из второй группы — $0,495$ ммоль/литр, что достоверно выше данно-

го показателя в группе контроля — 0,334 ммоль /литр. ($p<0,01$). В группе больных подагрой количество десквамированных эндотелиоцитов составило $3,66 \times 10^4$ /л, что было достоверно выше, чем в группе пациентов с метаболическим синдромом $3,0 \times 10^4$ /л и в группе контроля $1,44 \times 10^4$ /л ($p<0,01$). Сосудодвигательную функцию эндотелия определяли у больных подагрой и в контрольной группе. При проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая реакция) увеличение диаметра к исходному уровню было достоверно меньше в первой группе мужчин на 3,45% по сравнению с контрольной группой на 11,25% ($p<0,01$). Эти данные могут свидетельствовать о наличии дисфункции эндотелия у больных подагрой. Изучение состояния процессов ПОЛ и антиоксидантной защиты у больных подагрой выявило достоверное повышение уровня ТБК — активных продуктов сыроворотки крови наряду с достоверным снижением уровня каталазы эритроцитов на 21,4% по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$) и снижение соотношения каталазы эритроцитов к ТБК сыроворотки крови на 15,6%. Установлено снижение АОА сыроворотки крови на 11,7% по сравнению с контролем. ($p<0,01$) Полученные данные свидетельствуют о снижении антиоксидантной защиты и усилении процессов ПОЛ у данной категории больных.

Выводы: 1. У мужчин, страдающих подагрой, выявлено нарушение функции эндотелия, характеризующееся увеличением количества десквамированных эндотелиоцитов в сыроворотке крови. 2. Проведение проб с реактивной гиперемией выявили ухудшение эндотелий-зависимой вазодилатации, вероятно обусловленной сниженной секрецией оксида азота у пациентов, страдающих подагрой. 3. При изучении состояния системы «ПОЛ-антиоксиданты» выявлена активация процессов липопероксидации на фоне снижения антирадикальной защиты.

0442 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДИЛАТРЕНДОМ И МОНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кошумбаева К.М., Ким З.Г., Нугманова М.Н., Мадалиев К.Н.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель исследования — изучение влияния комбинированной терапии дилатрендом и моноприлом на частоту желудочкового ритма (ЧЖР) и структурно — функциональное состояние сердца у больных с постоянной фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы: под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 42 до 78 лет. У всех диагностирована органическая патология сердца (ИБС, артериальная гипертензия). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) функционального класса (ФК) I по NYHA установлена у 4, ФК II — у 14 и ФК III — у 7 больных. Выявление аритмии и контроль за лечением осуществлялся с помощью ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, эхокардиографии. Прием препаратов продолжался в течение 3 месяцев и более. Суточная доза дилатренда колебалась от 6,25 до 50 мг (в среднем $36,6 \pm 3,5$ мг), моноприла — от 5 до 40 мг (в среднем — $14,8 \pm 2,1$ мг).

Результаты: исходно индивидуальные значения ЧЖР варьировали от 85 до 127 уд/мин, составив в среднем $99,2 \pm 3,3$ уд/мин. Юга ниш-гемоди нами чешский эффект комбинированной терапии не удалось оценить у 2 лиц, так как у них назначение минимальных доз препаратов сопровождалось гипотонией.

Титрование суточной дозы дилатренда проводилось постепенно медленно. К 3-4 неделе лечения у 3 больных сохранялась исходная тахикардия, мы вынуждены были добавить дигоксин. К завершению 3 месячного курса терапии стабильная нормосистолия была достигнута у 9 (39,1%) пациентов, у остальных оставалась умеренная тахикардия (ЧЖР от 85 до 100 уд/мин), проведена коррекция лечения. Существенных изменений средних показателей структурно-функционального состояния сердца не наблюдалось; у 20% исследуемых отмечено уменьшение массы миокарда левого желудочка на 15% и более от исходной.

Заключение: комбинированная терапия, включающая дилатренд и моноприл, позволяет достичь эффективного контроля за

ЧЖР при постоянной ФП в 39,1% случаев. Указанная комбинация предупреждает прогрессирование ХСН у этой категории лиц.

0443 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНА ФНО- α С ПОКАЗАТЕЛЯМИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ИЛ-6 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кушхова Д.Х., Доржиева Л.В., Орлова О.В., Шевченко О.П.

Российский государственный медицинский университет; КБ УПД РФ; НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Россия, Москва

Цель: выявить взаимосвязь уровней цитокинов ФНО- α , С-реактивного белка и ИЛ-6 в крови у больных с различными клиническими формами ишемической болезни сердца.

Методы: были обследованы 97 больных (48 мужчин и 49 женщин), которые наблюдались в течение двух лет. 14 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет составили контрольную группу. 51 пациент в возрасте от 42 до 73 лет составили группу пациентов со стенокардией напряжения; 30 больных в возрасте от 41 до 78 лет составили группу с нестабильной стенокардией. У 16 больных в возрасте от 43 до 75 лет был инфаркт миокарда. Помимо рутинных клинических исследований, у больных определялись в крови уровни ФНО- α , С-реактивного белка и ИЛ-6 при помощи высокочувствительных иммуноферментных методов.

Результаты: уровни маркеров воспаления у лиц контрольной группы составили: ФНО- α 0,6-2,1 пг/мл, ИЛ-6 0,7-2,1 пг/мл, С-реактивный белок 1,6-5 мг/л; у больных со стенокардией напряжения — ФНО- α 5-31,5 пг/мл, ИЛ-6 3,4-60 пг/мл, С-реактивный белок 1,1-20 мг/л; у больных с нестабильной стенокардией — ФНО- α 8-52 пг/мл, ИЛ-6 2-45 пг/мл, С-реактивный белок 1,6-58,8 мг/л; у больных с инфарктом миокарда — ФНО- α 8-60 пг/мл, ИЛ-6 2-60 пг/мл, С-реактивный белок 3,2-54 мг/л. Анализ полученных данных показал, что уровни ФНО- α коррелировали с С-реактивным белком ($P<0,01$) и с ИЛ-6 ($P<0,01$). Пациенты, у которых не было признаков ишемической болезни сердца по сравнению с остальными, были достоверно моложе, имели меньший индекс массы тела, более низкие уровни липидов в крови, среди них не было больных сахарным диабетом.

Выводы: для больных с различными клиническими формами ишемической болезни сердца характерен разный уровень ФНО- α , ИЛ-6 и С-реактивного белка в крови; повышенные показатели ФНО- α , ИЛ-6 и С-реактивного белка в крови служат независимыми факторами неблагоприятного прогноза у больных ишемической болезни сердца.

0444 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ФНО- α У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кушхова Д.Х., Доржиева Л.В., Орлова О.В., Шевченко О.П.

Российский государственный медицинский университет; КБ УПД РФ; НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Россия, Москва

Цель: Изучить связь уровней ФНО- α с различными формами ишемической болезни сердца и факторами риска ишемической болезни сердца.

Методы: обследовано 97 больных с различными формами ишемической болезни сердца (51 со стабильной стенокардией напряжения, 30 с нестабильной стенокардией, 16 с инфарктом миокарда) и 14 здоровых лиц. У всех пациентов в плазме крови были определены уровни ФНО- α , общего холестерина, холестерина липидов низкой плотности, холестерина липидов высокой плотности и триглицеридов. Уровни ФНО- α определяли с помощью иммуноферментного анализа, теста ELISA («Bender MedSystems», США).

Результаты: средние значения ФНО- α у здоровых лиц и у больных стенокардией напряжения, нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда были соответственно $1,5 \pm 0,9$, $17,5 \pm 7,8$,

26,3±14,5, 30,5±21,5 пг/мл ($p<0,01$). Отсутствовала связь уровней ФНО- α в крови с возрастом, полом больных, перенесенным инфарктом миокарда и модифицируемыми факторами риска (избыточная масса тела, артериальная гипертензия, сахарный диабет, повышение общего холестерина, холестерина липидов низкой плотности и триглицеридов, снижение холестерина липидов высокой плотности). Сравнение «кривых выживаемости» с использованием метода Каплана-Мейера показал, что у пациентов с уровнями ФНО- α >25 пг/мл прогноз менее благоприятен, чем у пациентов с ФНО- α <25 пг/мл ($p<0,05$).

Выводы: повышенный уровень ФНО- α в крови является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у больных ишемической болезнью сердца. У больных с острым коронарным синдромом уровни ФНО- α достоверно выше, чем у больных стабильной стенокардией.

0445 СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ЛИПИДОВ

Лазарева Н.В., Громнацкий Н.И., Замяткина О.В., Давыдова М.В., Титоренко И.Н.

НОУ ВПО «Курский медицинский институт», Курск, Россия

Цель: Исследовать уровень фактора Виллебранда (ФВ) у больных артериальной гипертензией (АГ) во взаимосвязи с показателями обмена липидов.

Материал и методы: В основную группу включено 77 пациентов с АГ I–II ст. и дислипотеидемией, возраст 47±6,6 лет, без сопутствующих заболеваний; в контрольную группу — 30 практически здоровых лиц. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, $p>0,05$. Содержание ФВ в плазме крови определяли количественно, фотометрическим методом наборами НПО «Ренам» до и через 3 мес. лечения. 39 пациентов получали монотерапию бетаксололом (бетак, Медокеми ЛТД, Кипр) в дозе 5–15 мг 1 раз/сут. и 38 — фозиноприлом (моноприл, Бристол-Майерс, Италия) в дозе 10–20 мг 1 раз/сут.

Результаты: активность фактора Виллебранда у пациентов с АГ I–II ст. (181,9±14,5%) достоверно ($p<0,01$) превышала контрольные значения (94,61±4,6%). При проведении корреляционного анализа обнаружены связи между уровнем ФВ и концентрацией ХС ЛПОНП ($r=0,42$, $p<0,001$), ТГ ($r=0,35$, $p<0,01$) и уровнем ХС ЛПВП ($r=-0,29$, $p=0,035$) в плазме крови больных АГ.

Через 3 мес. лечения бетаксом активность ФВ снизилась со 180,25±16,9% до 117,9±20,6% ($p<0,01$), что не превышает уровень нормальных значений по данным литературы, однако достоверно выше показателей контрольной группы ($p<0,01$); на фоне терапии моноприлом уровень ФВ снизился со 184,25±11,93% до 114,05±17,97%, что также превышает контрольные значения ($p<0,01$). Однако в этой группе больных абсолютное снижение активности ФВ составило 70,2±6,04%, что достоверно больше, чем у пациентов, получавших бетаксом (62,35±13,7%, $p<0,01$).

Выводы: эффективная гипотензивная терапия бетаксом и моноприлом способствует нормализации уровня ФВ в плазме больных АГ I–II ст., при этом моноприл был эффективнее.

По данным литературы, уровень ФВ в крови является патофизиологически, экспериментально и клинически верифицированным маркером дисфункции эндотелия, позволяющим оценивать наличие и степень выраженности нарушения функционального состояния эндотелия при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Основное количество циркулирующего в плазме крови ФВ имеет эндотелиальное происхождение и увеличивается при повреждении эндотелия.

Значительное увеличение активности ФВ у больных АГ выявлено и в нашем исследовании. Нормализация уровня этого гликопротеина на фоне эффективной гипотензивной монотерапии в течение 3 мес. селективным пролонгированным β_1 -адреноблокатором бетаксололом и пролонгированным ингибитором АПФ фозиноприлом свидетельствует о способности этих препаратов улучшать функциональное состояние эндотелия сосудов у больных АГ.

0446 СИСТЕМНАЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА

Лазебник Л.Б., Ли Е.Д., Конев Ю.В., Кузнецов О.О.

Кафедра геронтологии и гериатрии МГМСУ, Москва, Россия

Системная эндотелиальная дисфункция является начальным проявлением атеросклероза и оценка состояния функции эндотелия особенно важна у лиц с безболевыми ишемией миокарда (ББИМ). Введение в практику в качестве скринингового, доступного и относительно недорогого метода для выявления ранних атеросклеротических изменений артериальной стенки метода дуплексного сканирования сонных артерий позволяет оценить структуру стенки и состояние просвета сосуда.

Дуплексное сканирование артерий брахиоцефального ствола с цветным доплеровским картированием и доплерографическим анализом выполнено у 318 пациентов на аппарате «ULTRA-MARK 9HDI-CV» (Германия) с линейным датчиком 4–7 МГц в положении больного лежа на спине с валиком под головой и плечами (положение разгибания шейного отдела позвоночника).

При проведении дуплексного сканирования экстракраниального отдела брахиоцефальных артерий у лиц с ББИМ отмечалось поражение ОСА как правило с распространением на зону бифуркации и переходом на внутренние сонные артерии. Утолщение интимы-медиа позвоночных артерий до 1,0–1,5 мм встречалось в 96% у пациентов с ББИМ и в 82% без ББИМ. Скорость кровотока в ОСА у больных с ББИМ 122,5±12,7 см/с была явно большей чем у лиц без ББИМ 103,7±15,8 см/с. Гемодинамически регистрируемые стенозы общей сонной артерии встречались у пациентов с ББИМ в 64,7%, и 61,2% случаев, когда эпизоды ББИМ отсутствовали. Более чем у половины (56%) пациентов с ББИМ основной причиной стеноза являлось наличие бляшек в просвете сосудов, причем в 21,7% стеноз за счет пролонгированных бляшек плотной крышечкой и участками кальцификации. S — образная извитость ОСА встречалась в 41,2% случаев при ББИМ.

Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что толщина слоя «интима-медиа» у всех исследуемых значительно выше нормальных значений и не в одном случае не была менее 1,0 мм. В группе ИБС с ББИМ толщина слоя «интима-медиа» колебалась от 1,2±0,2 мм в ВСА до 1,4±0,4 мм ОСА была несколько больше чем в группе без ББИМ причем разница была статистически недостоверной. Поэтому при оценке традиционных факторов сердечно-сосудистого риска желательнее определять и состояние эндотелиальной функции, отражением которого является показатель «интима-медиа» сонной артерии — являющийся индикатором субклинического атеросклероза характерного для ББИМ.

Более выраженное поражение сосудистого русла выявленное при дуплексном сканировании при ББИМ проявляющееся в первую очередь за счет утолщения интимы сосудистой стенки, свидетельствует о том что в основе ББИМ особенно у лиц старших возрастных групп лежат системные проявления атеросклероза и уже на уровне гиалинового перерождения интимы отмечаются проявления ББИМ.

Таким образом, имеется определенная взаимосвязь между степенью выраженности коронарного атеросклероза и периферическими его проявлениями в виде поражения брахиоцефальных артерий. Особенно важно, что бессимптомное течение этого процесса часто сопровождается ББИМ.

0447 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Лаптева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Колмыкова Г.А.

ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: оценить функциональный статус почек и характер функциональных сдвигов в их деятельности в различных группах больных с артериальной гипертензией под влиянием некоторых, часто воздействующих факторов.

Методы: Исследования состояния почек проводили у 310 больных с артериальной гипертензией на различном соматическом фоне (при сочетанной патологии с наиболее манифестно проявленной патологией сердечно-сосудистой системы). Использовали методы клинического анализа, изучения циркадианных ритмов выделительной, концентрационной функции почек, математических расчетов функциональных показателей на ЭВМ по специально разработанным программам; исследовалось влияние на функциональное состояние почек нарушений диетического режима, медикаментов, назначаемых для коррекции сочетанных болезней, срывов ремиссии того или иного патологического процесса при сочетанной патологии.

Результаты: Установлено, что при артериальной гипертензии при сочетанной патологии в состоянии ремиссии клинические признаки поражения почек обнаруживаются от 13,5% до 35,0% (наиболее часто — латентно протекающий пиелонефрит); под влиянием медикаментозной нагрузки отмечаются изменения циркадианных ритмов выделительной и концентрационной функции почек (с изменением величин и сдвигом «пиков» соответствующих показателей на другие временные интервалы); на фоне медикаментозной (или иной) стимуляции возможна «имитация улучшения» функциональных показателей почек с последующим снижением функциональных резервов; под влиянием факторов, приводящих к срыву ремиссии сочетанной патологии, происходят изменения не только в системе, подвергнувшейся непосредственной «атаке» повреждающих факторов, но и в функциональном статусе почек, которые проявляются в изменении циркадианных ритмов и величинах изучаемых показателей.

Выводы: 1. При артериальной гипертензии у больных на фоне сочетанной патологии с наиболее манифестно выраженным патологическим процессом в сердечно-сосудистой системе чаще, чем в популяции, встречается поражение почек (латентно протекающий пиелонефрит). 2. Под влиянием провоцирующих факторов, специфически действующих на определенную систему организма, происходит не только срыв ремиссии того или иного патологического процесса, но и изменение выделительной, концентрационной функции почек (величин их показателей, циркадианных биоритмов). 3. Для правильной оценки функции почек пациентов с артериальной гипертензией необходимы исследования их в динамике, изучение характера воздействия тех или иных медикаментозных средств. 4. Стимуляция функций почек под влиянием медикаментозных (иных) воздействий может имитировать «улучшение» их функций с последующим их угнетением и истощением. 5. Способ математической оценки показателей функций почек может быть использован для динамического наблюдения за эффективностью лечения и определения характера воздействия на почки тех или иных медикаментозных, лечебных воздействий.

0448 РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ларёва Н.В., Говорин А.В., Калинин Т.В., Лузина Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить состояние системы «перекисное окисление липидов — антиоксиданты», оценить функцию эндотелия у женщин в постменопаузе и выявить возможные патогенетические взаимосвязи между изученными параметрами.

Методы: В исследование включены 203 женщины, находившихся в состоянии постменопаузы и имевших клинические и лабораторные (уровень ФСГ в крови более 20 МЕ/л) признаки эстрогенного дефицита. Критериями исключения из исследования явились: ИБС, гипертоническая болезнь, эндокринные заболевания, тяжелая сопутствующая патология. Всем женщинам проводилось расширенное общеклиническое обследование, определялось содержание метаболитов NO (нитритов и нитратов) в плазме крови, содержание начальных, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ, оценивалась активность каталазы сыворотки крови и мембран эритроцитов, общая антиокислительная активность плазмы крови, перекисная резистентность эритроцитов. Проводился подсчет

чет десквамированных эритроцитов в плазме крови и оценка эндотелий-зависимой вазодилатации при помощи ультразвуковой доплерографии плечевой артерии. Статистическая обработка проводилась с использованием критериев Крускаллы-Уоллиса и Дана, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и статистики тау Кендалла. В качестве контроля использованы результаты обследования 35 здоровых женщин репродуктивного возраста.

Результаты: У женщин в постменопаузе выявлено снижение нитроксидпродуцирующей функции эндотелия по сравнению с контрольной группой: количество нитритов в сыворотке крови было на 24,6% ниже, чем у здоровых лиц ($P=0,012$). Количество десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови у женщин в постменопаузе было увеличено в 2,1 раза по сравнению со здоровыми ($P=0,001$). Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия при проведении пробы с реактивной гиперемией рассчитывался коэффициент чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелии, характеризующий ее способность к вазодилатации. Этот коэффициент у женщин в постменопаузе был в 4,6 раза ниже по сравнению со здоровыми ($P=0,002$). При исследовании состояния системы «ПОЛ-антиоксиданты» выявлено достоверное увеличение содержания начальных, промежуточных и конечных продуктов ПОЛ ($p<0,05$) с одновременным уменьшением активности каталазы эритроцитов и общей антиокислительной активности по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста ($p<0,05$). При корреляционном анализе установлено, что маркеры эндотелиальной дисфункции отрицательно взаимосвязаны с уровнем начальных и конечных продуктов ПОЛ (коэффициенты корреляции от $-0,32$ до $-0,57$, $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, у женщин в постменопаузе выявлена дисфункция эндотелия, патогенетически взаимосвязанная с активацией процессов липопероксидации на фоне снижения антирадикальной защиты. Это диктует необходимость медикаментозной коррекции дисфункции эндотелия и состояния системы «ПОЛ-антиоксиданты» с целью профилактики раннего атеросклероза у данной категории больных.

0449 ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ЛИПИДОВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ларёва Н.В., Говорин А.В., Первалова Н.Г., Дурова О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить жирнокислотный состав липидов эритроцитарных мембран у женщин в постменопаузе с нормальными и повышенными цифрами артериального давления (АД).

Методы: в исследование включены 203 женщины: 1 группа — 115 женщин с нормальным уровнем АД (средний возраст $47,3 \pm 5,4$ года, длительность менопаузы $4,8 \pm 1,8$ года), 2 группа — 88 пациенток, у которых диагностирована артериальная гипертензия (средний возраст $43,2 \pm 2,7$ года, длительность менопаузы $4,3 \pm 2,1$ года). Контрольную группу составили 35 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией, сопоставимых по возрасту. Всем пациенткам проводилось расширенное общеклиническое обследование; исследование липидного статуса и жирнокислотного состава липидов эритроцитарных мембран методом газовой хроматографии на газовом хроматографе «Кристалл 2000М» (Россия) с пламенно-ионизационным детектором. Обсчет, идентификация пиков проводились с помощью программно-аппаратного комплекса «Analytica for Windows» с использованием IBM Pentium IV 1800. Статистическая обработка проводилась с использованием критериев Крускаллы-Уоллиса и Дана, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и статистики тау Кендалла.

Результаты: установлено, что в сравнении с контрольной группой у всех пациенток в постменопаузе увеличено относительное содержание насыщенных и уменьшено — ненасыщенных жирных кислот, при этом наибольшие отличия зафиксированы в группе больных с артериальной гипертензией. При анализе пула ненасыщенных кислот выявлено уменьшение количества полиненасыщенных кислот (ПНЖК) и относительное увеличение доли моно-

ненасыщенных жирных кислот у всех постменопаузальных женщин в сравнении с контрольной группой, причем различия между 1 и 2 группами пациенток были также статистически значимыми. Наиболее выраженные сдвиги зафиксированы в отношении количества ω -3 ПНЖК: уровень α -линоленовой кислоты у пациенток 1 группы был 2,8 раза ниже, а у женщин 2 группы — в 3,1 раза ниже, чем в контроле; количество эйкозапентаеновой кислоты было на 27% и 42% ниже, а содержание докозапентаеновой кислоты — в 2,1 раза и 3 раза ниже, соответственно, по сравнению со здоровыми женщинами репродуктивного возраста ($P < 0,01$). Количество арахидоната у женщин 1 и 2 групп было в 2,4 раза и в 2,8 раза ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,001$). Основные параметры СМАД, характеризующие тяжесть артериальной гипертензии, находились в отрицательной корреляционной взаимосвязи с общим содержанием ПНЖК, уровнем α -линоленовой и докозапентаеновой кислот (коэффициенты корреляции от $-0,32$ до $-0,58$, $P < 0,05$).

Выводы: у женщин в постменопаузе выявлены изменения жирнокислотного состава липидов эритроцитарных мембран, особенно выраженные у пациенток, страдающих артериальной гипертензией. Вероятно, эти изменения играют роль в прогрессировании поражения органов-мишеней и атеросклероза у этой категории больных.

0450 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ФУНКЦИЮ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А., Туев А.В., Рубеш И.П.

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

Цель: изучить влияние карведилола в сравнении с метопрололом на функцию гемостаза у больных ХСН постинфарктного генеза в процессе программной терапии.

Методы: обследовано 40 больных в возрасте $50,8 \pm 1,64$ лет, в том числе 26 мужчин (65%), со стабильным течением постинфарктной ХСН II-III ФК продолжительностью $5,6 \pm 0,69$ лет. При этом у 17 человек (42,5%) диагностирована ХСН II ФК, а у 13 (57,5%) — III ФК. Актуальные показатели оценивались в динамике до и после 4-месячной терапии, включающей ингибитор АПФ, спиронолактон, салуретик, статины, аспирин, сердечные гликозиды по показаниям, а также β -адреноблокатор — карведилол («Макиз-фарма», Россия) в основной группе ($n=25$) и метопролол в группе сравнения ($n=15$). Группы исходно были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести ХСН. Доза препаратов на фоне основной программы лечения титровалась пошагово и составила для карведилола $32,9 \pm 2,94$ мг в сутки, а для метопролола — $47,6 \pm 3,8$ мг в сутки. Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами («Стандарт-Технология», Барнаул). В группу контроля вошли 50 практически здоровых человек, из них 25 мужчин, среднего возраста $32,2 \pm 1,7$ года. Статистическая обработка материала проводилась при помощи программных пакетов «STATISTICA 6.0» и «BIOSAT».

Результаты: исходные клинические данные выявили признаки дисфункции всех звеньев системы гемостаза со значимым различием актуальных показателей от таковых у практически здоровых ($p=0,000$). На фоне проведенной терапии в обеих группах отмечено улучшение функции гемостаза, хотя уровня здоровых достигнуто не было. Максимальная позитивная динамика выявлена в показателях тромбоцитоза — РКМФ снизились на 55,3% в основной группе, на 48,4% в группе сравнения ($p=0,03$). Кроме того у больных, получавших карведилол, зафиксирован достоверный прирост уровня антитромбина III в плазме ($+16,4\%$, $p=0,02$), активация фибринолиза с увеличением резерва плазминогена на 4,6% ($p=0,004$) и укорочением времени ХЗФ на 35% ($p=0,008$), чего не наблюдалось в контрольной группе. Достоверного снижения ристомицин-кофакторной активности фактора Виллебранда ($p=0,17$ для карведилола и $p=0,08$ для метопролола) найдено не было.

Выводы: и карведилол, и метопролол, включенные в программную терапию ХСН, способствуют улучшению функции гемос-

таза, однако карведилол оказывает более значимое воздействие, снижая показатели внутрисосудистой активации крови, что делает его применение более перспективным.

0451 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКРЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Латфуллин И.А., Гайфуллина Р.Ф., Ишмуллин Г.П.

Кафедра внутренних болезней №2 ГОУ высшего профессионального образования «Казанский ГМУ» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ, Казань, Россия

Цель исследования: изучить эффективность бета-адреноблокатора локрена (бетаксолола) у женщин с артериальной гипертензией в климактерическом периоде с изучением влияния его на вариабельность ритма сердца (ВРС).

Материал и методы: в исследование включено 10 женщин, (средний возраст $51,7 \pm 1,08$ лет) с умеренно выраженным климактерическим синдромом по шкале модифицированного менопаузального индекса Купермана, осложненным артериальной гипертензией 1-3-й степени. В качестве монотерапии АГ всем женщинам был назначен локрен (Л).

Эффективность препарата оценивалась на протяжении 3 месяцев наблюдения и включала: измерение АД, определение липидного спектра, влияние на ВРС. Программа предусматривала выполнение вариационной пульсометрии и спектрального анализа. Регистрировали за исключением эктопических не менее 300 RR интервалов на 1,3,7,11 дни наблюдения. При анализе ВРС рассчитывали показатели спектрального и математического анализа с оценкой средней длительности RR интервалов (М, сек), показателя активности процессов регуляции (ПАПР, у.е.), общей мощности (S, мс²).

Результаты исследования: На фоне титрования дозы Л с 5 до 10 мг наблюдалось снижение АД у всех 10 (100%) женщин: среднее САД снизилось с $166,14 \pm 5,15$ мм рт.ст. до $117,14 \pm 2,02$ мм рт.ст., ДАД — с $98,43 \pm 2,02$ мм рт.ст. до $67,42 \pm 1,51$ мм рт.ст. ЧСС с исходного в среднем с $72,14 \pm 2,29$ в минуту снизилось после 12 — недельного лечения до $55,83 \pm 0,46$.

Показатели общего ХС до терапии локреном в среднем составили $5,25 \pm 0,18$ ммоль/л, после 12 — недельной терапии наблюдалось достоверное увеличение до $6,2 \pm 0,12$ ммоль/л. Соответственно наблюдалась нарастание триглицеридов с $0,95 \pm 0,10$ ммоль/л до $2,36 \pm 0,42$ ммоль/л и колебания ЛПНП с $3,87 \pm 0,21$ до $3,93 \pm 0,24$ ммоль/л, а ЛПВП с $1,60 \pm 0,06$ до $1,03 \pm 0,08$ ммоль/л.

Математический анализ ВРС показал, что в первые сутки назначения Л выявлялась достоверная разница по длительности RR интервалов и по показателю активности процессов регуляции, отражающих состояние напряжения в центральном контуре управления сердечным ритмом. На третий день приема Л сохранялась статистическая достоверность по длительности RR интервалов, ЧСС и ПАПР. Спектральный анализ также показал влияние локрена на общую мощность (S, мс²), которая снижалась по дням приема препарата: $S1=74,4 \pm 6,8$ мс²; $S3=60,2 \pm 9,0$ мс²; $S7=50,8 \pm 5,7$ мс²; $S11=37,8 \pm 3,9$ мс². Достоверно снижалась и плотность высоких частот (HF, мс²), отражающих снижение влияния симпатической нервной системы на синусовый узел: $HF1=43,6 \pm 2,8$ мс²; $HF3=27,6 \pm 3,2$ мс²; $HF7=25,8$ мс²; $HF11=20,4 \pm 0,22$ мс².

Вывод. Таким образом, терапия локреном эффективна и хорошо переносится амбулаторными больными с мягкой, умеренной и тяжелой АГ (при титровании до 10 мг в сутки). Более высокие дозы оказывают выраженный хронотропный эффект и усугубляют дислипидемию.

0452 КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТРИМЕТАЗИДИНОМ И АТЕНОЛОЛОМ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Латышев С.И., Полонецкий Л.З., Буко И.В.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Изучить и сравнить эффективность различных вариантов комбинированной терапии нестабильной стенокардии (НС) при стационарном и последующем амбулаторном наблюдении в течение 1 года.

Материал и методы. При поступлении, перед выпиской и через 1 год наблюдения 114 больным (б-м) НС проводились ЭКГ по Холтеру (ХМ) с оценкой продолжительности безболевого ишемии (ББИ) миокарда; кистевая изометрическая нагрузка (КИН) с контролем сердечного индекса (СИ) и давления наполнения левого желудочка (ДНЛЖ); исследование содержания в плазме продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) диенкетонных и диеновых конъюгатов, антиоксидантных ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ); оценка исходов НС (стабилизация, повторная НС, инфаркт миокарда (ИМ), смерть). На фоне лечения нитратами, аспирином, гепарином и статинами 38 б-х НС получали триметазидин (ТМЗ) и атенолол (А), 36 б-х — только ТМЗ и 40 б-х — только А.

Результаты. В группе, принимавшей ТМЗ и А, за время наблюдения продолжительность ББИ уменьшилась в 2,4 раза ($p<0,01$) и содержание продуктов ПОЛ — в 2,2 раза ($p<0,01$), содержание СОД/КАТ выросло в 1,55 раза в сравнении с исходными показателями. К окончанию наблюдения в группе комбинированной терапии было отмечено 28,9% случаев повторной НС и 7,9% случаев ИМ, летальных исходов не было. В группе ТМЗ через 1 год наблюдения выявлено снижение продолжительности ББИ в 2,2 раза и содержания продуктов ПОЛ — в 1,3 раза ($p<0,05$), отмечено 38,9% случаев повторной НС, 11,1% ОИМ и 2,8% случаев смерти. В группе А к окончанию исследования зафиксировано 42,5% случаев повторной НС, 15,0% ИМ и 7,5% случаев смерти; не отмечено достоверного снижения продолжительности ББИ и содержания в плазме б-х продуктов ПОЛ. По данным КИН, в группах не отмечено достоверного влияния терапии на СИ и ДНЛЖ, но выявлено, что сочетание ТМЗ и А снижало у б-х выраженность и частоту клинических проявлений недостаточности кровообращения (быстрой утомляемости, одышки, тахикардии, цианоза), чего не было отмечено в группах ТМЗ и А. В целом по обследованному массиву больных НС и в каждой из групп выявлена достоверная положительная корреляция между продолжительностью ББИ, содержанием продуктов ПОЛ и количеством неблагоприятных исходов НС (повторная НС, ИМ и смерть), при этом суммарное количество неблагоприятных исходов НС в группе А вдвое превышало аналогичный показатель в группе комбинированной терапии (36,8% против 65,0%, $p<0,001$).

Выводы. При обострении ИБС активность появлений оксидативного стресса, выраженность ББИ и частота последующих неблагоприятных исходов заболевания находятся в корреляционной взаимосвязи ($r=0,59$, $p<0,05$). Применение сочетания препаратов с разными механизмами антиишемического действия является максимально адекватным при нестабильной стенокардии, позволяя в большей степени ограничить продолжительность, выраженность и частоту ишемии миокарда и проявлений недостаточности кровообращения, снизить активность ПОЛ, а также уменьшить количество неблагоприятных исходов заболевания (повторной НС, ОИМ, смерти) у больных НС, в сравнении с использованием каждого из препаратов в отдельности.

0453 ВЛИЯНИЕ ЭНАМА И КВАДРОПРИЛА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лебедева Г.В.

ММУЗ Городская клиническая больница №1 скорой помощи, Оренбург, Россия

Цель: сравнительная оценка гипотензивной эффективности энала и квадропрिला и их влияния на суточный ритм АД и качество жизни у пациентов с артериальной гипертонией

Методы: Исследовано две группы больных артериальной гипертонией по 30 человек, сопоставимых по полу, возрасту и уровню АД, одна из которых получала энам в суточной дозе 20 мг, разделённой на два приёма, а вторая — квадроприл в суточной дозе

6 мг однократно. Всем больным проводились полное клиническое обследование, суточное мониторирование АД (СМ АД), эхокардиография. Для оценки качества жизни пользовались индексом «Качество жизни» (ИКЖ) и медико-социологической анкетой (МСА), заполнявшейся до и после лечения. Контрольные осмотры проводились на первой, второй, четвёртой, восьмой и двенадцатой неделях обследования. Результаты обрабатывались статистически (программа Statistica 6.0). Для каждого показателя рассчитывали средние величины, среднееквадратическое отклонение. Значимость различий между двумя величинами определяли по критерию t Стьюдента и по критерию W Уилкоксона, различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты: После 12-недельного курса лечения улучшилось самочувствие обследованных. В обеих группах достоверно снизились уровни офисного АД. При анализе данных СМ АД выявлено достоверное снижение суточного (на 9,04% в группе энала и 5,44% в группе квадроприла), дневного и ночного АД, индекса измерений (на 63,70% и 21,42% для САД, на 50,66% и 17,94% для ДАД) и индекса площади. Снизилась вариабельность АД. Не было выявлено отрицательного влияния препаратов на суточный индекс АД, величину и скорость утреннего подъёма АД.

При анализе эхокардиографических показателей выявлено небольшое достоверное снижение толщины и массы миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ) в обеих группах больных. В результате лечения улучшились показатели качества жизни по результатам анкетирования. Для ИКЖ изменения составили 30,77% и 10,76%, при этом в большей степени изменялись показатели «Активность» и «Повседневная жизнь», для МСА — 46,58% и 14,50% (для групп больных принимающих соответственно энам и квадроприл).

Заключение: Назначение как энала, так и квадроприла приводит к достоверному снижению уровня АД при отсутствии отрицательного влияния на вариабельность АД и суточный индекс АД. Длительное применение обоих препаратов способствует уменьшению толщины стенок и ММ ЛЖ, улучшению показателей качества жизни. При одностороннем влиянии обоих препаратов на АД и качество жизни, энам оказывает более выраженное воздействие, как на показатели гемодинамики, так и на качество жизни.

0454 ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л., Ардашова Н.Ю., Осокина Н.В.

МУЗ Кемеровский кардиологический диспансер; ГОУ ВПО КеМГМА Росздрава, Кемерово, Россия

Известно, что такие психологические характеристики, как депрессивные расстройства, повышение уровня тревожности, тип коронарного поведения А. ассоциируются с плохим прогнозом при ИБС и ее острых формах. Однако механизмы взаимосвязей между показателями психологического статуса и течением ИБС окончательно не выяснены. Одним из возможных механизмов взаимосвязи между показателями психологического статуса и течением ИБС, может быть влияние депрессии на активность процессов воспаления, дестабилизирующих атеросклеротическую бляшку.

Цель исследования: изучение взаимосвязей уровней депрессивных и тревожных расстройств и маркеров воспаления.

Методы исследования: в исследование вошли 38 пациентов, находившихся на лечении в инфарктном отделении Кемеровского кардиодиспансера по поводу Q-образующего инфаркта миокарда (ИМ). Средний возраст пациентов составил $62\pm 1,3$ года. Больные обследовались на 5-7 сутки от развития ИМ. Все пациенты получали стандартную терапию. Клинический статус оценивался традиционно. Методы обследования психологического статуса включали шкалу депрессии Цунга, шкалы личностной и реактивной тревожности Спилберга-Ханина. У всех пациентов исследовались уровни С-реактивного белка (СРБ) (качественным методом), интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10.

Результаты. Легкая депрессия ситуативного генеза выявлена у 6 пациентов, что составило 10,2% (средний балл $52,1\pm 1,3$). Депрессия чаще выявлялась у пациентов пожилого возраста, при на-

личии предшествующего анамнеза по ИБС, а так же у пациентов с низким уровнем социальной адаптации.

Выявлена статистически достоверные положительные корреляционные связи уровня СРБ с депрессией ($r=0,28$, $p=0,2$), личностной $r=0,29$, $p=0,2$) и реактивной тревожностью ($r=0,687$, $p=0,003$); ИЛ-1 с личностной ($r=0,58$, $p=0,07$), реактивной тревожностью ($r=0,41$, $p=0,2$), ИЛ-6 с депрессией ($r=0,4$, $p=0,2$).

При анализе средних уровней медиаторов воспаления в группах с различной выраженностью тревожно-депрессивных расстройств выяснено, что у пациентов с наличием депрессии уровни СБР, ИЛ-1, ИЛ-8 были достоверно выше, чем у пациентов без депрессии. У пациентов с депрессивной симптоматикой уровень СРБ составил $18,74 \pm 4,6$, ИЛ-1β — $41,4 \pm 22,4$, ИЛ-8 — $22,4 \pm 3,0$; тогда как при отсутствии депрессии уровень СРБ составил $7,3 \pm 1,5$, ИЛ-1β — $14,6 \pm 0,9$, ИЛ-8 — $9,3 \pm 2,0$ ($p=0,001-0,02$). Для исключения влияния тяжести ИМ на уровни депрессии и провоспалительных маркеров, предварительно группы были уравнианы по этому показателю.

Таким образом, показана не зависящая от тяжести заболевания связь депрессии с изменениями уровня провоспалительных цитокинов и СРБ у больных с Q-образующим ИМ.

0455 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАБОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лебедев В.С., Болдуева С.А., Маринин В.А., Пышный М.В., Овчинникова В.А., Филатов В.И., Кабанов В.О., Осадчий А.М.

ФГУФЦСКиЭ им. В.А.Алмазова, СПбГМА им. И.И.Мечникова; ГМПБ №1, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: Сравнить влияние различных вариантов электрокардиостимуляции желудочков на длительность комплекса QRS, синхронность работы желудочков и клинические проявления у больных с нарушениями атриовентрикулярного проведения и ХСН.

Методы исследования. Обследован 71 больной с ХСН. В первую группу вошли 46 больных ХСН II-III ф.к. по NYHA с постоянными ЭКС в режимах VVI(R) и DDD(R) из верхушки ПЖ. Во вторую группу вошли 25 больных ХСН II-III ф.к. по NYHA, которым выполнялась стимуляция межжелудочковой перегородки (МЖП) в области пучка Гиса в режимах VVI(R) и DDD(R) с использованием электродов для активной фиксации Capsurefix Novus (Medtronic) и Crystalline Actfix (Vitatron). В обеих группах до и после имплантации ЭКС анализировались результаты ЭКГ, Эхо-КГ с тканевой доплерографией для выявления десинхронизма сокращения левого желудочка, теста с шестиминутной ходьбой.

Результаты. В первой группе у 24 (52%) больных на фоне ЭКС из верхушки ПЖ при Эхо-КГ выявлены признаки десинхронизма работы желудочков. Длительность стимулированного QRS в первой группе составила 182 ± 25 мс. По результатам теста с шестиминутной ходьбой у 20 больных наблюдалось снижение толерантности к физической нагрузке с $334 \pm 31,2$ м до $272 \pm 34,3$ м. Во второй группе ни у одного из пациентов не отмечалось увеличения длительности комплекса стимулированного QRS, которая составила 106 ± 6 мс. У больных этой группы не наблюдалось также десинхронизма сокращения желудочков, у 11 больных отмечено уменьшение симптоматики ХСН.

Выводы. Апикальная ЭКС правого желудочка часто (52% случаев) вызывает десинхронизм сокращения желудочков и у больных с систолической дисфункцией может вызвать усугубление ХСН. ПЭКС из межжелудочковой перегородки у больных с ХСН позволяет избежать появления или усугубления десинхронизма желудочков и нарастания явлений сердечной недостаточности. При нарушениях атриовентрикулярной и внутрисердечной проводимости выбор места и режима стимуляции требуют индивидуального подхода, особенно у пациентов с дисфункцией левого желудочка.

0456 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Лебедькова С.Е., Лапачёва И.Б., Казан Н.Н., Суменко В.В., Сафронов В.Н.

Государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования: определить частоту и характер аритмий у детей с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы: проведено одномоментное эпидемиологическое обследование методом случайной 10% репрезентативной выборки 5360 детей и подростков 3-17 лет, проживающих в Оренбургской области. Из них выделено 2-е группы, в 1-ю группу вошли дети и подростки с пролапсом митрального клапана (ПМК) без митральной регургитации (83), 2-ю группу составили дети и подростки имеющие ПМК с митральной регургитацией (40). Контрольную группу составили 50 детей без эхокардиографических признаков ПМК.

Результаты: Нарушения ритма сердца и проводимости наблюдаются у 81% детей с ПМК без регургитации и у всех детей с наличием митральной регургитации.

У детей с ПМК без признаков митральной регургитации достоверно чаще регистрировались синусовая брадиаритмия (52,4% случаев против 30% в контрольной группе, $p<0,05$); суправентрикулярная экстрасистолия (15,9% и 10% в контрольной группе, $p<0,05$); неполная блокада правой ножки пучка Гиса (соответственно 41,3% и 22,5%, $p<0,05$); блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (6,3% у детей 1-й группы и 2,5% в контрольной группе, $p<0,05$); синдром удлиненного интервала QT (28,6% против 15% у детей без ПМК, $p<0,05$); признаки дисфункции синусового узла (соответственно 22,2% и 15%, $p<0,05$) и синдрома слабости синусового узла (СССУ) (22,2% у детей 1-й группы и 12,5% в контрольной группе, $p<0,05$).

У детей с ПМК при наличии митральной регургитации выявлялись достоверные различия, по сравнению с контрольной группой, в распространенности синусовой тахикардии (20% и 12,5%, $p<0,05$); суправентрикулярной экстрасистолии (соответственно 20% и 10%, $p<0,05$); синоатриальной блокады (соответственно 10% и 2,5%, $p<0,05$). Достоверно чаще у детей 2-ой группы регистрировались неполная блокада правой ножки пучка Гиса (40% против 22,5% в контрольной группе, $p<0,05$); полная блокада правой ножки пучка Гиса (15% против 2,5% у детей контрольной группы, $p<0,05$); блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (25% у детей 2-й группы и 2,5% у детей контрольной группы, $p<0,03$) и СССУ (соответственно 25% и 12,5%, $p<0,05$). Распространенность миграции водителя ритма у детей с ПМК при наличии митральной регургитации составила 5%, в контрольной группе — 20% ($p<0,05$); синдрома удлиненного интервала QT — 20%, у детей контрольной группы — 15% ($p<0,05$).

Выводы: распространенность нарушения ритма и проводимости у детей и подростков с пролапсом митрального клапана без регургитации составила 81%, с митральной регургитацией — 100%.

В структуре преобладали синусовая брадиаритмия, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром удлиненного интервала QT, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, признаки дисфункции и синдрома слабости синусового узла.

0457 ЭФФЕКТЫ ПРАВАСТАТИНА НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Левашина Е. В., Палассери К.М., Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Моисеев В.С.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: оценить влияние терапии правастатином на динамику индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у пациентов с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ) различного генеза и дислипидемией (ДЛ).

Методы: в исследование было включено 20 пациентов с ГЛЖ и ДЛ (уровень липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) $>3,4$ ммоль/л); 10 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией

(ГКМП) (7 мужчин, средний возраст $46,7 \pm 3,1$ лет ($M \pm m$)) и 10 пациентов с контролируемой артериальной гипертензией (АГ) (уровень АД $< 140 / < 90$ мм рт.ст.) с ГЛЖ (6 мужчин, средний возраст $61,6 \pm 2,9$ лет ($M \pm m$)). В течение всего исследования антигипертензивная терапия не менялась. Пациентам с ДЛ был назначен правастатин в стартовой дозе 20 мг/сут с последующим ее увеличением на 20 мг/сут (при сохраняющемся уровне ЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л) каждые 6 недель до максимальной суточной дозы 80 мг. Всем больным, принимавшим правастатин, до начала терапии и в конце исследования выполнялось ЭХО-КГ с расчетом ИММЛЖ по формуле R.V. Devereux и магнитнорезонансная томография (МРТ) эталонный метод для измерения ИММЛЖ. Различия средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: по данным ЭХО-КГ в группе пациентов ГКМП ИММЛЖ составил ($M \pm m$) $206,5 \pm 3,2$ г/м², в группе АГ с ГЛЖ ИММЛЖ составил ($M \pm m$) $157,6 \pm 3,4$ г/м². По данным МРТ ИММЛЖ в группе пациентов ГКМП составил ($M \pm m$) $104,9 \pm 18,3$ г/м², в группе АГ с ГЛЖ ($M \pm m$) — $81,9 \pm 13,9$ г/м². На фоне 24-недельной терапии правастатином отмечалась тенденция к снижению ИММЛЖ в обеих подгруппах. По данным Эхо-КГ в группе пациентов ГКМП ИММЛЖ снизился (мин/макс) с $150,1-300,4$ г/м² до $128,3-285,0$ г/м². В группе пациентов с АГ и ГЛЖ отмечено снижение ИММЛЖ от (мин/макс) $127,1-252,2$ г/м² до $122,2-194,4$ г/м². У 10% пациентов в обеих группах отмечено снижение ИММЛЖ на $\geq 20\%$. У 70% пациентов в подгруппе АГ с ГЛЖ и у 50% в подгруппе с ГКМП отмечалось снижение ИММЛЖ на 5% от исходного. У 3 больных (у 2 в подгруппе с ГКМП и у 1 больного АГ с ГЛЖ) отмечено снижение ИММЛЖ $> 5\%$.

Закключение: терапия правастатином в суточной дозе до 80 мг способствует уменьшению степени гипертрофии миокарда левого желудочка независимо от ее происхождения.

0458 ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ И ГЕОМЕТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ОДНОГОДИЧНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Левашов С.Ю., Жаворонкова Е.Ю., Волкова Э.Г.

ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования», Челябинск, Россия

Цель: Изучить скоростные характеристики электрической активности сердца, отражающих электрическое remodelирование миокарда, и их динамику во взаимосвязи с характером геометрического remodelирования миокарда в процессе 12-месячного лечения пациентов с артериальной гипертензией без ИБС.

Методы: Исследование было проведено в рамках многоцентровых российских исследований ПРОЛОГ и ЭКО, путем модификации их дизайнов за счет увеличения объема клинико-инструментальных исследований и проводилось в двух параллельных группах пациентов артериальной гипертензией (АГ) мягкой и умеренной степени. Основная группа (1гр.) пациентов получала строго регламентированную ступенчатую терапию АГ, основанную на ингибиторах АПФ, а контрольная группа (2гр.) продолжала прием обычной стандартной гипотензивной терапии, назначенной врачом поликлиники. Длительность исследования составила 12 месяцев. Оценка скоростных показателей электрической активности сердца (скорость активации желудочков (САЖ), показатель неравномерности величины САЖ) производилась по методике Э.Г.Волковой (2000) на основе регистрации стандартной ЭКГ и ее первой производной. Геометрические характеристики миокарда левого желудочка (ЛЖ) оценивались на основании данных эхокардиографического обследования.

Результаты: Показатели САЖ сердца последовательно уменьшаются в зависимости от характера remodelирования миокарда ЛЖ: нормальная геометрия миокарда ЛЖ ($43,3 \pm 0,1$ с-1) — эксцентрическая гипертрофия ЛЖ ($40,1 \pm 1,9$ с-1) — концентрическое remodelирование ЛЖ ($38,2 \pm 2,26$ с-1) — концентрическая гипертрофия ЛЖ ($37,0 \pm 1,94$ с-1). Наиболее низкие значения величины САЖ выявлены у лиц с концентрическим remodelированием и концентрической гипертрофией ЛЖ. Анализ взаимосвя-

зи выявил прямую корреляционную зависимость величины САЖ со всеми типами remodelирования и гипертрофии миокарда ЛЖ (0,39, 0,72, 0,82, 0,91 соответственно, $p < 0,05$). При этом показатели неравномерности САЖ также имели положительную связь с массой миокарда и геометрическим remodelированием ЛЖ (0,37, 0,60, 0,77, 0,88 соответственно, $p < 0,05$). Одногодичная терапия гипотензивными препаратами приводила к увеличению величины САЖ в обеих группах: в 1 группе с $41,7 \pm 2,55$ с-1 до $42,6 \pm 2,52$ с-1 ($p < 0,0001$), а во 2-й с $41,5 \pm 2,0$ с-1 до $41,6 \pm 1,09$ с-1 ($p < 0,016$). Показатели неравномерности также характеризовались положительной динамикой: в 1 группе снижение составило от $20,4 \pm 11\%$ до $11,8 \pm 5,85\%$ ($p < 0,0001$), а во 2-й с $20,1 \pm 8,3\%$ до $13 \pm 8,3\%$ ($p < 0,0001$). При этом, наиболее выраженные положительные изменения показателей наблюдались в возрастной группе 40–55 лет.

Выводы: Концентрические варианты remodelирования миокарда левого желудочка и гипертрофия ассоциируются с более низкими значениями скорости активации желудочков и более высокими показателями неравномерности по сравнению с эксцентрическими типами. Одногодичная терапия улучшает скоростные характеристики ЭАС, которые можно использовать в качестве критериев оценки эффективности гипотензивной терапии.

0459 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Левина Т. В., Краснова Ю. Н., Дзизинский А. А.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздзрва», Иркутск, Россия

Цель: оценить соответствие диагностики и лечения артериальной гипертензии в реальной клинической практике современным рекомендациям.

Методы: случайным образом выбраны 132 истории болезней пациентов с артериальной гипертензией, госпитализированных в общетерапевтические отделения двух городских больниц г. Иркутска и центральной районной больницы г. Усолье-Сибирское. Анализ историй болезни проводился по следующим позициям: антропометрические данные, оценка факторов риска, поражение органов-мишеней, наличие ассоциированных состояний, гипотензивная терапия на момент поступления и при выписке.

Результаты: среди проанализированных медицинских карт госпитализированных больных было 65,9% женщин и 34,1% мужчин. Средний возраст пациентов составил $60,2 \pm 15,4$ лет. В течение 2 недель до госпитализации 30,3% больных не получали гипотензивной терапии, 18,9% лечились нерегулярно и 50,8% лечились регулярно. В 2,3% случаев госпитализация по поводу артериальной гипертензии была повторная. Среди факторов риска встречались: абдоминальное ожирение — у 56% больных; отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям — у 37,9%; дислипидемия выявлена у 32,8% пациентов, дислипидемия оценивалась только по уровню общего холестерина и триглицеридов. ЭХО-КГ проводилась в 23,5%, но ни в одном случае гипертрофия миокарда левого желудочка не оценивалась по индексу массы миокарда левого желудочка. Креатинин крови определяли в 99,2%, из них у 2,3% больных он был повышен. Толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии оценивалась у 18,9% пациентов, микроальбуминурия у 0,8%. 17,6% больных имели сопутствующий сахарный диабет. Суточная протеинурия не исследовалась у 84,1% больных, ультразвуковое исследование периферических артерий не проводилось у 59,8%, глазное дно не смотрели у 39,4% больных. В 84,8% пациенты имели очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений. В первый день госпитализации комбинированная гипотензивная терапия была назначена 86,4% пациентам. Среднее количество гипотензивных препаратов на одного пациента составило 2,4 при поступлении и 2,6 при выписке. В составе комбинированной терапии 81,8% больным назначались ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, 73,5% — тиазидные и тиазидоподобные диуретики, 59,1% — бета-адреноблокаторы, 25,8% — антагонисты кальция. За время нахождения в стационаре отмечено увеличение частоты назначения тиазидных диуретиков на

10% и антагонистов кальция на 50%, частота назначения других классов гипотензивных препаратов практически не изменялась. Целевого АД при выписке достигли 72,7% больных: 79% с уровнем целевого АД <140/90 мм рт.ст. и 48% - <130/80 мм рт.ст. Пациентам с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений при выписке в 34,8% рекомендовали аспирин, в 25,8% - статины.

Выводы: в большинстве случаев не проводятся рекомендованные исследования для выявления поражений органов-мишеней и стратификации риска артериальной гипертензии.

0460 ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лексина К.С., Задонченко В.С., Тимофеева Н.Ю., Багатырова К.М., Шехян Г.Г., Мацеевич М.В., Федорова И.В., Ялымов А.А.
ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить клинко-функциональные особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от уровня перекисного окисления липидов (ПОЛ) и оценить возможности их коррекции стандартной комплексной терапией.

Методы: обследовано 25 больных (16 мужчин и 9 женщин, средний возраст 61,7±1,6 лет) с острым Q-образующим инфарктом миокарда. Длительность наблюдения 6 месяцев. Все пациенты получали стандартную базисную терапию, которая включала: нитраты, антикоагулянты, дезагреганты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, β-адреноблокаторы, мочегонные препараты. В комплекс обследования, кроме рутинных методов исследования, входили Эхо-КГ с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и индекса локальной сократимости (ИЛС). С целью оценки активности ПОЛ определяли уровень ацилгидроперекиси в сыворотке крови в гептановом слое на спектрофотометре при длине волны 234 нм по методу В.Б. Гаврилова.

Результаты: концентрация ацилгидроперекиси в остром периоде ИМ, составила 5,3±0,57 нм/мг липида. Через 30 дней наблюдения уровень АГП увеличился на 21,67% (p<0,05) по сравнению с исходным и составил 6,45±0,64 нм/мг липида, к 180-м суткам наблюдения их уровень достоверно снизился на 1,32% по сравнению с исходным и составил 5,23±0,5 нм/мг липида, не достигнув нормальных значений (4,8±0,61 нм/мг липида). При оценке сердечной недостаточности наблюдалась некоторая положительная динамика. У 5-ти пациентов (20%) функциональный класс недостаточности кровообращения (ФК НК) по NYHA уменьшился, у 18-ти больных (72%) сохранился прежний ФК НК и у 2-х пациентов (8%) достоверно усилились явления НК. К моменту выписки 20 пациентов (80%) имели постинфарктную сердечную недостаточность II ФК и 5 больных (20%) - I ФК. При оценке показателей Эхо-КГ у всех пациентов к 30-у дню наблюдения выявлен рост конечного систолического (КСО) и диастолического объемов (КДО) на 2,8% и 6% соответственно (p<0,05). В тоже время, была отмечена тенденция к улучшению глобальной сократимости миокарда, увеличение ФВ ЛЖ составило 3,3% (p<0,05), на фоне достоверного уменьшения ИЛС на 1,42%. К 180-м суткам наблюдения зафиксировано дальнейшее увеличение КСО и КДО, в тоже время ФВ ЛЖ увеличилась на 3,4% (p<0,05) по сравнению с исходной, при отсутствии выраженной динамики ИЛС.

Выводы: высокий уровень ацилгидроперекиси в остром периоде ИМ носит адаптивный характер и свидетельствует о резкой интенсификации свободнорадикальных процессов в организме (оксидативном стрессе) и коррелирует со структурно-функциональными параметрами левого желудочка (ФВ ЛЖ, ИЛС, ФК НК). В дальнейшем, прогрессирование процессов ремоделирования свидетельствует о развитии постинфарктной сердечной недостаточности, а динамическое уменьшение уровня ПОЛ может косвенно свидетельствовать об увеличении антиоксидантной защиты в процессе постинфарктного ремоделирования сердца.

0461 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Леонова И.А., Болдуева С.А.
ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: определить факторы риска внезапной смерти (ВС) у больных инфарктом миокарда (ИМ), течение которого осложнено различными желудочковыми нарушениями ритма (ЖНР).

Материал и методы: обследовано 288 пациентов с ИМ при наличии ЖНР в сроки до 1 месяца после развития заболевания. Проспективное наблюдение за больными осуществлялось в сроки от 1 года до 5 лет. ЖНР были разделены на 3 группы: I – устойчивая желудочковая тахикардия (ЖТ) и фибрилляция желудочков (ФЖ), II – сложная, частая (>10/час) желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), условно названная как «частая» ЖЭ, III – «редкая» (<10/час) ЖЭ.

Результаты: в ходе наблюдения установлено, что внезапно умерло 32 пациента (внезапная смертность 11,1%). В результате многофакторного регрессионного анализа Кокса были получены 4 признака, влияющие как риск ВС: поздние потенциалы желудочков (ППЖ), аневризма левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ)<40%, повторный ИМ, прогностическое значение которых было подтверждено анализом выживаемости Каплана-Мейера. Эти признаки были обозначены как «структурные» (СП). Учитывая известное положение, что для реализации фатальных ЖНР после ИМ необходимо наличие структурных изменений миокарда и «пусковых» факторов, для увеличения точности прогноза при определении риска ВС использовалось сочетание выявленных СП и ЖНР, как пускового механизма. При прогнозировании ВС у пациентов с ЖТ добавление одного или нескольких СП к ЖТ при анализе выживаемости не увеличивало точности прогноза (p=0,08), таким образом, ЖТ является независимым прогностическим фактором ВС. Следует отметить, что чем больше СП использовалось, тем более ценной становилась прогностическая модель. Например, для комбинации «ППЖ + ФВЛЖ<40% + частая ЖЭ» положительная предсказательная ценность составила 61,5%. Вместе с тем, сочетание даже одного СП с частой ЖЭ помогало прогнозировать ВС. При ретроспективном анализе оказалось, что у больных с частой ЖЭ одним или более СП ВС составила 25%. Среди пациентов с частой ЖЭ, у которых СП не были обнаружены, случаев ВКС не зарегистрировано. В группе больных с редкой ЖЭ (<10 в час), у которых выявлялись СП, ВС составила 17,6%. Среди тех пациентов с редкой ЖЭ, у которых СП не регистрировались, случаев ВС не отмечено. В группе больных с ЖТ, которым производились адекватная реваскуляризация, имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) или радиочастотная катетерная абляция (РЧА) ЖТ, случаев ВС не отмечено, в то время как среди пациентов, которые получали медикаментозную терапию, в том числе амиодарон, внезапная смертность составила 53,3%.

Выводы: на риск ВС у больных ИМ с ЖНР оказывают влияние такие факторы, как ППЖ, сниженная ФВЛЖ, аневризма ЛЖ, повторный ИМ. Для прогнозирования ВС у больных ИМ с ЖНР необходимо использовать сочетание СП и ЖНР в качестве пускового механизма. Наиболее эффективными способами профилактики ВС являются ИКД, РЧА очага аритмии и реваскуляризация миокарда в случае доказанного ишемического генеза ЖНР.

0462 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Лешкевич К.Ф., Денисевич Т.Л., Шанцло Э.Ч., Адзериho И.Э.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ, Минск, Беларусь

Цель: Изучить взаимосвязь показателей хронического воспаления, агрегационной активности тромбоцитов и эффективности интервенционного лечения у пациентов со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Методы: В исследование были включены 56 больных (от 30 до 60 лет) со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и сахарным диабетом 2 типа. У 35 пациентов применялись стенты без покрытия (группа 1), у 21 больного — стенты с медикаментозным покрытием сиролимусом (группа 2). Проводилось количественное определение уровня С-реактивного белка (СРБ) на биохимическом анализаторе Hitachi 902, концентрации фибриногена (Фн) методом Клаусса и агрегации тромбоцитов с использованием 1,2% раствора ристомидина. Лабораторные исследования выполнялись до имплантации стентов (на фоне приема аспирина) и через один и шесть месяцев после установки стентов и приема аспирина, клопидогреля, аторвастатина.

Результаты: Исходно группы 1 и 2 не различались по концентрации СРБ, Фн и показателям агрегатограммы. Через один месяц после стентирования содержание СРБ в сыворотке крови больных уменьшилось: в группе 1 — на 10% ($p < 0,05$), в группе 2 — на 74% ($p < 0,05$). Отмечено также снижение степени агрегации тромбоцитов (СТАТ) (с $97,2 \pm 6,7$ до $79,29 \pm 5,2$ в группе 1 и с $96,6 \pm 7,5$ до $75,82 \pm 2,04$ в группе 2, $p < 0,05$) и уменьшение скорости агрегации тромбоцитов (САТ) (с $55,6 \pm 7,8$ до $35,34 \pm 4,1$ /мин и с $54,3 \pm 8,2$ до $26,08 \pm 1,78$ /мин в 1 и 2 группах соответственно, $p < 0,05$). Через 1 месяц после стентирования САТ в группе 2 была достоверно ниже, чем в группе 1 ($p < 0,05$). В целом по выборке выявлена тесная корреляция показателей СРБ и САТ ($r = 0,81$, $p < 0,001$). Через шесть месяцев после имплантации стентов наблюдалось дальнейшее снижение уровня СРБ в крови, СТАТ и САТ в обеих группах. При этом в группе пациентов с покрытыми стентами уменьшение концентрации СРБ было более выраженным (на 84% от исходного и не превышала 0,006 г/л $p < 0,05$), при сравнении с непокрытыми стентами. Через 6 месяцев наблюдения СТАТ уменьшалась до $65,14 \pm 5,0$ в группе 1 и до $60,1 \pm 1,75$ в группе 2, САТ — до $30,2 \pm 3,3$ /мин в 1 группе и до $20,04 \pm 1,36$ /мин в группе 2 (различия между группами достоверны, $p < 0,05$). Концентрации Фн за период наблюдения достоверно не изменялись. В течение 6 месяцев после стентирования в группе 1 зарегистрированы 1 случай инфаркта миокарда без Q (тромбоз стента), 2 случая прогрессирующей стенокардии (контрольная КАГ не выполнялась). Среди пациентов группы 2 неблагоприятных исходов не выявлено.

Выводы: Использование стентов с медикаментозным покрытием сиролимусом оказывает противовоспалительное и антиагрегационное действие у больных со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и сопутствующим сахарным диабетом на фоне приема антиагрегантов и статинов.

0463 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лещанкина Н.Ю., Веретенникова А.Е.

Мордовский госуниверситет, Саранск, Россия

Цель исследования: изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) у женщин с избыточной массой тела.

Материалы и методы: обследовано 65 женщин (средний возраст $59,3 \pm 1,4$ г.), находящихся на лечении в кардиологическом и эндокринологическом отделениях ГКБ №4 г. Саранска. Оценивалась степень ожирения по индексу массы тела (ИМТ) и отношению окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ). Больные распределены на 2 группы: первая — 32 женщины с избыточной массой тела (средний ИМТ $35,23 \pm 0,92$ и отношение ОТ/ОБ 0,954), вторая — 33 женщины с нормальной массой тела (средний ИМТ $22,61 \pm 0,86$ и отношение ОТ/ОБ 0,879).

Результаты: полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии ожирения на течение АГ у женщин. Степень, стадия и риск осложнений АГ выше в группе больных с повышенным ИМТ. Перенесенное острое нарушение мозгового кровообраще-

ния встречалось в 2 раза чаще в группе пациенток с ожирением. Среди больных с повышенным ИМТ также был высок процент заболеваний, ухудшающих прогноз АГ: сахарный диабет диагностирован в 43,09% случаев, тогда как во 2 группе он наблюдался гораздо реже — в 13,04%; заболевания почек (33,33% и 4,34% и соответственно, $p < 0,001$). Хроническая сердечная недостаточность в группе пациенток с высоким ИМТ также имела более выраженные клинические проявления (III-IV ФК по NYHA). Ишемическая болезнь сердца в обеих группах встречается практически одинаково, но в 1 группе протекает тяжелее (более высокие функциональные классы стенокардии напряжения, инфаркты миокарда в анамнезе). В обеих группах основными гипотензивными препаратами были препараты группы и-АПФ, но группе пациенток с избыточной массой тела наблюдалась меньшая приверженность к гипотензивной терапии ($p < 0,001$). В группе с повышенным ИМТ отмечалась низкая мотивация к снижению массы тела.

Заключение: наличие ожирения у женщин неблагоприятно влияет на течение АГ: заболевание протекает более злокачественно, сопровождается осложнениями и худшим прогнозом.

0464 САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Либензон Р.Т., Бойко О.И., Кайгородова И.Т., Новикова Н.В., Микунис Р.А., Акименко В.Б., Матвеев О.Н.

Владивостокский государственный медицинский университет, санаторий «Амурский залив», главный госпиталь ТОФ, Владивосток, Россия

Цель. Изучить эффективность долечивания больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в отделении реабилитации санатория «Амурский залив».

Метод. Нами проанализированы истории болезней 2763 больных, находившихся в отделении реабилитации с 2004 по 2006 гг.

Из них — мужчин в возрасте от 30 до 60 лет было 2274 человека (94%), старше 60 — 133 человека (6%). Среди женщин наибольший процент выявлен в возрасте от 30 до 60 лет — 331 больная (93%), старше 60 лет — 25 (7%).

Больные направлялись из стационаров края, в основном, с крупноочаговым — 1245 человек и мелкоочаговым ИМ — 1009 человек. После АКШ, стентирования, баллонной ангиопластики находилось 146 больных. С 2006 г. на реабилитацию направлялись больные с нестабильной стенокардией — их было 363 человека.

Результаты. После беседы врача каждому больному индивидуально были назначены по показаниям, кроме медикаментозной терапии, следующие методы лечения: психотерапия (100%); лечебная физкультура под контролем методиста; минеральные искусственные ванны; гидротерапия; электросветолечение; ингаляции и др.

Анализируя результаты долечивания больных на санаторном этапе, мы получили следующие данные. Больные с крупноочаговым ИМ выписались с улучшением в 97% случаев; с мелкоочаговым ИМ — в 97% случаев; после аортокоронарного шунтирования отмечено улучшение у 96% больных. Без перемен — процент колебался до 1,6%; ухудшение отмечено у 1,4% больных.

В палате интенсивной терапии за 3 года наблюдались 225 больных, скорую медицинскую помощь пришлось вызывать 151 раз. Улучшение состояния больных проявлялось урежением приступов стенокардии, повышением толерантности к физическим нагрузкам и, что не менее важно, изменением психологического статуса больных в положительную сторону. Большинство из них вернулось к своей прежней работе. Большую роль в этом сыграли и прекрасный микроклимат, где расположен санаторий, а также доброжелательность медицинского персонала.

0465 ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Либиб Р.А.

ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава», Оренбург, Россия

Существует большое количество методик для оценки качества жизни. Большинство исследователей считает, что предпочтение должно быть отдано специфическим опросникам для лиц с определенными заболеваниями, причем эти опросники должны быть стандартизованными для применения в многоцентровых исследованиях и сопоставления результатов различных исследований.

Полученные нами у 143 больных с ХСН данные позволяют говорить о значительном снижении качества жизни больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при развитии у них сердечной недостаточности. Так, если суммарный показатель качества жизни у больных без признаков СН составил -3,58 балла, то у больных с ХСН -9,51 балла. Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью прогрессивно снижалось по мере нарастания степени тяжести сердечной декомпенсации. По данным медико-социологической анкеты, суммарный показатель качества жизни больных с I ФК ХСН составил -7,44 балла, II ФК -9,17 балла, у больных с СН III-IV ФК -13,71 балла. Аналогичные изменения выявлены и при использовании анкеты «Индекс качества жизни», причем снижение качества жизни происходило за счет уменьшения активности и нарастания ограничений в повседневной жизни, в то время как поддержка окружающих и эмоциональное состояние достоверно не изменялись.

Диоксин при курсовом лечении не приводил к достоверному изменению качества жизни ни в одной из групп больных (I ФК -6,94 балла до лечения и -6,61 балла после лечения; II ФК -8,92 и -9,0; III-IV ФК -13,4 и -12,92). При лечении диоксином индекс качества жизни также достоверно не изменялся: 5,72 и 6,06 балла у больных с I ФК; 4,79 и 5,09 балла у больных с II ФК; 3,92 и 4,46 балла у больных с III-IV ФК.

Лечение каптоприлом приводило к улучшению качества жизни больных. Суммарный показатель качества жизни больных с I ФК повышался с -7,25 балла до -4,5 балла; больных с II ФК — с -9,23 до -7,27 балла; больных с III-IV ФК — с -14 до -10,27 балла. Индекс качества жизни также возрастал при лечении каптоприлом у больных с I ФК с 5,9 до 6,85 балла; у больных с II ФК с 5,14 до 5,96; у больных с III-IV ФК с 3,8 до 5 баллов.

Суммарный показатель качества жизни, определяемый с помощью Миннесотского опросника «Жизнь с сердечной недостаточностью» и свидетельствующий о выраженности ограничений, снизился у больных с III-IV ФК СН с 75,8 до 53,6 балла под влиянием каптоприла. Лечение диоксином достоверно не изменило этот показатель: 73,7 и 68,4 балла соответственно.

Приведенные выше факты позволяют говорить о важности изучения качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью, а также о необходимости оценки эффективности различных методов лечения сердечной недостаточности с учетом их влияния на качество жизни больных.

Все это позволяет считать показатели качества жизни практически важными и заслуживающими большего внимания при оценке состояния больных с хронической сердечной недостаточностью.

0466 СЕМЕЙНАЯ И СПОРАДИЧЕСКАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ: ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ, СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ

Липовецкий Б.М.

Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург, Россия

Цель: сравнить клинические проявления гиперхолестеринемии (ГХС) в двух группах лиц с высоким уровнем холестерина (ХС) крови (выше 7,7 ммоль/л): при семейной ГХС с характерным анамнезом и при спорадической ГХС, где отягощенная наследственность не прослеживается.

Методы: за последние 25 лет под нашим наблюдением находилось 77 человек с семейной ГХС (группа 1) и 33 человека со спорадической ГХС (группа 2), т.е. 110 человек с II а или II б типом гиперлипидемии. Липиды крови определяли у всех больных многократно ферментативным методом на анализаторе немецкой фирмы "Humalyzer", а в более ранний период — на автоанализаторе "Technicon-AA-2".

Результаты. В группе 1 75% лиц были моложе 60 лет, 42% обследованных составляли женщины; в группе 2 только 50% лиц были моложе 60 лет, при этом женщин в этой группе было лишь 15%. За весь период наблюдения в группе 1 органические поражения не были обнаружены у 22% (преимущественно у женщин), ишемическая болезнь сердца (ИБС) диагностирована у 58%, цереброваскулярные поражения (ЦВП) — у 10%, комбинированная сосудистая патология — у 4%, поражения брюшной аорты или ее ветвей — у 5%. В группе 2 признаки сосудистого поражения не отмечены у 9% обследованных, ИБС выявлена у 58%, ЦВП — у 24%, сочетанные поражения сердца и мозга — у 9%. Инвазивные методы лечения в группе 1 были проведены у 27% лиц, в группе 2 — у 30%; статинами длительно лечились 58% больных группы 1 и 48% больных группы 2. Летальный исход зафиксирован у 30% лиц с семейной ГХС, при этом в 41% фатальное течение отмечено у больных, не лечившихся статинами, тогда как среди больных, длительно получавших эти препараты, частота летальных исходов составила 22%. В группе 2 в этом отношении картина оказалась аналогичной: общая летальность тоже равнялась 30%, но у не леченных статинами летальный исход наступил в 41%, у лечившихся статинами доля умерших составила 19%.

Выводы. Группы с семейной и спорадической ГХС отличались по возрасту и полу: в составе группы 1 было значительно больше женщин, их средний возраст был достоверно более молодым. В группе 2 чаще отмечались ЦВП по сравнению с группой 1. По частоте летальных исходов группы не отличались между собой, причем в обеих группах у больных, длительно лечившихся статинами, летальный исход наступал в 2 раза реже, чем у тех, кто статинами не лечился.

0467 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ

Липченко А.А., Козлов С.В., Горбенко П.И., Фокина Е.Г., Новосельцев С.Л., Коцюба И.И., Грачев В.Г.

Медицинское объединение «Новая больница», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: оценка факторов риска (ФР) и основных клинических проявлений острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСБПST) у женщин в зависимости от наличия или отсутствия поражения коронарного русла.

Материал и методы. Проанализированы 160 историй болезни женщин, выписанных с диагнозом нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда без зубца Q, которым в период настоящей госпитализации была выполнена коронарная ангиография (КАГ). Все пациенты имели типичную клинику ОКС. На основании результатов КАГ больные разделены на две группы: 1-ая группа (n=56) — гемодинамически значимое поражение коронарного русла отсутствует; 2-ая группа (n=104) — имеется гемодинамически значимое поражение коронарного русла.

Результаты. По возрасту больные 1-ой и 2-ой групп существенно не отличались ($60,2 \pm 0,9$ и $60,8 \pm 1,1$). Артериальная гипертензия (АГ) в анамнезе имела у 96% пациентов 1-ой группы и 92% 2-ой. Однако гипертрофия левого желудочка по ЭКГ критериям чаще регистрировалась у больных 2-ой группы, чем у 1-ой (45% и 18%). Гиперхолестеринемия также чаще регистрировалась у пациентов 2-ой группы по сравнению с 1-ой (58% и 38%), то же касается и пациентов с сахарным диабетом (21% и 7%). Курили 7% больных 1-ой группы и 14% — 2-ой.

Рецидивы ангинозных приступов у пациентов 1-ой и 2-ой группы регистрировались примерно с одинаковой частотой (24% и 22%). Преходящая или стойкая депрессия сегмента ST чаще регистрировалась у пациентов 2-ой группы, чем у 1-ой (54% и 21%). Повышение тропонина (Tn) T зарегистрировано у 42% пациентов 2-ой группы и ни в одном случае у пациентов 1-ой группы. Средний балл риска по критериям TIMI составил $2,1 \pm 0,08$ у пациентов 1-ой группы и $3,5 \pm 0,06$ у пациентов 2-ой группы ($p < 0,01$). У больных 2-ой группы, у которых повышение TnT не отмечалось, средний балл по критериям TIMI составил $2,8 \pm 0,06$,

что было выше ($p < 0,05$), чем у больных 1-ой группы за счет более высокой распространенности ФР.

Выводы: пациенты с гемодинамически значимым поражением коронарного русла характеризуются более высоким распространением основных ФР (за исключением АГ), у них чаще выявляется депрессия сегмента ST и регистрируется более высокий балл по критерия TIMI. Наиболее специфичным тестом, предсказывающим значимое поражения коронарного русла, является повышение Tn T.

0468 РЕЗУЛЬТАТЫ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СУБМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Липченко А.А., Фокина Е.Г., Грачев В.Г.

Медицинское объединение «Новая больница», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: оценка эффективности тромболитической терапии (ТЛТ) у пациентов с субмассивной тромбозом легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы: проанализированы результаты ТЛТ у 32 пациентов (средний возраст 59,7 лет), поступивших в терапевтическую клинику со следующими направленными диагнозами: острый коронарный синдром — 21 больной, острая сердечная недостаточность — 2 больных, ХСН в стадии декомпенсации — 6 больных, внебольничная пневмония — 2 больных, подозрение на ТЭЛА — 1 больной. Диагноз ТЭЛА основывался на клинике, повышении уровня D-димера, результатах УЗДГ вен нижних конечностей, эхокардиографии и мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии. Пациенты имели следующую сопутствующую патологию: хроническая ИБС — 14 больных, гипертоническая болезнь — 24 больных, ХОБЛ — 4 больных, ХСН — 10 больных, варикозная болезнь нижних конечностей — 8 больных, 2 больных менее чем за месяц перенесли оперативное вмешательство (холецистэктомия). Временной интервал от появления клинических признаков ТЭЛА до начала ТЛТ колебался от 3 до 8 дней. У 22 больных использовалась стрептокиназа, у 10 — актилизе. Эффективность ТЛТ оценивалась на основании клиники и динамики давления в легочной артерии (ЛА) по результатам Допплер-эхокардиографии.

Результаты: в первые 24 часа после окончания ТЛТ у 24 больных исчезла или значительно уменьшилась одышка, тахикардия и потребность в кислороде, что сопровождалось нормализацией систолического давления в ЛА у 14 пациентов и значительным его снижением (на 50–80% от исходного уровня) у 10 пациентов. У 5 из них отмечена нормализация давления в ЛА к моменту выписки из стационара.

У 5 пациентов клинический эффект был менее значимым: отмечалось незначительное уменьшение одышки и тахикардии в первые сутки после ТЛТ, сохранялась потребность в кислороде. Степень легочной гипертензии (ЛГ) была практически на прежнем уровне. К моменту выписки клиническое состояние улучшилось, что сопровождалось снижением давления в ЛА, не достигшим, однако, нормальных значений.

У 3 пациентов клинического и гемодинамического улучшения не отмечено, 1 из этих пациентов умер через сутки после ТЛТ от рецидивирующей ТЭЛА.

Выводы: ТЛТ является эффективным и безопасным методом лечения субмассивной ТЭЛА. Ее проведение способствует существенному улучшению клинических и гемодинамических параметров у большинства пациентов, в том числе в первые сутки после начала лечения.

0469 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Липчина О.И.

Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку методов выявления безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы. Обследовано 200 больных СД 2 типа (50 мужчин и 150 женщин; средний возраст 54 ± 5 лет). Им проводилось суточное мониторирование ЭКГ (150 больных). При наличии горизонтальной, косонисходящей депрессии сегмента ST 1 мм и более, продолжительностью не менее 60 с и при отсутствии субъективных проявлений коронарной недостаточности диагностировалась БИМ. Также была проведена чреспищеводная электрокардиостимуляция (50 больных) (ЧПЭС), где критерием наличия БИМ являлась горизонтальная, косонисходящая депрессия сегмента ST, регистрируемая не менее чем в 2-х постстимуляционных комплексах. Всем больным определялся уровень гликированного гемоглобина, гликемический профиль.

Результаты. В зависимости от наличия БИМ по данным суточного мониторирования ЭКГ больные были разделены на 3 группы: 1-я — с наличием БИМ (89;45%), 2-я — без таковой (64;32%), 3-я — не достигшие субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) (47; 23%). По данным ЧПЭС было выделено 2 группы больных: 1-я — с наличием БИМ (34; 68% обследованных), 2-я — без таковой (16;32%).

У больных с наличием БИМ по данным суточного мониторирования ЭКГ давность СД была 8 ± 2 года, уровень гликированного гемоглобина 8,5% (средний уровень гликемии за последние 90 дней был равен 11 ммоль/л, длительность артериальной гипертензии по данным медицинской документации 10 ± 3 года, уровень АД в день исследования $150/90$ мм рт.ст. Эта группа больных имела более легкую степень диабетической полинейропатии. При сравнении больных с наличием БИМ по данным ЧПЭС отмечалась большая давность СД (11 ± 2 года), более высокий уровень гликированного гемоглобина (9,5%, средний уровень гликемии 12,8 ммоль/л), более высокие цифры АД ($>160/100$ мм рт.ст.). Эти больные имели более тяжелую степень диабетической полинейропатии, диабетической нефропатии (протеинурическая стадия), диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей, большую давность артериальной гипертензии.

Выводы. У больных СД 2 типа суточное мониторирование ЭКГ является недостаточно результативным методом выявления БИМ, так как с увеличением длительности заболевания, наличием тяжелых осложнений СД, высоким уровнем гликированного гемоглобина больные не достигают субмаксимальной ЧСС. ЧПЭС является более быстрым и точным методом диагностики БИМ, так как его результат не зависит от наличия у больного осложнений СД. Поэтому целесообразно использовать в клинической практике ЧПЭС для выявления БИМ у больных СД 2 типа.

0470 ВЛИЯНИЕ КВАДРОПРИЛА НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Логачева И.В., Иванова И. В.

ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗУР, Ижевск, Россия

Цель. Оценить состояние сердечной гемодинамики у пациентов с 1-2 степенью повышения АД на фоне терапии квадроприлом.

Методы. Проведено исследование длительностью 12 месяцев, в которое было включено 44 больных гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 степени, в возрасте от 39 до 63 лет ($52,1 \pm 7,6$ лет), мужчин 10 (22,7%), женщин 34 (77,3%). Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 13 лет ($7,1 \pm 2,5$). Квадроприл (спираприл гидрохлорид 6 мг, фирма «Pliva», Хорватия), назначался однократно в сутки в течение 2-х недель, при отсутствии достижения целевого уровня АД ($<140/90$ мм рт.ст) к квадроприлу добавлялся гипотиазид (12,5 мг/сут). Эхокардиографическое исследование сердца (Эхо-КГ) проводили на аппарате ALOCA — 4000» (Япония) по стандартной методике. В М-режиме измеряли конечный диастолический и систолический размеры (КДР и КСР) левого желудочка (ЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщину задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). По известным формулам определяли конечный диастолический и конечный систолический объем (КДО и КСО), фракцию выброса (ФВ) левого желудочка. Относительная величина стенок вычислялась по формуле: $ОТС = (ТМЖП + ТЗС) / КДР$. Расчет массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) осуществлялся по фор-

муле Devereux, S. Alonso. Индекс ММЛЖ определялся как соотношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась по результатам параметров трансмитрального кровотока. Все исследования проводились до и после 12-месячной терапии.

Результаты. На фоне 12-месячной терапии квадроприлом целевой уровень АД наблюдался у 34 больных (у 8 человек в режиме монотерапии квадроприлом, у 26 — при комбинированной терапии квадроприлом и гипотиазидом). К 12-му месяцу терапии констатировано достоверное уменьшение ТМЖП (на 8,7%), ОТС (на 4,3%), ИММЛЖ (на 9%). Через 12 месяцев терапии увеличилось число больных с нормальной геометрией левого желудочка и составило 25 человек (56,8%). Исходно у 30 больных ГБ (68,1%) наблюдался гипертрофический тип диастолической дисфункции. Под влиянием антигипертензивной терапии отмечалось уменьшение числа пациентов с гипертрофическим типом диастолической дисфункции, что было обусловлено достоверным увеличением соотношения пиков скоростей трансмитрального потока, снижением исходно высоких показателей времени изоволюметрического расслабления и раннего диастолического наполнения.

Выводы. Целевой уровень АД на фоне 12-месячной терапии квадроприлом достигнут у 79,5% больных, что сопровождалось нормализацией диастолической функции ЛЖ и увеличением числа пациентов с нормальной геометрией ЛЖ.

0471 СТРУКТУРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ИХ ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Лукьяненко П.И., Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучение предсказательной ценности признаков гипертензивной энцефалопатии по данным МРТ головного мозга в развитии инсульта головного мозга у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследование вошли 80 пациентов (35 женщин и 45 мужчин) в возрасте от 25 до 60 лет (средний возраст 48 ± 8 лет), страдающих эссенциальной гипертензией с 1-3 степенью тяжести. Спустя пятилетний период проводилось повторное обследование пациентов. Всем больным как исходно, так и повторно были проведены клиничко-лабораторное обследование и МРТ головного мозга.

Результаты и их обсуждение: спустя 5-летний период наблюдения у 11 (13,7%) пациентов течение артериальной гипертензии осложнилось развитием мозгового инсульта. По результатам исходно проведенной МРТ головного мозга у 75% пациентов с осложнениями имелись признаки внутричерепной гипертензии: у 65% — перивентрикулярный отек (ПВО), у 55% — нарушение дифференциации белого и серого вещества (НДБС), у 30% были расширены борозды мозга. У 75% больных с осложнениями обнаруживались фокальные цереб्रोишемические очаги, у 50% — лакунарные инфаркты. Статистически значимыми МР-признаками, предшествующими развитию мозговых осложнений, явились признаки внутричерепной гипертензии ($\chi^2=5,04$, $p=0,024$), нарушения дифференциации белого и серого вещества ($\chi^2=10,89$, $p=0,0009$), фокальные цереб्रोишемические очаги белого вещества головного мозга ($\chi^2=4,49$, $p=0,046$), лакунарные инфаркты ($\chi^2=17,04$, $p=0,00004$). По результатам метода множественной линейной регрессии (параметры линейной модели: $R=0,529$, $R^2=0,280$, $p=0,0007$) выявлено, что независимо от возраста у пациентов гипертонической болезнью предикторами развития церебрососудистых осложнений являются не только уровень АД (средне-дневное САД ($R=0,379$; $p=0,002$)), но и структурные признаки гипертензивной энцефалопатии: перивентрикулярный отек ($R=0,415$; $p=0,025$) и цереб्रोишемические очаги ($R=0,386$; $p=0,012$).

Выводы: Цереб्रोишемические очаги и перивентрикулярный отек являются предикторами развития церебрососудистых осложнений у больных гипертонической болезнью. Выявление МР-изменений вещества головного мозга позволяет проводить

раннюю диагностику прогрессивных форм гипертензивной энцефалопатии и проведение активной терапии, направленной на предупреждение дальнейшего повреждения мозга.

0472 КОРРЕКЦИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕВАРИНОМ

Лукьянчикова В.Ф., Барышко С. Ю., Островский А.Б.

ГУЗ Краевая клиническая больница №1, Хабаровск, Россия

Цель: изучить изменение вариабельности сердечного ритма (ВРС) на фоне приема антидепрессанта флувоксамина (феварина) у больных ИБС с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы: Была проведена обработка 100 опросников амбулаторных больных по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации результатов HADS выделены 3 группы пациентов: в группу «А» — до 7 баллов без признаков тревоги и депрессии (контрольная группа) включено 23 человека, в «В» от 8 — 10 баллов состояло 46 больных с субклиническими расстройствами, и более 11 баллов — 31 пациент с клинически выраженным синдромом тревоги/депрессии отнесены к группе «С». Исследование проводилось с больными группы «С». Из них отказались от назначения препарата или прекратили прием — 7 человек. Продолжили лечение феварином 24 пациента с ИБС в возрасте от 38 до 67 лет (ср. возраст $54,4 \pm 2,0$ лет). Диагноз ИБС подтверждался коронарографией, перенесенным инфарктом миокарда или клиникой стенокардии с депрессией ST во время нагрузочных проб. В качестве основного параметра оценки ВРС принимали средневзвешенную вариацию ритмограммы за сутки (СВВР), значение которой оценивали исходно и спустя 1 месяц лечения феварином ($50,0-100,0$ мг/сут) при условии отмены бета-блокаторов. Суточная ВРС считалась не сниженной, при СВВР >750 мс,

при 750 мс. $<СВВР < 600$ мс. ВРС признавалась средне сниженной. В случае СВВР < 600 мс. вариабельность сердечного ритма считалась значительно сниженной. Суточное ХМ ЭКГ и анализ ВРС осуществлялось с помощью системы ХМ фирмы «Шиллер». Помимо оценки ВРС, на фоне терапии феварином оценивали динамику тревожно /депрессивного синдрома (в баллах, по опроснику HADS).

Результаты: Средние значения СВВР достоверно не отличались между группами А ($n=23$) и С ($n=24$) и соответственно составили 675 ± 258 мс и 633 ± 187 мс. По нашим данным при лечении феварином отмечается тенденция к возрастанию средних значений СВВР (в среднем до 715 ± 248 мс) и достоверное уменьшение средних значений степени депрессии от 21 ± 6 до 12 ± 3 баллов ($p < 0,05$) в группе С. У большинства больных со сниженной ВРС после приема феварина показатель СВВР возрастал. У больных в группе А — с не сниженной ВРС, её динамики выявить не удалось.

Выводы: Больные, страдающие ИБС и тревожно — депрессивными расстройствами, имеют сниженные показатели ВРС, значения которых улучшаются на терапии феварином. По результатам исследования отмечается прямая зависимость возрастания значений ВРС от снижения степени депрессивного синдрома.

0473 C516T ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА В И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Лунегова О.С.¹, Порожай Е.Н.⁴, Байрамукова А.А.⁴, Исакова Ж.Т.², Норузбаева А.М.¹, Дронов Д.А.³, Алдашев А.А.², Миррахимов Э.М.³

¹Национальный Центр Кардиологии и Терапии, ²Научно-исследовательский Институт Молекулярной Биологии и Генетики, ³Кыргызская Государственная Медицинская Академия, ⁴Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Цель: Оценить взаимосвязь между C516T полиморфизмом гена аполипопротеина В (апо-В) с наличием и выраженностью

атеросклеротического поражения сонных артерий у этнических кыргызов-мужчин с дислипидемией (ДЛ).

Методы: Обследовано 102 пациента кыргызской национальности с ДЛ из которых 51 составили пациенты с коронарной болезнью сердца (КБС) и 51- сходные по возрасту и основным факторам риска пациенты с ДЛ без КБС. Средний возраст обследованных пациентов был $50,44 \pm 6,12$ лет. В качестве ДЛ считалось состояние, при котором у пациентов был обнаружен хотя бы один показатель из нижеперечисленного: увеличение уровня общего холестерина (ОХС) $>5,2$ ммоль/л и/или холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС) $>2,56$ ммоль/л и/или триглицеридов (ТГ) $>1,67$ ммоль/л, и/или холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) $<1,03$ ммоль/л. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, определение липидного спектра, уровня апо-В, C516T полиморфизма гена апо-В, дуплексное сканирование сонных артерий.

Результаты: Распределение генотипов в исследованной группе было следующим:

76 (74,5%) – СС,

25 (24,5%) – СТ и

1 (0,9%) – ТТ генотип. С аллель была обнаружена у

177 (86,8%) пациентов и Т аллель – у

27 (13,2%). Достоверных различий в распределении генотипов и аллелей у пациентов с КБС и без КБС, а также у пациентов с наличием и отсутствием атеросклеротического поражения сонных артерий не выявлено. Учитывая что гомозиготная форма ТТ полиморфизма выявлена только у одного больного, в дальнейшем для проведения статистического анализа пациенты с СТ и ТТ генотипом были объединены в одну группу.

При анализе липидных показателей было выявлено, что пациенты с СТ+ТТ генотипом имели более низкую концентрацию ОХС ($4,61 \pm 1,02$ против $5,14 \pm 1,07$ ммоль/л $p=0,01$), ЛПНП-ХС ($2,63 \pm 0,96$ против $3,12 \pm 0,94$ ммоль/л $p=0,04$) и не-ЛПВП-ХС ($3,65 \pm 1,0$ против $4,14 \pm 1,06$ ммоль/л $p=0,03$) по сравнению с пациентами с СС генотипом. Концентрация апо-В, ТГ и ЛПВП-ХС была сопоставима в обеих группах. Достоверных различий в показателях дуплексного сканирования сонных артерий не обнаружено. Наличие единичного и множественного поражения, толщина комплекса интима медиа у пациентов с СС и СТ+ТТ генотипом были сопоставимы.

Выводы: ТТ генотип по C516T полиморфизму гена апо-В у мужчин кыргызов с ДЛ является редким. При наличии у пациентов Т аллели по данному полиморфизму отмечается более низкая концентрация ОХС, ЛПНП-ХС и не-ЛПВП-ХС в сыворотке крови. Взаимосвязи C516T полиморфизма гена апо-В с наличием КБС и атеросклеротического поражения сонных артерий не выявлено.

0474 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Лунегова О.С.¹, Павленко М.А.⁴, Байрамукова А.А.⁴, Исакова Ж.Т.², Норузбаева А.М.¹, Дронов Д.А.³, Алдашев А.А.², Миррахимов Э.М.³

1Национальный Центр Кардиологии и Терапии, 2Научно-исследовательский Институт Молекулярной Биологии и Генетики, 3Кыргызская Государственная Медицинская Академия, 4Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить ассоциацию между эпсилон полиморфизмом гена аполипопротеина Е (апо-Е) и наличием и выраженностью атеросклеротического поражения сонных артерий у мужчин-кыргызов с дислипидемией (ДЛ).

Методы: В исследование было включено 93 мужчины кыргызской национальности с ДЛ (средний возраст $49,6 \pm 6,47$ лет). В качестве ДЛ считалось состояние, при котором у пациентов был обнаружен хотя бы один показатель из нижеперечисленного: увеличение уровня общего холестерина (ОХС) $>5,2$ ммоль/л и/или холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС) $>2,56$ ммоль/л и/или триглицеридов (ТГ) $>1,67$ ммоль/л, и/или холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) $<1,03$ ммоль/л. Всем пациентам было проведено общеклиническое

обследование, определение липидного спектра, уровня апо-Е, эпсилон полиморфизма гена апо-Е. Дуплексное сканирование сонных артерий включало в себя измерение толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) и оценку выраженности и степени стенозирования при наличии атеросклеротических бляшек.

Результаты: Наиболее частыми генотипами в исследованной нами группе были Е3Е3 (68,8%), Е3Е4 (19,35%) затем Е2Е3 (8,6%), и встречаемость Е4Е4 (2,15%) и Е2Е4 (1,07%) была редкой. Е2 аллель ассоциировалась с наиболее низким уровнем ЛПНП-ХС ($2,51 \pm 0,56$ ммоль/л) и наоборот Е4 аллель с наиболее высокой концентрацией ЛПНП-ХС ($3,74 \pm 0,95$ ммоль/л), $p < 0,005$. Концентрация апо-Е была наименьшей у пациентов с Е2Е3 генотипом ($77,3 \pm 4,7$ мг/л), однако разница между генотипами была недостоверной. Атеросклеротическое поражение сонных артерий было выявлено у 37 пациентов. У всех Е4 гомозиготных атеросклеротические бляшки в сонных артериях и напротив у всех носителей Е2 аллели атеросклеротического поражения сонных артерий выявлено не было. По показателю ТИМ различий между генотипами выявлено не было.

Выводы: Таким образом Е2 аллель по эпсилон полиморфизму гена апо-Е у мужчин кыргызов с ДЛ ассоциировался с более низкими показателями ЛПНП-ХС и апо-Е, а также более редкой встречаемостью атеросклеротического поражения сонных артерий, и наоборот Е4Е4 генотип ассоциировался с высоким риском атеросклеротического поражения сонных артерий.

0475 ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ-МУЖЧИН С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Лхаахуу Од-эрдэнэ, Смирнов А.В., Седов В.М., Каюков И.Г., Дулаев А.В.

ГОУ ВПО СПбГМУ им.И.П.Павлова Росздрави, Санкт-Петербург, Россия

Цель: уточнение взаимосвязей между показателями липидограммы сыворотки крови, степенью поражения коронарных артерий и скоростью клубочковой фильтрации у пациентов-мужчин с атеросклерозом коронарных артерий без явных признаков патологии почек.

Методы: обследовали 300 больных мужчин с ИБС, подтвержденной коронарной ангиографией, в возрасте от 30 до 75 лет. Всем больным проводилась диагностическая коронарография (КГ), определялись показатели липидограммы в сыворотке крови. Измерялась концентрация креатинина (Scr) в сыворотке крови при поступлении в клинику и вычислялись величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по сокращенной формуле MDRD. Непосредственно для выяснения тяжести повреждений коронарного русла использовали 5 методов (K1-K5) полуколичественной оценки выраженности коронарных повреждений, которые в настоящее время широко применяются в практике кардиологии и кардиохирургии. Большинство из них, представляли современные модификации методов D.R Sullivan и G.G. Gensini и позволяли оценить степень вовлечения коронарных сосудов в атерогенез (степень выраженности коронарного атеросклероза делится на категории и оценивается в баллах). При статистической обработки рассчитывались коэффициенты ранговой корреляции Спирмена (rs) и линейной корреляции Пирсона (r). Проводился, также, множественный пошаговый регрессионный анализ.

Результаты: проведение линейного корреляционного анализа у пациентов с ИБС показало, что концентрация холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови достоверно обратно коррелировала с полуколичественными оценками выраженности коронарного атеросклероза K2 ("vessels score"-ЛПВП: $r = -0,21$; $p < 0,05$) и K5 ("stenosis score"-ЛПВП: $r = -0,20$; $p < 0,05$). При этом уровень холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) был достоверно обратно ($r = -0,20$; $p < 0,03$) связан с величиной СКФ.

Проведение множественного пошагового регрессионного анализа ($F = 6,62$; P модели = 0,002) показало, что на величину СКФ негативное независимое влияние может оказать не только

уровень ХС ЛПОНП в сыворотке крови ($\beta = -0,2$; $p < 0,002$), но и величина ($\beta = -0,29$; $p < 0,004$) одной из оценок тяжести повреждения коронарных артерий — К4 (“vessels score”).

Выводы: Большая выраженность дислипидемии при атеросклерозе приводит к повреждениям почечной ткани и снижению функции почек. С другой стороны, возможно, что снижение СКФ, вызванное какими-либо другими причинами у пациентов с ИБС усиливает тяжесть метаболических проявлений атеросклероза.

0476 ВЛИЯНИЕ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Лыгина Е.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Росздрава», кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии, Рязань, Россия

Цель: изучить в динамике уровень артериального давления у больных гипертонической болезнью (ГБ) и остеoarтрозом (ОА) получающих одновременно нестероидный противовоспалительный препарат — нимесулид и антагонист медленных кальциевых каналов — амлодипин.

Материалы и методы: В исследование включены 43 женщины, страдающие ГБ I и II степени и ОА, в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст $59,8 \pm 1,4$ года). ГБ I степени диагностирована у 5 больных (11,6%), II степени у 38 больных (88,4%). Гонатроз наблюдался у 39 (90,6%) больной (II стадия по Келлгрэну у 27 (69,2%), III стадия у 12 (30,7%) больной), коксартроз у 34 (79%) больной (I стадия по Келлгрэну у 2 (5,8%) больных, II стадия у 23 (67,6%), III стадия у 9 (26,4%) больных), генерализованный ОА у 21 (48,8%) пациентки. В течение 14 дней больным подбирали гипотензивную терапию амлодипином под контролем суточного мониторирования артериального давления (СМАД). После стабилизации состояния объем гипотензивной терапии не изменяли и для лечения ОА добавляли преимущественно селективный ингибитор ЦОГ2 — нимесулид в дозе 200 мг/сут. Срок наблюдения составил 3 месяца. Влияние нимесулида на уровень артериального давления (АД) оценивали по результатам СМАД проводимого по истечении курса лечения. В процессе обследования оценивали боль по визуальной аналоговой шкале. Средняя доза амлодипина составила $8,7 \pm 0,3$ мг.

Результаты: По окончании 12 недель терапии больных ГБ в сочетании с ОА преимущественно селективным ингибитором ЦОГ2—нимесулидом и амлодипином при анализе данных исходного и заключительного СМАД не произошло достоверного изменения средних показателей АД. Так, среднесуточное САД увеличилось с $124,7 \pm 1,38$ мм рт.ст. до $126,5 \pm 1,97$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), а среднесуточное ДАД снизилось с $75,0 \pm 1,03$ до $74,7 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). При изучении средних значений АД отдельно за дневной и ночной период, так же не было выявлено статистически значимого изменения уровня АД. В период бодрствования среднее САД повысилось с $129,9 \pm 1,47$ до $130,9 \pm 1,96$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), среднее ДАД аналогично среднесуточному ДАД имело тенденцию к снижению с $80,6 \pm 1,17$ до $78,9 \pm 1,24$ мм рт.ст., однако не достоверно ($p > 0,05$). Среднее ночное САД увеличилось с $118,3 \pm 1,56$ до $121,9 \pm 2,3$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), среднее ночное ДАД с $68,6 \pm 1,13$ до $69,9 \pm 1,22$ мм рт.ст. ($p > 0,05$). Отмечалось статистически значимое уменьшение болевого синдрома по ВАШ с $64,9 \pm 2,9$ до $40,3 \pm 3,6$ ($p < 0,001$), что свидетельствует о выраженном обезболивающем действии нимесулида.

Выводы: В результате проведенного исследования установлено, что применение нимесулида по поводу ОА у больных с ГБ на фоне терапии амлодипином не приводит к достоверному повышению средних показателей САД и ДАД по СМАД. Таким образом, амлодипин может быть препаратом выбора для лечения больных ГБ в сочетании с ОА, получающих нимесулид.

0477 АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ: ОЦЕНКА МЕТОДОМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Лыкасова Е.А., Пак Ю.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

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

Первичная чрескожная транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика (ТБКА) улучшает течение и прогноз острого инфаркта миокарда (ИМ), что проявляется снижением летальности и благоприятным влиянием на процессы постинфарктного ремоделирования левого желудочка. В ряде клинических исследований продемонстрирован протективный эффект прединфарктной стенокардии (ПС), как клинической модели феномена ишемического preconditionирования, у больных ИМ после ТБКА. Однако антиаритмический эффект ПС у пациентов с ИМ, перенесших первичную ТБКА, не изучен.

Цель. Оценить методом Холтеровского мониторирования (ХМ) связь ПС с количеством желудочковых аритмий у пациентов с ИМ.

Методы исследования. 11 пациентов (10 мужчин, средний возраст $53,4 \pm 3,8$ г) с ИМ, после реваскуляризации миокарда путем ТБКА, были включены в проспективное исследование. 4 пациента имели ПС, которая определялась как один или несколько коротких эпизодов ангинозной боли в пределах 72-х часов до развития ИМ (1-ая группа), и 7 пациентов не имели ПС (2-ая группа). Анализируемые группы не имели статистически значимых различий по основным характеристикам: возрасту, полу, локализации и глубине ИМ, наличию факторов риска. Всем пациентам проведено 24-часовое ХМ в первые сутки ИМ. Оценивались абсолютное (количество в сутки) и относительное (в среднем в час) число желудочковых аритмий: одиночных желудочковых экстрасистол (ОЖЭ), желудочковых куплетов (ЖК) и пароксизмов нестойкой желудочковой тахикардии (ЖТ).

Результаты. У пациентов 1-ой группы было меньшим абсолютное и относительное количество желудочковых аритмий: ЖК ($0,75 \pm 0,47$ против $21,00 \pm 6,21$, $p = 0,036$, и $0,05 \pm 0,03$ в час против $0,95 \pm 0,26$ в час, $p = 0,036$, соответственно) и ЖТ ($0,50 \pm 0,28$ против $25,20 \pm 12,15$, $p = 0,035$, и $0,03 \pm 0,016$ в час против $1,00 \pm 0,49$ в час, $p = 0,039$, соответственно), что свидетельствует об антиаритмическом эффекте ПС.

Выводы. ПС ассоциируется с уменьшением количества ЖА у пациентов с ИМ после ТБКА, что свидетельствует о ее клинической значимости. ПС может быть предложена в качестве дополнительного критерия стратификации аритмогенного риска у больных с ИМ после ТБКА. Антиаритмический эффект ПС может быть выявлен методом 24-часового ХМ в первые сутки ИМ.

0478 ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ В ЦИКЛЕ СОН-БОДРСТВОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЁГНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Лышова О.В.

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Воронеж, Россия

Цель: сравнить распределение частоты встречаемости одиночных желудочковых мономорфных экстрасистол (ОЖМЭ) и желудочковых аритмий высоких градаций в цикле сон-бодрствование у больных с хронической бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологией.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ 711 суточных электрокардиограмм, записанных в режиме свободной двигательной активности на портативных кардиорегистраторах «Кардиотехника» 4000 и 04-3Р. Из 711 пациентов 216 (85 женщин и 131 мужчина, средний возраст $57,7 \pm 0,9$ лет) страдали хроничес-

кими обструктивными заболеваниями лёгких в фазе обострения (1 группа); у 290 (111 женщин и 179 мужчин, средний возраст $53,4 \pm 0,6$ лет) диагностировали стенокардию напряжения и покоя, гипертоническую болезнь II и III стадии (2 группа); остальные 205 человек (88 женщин и 117 мужчин, средний возраст $25,4 \pm 0,8$ лет) составили контрольную группу здоровых лиц (3 группа). Для обработки полученных результатов использовали программное обеспечение «KT Result». Анализировали почасовое распределение желудочковых аритмий, разделённых на аритмии низких (I и II) и высоких градаций (III-V) по M.Ryan.

Результаты: за весь период исследования желудочковые аритмии регистрировались у 138, 167 и 64 пациентов в 1-й, 2-й и 3-й группе соответственно. Из них, желудочковые аритмии высоких градаций выявлялись в 53% и 40% случаев в 1-й и 2-й группе ($p=0,03$); в 3-й группе — у 25% обследованных. При изучении суточного распределения аритмий выявлены следующие межгрупповые сходства и различия. Циркадный профиль ОЖМЭ в 1-й группе имел форму «ковша», со снижением аритмий в ночные часы. Подобный ход суточной кривой для желудочковых аритмий в целом отмечался в 3-й группе, вместе с тем, плотность аритмий за каждый час наблюдения была невысокой. Во 2-й группе каких-либо существенных различий в распределении ОЖМЭ от дня к ночи не наблюдалось. Циркадные профили желудочковых экстрасистол высоких градаций в первых двух группах характеризовались увеличением плотности распределения в утренние часы, однако имелись некоторые различия. Так, в 1-й группе их число возрастало в период бодрствования (с 12.00 до 16.00 ч) и в период сна (с 01.00 до 06.00 ч), пик максимальной регистрации приходился примерно на 04.00 ч. Во 2-й группе плотность регистрации желудочковых аритмий высоких градаций возрастала с 06.00 до 08.00 ч, в остальной период времени ход суточной кривой характеризовался как волнообразный, без резких колебаний.

Выводы: желудочковая эктопическая активность с высокой частотой представлена в структуре аритмического синдрома у больных с хронической бронхолёгочной и сердечно-сосудистой патологией, при этом желудочковые аритмии высоких градаций достоверно чаще регистрируются у больных с хроническими обструктивными заболеваниями лёгких в фазе обострения. Выявлены определённые сходства и различия в характере почасового распределения желудочковых аритмий у обследованных категорий больных.

0479 ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Люсов В.А., Лебедева А.Ю., Михайлова К.В.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния гипергомоцистеинемии на эффективность проведения эндоваскулярных процедур у больных инфарктом миокарда после системного тромболиза.

Материал и методы: обследован 41 пациент мужского пола, в возрасте от 34 до 60 лет. В зависимости от уровня гомоцистеина в плазме больные рандомизированы на две группы. Уровень гомоцистеина в плазме измеряли с помощью набора фирмы «Axis-Shield AS» (Норвегия) для иммуноферментного анализа, забор крови осуществлялся в день поступления в стационар. На 1-е, 5-10-е сутки после проведения системного тромболиза, а так же через 6-8 месяцев, всем больным осуществлялась регистрация неблагоприятных кардиоваскулярных событий. Коронароангиография была выполнена 41 больному, из них у 31 проведены эндоваскулярные процедуры.

Результаты: в первой группе, численностью 13 человек, средний уровень гомоцистеина составил $21,55 \pm 10,26$ мкмоль/л (возраст $48,0 \pm 7,5$ лет). Вторую группу составили 28 пациентов (возраст $50,0 \pm 6,9$ лет) с нормальным значением гомоцистеина в крови, менее 15 мкмоль/л. При проведении оценки динамики клинического состояния было выявлено, что у пациентов первой группы достоверно чаще регистрируются рецидивирующие рас-

стройства коронарного кровообращения ($p<0,05$). В группе пациентов с повышенным уровнем гомоцистеина в плазме крови у 10 (62,5%) наблюдались рецидив стенокардии (или утяжеление симптоматики), у 2 (12,5%) рецидив инфаркта миокарда. Среди больных без гипергомоцистеинемии у 8 (19,5%) и 3 (7,3%) соответственно. Во второй группе пациентов, по данным коронарографии, частота встречаемости одно и двух сосудистого поражения коронарных артерий превалировала и составила 85,6%. Трёх сосудистое поражение достоверно чаще наблюдалось в первой группе, у 53,8% больных ($p<0,05$). У 7 (53,8%) пациентов с гипергомоцистеинемией была проведена ангиопластика, у 7 (53,8%) — стентирование, у 4 (30,7%) коронарное шунтирование. Во второй группе у 12 (42,8%) больных проводилась ангиопластика, у 17 (60,7%) — стентирование, у 6 (21,4%) коронарное шунтирование. В 86,9% случаев после эндоваскулярного лечения в первой группе и в 88,5% во второй был выявлен хороший ангиографический результат процедуры. Рестеноз встречался достоверно чаще во второй группе, в 38,4% случаев ($p<0,05$).

Заключение: повышение уровня гомоцистеина в крови более 15 мкмоль/л приводит к более тяжелым клиническим проявлениям ИБС. Гипергомоцистеинемия значимо влияет на эффективность проводимых эндоваскулярных процедур, достоверно увеличивая вероятность развития рецидивирующих расстройств коронарного кровообращения и процент развития рестенозов. Оценка уровня гомоцистеина в плазме крови в момент поступления пациента в блок интенсивной терапии может использоваться для выделения больных с высоким риском неблагоприятного течения острого инфаркта миокарда.

0480 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИНДИКАТОРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ямина Н.П., Котельникова Е.В., Липчанская Т.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Стратегические задачи лечения больных ИБС должны решаться в рамках программ вторичной профилактики. Точкой приложения ее компонентов являются факторы риска, лежащие в основе атеросклеротического поражения артерий. При этом ждут своего решения вопросы стандартизации лечебно-реабилитационного процесса, разработки четких и научно обоснованных оценочных критериев эффективности мероприятий вторичной профилактики как компонента технологии оказания медицинской помощи больным ИБС.

Целью исследования являлось выделение клинических индикаторов эффективности комплексных мероприятий вторичной профилактики у больных ИБС после острых коронарных событий.

В исследование включались пациенты с ИБС после острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (всего 122 больных, средний возраст $52,3 \pm 5,6$ лет), рандомизированные 1:1 в группы воздействия и контроля. В группе воздействия стандартная медикаментозная терапия (β -блокаторы, иАПФ, статины, аспирин) сочеталась с дозированными физическими тренировками (ФТ). После 6-месячного курса ФТ оценивалась динамика ВЭП, Эхо-КГ, СМАД, холтеровского мониторирования ЭКГ, биохимических показателей, окружности талии (ОТ), качества жизни (КЖ) и статус курения.

В группе пациентов с включением ФТ была констатирована достоверная положительная динамика клинического состояния, отражающаяся в снижении числа (в неделю) приступов стенокардии (на 79%) и повышении переносимости физических нагрузок (на 18,4%). В то же время отмечалось уменьшение ОТ (10,2%) и уровня АДс (11,5%), изменение статуса курения (снижение на 53,0%). Результатом благоприятного системного воздействия ФТ явилась динамика липидного спектра. Информативной оказалась оценка КЖ: в группе воздействия она носила достоверный характер уже к 3 мес исследования ($p<0,05$).

Перечисленные показатели были использованы для разработки клинических индикаторов эффективности (КИЭ) комплекс-

кского воздействия мероприятий вторичной профилактики у больных ИБС: «Динамика клинического статуса пациента с ИБС», «Уровень функциональной активности пациента с ИБС», «Достижение целевого уровня АД», «Коррекция абдоминального ожирения», «Достижение целевого уровня липидов», «Статус курения», «Качество жизни». Каждый КИЭ включал клинические критерии оценивания. Применение КИЭ в группе ФТ показало, что почти у 70% пациентов было выполнено 5 КИЭ из 7 возможных, что достоверно отличало эту группу от контрольной. Наиболее «трудными» для выполнения оказались КИЭ «Достижение целевого уровня липидов» и «Статус курения», что объясняется небольшим периодом наблюдения.

Таким образом, КИЭ позволяет не только определить объем выполненных профилактических мероприятий на уровне каждого пациента, но и оценить степень выполнения стратегических задач лечения в популяции больных ИБС, нацеленных на снижение фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

0481 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПЕРВЫЕ СУТКИ НАХОЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Магдеев Р.М., Решетько О.В., Фурман Н.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель работы — изучение данных по муниципальному и клиническому стационарам, для выявления соответствия структуры назначения β -адреноблокаторов, первые сутки стационарного лечения существующим рекомендациям.

Исследование проводилось на базе экстренных кардиологических отделений НИИ Кардиологии (НИИ), 2 городской клинической больницы (ГБ К) и одной из муниципальных больниц г. Саратова (ГБ М). Ретроспективно оценивались истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении с диагнозом острый коронарный синдром без элевации сегмента ST (ОКС БП ST) в 2005 г. В специально разработанной индивидуальной регистрационной карте отмечались основной диагноз и сопутствующие заболевания, назначенные лекарственных средств с указанием режима их применения первые сутки стационарного лечения. Препараты кодировались в соответствии с АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) классификацией. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Excel для Windows XP.

Проанализировано 1006 историй болезней с диагнозом ОКС БП ST: по НИИ и 2 ГБ 646 (64,2%); по ГБ М 360 (35,8%). По возрастным, половым характеристикам, частоте встречаемости в анамнезе ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета, сердечной недостаточности больные были сопоставимы по исследованным стационарам.

В НИИ и 2 ГБ β -адреноблокаторы были назначены 88,2% больным. Противопоказания для приема препаратов этой группы имели 11,8% пациентов. Все пациенты получали препараты внутрь, а 2,8% перед назначением внутрь, была сделана внутривенная инъекция β -адреноблокатора. Для внутривенного введения использовался пропранолол, для приема внутрь в 19,6% случаев назначался пропранолол в 76,8% — метопролол в 3,6% — бисопролол.

Первые сутки пребывания в ГБ М β -адреноблокаторы были назначены 41,1% больным. Противопоказания для назначения препаратов этой группы внутрь были выявлены у 12,8% пациентов. β -адреноблокаторы не были назначены 46,1% больным, не имеющих противопоказаний. В 3,4% случаев, перед приемом внутрь, была сделана внутривенная инъекция β -адреноблокатора. Остальные получали препарат только внутрь. Для внутривенного введения использовался пропранолол. Для приема внутрь были назначены 78,4% больным метопролол, 16,2% — атенолол, 2,7% — пропранолол, 2,7% — соталол.

Таким образом, практика назначения β -адреноблокаторов в клинических больницах в большей степени соответствует международным и Российским рекомендациям.

0482 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАЛЬЦИЙ-АКТИВИРУЕМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ КРЫС ПОСЛЕ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

Майорова С.С.

Учреждение образования «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

Цель: выяснить характер влияния блокатора КСа-каналов тетраэтиламмония на ауторегуляцию коронарного потока, выраженность реактивной гиперемии, величину коронарного расширительного резерва и сократительную функцию миокарда в изолированных сердцах крыс, перенесших 6-часовой иммобилизационный стресс.

Материалы и методы. Объемную скорость коронарного потока (ОСКП) и сократительную функцию миокарда изучали на 21 препарате изолированного сердца крыс — самок, перфузируемых в условиях постоянного давления, в полость левого желудочка которого вводили латексный баллончик постоянного объема. На первом этапе эксперимента сердце перфузировали раствором Кребса — Хензеляйта, содержащим, на втором — этим же раствором, но с добавлением тетраэтиламмония (ТЭА, 1 мМ). В ходе опыта перфузионное давление (ПД) ступенчато повышали от 40 до 120 мм рт.ст. с шагом в 20 мм рт.ст. (коронарная ауторегуляция). Функциональную активность калиевых каналов определяли как процент изменения ОСКП, вызванного введением в перфузионный раствор ТЭА. Все животные были подразделены на 2 группы: 1-ую — контрольную (n=12), во 2-ую — сердца крыс, перенесших 6-часовую иммобилизацию (n=9). Цифровой материал обрабатывали общепринятыми методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента и программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования. В изолированных сердцах крыс, перфузируемых раствором Кребса-Хензеляйта, содержащим ТЭА, ОСКП снижалась при перфузионном давлении 80–120 мм рт.ст. в среднем на 23% (p<0,05). При блокаде КСа-калиевых каналов индекс ауторегуляции увеличивался на 42%, а МГКП снижался на 21–15% соответственно (p<0,05). При этом коронарный расширительный резерв не изменялся. Блокада КСа каналов не оказывала влияние на развиваемое внутрижелудочковое давление. Однако количество перфузионной жидкости, приходящей на единицу развиваемого давления (интенсивность перфузии) было таким же, как и в контроле. После перенесенного стресса ОСКП увеличилась на 15–29%, индекс ауторегуляции уменьшался на 17–40%, МГКП не изменялся, а коронарный расширительный резерв снижался на 10–12%. Развиваемое внутрижелудочковое давление уменьшалось на 33–28%, а интенсивность перфузии увеличилась на 54%, что свидетельствовало о развитии явления гиперперфузии миокарда, вызванной постстрессорным нарушением способности сосудов сердца к ауторегуляции. Введение же ТЭА, при разных уровнях ПД оказывало достоверно меньший эффект на ОСКП, чем до стресса. После иммобилизации МГКП под влиянием ТЭА, снижался в меньшей степени, чем в контроле. Коронарный расширительный резерв, как и в контроле не изменялся.

Заключение. (1) КСа-каналы большой проводимости представляют собой одну из систем, расположенных в мембране гладкомышечных клеток и противодействующих увеличению их сократительной активности; (2) иммобилизация крыс существенно подавляет функциональную активность, ингибируемую ТЭА КСа-каналов гладкомышечных клеток коронарных сосудов.

0483 НОВЫЙ ПРЕПАРАТ АМЛОДИПИНА (S-АМЛОДИПИН): СРАВНИТЕЛЬНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ

Максимова М.А., Марцевич С.Ю.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: сравнить эффективность и безопасность нового препарата изолированного изомера амлодипина (S-амлодипина) при лечении больных артериальной гипертензией (АГ) I-II степени.

Методы: в исследование было включено 39 пациентов с АГ I-II степени (30 женщин, 9 мужчин в возрасте от 38 до 82 лет, средний возраст составил 62,4 года). Путем рандомизации пациенты были поделены на две группы: опытную и контрольную и получали соответственно 2,5 мг S-амлодипина (Азомекс, Емсиг, Индия) или 5 мг рацемического амлодипина (Норваск, Phizer, США). Удвоение дозы проводилось через 4 недели при недостижении целевого уровня артериального давления (АД). Эффективность оценивали по данным офисного измерения АД (трехкратное измерение с интервалом 2 минуты) и суточного мониторинга артериального давления (СМАД), также регистрировали побочные и нежелательные эффекты.

Результаты: на фоне лечения целевого уровня АД достигли в обеих группах по 18 пациентов: в группе S-амлодипина 10 пациентов при дозировке 2,5 мг/сут., 8 пациентов на 5 мг препарата в сутки, в группе рацемического амлодипина 9 пациентов на 5 мг/сут., 9 на 10 мг/сут. Снижение офисного АД было статистически значимым в обеих группах: в опытной группе через 8 недель лечения среднее систолическое АД (САД) снизилось со $149,6 \pm 8,8$ мм рт.ст. до $122,1 \pm 10,8$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) с $93,3 \pm 7,5$ мм рт.ст. до $76,2 \pm 5,5$ мм рт.ст. ($p < 0,00001$), в контрольной группе среднее САД снизилось со $146,1 \pm 10,5$ мм рт.ст. до $124,5 \pm 12,1$ мм рт.ст., ДАД с $89,2 \pm 5,5$ мм рт.ст. до $76,5 \pm 4,8$ мм рт.ст. ($p < 0,00001$). При этом через 4 недели отмечено более выраженное снижение САД и ДАД в группе S-амлодипина ($p = 0,036$ и $p = 0,013$ соответственно). По данным СМАД на фоне лечения отмечалось статистически значимое снижение средних показателей САД и ДАД (суточных, дневных, ночных) в обеих группах. При этом степень снижения ДАД среднесуточного и ДАД среднедневного статистически значимо отличалась в двух группах: более выраженное снижение отмечено в группе S-амлодипина ($p = 0,04$, $p = 0,03$ соответственно).

В группе S-амлодипина зафиксировано 16 случаев побочных эффектов, в группе рацемического амлодипина 21. По частоте встречаемости среди побочных эффектов в обеих группах на первом месте стоят отеки нижних конечностей (9 и 5 случаев соответственно). Также отмечены боли в области сердца (в контрольной группе), сухость во рту (в контрольной группе), аллергические реакции (в опытной группе), перебои в работе сердца, ощущение жара и покраснение лица, боли в животе, кровоточивость десен.

Выводы: S-амлодипин является эффективным антигипертензивным препаратом, принципиально не отличающимся по переносимости от оригинального препарата рацемического амлодипина.

0484 ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ

Максютова Л.Ф., Максютова С.С., Фазлыева Р.М., Папкова С.Я.

ГОУ ВПО БГМУ, МУ ГКБ №5, Уфа, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность использования карведилола (Кориол, КРКА, Словения) при лечении больных гипертонической болезнью, осложненной кризовым течением.

Методы: было обследовано 37 больных, страдающих АГ (20 мужчин и 17 женщин, длительностью заболевания $8,4 \pm 4,5$ лет, в возрасте $48,4 \pm 7,8$ лет), госпитализированных в стационар с неосложненным гипертоническим кризом (ГК) (АД $> 170/110$ мм рт.ст. при отсутствии прогрессирующих клинических проявлений со стороны пораженных органов-мишеней). На основании жалоб, данных анамнеза и общего клинического обследования выделяли ГК I (гиперкинетического) и II (гипокинетического) типов. Для купирования ГК использовался карведилол (К) в дозе 12,5 мг с повторным назначением в той же дозе, если через 1 час снижение АД было менее 20% от исходного уровня. Дальнейший курс коррекции АГ в стационаре проводился в течение 10-14 дней: больные продолжали принимать К в суточной дозе 12,5-

25 мг в сутки. При необходимости назначались другие антигипертензивные препараты. Проводилось ежедневное одномоментное измерение АД и контрольное суточное мониторирование АД, электрокардиография в динамике, эхокардиография (ЭХО-КГ), оценка общего клинического состояния больных.

Результаты: больные с ГК I ($n=17$) и II ($n=20$) типов практически не различались по исходному уровню САД и ДАД. По данным ЭХО-КГ у 38% пациентов выявлялась диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) I типа, у 74% — гипертрофия межжелудочковой перегородки и у 45% — задней стенки ЛЖ. Пациенты с ГК I типа имели большую ЧСС по сравнению с пациентами с ГК II типа ($p < 0,001$). В течение 1 часа после назначения К у этих больных САД снизилось на 19% (с $187,5 \pm 5,1$ до $151,9 \pm 4,4$ мм рт.ст., $p < 0,001$), ДАД на 10% (с $113,4 \pm 3,9$ до $102,1 \pm 4,5$ мм рт.ст., $p < 0,001$), ЧСС на 16%. У больных ГК II типа наблюдалось снижение САД на 20% (с $192,6 \pm 6,1$ до $154,1 \pm 5,8$ мм рт.ст., $p < 0,001$), ДАД на 12% ($115,7 \pm 5,1$ до $101,8 \pm 4,2$ мм рт.ст., $p < 0,05$). Достоверных различий по динамике САД и ДАД между исследуемыми группами не выявлено. Уменьшение АД в обеих группах не приводило к клиническому ухудшению состояния больных, не отмечалось ишемических эпизодов на ЭКГ и/или преходящих нарушений мозгового кровообращения. Однако большинству больных (10 больным с ГК I типа и 12 больным с ГК II типа) потребовалось повторное назначение К в дозе 12,5 мг или применение других дополнительных гипотензивных препаратов (3 больных с ГК I типа и 4 больным с ГК II типа). Однако различий в увеличении частоты применения других антигипертензивных препаратов при назначении повторной дозы К не наблюдалось и не отличалось между группами ($p > 0,05$). При дальнейшем применении К в стационаре была отмечена достаточная антигипертензивная и безопасная эффективность препарата с достоверной стабилизацией АД без регистрации ГК.

Выводы: Карведилол (Кориол, КРКА) эффективен и безопасен для лечения неосложненных ГК независимо от их типа. Рекомендуется постоянный прием карведилола у больных, подверженных частым обострениям ГБ, проявляющимся возникновением ГК.

0485 ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Максютова С.С., Максютова Л.Ф., Муталова Э.Г., Фрид С.А., Нигматуллина А.Э., Асадуллина Г.В., Кудрявцева И.В., Фаррахова Ф.И.

ГОУ ВПО БГМУ, ГГВВ, Уфа, Россия

Цель: оценить эффективность кардиоселективного β -адреноблокатора бетаксолола (локрен, «Sanofi-Aventis») в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) пожилого возраста, осложнившейся хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: проведено обследование и лечение 48 больных (28 женщин и 20 мужчин) в возрасте 65–89 лет (средний возраст мужчин $77,6 \pm 5,4$ лет, женщин — $75,2 \pm 4,3$ лет), страдающих ИБС, стенокардией напряжения II–III ФК, ХСН II–III ФК по NYHA. Постинфарктный кардиосклероз давностью 4–12 лет был диагностирован у 34 пациентов. Больные получали лечение ингибиторами АПФ, диуретиками, дезагрегантами, нитратами (по показаниям). Проводилось физикальное обследование, ЭКГ, ЭХО КГ, оценка качества жизни по Миннесотскому опроснику. Больные были разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести ХСН, основным гемодинамическим показателям. Пациентам I группы (27 человек) дополнительно был назначен бетаксолол (Б), начиная с дозы 10 мг 1 раз в день с постепенным увеличением до 20 мг в сутки. Больные 2 группы (21 человек) получали традиционную терапию. Длительность наблюдения составила от 3 до 4 недель.

Результаты: при обследовании пациентов, получавших в комплексном лечении Б наблюдалось снижение систолического артериального давления (САД, со $145,5 \pm 18,6$ до $115 \pm 19,5$ мм рт.ст., $p < 0,05$) и диастолического артериального давления (ДАД, с

95,2±9,8 до 78,4±12,2 мм рт.ст., $p<0,05$), тогда как во 2 группе САД и ДАД снижались в меньшей степени. У больных 1 группы достоверно снизилась частота сердечных сокращений (ЧСС) с 99,5±9,7 до 72,6±8,7 ударов в минуту ($p<0,05$), во 2 группе исходная ЧСС составила 98,2±9,9, а в конце наблюдения — 83,7±8,7 ударов в минуту. Показатели общего периферического сопротивления имели тенденцию к снижению у больных обеих групп. Качество жизни — улучшение мобильности и социальной активности — повысилось у 14 больных (51,8%) 1 группы и у 7 (33,3%) 2 группы. Сравнение исходных параметров Эхо-КГ в обеих группах показало отсутствие значительных различий: отмечалось снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) у 22 (45,8%), увеличение КДР и КСР ЛЖ у 27 больных (56,2%); концентрическое ремоделирование (КР) наблюдалось у 17 (35,4%), концентрическая гипертрофия (КГ) — у 25 (54,2%), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ — у 12 (25%) пациентов. В результате лечения ФВ ЛЖ у больных 1 группы увеличилась с 39,2±6,4 до 43,6±5,3% ($p<0,05$), у пациентов 2 группы — с 38,2±7,3 до 40,8±8,6%. В 1 группе уменьшилось число больных с КГ и ЭГ на 18,5% и 11,1% соответственно и возросло число пациентов с КР на 33,3%. Во 2 группе число больных с КГ и ЭГ снизилось на 14,3% и 9,5% соответственно, а число пациентов КГ увеличилось на 28,6%.

Выводы: включение Б в комбинацию базисной терапии при лечении больных пожилого возраста с ИБС, осложнившейся ХСН, улучшает клиническое состояние, гемодинамические показатели, систолическую функцию миокарда и стабилизирует изменения адаптивного характера.

0486 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА

Макушева М.В., Килейников Д.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Выявить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных первичным гипотиреозом в зависимости от степени его компенсации.

Методы. Обследован 151 больной (мужчин — 14, женщин — 137, средний возраст 52,07±3,24 года) с первичным гипотиреозом и сопутствующей артериальной гипертензией, получавших в качестве заместительной терапии левотироксин натрия и стандартную гипотензивную терапию в виде ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента и индапамида. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппарата «Кардиотехника-04», а также определялся уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови высокочувствительным иммуноферментным методом.

Результаты. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от компенсации тиреоидного статуса (ТС). 1-ю группу составили 72 больных в состоянии компенсации, средний уровень тиреотропного гормона (ТТГ) 1,55±0,26 мМЕ/л; 2-ю — 79 больных с декомпенсированным гипотиреозом, средний уровень ТТГ 13,38±1,09 мМЕ/л; группы были сопоставимы по полу и возрасту и существенно различались по уровню ТТГ ($p<0,001$). У больных 1-ой группы уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) на протяжении суток соответствовал цифрам нормотонии (САДд 137,9±2,36 мм рт.ст., САДн 122,9±2,92 мм рт.ст.; ДАДд 86,2±1,86 мм рт.ст., ДАДн 78,1±2,88 мм рт.ст.) Показатели САД в течение суток у пациентов 2-й группы были достоверно выше, чем у пациентов 1-ой группы (САДд 149,3±2,88 мм рт.ст., САДн 130,3±2,55 мм рт.ст.; $p<0,05$), показатели ДАД достоверно не отличались, но имели тенденцию к повышению (ДАДд 87,6±2,35 мм рт.ст. и ДАДн 82,2±2,36 мм рт.ст.) Указанные группы также различались по показателям вариабельности САД (11,7±1,14 мм рт.ст. и 15,6±1,28 мм рт.ст., $p<0,05$) и ДАД (9,5±0,95 мм рт.ст. и 13,7±1,05 мм рт.ст., $p<0,001$) в ночные часы. При делении на типы в зависимости от степени ночного снижения АД, по группам, выявлены следующие различия: в 1-ой группе больных преобладал тип «dipper» 73%, в то время как для 2-ой — «non-dip-

per» 64% и «night-peaker» 27,5%. При оценке величины утреннего подъема САД и ДАД для 1-ой и 2-ой групп достоверных различий найдено не было, и все значения соответствовали норме. Скорость утреннего подъема АД (суп АД) у больных 1-ой группы соответствовала норме (супСАД 9,3±1,12 и супДАД 6,0±0,94, во 2-ой группе данные показатели были достоверно выше (супСАД 17,4±1,35 и супДАД 12,0±1,04, $p<0,001$).

Выводы. Больные декомпенсированным гипотиреозом в сравнении с пациентами в состоянии компенсации имеют более высокие значения САД, повышенные значения вариабельности АД в ночные часы, среди них преобладает тип «non-dipper» и «night-peaker» а также имеется большая скорость утреннего подъема АД.

0487 УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Малахов В.В., Габрусенко С.А., Сергиенко И.В., Наумов В.Г., Беленков Ю.Н.

НИИ Кардиологии имени А.Л.Мясникова РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Усиленная наружная контрпульсация (УНКП) — новый современный неинвазивный лечебный метод, позволяющий добиваться повышения перфузионного давления в коронарных артериях во время диастолы и снижения сопротивления сердечному выбросу во время систолы.

Цель — Оценить эффективность и безопасность метода наружной контрпульсации для лечения больных с ИБС, стабильной стенокардией II-IV ФК, рефрактерной к медикаментозной терапии.

Методы исследования — 24 больным ИБС проведен лечебный курс УНКП, включавший 35 часовых процедур 5-6 раз в неделю в течение 7 недель. Использовался кардиотерапевтический комплекс ЕЕСР® Therapy System Model TS3 (Vasomedical Inc., USA). У всех пациентов несмотря на проводимую лекарственную терапию сохранялась стабильная стенокардия II-IV Ф.К., положительный нагрузочный тест на велоэргометре (ВЭМ), как критерий отбора. По данным коронароангиографии у 19 больных выявлено трехсосудистое, у 5- двухсосудистое, поражение коронарного русла. Пятнадцать ранее перенесли инфаркт миокарда, у 12 — проведена операция аорто-коронарного шунтирования, у 4-х — баллонная ангиопластика со стентированием. У 9 больных фракция выброса левого желудочка составляла 35-45%. До и после курса УНКП больным проводилось общеклиническое обследование с оценкой «качества жизни» с использованием Миннесотского опросника, ВЭМ-проба с скинтиграфией миокарда, суточное ЭКГ — мониторингирование.

Полученные результаты — Все больные отметили субъективное улучшение самочувствия при достоверном ($p<0,01$) улучшении «качества жизни». Не менее, чем вдвое уменьшилось количество приступов стенокардии (от 8,3±6,6 до 3,4±3,0) и потребность в нитратах (от 7,7±8,6 до 2,7±2,6 таблеток в сутки). Достоверно ($p<0,01$) повысилась толерантность к физической нагрузке, при этом ВЭМ-тест остался положительным у 5 больных, у остальных причиной прекращения пробы явилось достижение субмаксимальной ЧСС и усталость. Процедуры хорошо переносились больными, в ходе и после проведения лечения не было отмечено каких-либо побочных и нежелательных эффектов.

Выводы: первый опыт применения УНКП свидетельствует о высокой ее эффективности и безопасности в комплексном лечении больных ИБС, стабильной стенокардией, рефрактерной к лекарственной терапии при невозможности использования, в том числе повторного, методов реваскуляризации миокарда.

0488 АМБУЛАТОРНАЯ БИОРИТМИЧЕСКАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Малова Е.В., Сыркин А.Л., Стручкова Т.Я.

Клиника кардиологии Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: внедрение биоритмической фармакотерапии (БРФТ) артериальной гипертензии (АГ) в амбулаторную практику

Материалы и методы: под наблюдением находились 124 амбулаторных больных АГ (54 мужчин и 70 женщин) 58,3±15,4 лет с длительностью АГ 17,6±2,3 лет, исходно получавших 2-4 антигипертензивных препарата основных классов. Комплексное обследование больных включало суточное мониторирование АД (СМАД) с анализом значений максимальных систолического (САД max) и диастолического (ДАД max) АД по временным интервалам максимальной суточной активности системообразующих органов исходно, через 2 недели, 1, 2, 6, 12 месяцев БРФТ; динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы с определением параметров скоростей кровотока в щитовидных артериях исходно, через 6, 12 месяцев БРФТ. Кроме того, всем больным проводилось исследование липидного спектра крови до и через 6, 12 месяцев БРФТ, а также, для выявления функционального состояния щитовидной железы, оценивались уровни тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4 св.) исходно, через 6, 12 месяцев БРФТ. Исходные значения среднего САД max составили днем 188,3±9,8 мм рт.ст., ночью — 163,6±5,1 мм рт.ст.; среднее ДАД max составило днем — 115,9±8,2 мм рт.ст., ночью — 99,3±4,7 мм рт.ст. Исходно уровень триглицеридов (ТГ) составил 262,5±18,2 мг/дл, общего холестерина (ОХ) — 246,1±19,7 мг/дл. ТТГ и Т4 св. у всех больных находились в пределах нормальных значений. Скорости кровотока в щитовидных артериях составили исходно: максимальная (V max) — 0,30±0,03 м/с, минимальная (V min) — 0,10±0,02 м/с. БРФТ начинали с уменьшения исходной дозы базисных препаратов в 2 раза, но назначали их соответственно времени активности основных функциональных систем. В процессе БРФТ уменьшение дозы базисных препаратов проводилось через 2 недели, 1, 2, 6, 12 месяцев под контролем СМАД, липидного спектра, УЗИ щитовидной железы. Статистически достоверное снижение САД max и ДАД max наблюдалось уже через 2 недели. По мере снижения доз базисных препаратов тенденция нормализации показателей АД, скоростей кровотока в щитовидных артериях, липидного спектра сохранялась и через 6 месяцев БРФТ: значения среднего САД max составили днем 154,1±7,3 мм рт.ст., ночью — 134,7±4,4 мм рт.ст.; среднее ДАД max составило днем — 94,9±5,8 мм рт.ст., ночью — 83,3±3,9 мм рт.ст. (p<0,001); уровень ТГ — 182,8±10,2 мг/дл, ОХ — 209,1±11,4 мг/дл (p<0,01); скорости кровотока в щитовидных артериях: V max — 0,19±0,01 м/с, V min — 0,05±0,01 м/с (p<0,01). Далее пациенты получали поддерживающие дозы БРФТ.

Выводы: 1. БРФТ является эффективным способом лечения больных АГ в амбулаторных условиях, позволяющим оптимизировать липидный обмен, а также значительно уменьшить показатели скоростей кровотока в щитовидных артериях на фоне снижения в 2 — 7 раз суточных доз базисных антигипертензивных препаратов. 2. Повышение параметров скоростей кровотока в щитовидных артериях при неизменной васкуляризации ткани щитовидной железы и эутиреоидном состоянии можно рассматривать как один из маркеров АГ.

0489 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Малюкова Ю.В., Дорофеева Е.В., Алексеева Л.А.

ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: Уточнить влияние модулируемых и не модулируемых факторов на частоту пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных гипертонической болезнью (ГБ), число обращений в отделение скорой помощи и госпитализаций для лечения в последний год наблюдения.

Материал и методы: Проанализированы истории болезни 47 пациентов (25 женщин и 22 мужчин) с ПФП в возрасте от 56 до 94 лет, длительно страдавших ГБ. Средний возраст составил 75,1±8,3 лет. Все пациенты наблюдались с ГБ более 3 лет, получали ингибиторы АПФ и имели ПФП различной давности. В исследование не включались больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, неблагоприятно влияющими на прогноз. Изучено влияние не модулируемых факторов (возраст, пол, длительность анамнеза ГБ и ПФП) на частоту ПФП, вызовов скорой помощи и госпитализаций для купирования приступов в 2006 г.

Анализировались также модулируемые факторы: % достижения целевого уровня артериального давления (АД), среднее АД на врачебном приеме, особенности лекарственной терапии (антигипертензивной и антиаритмической) на протяжении последнего года наблюдения, размеры левого предсердия, распространенность метаболических нарушений (избыточный вес, ожирение, нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе), хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), хронической обструктивной болезни лёгких, арного диабета с следующие параметры левого предсердия.

Результаты. Статистически достоверными явились следующие данные. Среднее систолическое АД у больных, страдавших ГБ более 20 лет, по сравнению с пациентами, которые страдали ГБ менее продолжительно, было выше (147,72±10,13 мм рт.ст. и 140,12±8,45 мм рт.ст., p=0,008). Длительность анамнеза ПФП была больше у пациентов с длительностью ГБ более 20 лет, чем у больных с меньшей продолжительностью ГБ (8,5±6,1 лет и 3,91±2,68 лет, p=0,001). Больные, получавшие сочетание бета-адреноблокаторов с антиаритмическими препаратами различных групп, по сравнению с теми, кто принимал только бета-адреноблокаторы, имели достоверно больше приступов ПФП за последний год наблюдения (4,43±2,4 и 3,04±1,96, p=0,055) и вызовов скорой помощи за год (3,78±2,04 и 1,92±0,92, p=0,0003). У больных с сочетанной терапией бета-адреноблокаторами и антиаритмическими препаратами был более длительный анамнез ПФП (8,0±6,0 лет и 4,52±2,98 лет, p=0,018) и меньшие размеры левого предсердия (3,74±0,44 см и 4,05±0,41 см, p=0,03). При сравнении групп с нарушением углеводного обмена на стадии преддиабета и без нарушений углеводного обмена не получено достоверных различий по частоте ПФП (3,47 и 3,53, p>0,05), несмотря на существенные различия в размерах левого предсердия (4,21±0,31 см и 3,81±0,36 см, p=0,0004). У пациентов с сопутствующей ХОБЛ чаще возникали ПФП, чем у лиц без ХОБЛ (4,22±2,31 и 3,07±1,55, p=0,047).

Выводы: Длительный анамнез ГБ и сопутствующая ХОБЛ являются факторами риска ПФП. На фоне сочетания бета-адреноблокаторов с антиаритмическими препаратами регистрируется большее число ПФП и обращений в отделение скорой медицинской помощи, чем при применении бета-адреноблокаторов.

0490 ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ

Малютина С.К., Рябиков М.Н., Иванов С.В., Рябиков А.Н., Никитин Ю.П.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: Оценить возрастной градиент эндотелий-зависимой вазодилатации в зависимости от жесткости артериальной стенки.

Методы: Обследована популяционная выборка мужчин и женщин 18-69 лет (n=673). Неинвазивная оценка функции сосудистого эндотелия (реактивной вазодилатации) проводилась по стандартной методике (Celermajer) на плечевой артерии с помощью ультразвукового сканирования высокого разрешения. Максимальная поток-зависимая вазодилатация (ПЗВД) в фазу реактивной гиперемии менее 10% расценивалась как индикатор эндотелиальной дисфункции (ЭД). Показатели дигитального объемного пульса определяли с помощью метода фотоплетизмографии (Pulse Trace, Micro Medical, UK). Анализовали параметры индекса жесткости (SI), связанного со скоростью пульсовой волны в крупных артериях, и индекса отражения (RI) пульсовой волны. Обследование включало также стандартные методы эпидемиологического исследования сердечно-сосудистых заболеваний. Для анализа использовали статистический пакет SPSS (версия 13.0).

Результаты: Распространенность ЭД по показателю снижения ПЗВД в популяционной выборке 18-69 лет составила 55% и была в два раза выше среди мужчин, чем среди женщин (61,7% и 32,5%, p=0,003, соответственно). Показатели вазодилатации анализировали в возрастных группах младше 40 лет, 40-49, 50-59 и старше 60 лет. Средние параметры ПЗВД варьировали от 9,2% в младшей группе до 8,2% в старшей группе у мужчин и от 13,8% до 12,1% у женщин. Динамика ПЗВД в зависимости от возраста носила нелинейный характер, и ее снижение в исследованном возрастном диапазоне не достигало достоверного уровня (p=0,314 и

$p=0,343$ для мужчин и женщин, соответственно). При стандартизации по параметру жесткости артериальной стенки (в мужской выборке) выявлено достоверное снижение ПЗВД с возрастом в диапазоне 40–69 лет ($p=0,047$).

Выводы: Полученные результаты продемонстрировали нелинейный характер возрастной динамики поток-зависимой вазодилатации и предполагают, что оценка ПЗВД может отражать не только функцию эндотелия, но также зависеть от локальных механических характеристик сосуда. Ограничение максимальной вазодилатации при повышении артериальной жесткости может служить причиной недооценки вклада сниженной вазореактивности в риск сердечно-сосудистых событий.

Исследование выполнено при инструментальной поддержке ЗАО “ЛассаМед”, Москва.

0491 ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 40-59 ЛЕТ

Мамараджанова Д.А., Мамутов Р. Ш.

Республиканский Специализированный Центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка прогностической значимости основных факторов риска и их сочетаний в смертности от инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ по данным ЗАГСа одного из районов г. Ташкента по смертности от ИМ за 25 летний период первично обследованной в 1979–80гг неорганизованной мужской популяции 40–59 лет по изучению эпидемиологии ишемической болезни сердца. Обследование проводилось в соответствии с рекомендациями ВОЗ для эпидемиологических исследований с применением стандартных методов и унифицированных критериев оценки результатов. Случаи смертности регистрировались по данным «Врачебного свидетельства о смерти» в районном отделении ЗАГСа. Анализировались связи фатальных случаев ИМ с такими факторами риска (ФР) как курение (К), артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела (ИМТ), гиперхолестеринемия (ГХ), гипертриглицеридемия (ГТ) и их сочетаний.

Результаты исследования: В популяции первично обследованных 2147 мужчин за период наблюдения зарегистрировано 290 случаев фатального ИМ (13,5%), из которых 7,24% не имели ни одного ФР, один ФР – 27,3%, сочетание двух ФР – 39,6% сочетание трех ФР – 20,7%.

Наличие одного ФР и увеличение их количества у обследованных смертность от ИМ достоверно увеличивается ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют, что у мужчин умерших от ИМ основную часть составляли больные имевшие 1–2 ФР. Была изучена смертность в зависимости от сочетания различных факторов риска. Среди обследованных, имевших «старте» программы только один фактор риска наибольшая смертность от ИМ отмечена у курящих (13,8%) и больных АГ (6,2%). При сочетании 2 ФР наибольшая смертность отмечается при сочетании К с АГ (10,7%); К с ГХ (11,7%); АГ с ГХ (7,9%), из 3 ФР К, АГ с ГХ (7,9%).

Выводы: 1. Таким образом, на смертность от ИМ определенное влияние оказывают все рассмотренные ФР. 2. Основными неблагоприятными в прогнозе смертности от ИМ в популяции мужчин 40–59 лет г. Ташкента являются артериальная гипертензия и курение. 3. Увеличение числа ФР еще более ухудшают прогноз, особенно при сочетании артериальной гипертензии, курения и нарушений липидного обмена.

0492 НАСЛЕДУЕМЫЕ ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОТОМКОВ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

Мамонтов О.В., Вязьменова М.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им В.А. Алмазова, Росздора, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить состояние автономной регуляции кровообращения у молодых здоровых субъектов с отягощенной наследственностью по гипертонической болезни (ОТГБ) (заболевание как минимум у одного из кровных родственников первой степени родства, выявленная в возрасте до 50 лет).

Методы: Обследовано 36 здоровых добровольцев, в возрасте $22,3\pm 2,4$ года, которые в зависимости от наследственности были разделены на 2 группы – 17 человек ОТГБ(+) и 19 человек ОТГБ(-), составившие контрольную группу. Всем испытуемым выполнялась холодовая проба – оценка динамики кровотока верхней трети предплечья методом окклюзионной плетизмографии по Dohn, после аппликации льда на область противоположного предплечья. Вазомоторный компонент (ВК) кардиопульмонального барорефлекса (КПБР) тестировался при барорецепторов зон низкого давления. Во время тилт-теста с 10-минутным ортостатическим периодом после 10-минутного периода покоя и во время маневра Вальсальвы параметры гемодинамики регистрировались неинвазивным beat-to-beat методом с помощью монитора АД Finometer (FMS, the Netherlands) и параллельной записью ЭКГ. При этом рассчитывались динамика АД, ЧСС, спонтанный артериальный барорефлекс (АБР) и индекс Вальсальвы (ИВ).

Результаты: В ходе исследования в группе ОТГБ(+) выявлено снижение ВК КПБР по сравнению с группой контроля: $0,11\pm 0,10$ и $0,36\pm 0,15$, $p<0,001$, которое сопровождалось снижением холодовой вазоконстрикции (ХВК): $0,25\pm 0,11$ и $0,48\pm 0,08$, $p<0,001$, что свидетельствует о недостаточности эфферентной симпатической вазоконстрикторной реактивности в этой группе. При этом величина вазомоторного компонента напрямую коррелировала с ХВК, как в группе ОТГБ(+): $r=0,63$, $p<0,01$, так и в объединенной выборке $r=0,76$, $p<0,001$.

ИВ в группах не различался: $1,71\pm 0,26$ и $1,68\pm 0,26$, $p>0,05$. Более того, спонтанный АБР в основной группе был достоверно выше, чем в контроле: $22,8\pm 8,7$ и $14,4\pm 6,5$, $p<0,01$. При этом выявлена обратная зависимость между ХВК и величиной спонтанного АБР: $r=0,43$, $p<0,05$.

По исходному уровню АД и ЧСС группы не различались, однако, в ходе тилт-теста в группе ОТГБ(+) отмечалось более выраженное снижение систолического АД на первой минуте ортостаза $-25,0\pm 9,9$ и $-11,2\pm 11,5$ mm Hg, $p<0,001$, тогда как ЧСС в этой группе прирастала больше: на $19,8\pm 6,1$ и $13,8\pm 4,3$ сек, $p<0,005$. При этом снижение АД в ортостазе было связано с величиной ВК КПБР $r=0,58$, $p<0,01$, а прирост ЧСС с величиной АБР, $r=0,62$, $p<0,01$.

Выводы: Таким образом, при гипертонической болезни наследуется недостаточность симпатической нейрогенной сосудистой регуляции, которая ведет к дисфункции рефлексов с зон низкого давления и в молодом возрасте часто проявляется ортостатической гипотензией. Повышение активности артериального барорефлекса можно рассматривать как один из механизмов компенсации недостаточности сосудистой реактивности, в частности, при ортостатической нагрузке, посредством постуральной тахикардии.

0493 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Мандельштам М.Ю., Пчелина С.Н., Тихомирова О.С., Липовецкий Б.М., Константинов В.О., Васильев В.Б.

ГУ НИИЭМ РАМН, Санкт-Петербург, Россия; СПбГМУ им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; Институт мозга РАН, Санкт-Петербург, Россия; СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Уровень экспрессии гена рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП) определяет содержание атерогенных фракций холестеринных частиц в плазме крови и предрасположенность к развитию ишемической болезни сердца (ИБС). Одним из меха-

низмов реализации патологического фенотипа при семейной гиперхолестеринемии (СГ), вызванной мутациями в гене рецептора ЛНП, является нарушение транскрипции или снижение стабильности мРНК этого гена. В Санкт-Петербурге описано 33 мутации гена рецептора ЛНП, однако тонкий механизм реализации дефектного фенотипа при них неизвестен.

Цель работы: определение уровня мРНК рецептора ЛНП в моноцитах крови больных СГ с различными мутациями; оценка влияния эффективности статиновой терапии этих пациентов по увеличению экспрессии гена рецептора ЛНП.

Методы: Живые моноциты периферической крови получали с помощью центрифугирования в среде “Лимфосеп”, содержащей фиколл. Для выделения РНК и обратной транскрипции использовали наборы компании “Bio-Rad”. Определение уровня мРНК проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (технология TaqMan). Зонды для ПЦР спланировали с помощью программы PrimerExpress, их синтез осуществила фирма “Синтол” так что каждая проба несла метку по 5’ концу флуоресцеином (FAM) и по 3’ концу — гасителем флуоресценции RTQ1. Реакцию ПЦР проводили на приборе ABIPrism7000 (Applied Biosystems) или на приборе “MiniOpticon” (MJ Research, Bio-Rad Laboratories).

Полученные результаты: В исследовании был изучен уровень мРНК у пациентов с повторно встречающимися в Петербургской популяции мутациями G197del и C139G, а также у больных с уникальными мутациями (347delGCC, delta5kb, D601N, C74X и др.) и у пациентов с СГ с неизвестными мутациями. Для нормализации результатов по экспрессии гена рецептора ЛНП и сравнения результатов между больными применили разработанные нами праймеры и зонды на ген убиквитина. В случае мутаций, вызванных делециями, оказалось возможным раздельное измерение активности мутантного и нормального аллелей гена рецептора ЛНП. В случае миссенс-мутаций, вызванных нуклеотидными заменами в этом гене, раздельное измерение содержания аллель-специфических транскриптов было затруднено.

Выводы: В результате работы были показаны отличия в уровне мРНК гена рецептора ЛНП у больных с разными мутациями этого гена.

Настоящее исследование было поддержано грантом Российского Фонда Фундаментальных исследований (РФФИ), проект № 05-04-48235.

0494 ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВАХТОВИКОВ НЕФТЕГАЗОВЫХ ПРОМЫСЛОВ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Маношкина Е.М.

ОАО «Промгаз», Москва, Россия

Вахтовый персонал нефтегазовых предприятий, базирующихся на Крайнем Севере, подвержен хроническим заболеваниям в большей степени и в более молодом возрасте по сравнению с работниками нефтегазовых промыслов в средних широтах. Кроме того, течение хронических заболеваний на Крайнем Севере более тяжелое. Наибольшую распространенность в условиях Крайнего Севера у вахтовиков получили сердечно-сосудистые заболевания. По данным ряда источников, сердечно-сосудистые заболевания и их осложнения являются основной причиной смертности и инвалидизации персонала. При этом уровень смертности по причинам заболеваний сердца и сосудов, а также их осложнений в структуре смертности занимает первое место и составляет более 40 %. Это обусловлено высокой чувствительностью сердечно-сосудистой системы к экстремальным северным условиям. На Крайнем Севере на организм вахтовиков наряду с антропогенной экологической составляющей, характерной для нефтегазовых промыслов, действуют сложные метеорологические (чрезвычайно низкие температуры в сочетании с сильными ветрами, резкие перепады атмосферного давления и др.), климатические (необычная для человека средних широт фотопериодичность — полярная ночь и полярный день и др.), гелиогеофизические факторы (солнечная и магнитосферная активность). Из данных литературы известно, что в дни магнитных бурь на Крайнем Севере число вызовов бригад скорой помощи к

вахтовикам по поводу сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается в три раза, число инфарктов миокарда — на 47-50%, число инсультов — на 7-8%, количество приступов стенокардии возрастает в полтора раза.

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний у вахтовиков нефтегазовых предприятий наиболее распространены: артериальная гипертензия (55-60%), ишемическая болезнь сердца (10-15%), цереброваскулярные болезни (9-15%). Именно эти заболевания являются основными инвалидизирующими и увеличивающими смертность вахтовиков.

Направления мер по борьбе и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у вахтовиков нефтегазовых промыслов должны развиваться двумя основными путями:

1. Совершенствование медицинского профотбора контингента для вахтовых работ на Крайнем Севере. Так, известны два типа людей по степени адаптационных возможностей: стайеры и спринтеры. Стайеры хорошо адаптируются к работе в условиях Крайнего Севера и могут трудиться достаточно продолжительное время в состоянии компенсации. Спринтеры (их количество составляет приблизительно 20% от всех обследуемых) даже при наличии идеального здоровья не могут адаптироваться к условиям работы в высоких широтах, и у них быстро развиваются и прогрессируют хронические (в первую очередь — сердечно-сосудистые) заболевания.

2. Разработка и внедрение медико-экологических и социально-гигиенических профилактических программ, направленных на предупреждение развития сердечно-сосудистых заболеваний у персонала нефтегазовых предприятий.

0495 ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА И ВЕРАПАМИЛА SR НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Манукян А.В.¹, Сидоренкова Н.Б.¹, Ельчанинова С.А.¹, Корень Н.А.¹, Драгина И.В.²

¹ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Россия; ²МУЗ «Городская больница №1», Барнаул, Россия

Цель. Изучение влияния пролонгированных антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда на процессы перекисного окисления липидов и активность антиоксидантных ферментов у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого риска.

Материалы и методы. В открытое проспективное параллельное исследование включено 120 пациентов с АГ 1-2 степени и высоким кардиоваскулярным риском (ВНОК, 2004). Пациентам 1 группы был назначен амлодипин в дозе 5-10 мг, пациентам 2 группы — верапамил SR в дозе 120-360 мг. Исходно и в конце 12-недельного периода определяли концентрацию тиобарбитурат-реактивных продуктов, общую окислительную активность (ООА), концентрацию CD 31 позитивных микрочастиц в плазме крови, исследовали активность супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы, каталазы в эритроцитах, а также проводили суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты. В исходном состоянии у пациентов с АГ высокого риска выявлено повышение прооксидантной активности плазмы в 14 раз, уровня тиобарбитурат-реактивных продуктов — в 5,4 раза, эндотелиальных микрочастиц — в 2,1 раза, а также снижение соотношения анти-/прооксидативной активности в 10 раз по сравнению с контролем. Выявлена корреляционная взаимосвязь между ООА с уровнем среднесуточного диастолического АД ($r=0,47$, $p=0,027$), а также нагрузкой диастолическим АД за сутки ($r=0,48$, $p=0,023$). Концентрация CD31 позитивных частиц имеет отрицательную корреляционную связь с суточным индексом систолического АД ($r=-0,45$, $p=0,02$). Содержание антиоксидантных ферментов (СОД и каталазы) отрицательно коррелирует со среднесуточными показателями вариабельности диастолического АД ($r=-0,45$, $p=0,04$ и $r=-0,46$, $p=0,03$) соответственно. На фоне лечения верапамилом SR и амлодипином наблюдалось выраженное снижение систолического и диастолического АД во все временные периоды, а также увеличение количества больных с нормальным двухфазным суточным ритмом АД с 15,4% до 38,5% ($p<0,01$) и с 12,5% до 39,1% ($p<0,01$) соответственно. Монотера-

пия верапамилом SR и амлодипином сопровождалась снижением уровня маркеров оксидативного стресса, а также уменьшением концентрации эндотелиальных микрочастиц на 29% ($p < 0,05$) и 34% ($p < 0,05$) соответственно. Применение амлодипина приводило к повышению активности глутатионпероксидазы на 15% ($p < 0,05$) без существенных изменений активности других антиоксидантных ферментов.

Выводы. Пролонгированные антагонисты кальция амлодипин и верапамил SR вызывают значительное снижение уровня плазменных маркеров повреждения эндотелия, уменьшают интенсивность перекисного окисления липидов, что может быть одной из главных причин выраженного снижения нагрузки давлением и нормализации суточного ритма АД у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска.

0496 ТОРМОЖЕНИЕ АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ МИЦЕЛЛЯРНОЙ ФОРМОЙ ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТА

Манишарипова А.Т.¹, Джусупов А.К.¹, Гриневич Е.Е.¹, Ахсан Али¹, Шокарева Г.В.¹, Гильманов М.К.², Лекеров Е.М.², Шокарева Г.В.¹

¹НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Казахстан; ²ТОО «Казнаомед», Алматы, Казахстан

Целью работы было изучение влияния мицеллярного изосорбида динитрата на апоптоз кардиомиоцитов при коронарной недостаточности в эксперименте.

При исследовании нами были использованы крысы-самцы неинбредной линии весом 200–250 г. Группа № 1 состояла из 15 животных, подвергнутых коронарной недостаточности. Группа № 2 включала 15 животных с коронарной недостаточностью, которым перорально вводили изосорбида динитрат. Группа № 3 состояла из 15 животных с коронарной недостаточностью, которым внутрибрюшинно вводили гестоген (известный ингибитор апоптоза). Группа № 4 включала 15 животных с коронарной недостаточностью, которым вводили мицеллярную форму изосорбида динитрата. Контрольная группа состояла из 15 интактных животных.

На 3, 7, 11 сутки опыта проводили иммуногистохимическое исследование миокарда животных всех групп с помощью TUNEL метода с подсчетом апоптотического индекса. Исследования выполнены на микроскопе «Leica DM4000B» с объективом полуахроматическим/Fluotar, цифровой видеокамерой «Leica DFC 320» и разрешением 7,2 Мрх. фирмы «Leica Microsystems».

В результате исследования обнаружено, что апоптотический индекс миокарда животных группы № 1 и 2 на 3 сутки ($28,4 \pm 4,7\%$ и $21,4 \pm 3,5\%$, соответственно) и в динамике практически не изменялся. Апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 2 был в 4,5 раза выше по сравнению с такими же данными интактных животных ($6,3 \pm 3,1\%$) на 3 сутки, $p < 0,001$. Анализ иммуногистохимического исследования показал, что апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 3 был равен $3,4 \pm 2,3\%$, что практически не отличалось от аналогичных данных животных контрольной группы, а в динамике имел тенденцию к повышению. Апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 на 3 сутки был равен $24,7 \pm 2,6\%$, что было в 3,9 раза выше аналогичных данных животных контрольной группы, $p < 0,05$. В тоже время апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 достоверно не различался от аналогичного показателя животных группы № 1, $p > 0,05$. На 7 сутки апоптотический индекс ткани миокарда животных с коронарной недостаточностью и введенной мицеллярной формой изосорбида динитрата был равен $16,3 \pm 2,5\%$, что достоверно не различалось от аналогичного показателя на 3 сутки, $p > 0,05$. Однако, на 11 сутки апоптотический индекс ткани миокарда животных группы № 4 равнялся $7,2 \pm 3,1\%$, что было в 2,3 раза ниже аналогичного показателя на 7 сутки и в 3,4 раза ниже аналогичного показателя на 3 сутки эксперимента.

Таким образом, мицеллярный изосорбид динитрат может вызывать торможение апоптоза кардиомиоцитов при развитии коронарной недостаточности, а ингибирование апоптотического процесса зависит от длительности введения препарата.

0497 СОЗДАНИЕ НАНОКАПСУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА

Манишарипова А.Т.¹, Джусупов А.К.¹, Гильманов М.К.², Ким З.Г.¹, Ахсан Али¹, Нургадиева Г.К.¹, Лекеров Е.М.², Симбирцев А.С.³

¹НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, Алматы, Казахстан; ²ТОО «Казнаомед», Алматы, Казахстан; ³ФГУП «ГНИИОЧБ», Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования явилось создание новой нанокапсулярной формы препарата интерала (интерферон альфа) для трансдермального введения.

Материалы и методы. Материалом служил препарат интераль (НИИОЧБ, г. С-Петербург) и нанокапсулы из фосфатидилинозитола. При разработке препарата применялись биотехнологические методы.

Основу нанокапсулярной формы составлял фосфатидилинозитол, а в качестве активного вещества в нанокапсуле выступал препарат интерферона альфа — интераль. Фосфатидилинозитол содержал в своем составе 6-атомный спирт — инозитол, который через остаток фосфорной кислоты соединен с 3 углеродным атомом глицерина. К 1,2 углеродному атому глицерина через оксигруппы были присоединены 2 жирные кислоты. Для формирования везикул раствор фосфолипида вносили в буферный раствор, и подвергали ультразвуковой диспергации. В результате формировались бислойные везикулы (шарообразные структуры) размером менее 1 микрон, у которой полярные головки фосфата и инозитола ориентированы наружу, а гидрофобные хвосты обращены друг другу и образовали внутреннюю бислойную структуру.

В результате исследования был разработан и произведен оригинальный метод загрузки нанокапсулярных структур препаратом интерферона альфа. Нанокапсулярная форма интерала приготовлена на мажевой основе, содержащей ланолин, подсолнечное масло, дистиллированную воду и интераль соотношении 1:1:1:1. Приготовленная трансдермальная форма мицелл с интералем представляет собой взвесь бело-желтого цвета, являлась достаточно инертной, нейтральной. Начальные доклинические исследования показывают достаточно высокую стабильность раствора и отсутствие аллергических реакций при введении препарата.

Таким образом, разработана новая нанокапсулярная форма интерала, которая может в будущем применяться в кардиологической и терапевтической практике.

0498 СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ ДИСПАЗИИ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Мартемьянова Е.Г., Кожевникова Л.Э., Найдич А.М., Бляхман А.

ООО «Преображенская клиника», Екатеринбург, Россия

Цель: количественно оценить региональную механику левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с синдромом соединительно-тканной дисплазии (ССД).

Методы: 38 пациентов (25 мужчин, 13 женщин; в возрасте от 23 до 42 лет) с марфаноподобным и эллерсиподобным фенотипами, синдромом гипермобильности суставов без клинических признаков хронической сердечной недостаточности были обследованы методом трансторакальной ЭхоКГ на аппарате «Sonoline — G60S» («Siemens»). У всех пациентов был выявлен пролапс передней створки митрального клапана 1 степени, митральная регургитация 0–1 степени, дополнительные хорды в полости ЛЖ. В целом, нарушений систолической и диастолической функции ЛЖ не выявлено, в частности, фракция изгнания составляла $60,03 \pm 0,82\%$; трансмитральный поток двухпиковый, E/A $1,3 \pm 0,05$. Для изучения региональной функции ЛЖ эндокардиальные контуры камеры в сечении по длинной оси были обведены вручную для каждого кадра полного сердечного цикла с шагом в 40 мс. Движение 12 регионов (сегментов) стенки ЛЖ было оценено с использованием программно-аппаратного комплекса «Diso»© («Роспатент», № 2002610607). Для этого площадь под контуром ЛЖ, за исключением области митрального клапана, была разделена на 12 секторов радиусами, соединяющими центр

масс очерченной фигуры с ее контуром. Таким путем были получены 12 равноугольных секторов, основанием для каждого из которых являлся соответствующий сегмент (регион) эндокарда. Степень укорочения каждого региона оценивалась по относительному изменению площади соответствующего сектора. Для количественного описания степени неодинаковости вкладов регионов в изгнание крови ЛЖ, был использован коэффициент вариации (CV) величин укорочения 12 сегментов в конце систолы ЛЖ. Степень механической асинхронности определялась по величине стандартного отклонения моментов времени (ΔT), соответствующих максимальному укорочению 12 регионов.

Результаты: у всех пациентов наблюдалось anomальное движение межжелудочковой перегородки (МЖП). А именно, укорочение базальных и сосочковых сегментов МЖП начиналось позже по отношению к переднебоковой стенке ЛЖ. В ряде случаев эти сегменты в начале систолы ЛЖ демонстрировали парадоксальное движение, которое проявлялось растяжением участков МЖП. Кроме того, максимальное укорочение этих регионов возникало в диапазоне от 70 до 120 мс позднее сегментов свободной стенки, которые к этому времени уже удлинялись вследствие диастолического наполнения ЛЖ. В итоге, параметры, характеризующие особенности региональной функции миокарда ΔT и CV имели высокие значения: $41,1 \pm 1,58$ мс и $22,6 \pm 1,62\%$, соответственно.

Выводы: при наличии сохранной функции ЛЖ в целом, у пациентов с ССД имеет место высокая степень механической асинхронности сердечной стенки, которая приводит к увеличению неодинаковости вкладов регионов в изгнание крови ЛЖ. Оба эти явления в миокарде снижают эффективность работы ЛЖ и, следовательно, сопряжены с вовлечением в сердце механизмов адаптации к структурным особенностям ЛЖ при ССД.

0499 СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Масленникова О.М.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Цель: изучить показатели скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам крупного и среднего калибра у беременных женщин с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Учитывая известный факт изменения СРПВ у больных артериальной гипертензией, дизайн исследования предусматривал включение трех групп: беременных с гипертензией, небеременных женщин с артериальной гипертензией и группу здоровых женщин. В основную группу было включено 28 беременных женщин с артериальной гипертензией, диагностированной до двадцатой недели гестации. Срок гестации на момент обследования составил $17,7 \pm 4,5$ недель. Группа сравнения включала 20 пациенток с артериальной гипертензией 1–2 степени без значимой сопутствующей патологии. Группа контроля состояла из 25 здоровых небеременных женщин. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $29,7 \pm 4,4$ лет).

СРПВ по сосудам эластического и мышечного типа изучалась на аппаратно-программном комплексе «Поли-Спектр-12» (ООО «НейроСофт», Иваново). СРПВ определялась по скорости запаздывания пульсовой волны на периферии по отношению к центральному пульсу. Регистрация сфигмограмм осуществлялась в стандартных условиях на участке сонная–бедренная артерия (СРПВ по сосудам эластического типа) и сонная–лучевая артерия (СРПВ по сосудам мышечного типа). Оценивали также отношение СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа.

Результаты. У обследованных беременных женщин с артериальной гипертензией СРПВ по сосудам эластического типа составила в среднем $6,5 \pm 1,2$ м/с. Этот показатель был несколько ниже, чем в контрольной группе ($7,1 \pm 1,1$ м/с) и достоверно ниже, чем у пациенток с артериальной гипертензией ($7,7 \pm 1,1$ м/с, $p < 0,05$). Средние значения СРПВ по сосудам мышечного типа у беременных с гипертензией колебались от 4,5 до 9,6 м/с, среднее значение — $6,8 \pm 1,1$ м/с. У здоровых небеременных женщин данный показатель, характеризующий тонус сосудов, был гораздо выше и составлял в среднем $8,0 \pm 0,8$ м/с ($p < 0,01$).

Самой высокой СРПВ по сосудам мышечного типа была в группе женщин с артериальной гипертензией ($9,1 \pm 1,1$ м/с). Соотношение СРПВ по сосудам мышечного типа к СРПВ по сосудам эластического типа во всех трех группах достоверно не различалось (в основной группе — $1,1 \pm 0,2$, в группе сравнения — $1,2 \pm 0,2$, в контрольной — $1,1 \pm 0,2$).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что значения СРПВ, характеризующие эластические свойства сосудов крупного и среднего калибра у беременных женщин с артериальной гипертензией ниже, чем у небеременных пациенток с артериальной гипертензией того же возраста. Кроме того, нами отмечено, что при соответствии СРПВ по сосудам эластического типа у беременных возрастной норме, СРПВ по сосудам мышечного типа было ниже, чем в контроле. Это может быть связано с патогенетическими особенностями гипертензии у беременных, в частности с иной ролью сосудистого тонуса в генезе гипертензии.

0500 ДИНАМИКА СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Масленникова О.М., Назарова О.А., Фомин Ф.Ю.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия; ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: изучить влияние гипотензивной терапии на скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование было включено 37 человек (14 мужчин, 23 женщины) с гипертонической болезнью II стадии, артериальной гипертензией 1–2 степени без значимой сопутствующей патологии. Средний возраст больных составил $51,7 \pm 3,9$ лет. Проводилось общеклиническое обследование больных, включающее проведение суточного мониторирования АД, эхокардиографию.

СРПВ определяли по данным сфигмографии на аппаратно-программном комплексе «Поли-Спектр-12» (ООО «НейроСофт», Иваново) по стандартной методике. СРПВ по сосудам эластического типа оценивали на участке сонная–бедренная артерия, по сосудам мышечного типа — на участке сонная–лучевая артерия.

В качестве гипотензивной терапии у 21 пациента (56,8 %) использовали антагонисты кальция (амлодипин), в том числе в сочетании с метопрололом. У 16 человек (43,2%) применялся периндоприл с индапамидом. В наблюдаемой группе монотерапию получали 17 человек (45,9%), терапию двумя препаратами — 20 человек (54,1%). Пациенты обследовались дважды — при включении в исследование и через три месяца лечения.

Результаты. При включение в исследование средний уровень систолического АД у пациентов составил $156 \pm 6,2$ мм рт.ст., диастолического АД — $91,2 \pm 3,4$ мм рт.ст. Через 3 месяца лечения целевого уровня АД достигли 30 человек (81%), у остальных АД снизилось не менее, чем на 10 мм рт.ст.

СРПВ по сосудам эластического типа за время лечения уменьшилась с $9,6 \pm 0,9$ м/с до $8,9 \pm 0,8$ м/с ($p < 0,05$). Достоверно также снизилась СРПВ по сосудам мышечного типа — с $9,4 \pm 0,9$ м/с до $8,5 \pm 1,1$ м/с ($p < 0,05$). Динамика СРПВ по сосудам эластического и мышечного типа наблюдалась как у пациентов, достигших целевого уровня АД, так и у пациентов с недостаточным его контролем. Степень снижения СРПВ по сосудам эластического типа коррелировала со степенью снижения АД ($r = 0,44$, $p < 0,05$). В целом, уменьшение СРПВ под влиянием терапии наблюдалось у 28 больных (75,7%). Не было выявлено достоверных различий в динамике СРПВ у пациентов, получающих амлодипин, в том числе в сочетании с метопрололом, и пациентов, получавших в качестве гипотензивной терапии периндоприл с индапамидом.

Выводы. Отмеченная динамика показателей СРПВ, характеризующих эластические свойства сосудов крупного и среднего калибра, свидетельствует о возможности применения метода исследования СРПВ для контроля эффективности гипотензивной терапии у больных артериальной гипертензией.

0501 МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — многофакторный анализ между показателями липидного обмена (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП) и функциональными пробами печени (АСТ, АЛТ, общий белок, альбумины, $\Delta 1$ -, $\Delta 2$ -, β -, γ -глобулины) у больных ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 190 больных (82 мужчин, 108 женщин, средний возраст $53,05 \pm 0,6$ г.) ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа. Статистическую обработку проводили, используя многофакторный корреляционный анализ с определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Многофакторный анализ показал, что средние значения показателей липидограммы (общий ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП) и функциональные пробы печени АСТ, АЛТ, общий белок, альбумины, $\Delta 1$ -, $\Delta 2$ -, β -, γ -глобулины высоко последовательно коррелировали между собой ($r \geq 0,9$, $P < 0,001$).

Выводы. Результаты проведенного многофакторного анализа выявили закономерности: показатели липидного метаболизма и функциональные пробы печени взаимосвязаны у больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

0502 СОСТОЯНИЕ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА, ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — проведение многофакторного анализа между показателями ацетиляторного статуса (степень ацетилирования в крови, суммарная ацетилирующая способность организма), липидного обмена (общий ХС, триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП) и белкового обмена (общий белок, альбумины, $\Delta 1$ -, $\Delta 2$ -, β -, γ -глобулины) у мужчин постинфарктным кардиосклерозом, метаболическим синдромом и наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии.

Методы исследования. Проведено обследование 42 мужчин постинфарктным кардиосклерозом, метаболическим синдромом и наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии. Диагностическая программа включала клиническое, лабораторное и инструментальное исследования. Проведен многофакторный анализ с использованием корреляционного анализа и критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Многофакторный анализ показал, что при оценке коэффициента корреляции выявлена тесная взаимосвязь ($r \geq 0,9$, $P < 0,001$) между средними показателями ацетиляторного статуса (степень ацетилирования в крови, суммарная ацетилирующая способность организма), концентрациями общего ХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, показателями обще-

го белка, альбуминов, $\Delta 1$ -, $\Delta 2$ -, β -, а также средними значениями ($r \geq 0,9$, $P < 0,001$) всех параметров липидного и белкового обмена.

Выводы. Проведенный многофакторный корреляционный анализ позволяет считать, что ацетиляторный статус с вероятностью 99% определяет основные параметры липидного и белкового обмена.

Установленная закономерность дает возможность оценить интенсивность липидно-белковых и энергетических реакций, протекающих как в миокарде, так и организме больных ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом, в том числе и постинфарктным кардиосклерозом, метаболическим синдромом и наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии.

0503 ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В.В., Лазарев А.В., Фомина И.Г.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить изменения спироэргометрических показателей у больных с артериальной гипертензией в сочетании с избыточной массой тела.

Материалы и методы: обследовано 48 больных АГ в возрасте от 18 до 30 лет, средний возраст $21,2 \pm 3,8$ лет. У 21 (43,7%) пациента был зафиксирован избыточный вес, исходя из вычисления индекса Кетле. В связи с чем были проанализированы основные составляющие спироэргометрии у больных, предварительно разделив их на 2 группы: с индексом массы тела (ИМТ) < 25 и ИМТ > 25 . Больные выполняли дозированную физическую нагрузку на тредмиле по протоколу R. Bruce. Во время пробы проводился газовый анализ выдыхаемого воздуха. Нагрузка прекращалась по достижении субмаксимальных величин частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при появлении жалоб и объективных критериев прекращения нагрузки.

Результаты: больные с избыточной массой тела быстрее достигали анаэробного порога при меньшем потреблении кислорода $14,5 \pm 4,2$ мл/мин/кг при $18,8 \pm 4,7$ мл/мин/кг у больных с нормальной массой тела, $p < 0,05$. Аналогичная ситуация отмечалась и с показателем, отражающим выделение углекислого газа. Достоверно более низкое его значение $12,9 \pm 3,9$ мл/мин/кг было у больных с ИМТ > 25 при достижении анаэробного порога. В восстановительный период пациенты с избыточной массой тела также отличались пониженным уровнем выделения углекислого газа $11,6 \pm 2,3$ мл/мин/кг. Легочная вентиляция у больных с ИМТ > 25 была также снижена, как в покое, так и при достижении анаэробного порога. Значения кислородного пульса у больных с ИМТ > 25 составили $15,3 \pm 3,6$ уд/мин, что достоверно выше чем у больных из сравниваемой группы — $13,0 \pm 3,4$ уд/мин.

Выводы: низкий уровень выделения углекислого газа у больных АГ с избыточной массой тела указывает на более низкую концентрацию лактата в крови у них при достижении анаэробного порога и опосредованно о более низкой легочной вентиляции. Следовательно, у больных с ИМТ > 25 анаэробный порог достигается при меньших значениях лактата в сравнении с другой группой. Увеличение значений кислородного пульса у этой группы больных, вероятно, обусловлено большей потребностью периферических отделов в кислороде на фоне максимальной нагрузки.

0504 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА ЖЁСТКОСТЬ АРТЕРИЙ СПИРАПРИЛА И АМЛОДИПИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 1 И 2 СТЕПЕНИ

Матросова И.Б., Герасимова А.С., Томашевская Ю.А., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: сравнение клинической эффективности и влияния на жёсткость артерий спираприла и амлодипина у пациентов с арте-

риальной гипертензией (АГ) 1-2 степени и метаболическим синдромом (МС).

Методы: группа пациентов, получавших спираприл, составила 37 человек, включая 13 человек с АГ 1 и 2 степени (офисное АД $149,9 \pm 3,2$ мм рт.ст. и $90,92 \pm 1,7$ мм рт.ст.) и 24 человека с МС (офисное АД $157,5 \pm 2,5$ мм рт.ст. и $94,26 \pm 1,6$ мм рт.ст.). Все пациенты 24 недели получали квадропринил в дозе 6 мг/сут. При недостаточном контроле АД добавляли гипотиазид в дозе 12,5-25 мг/сут. Группа пациентов, получавших амлодипин составила 51 человек, включая 17 человек с АГ 1-2 степени (офисное АД $151,1 \pm 2,4$ мм рт.ст. и $95,0 \pm 2,0$ мм рт.ст.) и 34 человека с МС (офисное АД $156,7 \pm 2,0$ и $99,1 \pm 1,3$ мм рт.ст.). Все пациенты 24 недели получали амлодипин в дозе 5-10 мг/сут. При недостаточном контроле АД добавляли метопролол в дозе 50-200 мг/сут.

Жесткость артерий оценивали объемной сфимографией прибором VaSera-1000 (Fucuda Denshi, Япония). Исследовали: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в артериях эластического типа (R-PWV и L-PWV) и в артериях мышечного типа (B-PWV); кардио-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI и L-CAVI).

Результаты: на фоне лечения спираприлом отмечалось достоверное снижение офисного АД в группе больных с АГ 1 и 2 степени: САД до $124,2 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ДАД до $79,9 \pm 1,6$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). В группе с МС САД снизилось до $130,2 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ДАД до $82,1 \pm 0,7$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). У больных с МС достоверно снизились: R-PWV — с $14,78 \pm 0,4$ м/с до $13,81 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,0001$) и L-PWV с $14,8 \pm 0,5$ м/с до $13,76 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,001$); B-PWV с $8,4 \pm 0,2$ м/с до $7,6 \pm 0,2$ м/с ($p = 0,002$). CAVI и L-CAVI снизились на 6,5% и 4,3%, соответственно. У пациентов с АГ PWV и CAVI не изменились. В группе получавшей амлодипин, у больных с АГ 1-2 степени достоверно снизилось офисное АД до $123,9 \pm 1,3$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$) и $80,8 \pm 1,3$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). В группе МС офисное АД снизилось до $130,1 \pm 2,4$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$) и $82,6 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). У пациентов с МС снизился СРПВ: R-PWV — с $14,8 \pm 0,4$ м/с до $13,04 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,0001$); L-PWV — с $14,9 \pm 0,4$ м/с до $13,1 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,0001$); B-PWV — с $7,6 \pm 0,3$ м/с до $7,0 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,05$). CAVI и L-CAVI снизились с $8,7 \pm 0,3$ до $7,7 \pm 0,2$ ($p < 0,0001$) и с $8,8 \pm 0,3$ до $7,6 \pm 0,2$ ($p < 0,0001$), соответственно. У пациентов с АГ 1-2 степени R-PWV уменьшилась с $13,1 \pm 0,7$ м/с до $11,8 \pm 0,2$ м/с ($p < 0,05$); L-PWV с $13,1 \pm 0,6$ м/с до $11,9 \pm 0,3$ м/с ($p < 0,05$); B-PWV с $7,9 \pm 0,5$ м/с до $6,7 \pm 0,5$ м/с ($p < 0,05$). CAVI снизился с $8,8 \pm 0,7$ до $7,5 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и L-CAVI с $9,7 \pm 1,4$ до $7,4 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

Выводы: спираприл и амлодипин в равной мере эффективно нормализуют АД у больных с АГ 1-2 степени и МС, достоверно снижают жесткость артерий эластического и мышечного типа в группе с МС. В группе пациентов с АГ вазопротекторное действие амлодипина более выражено.

0505 СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Махарова Н.В., Пинигина И.А., Захарова А.А., Донская А.А*, Григорьева Л.В., Соловьева Н.А.

ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я), Якутск, Россия; *Медицинский институт ЯГУ, Якутск, Россия

Проблема «спортивного сердца» — одна из основных проблем спортивной медицины — на протяжении многих лет, начиная с работ S. Henschen еще в конце прошлого века и до наших дней, неизменно привлекает к себе внимание ученых и врачей. Несмотря на значительное число фундаментальных исследований в этой области как у нас в стране, так и за рубежом, вопрос гипертрофии миокарда у спортсменов остается недостаточно изученным. Согласно литературным данным распространенность гипертрофии левого желудочка у спортсменов зависит от направленности тренировочного процесса, спортивного стажа, факторов риска.

Цель исследования. Выявление гипертрофии миокарда левого желудочка у спортсменов высокого класса, тренирующихся ациклическими видами спорта.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 72 спортсмена с одинаковой направленностью тренировочного процес-

са в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст $19,8 \pm 2,6$ года). Стаж занятий спортом составил $12,3 \pm 2,9$ года (от 7 до 12 лет). Обследованные имели высокий уровень спортивного мастерства (не ниже кандидата мастера спорта) По результатам проведенного углубленного медицинского осмотра все спортсмены были признаны практически здоровыми. Контрольную группу составили 34 практически здоровых мужчин сопоставимых по возрасту и полу.

Эхокардиография проводилась на эхокардиографе HDI-3000 (ATL, США) по методике Американской ассоциации эхокардиографии. По результатам исследования определялась ММЛЖ, которая рассчитывалась по формуле Devereux and Reichek. Далее ММЛЖ индексировалась к площади поверхности тела (Корнельский критерий: верхняя граница нормы — 134 г/м^2 для мужчин) и к росту возведенному в 2,7-ю степень (верхняя граница нормы — $50 \text{ г/м}^2,7$ для мужчин).

Результаты. ТМЖП у спортсменов составила — $0,9 \pm 0,1$ см, в контрольной группе — $0,8 \pm 0,1$ см; ТЗСЛЖ соответственно — $0,9 \pm 0,1$ см и $0,8 \pm 0,3$ см; ММЛЖ — $165,6 \pm 37,1$ г и $108,7 \pm 4,17$ г, ИММЛЖ к площади поверхности тела — $94,1 \pm 14,3 \text{ г/м}^2$ и $60,4 \pm 2,2 \text{ г/м}^2$, при индексировании к росту возведенному в 2,7-ю степень — $40,7 \pm 7,7 \text{ г/м}^2,7$ ($25,8 \pm 5,6 \text{ г/м}^2,7$). Абсолютная масса миокарда была увеличена у 31,3% спортсменов, при индексации к площади — у 3,1%, при индексации к росту, возведенному в 2,7-ю степень — у 18,8% спортсменов.

Выводы. Таким образом, адаптация к физическим нагрузкам сопряжена с структурными изменениями. У спортсменов, занимающихся ациклическими видами спорта в Республике Саха (Якутия) ГЛЖ выявлена по Корнельскому критерию у 3,1%, при этом спортсмены с одинаковым характером и интенсивностью физических нагрузок имеют различную выраженность изменений. В связи с этим нельзя исключить вклад генетического компонента в характер и степень этих изменений. Необходимы дальнейшие исследования для уточнения характера генетических влияний на адаптацию сердца спортсменов к физическим нагрузкам.

0506 СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У ЛИЦ СО СНИЖЕННОЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИЕЙ

Махмудов Э.А.

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России Московская область, Балашиха, Россия

Целью нашего исследования явилось изучение липидного обмена, а также функциональное состояние инкреторного аппарата поджелудочной железы у женщин после двусторонней овариэктомии у мужчин с синдромом Клайнфельтера (диагноз верифицирован с помощью кариотипирования).

Обследовано 12 женщин с «хирургической» менопаузой в возрасте от 21 до 54 лет (в среднем $39,8 \pm 2,1$ года) и 12 больных мужчин с синдромом Клайнфельтера в возрасте от 17 до 38 лет. Для характеристики липидного обмена в сыворотке крови определяли: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), бета-липопротеиды, фракции липопротеидов общепринятыми методами. Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) и С-пептида определялись методами радиоиммунологического анализа. Контрольную группу составили 50 женщин и мужчин в возрасте 40-69 лет, распределенных по возрастным группам согласно классификации ВОЗ. У женщин с «хирургической» менопаузой обнаружено повышение уровня ТГ в крови по сравнению с контрольной группой женщин 40-49 лет, как в лютеиновую, так и фолликулиновую фазы менструального цикла и достоверно не различались с группами в возрасте 50-59 и 60-69 лет. Концентрация ХС у женщин с «хирургической» менопаузой была повышенной при сравнении с контрольной группой 40-49 лет и составила $5,92 \pm 0,12$ ммоль/л ($P < 0,001$). Концентрация липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) оказалась ниже, чем во всех возрастных группах контроля ($27,4 \pm 0,8$ г/л, $P1-3 < 0,001$). Уровни липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у женщин с «хирургической» менопаузой были ниже, чем в контрольной группе 50-59 и 60-69 лет. У больных с синдромом Клайнфельтера уровень ТГ был достоверно выше, чем у здоровых лиц во всех возрастных группах, а уровень ХС у больных превышал данные контрольной группы 60-69 лет.

Концентрация ЛПНП у больных с синдромом Клайнфельтера была выше в 1,6 раза чем в контрольной группе 50-59 лет.

При исследовании концентрации С-пептида и ИРИ в крови оказалось, что у женщин с «хирургической» менопаузой уровень ИРИ достоверно превышает этот показатель в контрольных группах женщин 40-49 и 50-59 лет, а у больных с синдромом Клайнфельтера концентрация ИРИ выше, чем во всех возрастных группах контроля.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что у женщин с «хирургической» менопаузой и у мужчин с синдромом Клайнфельтера имеют место нарушения липидного обмена в сочетании с гиперинсулинемией, аналогичные изменениям обнаруженным у здоровых лиц старших возрастных групп. Это необходимо иметь в виду при обследовании и разработке тактики ведения данной категории больных.

0507 НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Махнырь Е.Ф., Шостак Н.А., Магнитский А.В.

ГОУ ВПО «Российский Государственный медицинский университет Росздрава» Кафедра факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова, Москва, Россия

Цель: Изучение диастолической функции левого желудочка у пациентов с ревматоидным артритом (РА) путем анализа трансмитрального кровотока в связи с возрастом пациентов, продолжительностью и активностью заболевания.

Методы: Обследовано 70 пациентов (средний возраст 47 лет) с установленным диагнозом РА согласно критериям АРА без признаков поражения сердца и сопоставимая по возрасту контрольная группа больных ИБС: Стенокардией напряжения ФКП. Проведено обследование с помощью эхокардиографа АЛОКА 1700 (Япония) в двухмерной методике с проведением цветного доплеровского картирования. Оценивались параметры трансмитрального кровотока (Е/А).

Результаты и обсуждение: Нарушение диастолической функции левого желудочка отмечено у 17,1% больных РА, у которых выявлены изменения трансмитрального доплеровского кровотока, что связано с увеличением конечного диастолического давления в полости левого желудочка. В данной подгруппе больных выявлено достоверное уменьшение скорости потока раннего диастолического наполнения левого желудочка (пик Е) на 9,1% ($p < 0,001$) и увеличена скорость наполнения левого желудочка в предсердную систолу за счет повышения нагрузки левого предсердия (пик А) на 10,7% ($p < 0,05$). Коэффициент Е/А достоверно был меньшим у больных РА ($p < 0,001$), чем у больных ИБС. ДДФ левого желудочка в нашем исследовании выявлялась одинаково часто у больных ИБС и РА, что требует обсуждения, поскольку в группе больных РА в соответствии с клинико-инструментальными данными обследования случаи ИБС и ГБ отсутствовали. Установлена корреляционная зависимость между высокой активностью РА и диастолическими нарушениями. Мы выявили увеличение размеров левого предсердия у пациентов РА в сравнении с ИБС.

Нарушения диастолической функции, в отсутствие признаков гипертрофии ЛЖ предполагают наличие специфического поражения миокарда при РА: неспецифического миокардита, гранулематозных образований в миокарде, вторичного амилоидоза, васкулита коронарных сосудов. При РА именно эти процессы могут оказаться причиной нарушения заполнения ЛЖ и умеренного увеличения предсердий. Выявлена статистически значимая корреляционная зависимость параметров диастолической функции Е/А и продолжительности заболевания более 5 лет ($p < 0,05$), вне зависимости от возраста начала заболевания. Это позволяет предполагать наличие субклинического поражения миокарда в течении заболевания.

Мы отметили достоверную зависимость выявления ДДФ левого желудочка с высокой активностью РА ($p < 0,05$) и серопозитивностью по РФ ($p < 0,05$), а также с наличием таких внесуставных проявлений РА, как анемия ($p < 0,05$), лихорадка ($p < 0,01$), амиотрофия ($p < 0,01$), ревматоидные узелки ($p < 0,01$), кожный васкулит ($p < 0,01$).

Выводы: ДДФ левого желудочка у больных РА является маркером поражения миокарда в рамках внесуставных проявлений заболевания.

0508 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕВЕТЕНА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Мацевич М.В., Федорова И.В., Нахаева Г.А., Адашева Т.В., Майданюк Ю.В.

ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить влияние терапии теветеном на суточный профиль артериального давления (АД), показатели функции внешнего дыхания (ФВД), функцию эндотелия у больных с артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: было обследовано 40 пациентов с АГ 1-2 степени в сочетании с ХОБЛ II-III стадии в период ремиссии в возрасте $59,7 \pm 0,9$ лет. Пациенты получали 600 мг теветена в сутки в течение 16 недель. При неадекватном контроле артериального давления проводилась коррекция терапии присоединением 12,5-25 мг гидрохлортиазид. Исходно и после терапии проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), оценка показателей ФВД, исследование экспрессии молекулы межклеточной адгезии сосудистого типа 1 (VCAM-1) методом иммуноферментного анализа.

Полученные результаты: на фоне лечения было отмечено достоверное снижение среднесуточных значений АД с достигнутым целевым цифр АД: снижение срСАД и срДАД у больных составило 10,5% ($p < 0,001$) и 11,4% ($p < 0,001$) соответственно. У 23,7% больных с исходно высокой вариабельностью САД на фоне терапии выявлено её уменьшение ($p < 0,001$). В процессе терапии теветеном частота наиболее благоприятного суточного профиля АД типа «dipper» увеличилась с 39,5% до 57,9%, тип «non dipper» стал выявляться у 42,1% больных по сравнению с 52,6% исходно, а тип «night picker» после лечения выявлен не был. Исходно скорость утреннего повышения АД у 76,3% пациентов была повышена. На фоне лечения теветеном данный показатель снизился на 17,8% ($p < 0,001$) у 68,9% пациентов, тогда как у остальных больных сохранялся повышенным. Отсутствие нормализации скорости утреннего подъема АД связано с усилением и сохранением бронхообструктивного синдрома в ранние утренние часы. У исследуемых пациентов до начала терапии значения объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и индекса Тиффно (ИТ) по группе в целом составляли $53,9 \pm 1,8\%$ и $51,8 \pm 1,9\%$ соответственно, что свидетельствует о наличии значительных нарушений бронхиальной проходимости. В процессе терапии отмечено недостоверное увеличение ОФВ1 и ИТ на 7,3% и 9,5% соответственно. До начала лечения была выявлена гиперэкспрессия VCAM-1, которая отражает активацию или повреждение эндотелия, связанную с субклинически текущим воспалением сосудистой стенки. Находясь исходно на повышенных цифрах, данный показатель на фоне лечения уменьшился на 29,4% ($p < 0,05$).

Выводы: теветен положительно влияет на течение АГ у больных ХОБЛ, улучшая показатели СМАД. На фоне терапии теветеном не выявлено достоверной динамики показателей ФВД, что свидетельствует об отсутствии его отрицательного влияния на выраженность бронхиальной обструкции у исследуемой группы. Уменьшение воспалительных стимулов с повреждением эндотелия сосудов дает основание говорить о вазопротективных эффектах данного препарата.

0509 КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Машарипов Ш.М., Хамидуллаева Г.А., Абдуллаева Г.Дж., Елисеева М.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования — изучить кардиопротективную и антигипертензивную эффективность комбинированного применения амлодипина и периндоприла у больных эссенциальной гипертензией.

Методы исследования. В исследование включены 20 больных ЭГ II степени (ВОЗ/МОГ 1999), мужчины, в среднем возрасте $51,75 \pm 8,69$ лет. Средняя длительность АГ составила $6,65 \pm 3,01$ лет. Суточный профиль артериального давления (СПАД) оценивали с помощью компьютерной системы TONOPORT V («GE Medical Systems», Германия). Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали по отношению ММЛЖ к площади тела. Наличие ГЛЖ диагностировали при ИММЛЖ > 125 г/м². Диастолическая функция сердца оценивалась по следующим доплер-ЭхоКГ индексам: фаза изоволюмического расслабления (ФИР), пиковые скорости раннего (РЕ) и предсердного (РА) наполнения и их соотношения (РЕ/РА). Комбинированная антигипертензивная терапия проводилась амлодипином (Норваск, Pfizer, США) в среднесуточной дозе $8,95 \pm 1,73$ мг и престариумом в дозе $6,74 \pm 1,79$ мг/сутки в течение 12 недель.

Результаты. На фоне терапии амлодипином и периндоприлом отмечалась высокая антигипертензивная эффективность комбинации препаратов по данным амбулаторного измерения АД, при этом уровень среднесуточного САД снизился на $14,99 \pm 5,35\%$, среднесуточного ДАД на $16,49 \pm 6,15\%$ ($p=0,000$). Отмечалась достоверная нормализация исходно нарушенной вариабельности дневного САД ($p=0,014$), дневного и ночного ДАД ($p=0,016$ и $p=0,008$ соответственно), снижение показателей индекса «нагрузки давлением». Кардиопротективный эффект препаратов проявлялся в достоверном снижении ИММЛЖ: $177,07 \pm 32,79$ г/м² до лечения против $160,21 \pm 28,8$ г/м² на фоне комбинированной терапии, $p=0,002$ и в достоверном улучшении диастолической функции ЛЖ, при этом соотношение РЕ/РА достигло $1,13 \pm 0,33$ усл. ед. против $0,92 \pm 0,27$ усл. ед. до лечения, $p=0,034$. В целом переносимость комбинации препаратов была хорошей.

Закключение. Комбинированная терапия амлодипином и периндоприлом у больных ЭГ характеризуется высокой антигипертензивной эффективностью улучшением нарушенной вариабельности АД, снижением показателей «нагрузки давлением». Кардиопротективная эффективность проявлялась в достоверной регрессии ИММЛЖ и улучшении диастолической функции ЛЖ.

0510 ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

Маянская С.Д., Гребенкина И.А., Лукша Е.Б.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель: выявление особенностей клинических проявлений и суточного профиля АД у молодых лиц, имеющих первую степень родства с больными АГ.

Методы: под наблюдением состояло 37 пациентов (12 мужчин, 25 женщин) в возрасте 18–27 лет (средний возраст $22,2 \pm 0,35$). Тринадцать человек анамнестически были нормотониками, из них у одиннадцати отмечалась наследственная предрасположенность к АГ. Другие 24 человека имели указанные в анамнезе подъемы АД до 140–160/90–100 мм рт.ст.; из них большинство (75%) имело наследственную предрасположенность (НП) к АГ по линии одного из родителей. Диагностика АГ осуществлялась согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999): уровень САД 140 и более мм рт.ст., уровень ДАД 90 и более мм рт.ст., зарегистрированный во время трех визитов пациентов к врачу на протяжении не менее 6 месяцев. Диагноз симптоматической гипертензии исключался на предшествующих этапах. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью автоматической портативной

системы МН СДП-2 (Япония). Больным проводилось тестирование по разработанной анкете, выявляющее факторы сердечно-сосудистого риска, особенности клинических проявлений АГ.

Результаты: анализ клинических данных у больных с наследственной НП к АГ свидетельствует об отсутствии жалоб при подъеме АД лишь у 17% пациентов, в остальных случаях наблюдались проявления астеноневротического, цереброваскулярного, кардиального синдромов. 29,4% исследуемых курили, у 17,6% — наблюдалась избыточная масса тела, у 11,7% — ожирение I по абдоминальному типу, с низкой физической активностью было 58,8% пациентов. У 75,3% обследуемых лиц исходный уровень АД превышал 140/90 мм рт.ст. При проведении суточного мониторирования АД (СМАД) суточный ритм давления с двухфазной периодикой день-ночь (dipper) определялся у нормотоника без НП и 32% пациентов с позитивным анамнезом по АГ. В остальных случаях было или недостаточное снижение АД (non-dippers) или избыточное его снижение (over-dippers). Средние цифры АД за сутки у лиц с НП к АГ оказались за день и ночь выше по сравнению с лицами без наследственного анамнеза (САД за сутки на 7,23 мм рт.ст., ДАД за сутки на 4,79%, также у них была выше величина утреннего подъема АД (у 64,7% больных) и скорость утреннего подъема АД (у 70,5%). Вышеуказанные изменения наблюдались и у лиц — нормотоников, в том числе без НМ по АГ. У 12,7% больных получены и значительно более высокие показатели нагрузки давлением, особенно за дневные часы, более высокие показатели вариабельности давления (до 16 мм рт.ст.). Следовательно, у лиц с легкой АГ и нормотоников, имеющих наследственную предрасположенность к АГ формируется такой суточный профиль АД, для которого характерен высокий риск осложнений АГ, большая вероятность повреждения органов-мишеней.

Выводы: Таким образом, АГ у пациентов с осложненной наследственностью имеет тенденцию к более злокачественному течению, что требует как можно раннего выявления заболевания у данных лиц для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

0511 АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Медведева В.Н., Боева Н.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель исследования: Изучить частоту и выраженность атеросклероза сонных артерий (ОСА) и брюшной аорты (БА) при ожирении в сочетании его с другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого и среднего возраста.

Материалы и методы исследования: обследовано 75 пациентов с ожирением (средний ИМТ — $32,4 \pm 0,08$) в возрасте от 26 до 58 лет; женщины составили — 38, мужчины — 37 человек. Контрольная группа — 30 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста без ожирения.

Кроме общеклинического исследования проводилось ультразвуковое исследование ОСА с помощью линейного ультразвукового датчика 3–12 МГц на аппарате Philips En Visor по общепринятой методике, изучалась эндотелий — зависимая вазодилатация (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии, УЗИ брюшной аорты датчиком 2–4 МГц, УЗИ сердца, ЭКГ, исследование липидов сыворотки крови.

Результаты: при ожирении у лиц молодого и среднего возраста наблюдалось увеличение комплекса интима-медиа ОСА у всех пациентов и составило $0,98 \pm 0,14$ мм, что достоверно ($p < 0,05$) превышало контрольные значения ($0,66 \pm 0,04$ мм). Атеросклеротические бляшки в брахиоцефальных артериях выявлены у 17 пациентов (22,3%), которые в группе контроля не выявлялись.

Атеросклероз в брюшной аорте (утолщение стенки аорты более 2 мм и атеросклеротические бляшки) выявлены у 15 из 15 больных. Снижение ЭЗВД плечевой артерии ($< 10\%$) наблюдалось у 63 пациентов (84%).

Ожирение сочеталось с гиперхолестеринемией в 65,0% случаев, с триглицеридемией — в 32,0%, с гипертонической болезнью — в 63,3%, с курением — в 29,3%, с нарушением толерантности к глюкозе — в 20,1%.

Выводы: 1. При ожирении у лиц молодого и среднего возраста увеличение комплекса интима-медиа сонных артерий и атеросклероз брюшной аорты (утолщение стенки и атеросклеротические бляшки) выявлены у всех пациентов по сравнению с контролем; атеросклеротические бляшки в брахиоцефальных артериях наблюдались в 22,3% случаев.

2. Снижение эндотелий — зависимой вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии установлено в 84,0% случаев.

0512 ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Медведева В.Н., Золотова Т.Е., Медведев В.Н.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель исследования: определить клинические и электрокардиографические особенности начального периода инфаркта миокарда (ИМ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы исследования: обследовано 63 больных ИМ: 34 больных в сочетании с СД 2 типа и 29 больных без СД (группа сравнения). Средний возраст составил соответственно $63,2 \pm 1,8$ лет и $65,3 \pm 2,1$ года. СД у всех больных диагностирован на 2-12 лет раньше возникновения ИМ.

Комплекс обследования больных включал общеклинические, лабораторные (общий анализ крови, кардиоспецифические ферменты, уровень гликемии) и инструментальные методы (ЭКГ, УЗИ сердца).

Результаты: установлено, что у больных ИМ с СД 2 типа наблюдался безболевой вариант начала ИМ в 17,5% случаев, тогда как у больных ИМ без СД преобладал болевой вариант (94,0%) и отсутствовал безболевой. Отмечено, что у больных ИМ с СД среднее число сердечных сокращений было выше, чем при отсутствии СД 2 типа ($p < 0,05$), что может способствовать развитию сердечной недостаточности.

Выявлено, что у больных ИМ с СД степень подъема сегмента ST над изолинией достоверно меньше ($1,73 \pm 0,14$ мм), чем у больных ИМ без СД ($2,65 \pm 0,24$ мм), ($p < 0,01$). Подъем сегмента ST у больных ИМ с СД был более длительным ($19,9 \pm 2,13$ суток), чем в группе сравнения ($11,29 \pm 1,79$ суток) — $p < 0,05$.

Выводы: 1. Безболевой вариант начала инфаркта миокарда в сочетании с сахарным диабетом 2 типа выявлен в 17,5% случаев и сопровождался достоверно большим числом сердечных сокращений по сравнению с инфарктом миокарда без сахарного диабета.

2. Изменения на ЭКГ, характеризующие стадию повреждения инфаркта миокарда (подъем сегмента ST), менее выражены у больных инфарктом миокарда в сочетании с СД 2 типа, что затрудняет диагностику и контроль за динамикой ЭКГ.

3. Более длительный подъем сегмента ST у больных инфарктом миокарда с сахарным диабетом 2 типа свидетельствует о замедленных репаративных процессах в миокарде.

0513 ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Медведев В.Э.

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Цель: изучение переносимости и эффективности терапии невротических, связанных со стрессом и соматизированных расстройств препаратом афобазол у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: в ходе 6-недельного открытого исследования 30 стационарным больным сердечно-сосудистой патологией (ГБ, ИБС, МА) обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет с психопатологическими нарушениями, соответствующими критериям МКБ-10 для невротических, связанные со стрессом и соматоформных расстройств (F.40–F.45) назначался новый анксиолитик небензодиазепинового ряда афобазол в дозе 30–60 мг в сутки. В динамике лечения оценивались уровень тревоги по шкале HARS и общий психический статус по шкале CGI, учитывались

все нежелательные явления, определялись АД по Н.С. Короткову, частота сердечных сокращений (ЧСС), дважды проводилось суточное холтеровское мониторирование.

Результаты: к концу исследования число респондеров составило 21 (70,0%): “существенное улучшение” отмечено у 8 (26,7%), “выраженное улучшение” — у 13 (43,3%) пациентов. На фоне приема препарата отмечалась конгруэнтная редукция психопатологических нарушений, реализующаяся последовательным снижением интенсивности признаков тревоги, диссомнии, соматовегетативных расстройств и когнитивных симптомов. Связанных с препаратом нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось. Транзиторные побочные эффекты (седация с сонливостью в дневное время, диарея, легкая тошнота, увеличение аппетита) на фоне приема афобазола зафиксированы у 7 (23,3%) пациентов. Не зарегистрировано появления жизнеопасных аритмий и/или внутрисердечных блокад, стойкого клинически значимого изменения АД и ЧСС, показателей крови. Отмена афобазола не сопровождалась развитием признаков синдрома отмены.

Выводы: Афобазол является эффективным и безопасным препаратом, который может быть использован для терапии фобических, соматизированных и легко или умеренно выраженных тревожных расстройств у больных с сопутствующей кардиологической патологией.

0514 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Попова Е.А., Сорокина Е.В.

Научный центр психического здоровья РАМН; Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Клиническая оценка психосоматических аспектов манифестации и динамики мерцательной аритмии по данным психиатрического и соматического обследования.

Методы: Выборку составили 43 пациента (22 женщины и 21 мужчина) с мерцательной аритмией. Средний возраст больных $61,9 \pm 2,4$ лет.

Результаты: Выделены две группы больных с различными психосоматическими характеристиками.

Мерцательная аритмия в I группе (20 набл.) развивается у лиц с патохарактерологическими шизоидными чертами (30,4%) или нажитыми изменениями личности по типу фершробен (69,6%). Манифестация и динамика мерцательной аритмии почти не коррелируют с психопатологическими факторами. Отношение к нарушению сердечного ритма характеризуется гипнозогнозией (72,2%). Мерцательная аритмия манифестирует в возрасте $56 \pm 2,1$ года на фоне выраженной сердечно-сосудистой патологии: гипертоническая болезнь II–III стадии (71%), ишемическая болезнь сердца (64%). На момент осмотра доминирует постоянная форма мерцательная аритмия (55,6%).

Во II группе (23 набл.) Мерцательная аритмия возникает у больных с истерическими (82,6%) и гипертимными (17,4%) патохарактерологическими девиациями. Кроме того, пациентам присущи конституциональные черты эмоциональной лабильности (52,4%) и акцентуации на сфере соматопсихики, реализующейся явлениями латентной ипохондрии с признаками соматотонии (73,9%) и соматизацией тревожных расстройств (42,9%). Клинические проявления и течение мерцательной аритмии связаны с динамикой психопатологических нарушений. Начало мерцательной аритмии у 43,5% больных соотносится с периодом депрессивного эпизода, а частота возникновения пароксизмов коррелирует с психоэмоциональными стрессами. В 56,6% набл. реакция на становление мерцательной аритмии характеризуется ипохондрическим развитием личности. При сходной с I группой продолжительностью течения мерцательной аритмии (возраст манифестации — $56,5 \pm 2,4$) на момент осмотра преобладает пароксизмальная форма аритмии (82,6%). При этом другие тяжелые формы сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов встречаются реже: гипертоническая болезнь II–III стадии (34,8%), ишемическая болезнь сердца (30,4%).

Выводы: Особенности возникновения и динамики мерцательной аритмии, их тесная связь с патохарактерологическими и психопатологическими расстройствами у пациентов II группы

предполагает дифференцированный подход к терапии указанных состояний. При лечении мерцательной аритмии у больных II группы целесообразно комбинирование кардио- и психотропных препаратов, тогда как при терапии больных мерцательной аритмией I группы можно ограничиться кардиотропными средствами.

0515 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Меньшикова И.Г.

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия», Благовещенск, Россия

Цель: изучить влияние β -адреноблокатора карведилола на внутрисердечную гемодинамику у больных инфарктом миокарда (ИМ), осложненным острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН).

Методы: 20 больным ИМ, осложненным ОЛЖН, в комплексную терапию включали карведилол (Кориол, KRKA) в суточной дозе 25–50 мг. Начальная доза карведилола составила 6,25 мг, окончательную дозу устанавливали методом титрования. Изучение внутрисердечной гемодинамики проводили методом доплер-эхокардиографии в М-, В- и доплеровском режимах по общепринятой методике на аппарате «Aloka SSD-3500». Определяли следующие показатели: конечно-систолический и конечно-диастолический объемы левого желудочка (ЛЖ), ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы ЛЖ, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ. Диастолическую функцию ЛЖ изучали методом импульсной доплеркардиографии трансмитрального кровотока. Определяли максимальную скорость кровотока в фазу быстрого наполнения (Е), медленного наполнения (А), их соотношение, время замедления раннего наполнения ЛЖ, время изоволюмического расслабления ЛЖ. В качестве сравнения служили показатели гемодинамики 15 больных ИМ, осложненным ОЛЖН, получавших в комплексном лечении атенолол.

Результаты: в результате исследования было установлено, что у больных ИМ с признаками ОЛЖН, получавших в составе комплексной терапии карведилол показатели диастолической функции ЛЖ уже через 1 месяц лечения были достоверно лучше ($p < 0,05$), чем у больных принимавших атенолол. Через 3 месяца лечения карведилолом достоверно улучшились не только показатели диастолической функции ЛЖ, но и уменьшились объемы ЛЖ, возросли ФВ ЛЖ ($p < 0,01$), УИ и СИ ЛЖ ($p < 0,05$). К концу первого месяца лечения у пациентов обеих групп толерантность к физической нагрузке достоверно не отличалась. Через 3 месяца терапии в основной группе больных наблюдалась достоверно большая толерантность к физической нагрузке, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: включение карведилола (Кориол, KRKA) в комплексную терапию больных ИМ, осложненной ОЛЖН, улучшает показатели систолической, диастолической функции ЛЖ, при длительном применении предотвращает развитие хронической сердечной недостаточности.

0516 ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Мерзлякина Н.Л.¹, Романцова Т.И.², Роик О.В.², Лобанова Н.А.¹, Драпкина О.М.¹, Ивашкин В.Т.¹

¹Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии ММА им. И.М. Сеченова; ²Клиника эндокринологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель работы: изучение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем у больных с ожирением по данным мониторинга ЭКГ, артериального давления, результатам тредмил-теста, оценки функции внешнего дыхания.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 40 больных с ожирением I–III степени в возрасте от 20 до 50 лет, среди них 18 мужчин, 22 женщины (средний возраст—35,1±1,2 лет). Индекс массы тела составил в среднем 36,7±1,5; длительность заболевания от 0,5 до 30 лет. Ожирение I ст. выявлено у 7 человек (24,1%); II ст. — 11 человек (37,9%); III ст. — 11 человек (37,9%). У 11 пациентов впервые выявлен сахарный диабет 2 типа. В данной подгруппе I ст. ожирения отмечена у 2 человек (18,2%); II ст. — у 2 человек (18,2%); III ст. — у 7 человек (24,1%). Через 6 месяцев повторное обследование прошли 23 человека (57,5% больных), в том числе 9 пациентов с сахарным диабетом. Инструментальные исследования включали: ЭКГ, мониторинг артериального давления (АД), холтеровское мониторирование (ХМ), тредмил-тест, исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты: при ЭКГ отмечены изменения в задней стенке левого желудочка в 2 наблюдениях (отриц. зубец Т в III, aVF), у 2 больных — синусовая тахикардия. При повторном наблюдении на ЭКГ положительная динамика в области задней стенки левого желудочка у 1 человека (4,3%). При ХМ получены следующие данные: в 35% случаев патологии не обнаружено; более, чем в 55% случаев выявлены нарушения ритма, преимущественно в виде синусовой тахикардии; блокада правой ножки пучка Гиса — 2,5% случаев; депрессия ST-сегмента у 3 человек (7,5%). При анализе ХМ в динамике — снижение ЧСС у 10 человек (43,4%). При проведении тредмил-теста обращает на себя внимание исходно низкая переносимость физических нагрузок у большинства пациентов (70%), сопровождающаяся быстрым увеличением АД и ЧСС, возникновением одышки. Снижение веса способствовало повышению толерантности к физическим нагрузкам у 13 человек (56,2%). При исследовании ФВД более чем у половины больных (52,5%) обнаружены нарушения вентиляционных функций легких, чаще проявляющиеся в виде смешанной формы вентиляционной недостаточности с преобладанием рестрикции; в динамике — увеличение жизненной емкости легких и максимальной вентиляции легких на 17% у 7 человек (30,4%). У 40% обследованных определяется артериальная гипертензия; по данным второго визита: снижение систолического и диастолического АД, индекса гипертонической нагрузки на 14% — у 6 человек (26% от числа обследованных).

Выводы: при уменьшении веса у больных с ожирением отмечается положительная динамика исследованных функциональных показателей в большинстве случаев, что заметнее проявляется при проведении ФВД и тредмил-теста.

0517 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ

Милованова Е.В., Урванцева И.А.

Окружной кардиологический диспансер — Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

Максимально положительных результатов после операции реваскуляризации можно добиться лишь при тщательном отборе пациентов, объективной оценке прогноза предстоящего вмешательства.

Цель исследования — провести анализ результатов операций реваскуляризации миокарда и прогнозирование исхода вмешательства в зависимости от различных факторов риска у мужчин, проживающих в условиях Севера.

Материал и методы. Проанализированы результаты операций реваскуляризации у 576 мужчин в возрасте от 29 до 71 года, перенесших коронарное шунтирование в ОКД с января 2002 по декабрь 2003 года. Была создана база данных, включающая 132 признака, характеризующих исходное состояние больных, особенности хирургической техники операции, характер течения раннего послеоперационного периода, отдаленные результаты операции.

Результаты. Умерли в госпитальный период (30 суток со дня операции) 13 больных (2,3%). Выживаемость в течение 3 лет среди прооперированных лиц составила 96%. Умерли в отдаленном периоде 26 прооперированных пациентов, в том числе 22 (4%) от

сердечных причин. Причины смерти: острый инфаркт миокарда — 9 больных, внезапная смерть — 11 больных, хроническая сердечная недостаточность 2 больных.

Сформирована модель с сильным прогностическим влиянием на летальный исход в госпитальном послеоперационном периоде ($R^2=0,48$; $p<0,0001$), включающая в себя показатели: периоперационный инфаркт миокарда, сочетанный характер операции, фракция выброса левого желудочка $<40\%$; количество дистальных анастомозов 5 и более; 3-4 функциональный класс сердечной недостаточности.

Модель с сильным прогностическим влиянием на летальность в отдаленном периоде — в течение 3 лет после операции ($R^2=0,33$; $p<0,0001$) включила в себя следующие показатели: фракция выброса левого желудочка $<40\%$, сердечная недостаточность 3-4 функционального класса, повторный характер операции, аневризма левого желудочка, неиспользование внутренней грудной артерии.

Выводы. Создание системы прогнозирования операционного риска позволяет снизить риск операций, совершенствовать отбор больных и способы хирургической коррекции.

0518 СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ И ПАРАМЕТРЫ АГРЕГАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ В ПРЕДИ И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Милютин Д.А.

Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова, Минск, Беларусь

Цель: проведение комплексной оценки показателей липидного состава плазмы крови, параметров агрегации эритроцитов и тромбоцитов в течение 1 месяца после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Методы: В исследование включено 49 больных ИБС со стенокардией III-IV ФК по Канадской классификации, дополненной рекомендациями ВКНЦ РАМН, с ангиографически подтвержденным поражением коронарных артерий, направляемых на операцию АКШ в условиях искусственного кровообращения (средний возраст больных — $55,2\pm4,7$ лет; мужчин — 38; женщин — 11). Исследования проводились за 1 сутки до операции, через 1, 3, 10 суток и 1 месяц после АКШ. Скорость оседания эритроцитов измеряли в стеклянных капиллярах диаметром 3 и длиной 200 мм через 1 (СОЭ1) и 2 (СОЭ2) часа, отмечая положение границы «плазма-эритроциты» каждые 10 мин. По полученной кривой рассчитывали время и скорость агрегации эритроцитов. С учетом данных литературы показатель СОЭ1 использовали для косвенной оценки начальной скорости образования эритроцитарных агрегатов, а СОЭ2 — для оценки степени агрегации эритроцитов. Исследование агрегации тромбоцитов (АТ) проводили на анализаторе агрегации тромбоцитов AP-2110. В качестве индукторов АТ использовали растворы АДФ и адреналина в рабочих концентрациях 2,5; 1,5; 0,5 мкМ и 5,0; 2,5 мкМ, соответственно. Определение концентраций общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) проводили с помощью спектрофотометра и наборов фирмы «Cormay». Концентрацию холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) рассчитывали по формулам Friedewald.

Результаты: В результате проведенного исследования установлено, что на 1-е и 3-е сутки после АКШ у больных ИБС значительно повышается степень и скорость агрегации эритроцитов. На 10-е сутки после операции на фоне увеличения концентраций ОХС и ХС-ЛПНП, у всех пациентов диагностируется повышение агрегационной способности, как эритроцитов, так и тромбоцитов. Негативные изменения липидного состава плазмы крови и агрегационных свойств эритроцитов сохраняются в течение 1 месяца после АКШ.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что на 10 сутки после хирургического лечения у больных ИБС имеют место предпосылки к развитию ранних послеоперационных осложнений, связанные, в первую очередь, с нарушениями реологических свойств крови и, соответственно, микроциркуляторного кровотока. Полученные

данные также указывают на то, что в этот период после хирургической реваскуляризации миокарда с целью снижения риска прогрессирования ишемии в отдаленном периоде АКШ необходимо применение дополнительных воздействий, направленных на коррекцию дислипидемий, функционального статуса эритроцитов и тромбоцитов.

0519 ВОЗМОЖНОСТИ РЕОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Минеева Е.Е., Гвозденко Т.А.

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения — Владивостокский филиал ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Владивосток, Россия

В последнее десятилетие в развитых странах мира наблюдается повышенный интерес к неинвазивным методам диагностики гемодинамики. Одним из таких методов является компьютерная реокардиография.

Цель нашего исследования — оценить возможности метода компьютерной реокардиографии в диагностике артериальной гипертензии (АГ).

Проведено обследование 93 человек в возрасте от 22 до 62 лет (средний возраст $43,55\pm1,11$ года). В 1-ю группу вошли 25 пациентов с АГ I стадии, во 2-ю — 18 больных с АГ II стадии. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Для определения состояния центральной гемодинамики использовали тетраполярную реокардиографию по методу Шрамка-Берштейна с помощью многофункционального компьютерного реографа «Рео-Спектр» Российской фирмы «НейроСофт».

В результате проведенного исследования выявлено увеличение среднего гемодинамического давления разной степени выраженности на фоне нормосистолии: при АГ I стадии данный показатель соответствовал $92,8\pm1,52$ мм рт.ст., при АГ II стадии — $100,7\pm3,87$ мм рт.ст., что на 12,1 и 18,5% ($p<0,05$) было выше значений в контрольной группе. В группе пациентов с АГ I стадии показатели сердечного выброса (сердечный индекс (СИ)) и общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) не отличались от нормальных значений, что свидетельствовало о нормокINETическом типе гемодинамики. У пациентов со 2 стадией АГ диагностирован гипокINETический тип гемодинамики, характеризующийся снижением СИ на 22,5% и повышением ОПСС на 23,1%, что указывало на увеличение постнагрузки на левый желудочек у больных с АГ. Исследование центральной гемодинамики показало, что по мере прогрессирования АГ у больных по сравнению с контрольной группой отмечалось достоверное снижение сердечного выброса и увеличение постнагрузки на левый желудочек, что свидетельствовало о развитии гипокINETического типа гемодинамики у данной категории больных.

Как известно, перегрузка объемом и давлением создает условия для ремоделирования артерий, последствиями которого являются увеличение постнагрузки на левый желудочек и нарушение коронарной перфузии. Кроме того, повышение систолического артериального давления (САД) вызывает гипертрофию и дисфункцию левого желудочка, снижает сердечный выброс. Повышение САД и пульсового давления при АГ ускоряют повреждение артерий, что формирует порочный круг.

У больных с АГ метод реокардиографии позволяет определить специфичность гемодинамического статуса, включающего показатели центральной гемодинамики, и дифференцированно подходить к назначению лечения, повысить его эффективность, что ведет к значительному улучшению качества жизни.

0520 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА A(-153)G ГЕНА AT2R1 С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Минушкина Л.О., Бражник В.А., Носиков В.В., Затеищников Д.А.

Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ; ФГУП «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Целью данного исследования было изучить влияние основных клинических и генетических факторов на развитие гипертонической нефропатии

Материал и методы исследования: обследовано 86 больных с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) (39 мужчин и 47 женщин). В исследование не включались больные, страдающие сахарным диабетом II типа. Средний возраст больных $57,5 \pm 1,15$ лет, средняя длительность АГ — $15,1 \pm 1,11$ лет. Наличие гипертонической нефропатии оценивалось по уровню микроальбуминурии в утренней порции мочи, определяемой с помощью Микраль-тест II (Rosh Diagnostics GmbH). В обследованной группе оказалось 44 больных с нормальным уровнем микроальбуминурии и 42 больных с микроальбуминурией. В качестве генов-кандидатов гипертонической нефропатии были выбраны ген ангиотензин-превращающего фермента (ACE) (полиморфные маркеры I/D и G7831A), ген рецептора ангиотензина II типа 1 (AT1R) (полиморфные маркеры A1166C и A(-153)C), ген NO-синтазы (NOS3) (полиморфные маркеры 4a/4b и Glu298Asp), гены рецепторов активаторов пролиферации пероксисом типа Δ (PPARA — полиморфный маркер C2413G) и типа γ (PPARG2 — полиморфный маркер Pro12Ala), ген кодирующий β -субъединицу 3 изоформы протеина G (GNB3) (полиморфный маркер C825T).

Результаты. При сравнении основных клинических параметров у больных с нормальной и нарушенной функцией почек оказалось, что эти группы не отличаются по возрасту больных, длительности артериальной гипертонии, полу, индексу массы тела, сопутствующей ишемической болезни сердца, толщине комплекса интима-медиа сонных артерий и наличию атеросклеротических бляшек, выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка, уровню общего холестерина крови, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности.

Оказалось, что максимальные уровни АД без лечения в этих двух группах также не различались, а уровень привычных цифр АД на фоне лечения оказался достоверно выше в группе больных с нефропатией. — САД $134,5 \pm 1,84$ и $141,6 \pm 1,03$ мм рт.ст. соотв., $p=0,011$; ДАД — $83,4 \pm 1,25$ и $86,7 \pm 1,71$ мм рт.ст. $p=0,028$.

Достоверные различия в частотах генотипов были выявлены только для полиморфного маркера A(-153)G гена AT2R1. Генотип AA ассоциировался с более высоким риском нефропатии (OR = 4,71, $p=0,031$), а генотип AC оказался протективным — OR=0,2, $p=0,031$.

Выводы. Независимыми предикторами развития микроальбуминурии у больных гипертонической болезнью оказались уровень АД и генотип AA полиморфного маркера A(-153)G гена AT2R1.

0521 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Минушкина Л.О., Савельева Е.Г., Затеищikov Д.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Бетаксолол — высокоселективный липофильный β_1 -адренорецептор без внутренней симпатомиметической активности, отличающийся высокой продолжительностью действия. Целью исследования было изучить эффективность бетаксолола у больных с артериальной гипертонией I и 2 степени тяжести.

Пациенты и методы исследования: Всего в исследование был включен 81 больной. В обследованной нами группе было 35 мужчин и 46 женщин. 39 больных имели артериальную гипертонию I степени тяжести и 42 больных — 2 степени тяжести. Средний возраст больных составил $52,2 \pm 1,22$ года. Больные не имели сопутствующей ишемической болезни сердца и сахарного диабета, не переносили инфарктов миокарда и ОНМК.

Все больные получали бетаксолол в начальной дозе 10 мг/сут, при неэффективности (сохранении АД выше 140/90 мм рт.ст.) через 2 недели доза препарата удваивалась. Общая продолжительность лечения составила 28 дней. При включении в исследование проводилось измерение артериального давления, суточное мониторирование АД и ЭКГ и выполнялся нагрузочный тредмил-тест по протоколу Брюса. Тредмил-тест, мониторирование АД и ЭКГ и измерение АД повторялись на 28 день терапии.

Результаты. Бетаксолол в виде монотерапии был эффективен (т.е. позволил снизить АД ниже 140/90 мм рт.ст.) у 68 больных. В конце лечения 56 больных продолжали принимать препарат в дозе 10 мг/сут., 25 больных принимали бетаксолол в дозе 20 мг/сут.

В конце исследования отмечалось достоверное снижение и систолического (САД) и диастолического АД (ДАД). САД снизилось на $11,8 \pm 2,47$ мм рт.ст. ($p=0,001$), ДАД — на $7,8 \pm 1,68$ мм рт.ст. ($p=0,001$). ЧСС покоя снизилась на $19,8 \pm 1,96$ уд/мин $p=0,0001$. САД и ДАД, достигнутое на максимуме нагрузки, также достоверно снизились на фоне лечения. Максимальное САД снизилось на $23,0 \pm 3,54$ ($p=0,01$), максимальное ДАД также снизилось на $9,2 \pm 1,71$ ($p=0,02$). Отмечалось достоверное снижение ЧСС на максимуме нагрузки на $24,9 \pm 2,42$ уд/мин ($p=0,0001$). Среднее АД по данным суточного мониторирования также достоверно снизилось на фоне лечения бетаксололом — среднее САД за сутки на $5,4 \pm 2,88$ мм рт.ст. ($p=0,018$), среднее ДАД за сутки на $5,95 \pm 1,95$ мм рт.ст. ($p=0,010$). Отмечалось достоверное уменьшение средних значений АД и индексов времени как в дневное, так и в ночное время. Среднее ЧСС за сутки по данным холтеровского мониторирования ЭКГ при лечении бетаксололом уменьшилась на $14,2 \pm 2,27$ уд/мин. ($p=0,0001$). При холтеровском мониторировании ЭКГ отмечено достоверное уменьшение вариабельности ритма сердца — SDNN и увеличение усредненного интервала RR.

Таким образом, согласно нашим данным у больных с АГ I и 2 степени монотерапия бетаксололом эффективна в отношении снижения АД как в покое, так и в условиях физической нагрузки. Однократный прием бетаксолола в сутки обеспечивает достаточный контроль за артериальным давлением в течение 24 часов.

0522 НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПРОДУКЦИИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ Δ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.

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

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является сложной клинической проблемой.

Цель исследования: оценить изменения уровня фактора некроза опухолей Δ (α -ФНО) в сыворотке крови и маркеры липидного спектра у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 62 пациента с ИБС стабильной стенокардией II-III ф. кл., из них у 34 пациентов диагностировано сочетание ИБС и ХОБЛ.

Возраст пациентов находился в диапазоне от 48 до 59 лет и в среднем составил $51,7 \pm 6,7$ лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести клинической картины.

Помимо тщательного клинического и инструментального обследования всем больным проводилось исследование липидного спектра энзиматическим колометрическим методом с помощью наборов «Витал Диагностика» г. Санкт-Петербург, определение общего холестерина, холестерина в составе липопротеидов высокой и низкой плотности (ХСЛВП и ХСЛНП); реактивации «Вектор Бест» г. Новосибирск, также исследовалась концентрация фактора некроза опухоли (α -ФНО) крови методом ИФА ООО «Протеиновый контур».

Результаты исследования: при анализе данных установлено, что у больных ИБС в 48,2% случаев в сыворотке крови было выявлено повышение уровня α -ФНО, а изменения липидного спектра крови характеризовались повышением уровня общего холестерина, ХСЛНП, триглицеридов и снижением уровня ХСЛВП. Причем у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ увеличение содержания α -ФНО в сыворотке крови определялось в 65,8% случаев при более выраженном повышении уровня ХСЛНП и снижении ХСЛВП ($p<0,05$).

Выводы: таким образом, сочетание ИБС и ХОБЛ сопровождается существенными липидными нарушениями и увеличе-

нием продукции фактора некроза опухолей, что свидетельствует о важной роли цитокиновой агрессии в прогрессировании атерогенеза у данной категории больных.

0523 ВЫЖИВАНИЕ КАРДИОМИОЦИТОВ МЫШЕЙ MDX И РЕПАРАЦИЯ ДНК ПОСЛЕ ДИНАМИЧЕСКОГО СТРЕССА

Михайлов В. М., Веженкова И. В., Комаров С. А., Нилова В. К., Жестяников В. Д., Савельева Г. Е.

Институт Цитологии РАН, Санкт-Петербург; Россия

Цель: изучение участия репарации ДНК в выживании кардиомиоцитов мутантных мышей mdx, дефектных по синтезу дистрофина, после динамического стресса

Методы. Объектом исследования был желудочковый миокард мышей mdx. Как динамический стресс (ДС) применили 5-минутное плавание в воде при 130 С; использованными методами исследования были световая и электронная микроскопия, морфометрическая оценка концентрации кардиомиоцитов в 1 мм³ миокарда и удельной плотности митохондрий, выявление в миокарде как среднемолекулярных так и низкомолекулярных фрагментов ДНК при электрофорезе в ПААГ и иммуноморфологическая регистрация двунитевых разрывов (ДР) ДНК при помощи антител к фосфорилированной форме гистона H2Ах (гистон χ -H2Ах).

Результаты. У мышей mdx при обычных условиях содержания в миокарде обнаружены такие признаки апоптоза как присутствие фрагментов ДНК размером 65 тыс. пар нуклеотидов, наличие в водно-солевом экстракте миокарда фактора (эндоуклеазы), фрагментирующего ДНК E.coli и сниженная удельная плотность митохондрий с $0,329 \pm 0,018$ до $0,274 \pm 0,016$ по сравнению с кардиомиоцитами мышей C57BL. Микроскопически апоптоз кардиомиоцитов идентифицировался крайне редко. Таким образом, кардиомиоциты мышей mdx постоянно находятся на начальной стадии апоптоза, избегая вступления в деструктивную стадию апоптоза, которая развивается после ДС. Появление низкомолекулярного распада ДНК после ДС в миокарде мышей mdx и C57BL указывает на возникновение ДР ДНК. Присутствие в ДНК миокарда ДР ДНК было подтверждено иммуноморфологически при помощи антител к гистону χ -H2Ах. Через час после ДС доля ядер с позитивной окраской на гистон χ -H2Ах возрастала у мышей mdx с $5,3 \pm 1\%$ до $50 \pm 6\%$, у мышей C57BL/6 с $0,05\%$ до $1 \pm 0,2\%$. Меченые клетки миокарда мышей mdx были кардиомиоцитами в $80 \pm 1\%$ перед ДС и в $80 \pm 7\%$ через час после стресса. Через 24 ч доля χ -H2Ах-положительных ядер в миокарде мышей mdx падала до $9,2 \pm 0,3\%$, у мышей C57BL- до $0,1\%$. Концентрация клеток в миокарде мышей mdx уменьшалась на $2,9 \pm 0,3\%$, в том числе и концентрация кардиомиоцитов на $2,8\%$, в миокарде мышей C57BL достоверных изменений зарегистрировать не удалось.

Выводы. Кардиомиоциты мышей mdx постоянно находятся на начальной стадии апоптоза. Они же являются основной мишенью для ДС после которого ДР ДНК были зарегистрированы примерно у 45% кардиомиоцитов. Через 24 ч потеря кардиомиоцитов в миокарде мышей mdx составила 2,8%. Полученные данные указывают на участие репарации ДНК в выживании кардиомиоцитов мышей после динамического стресса. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, гранты 05-04-49609, 02-04-49870, 99-04-49583 и 97-04-48764.

0524 ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В БЛИЖАЙШИЙ (ДО 1 ГОДА) ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Мишина И. Е., Новичкова Е. А., Максименко Л. П., Мокеева Л. П.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, МУЗ «Клиническая больница №3 г. Иванова», Иваново, Россия

Цель: изучить динамику артериального давления (АД), и состояния липидного обмена у женщин с различными вариантами гипертензивных расстройств во время беременности в ближайший (до 1 года) послеродовой период.

Методы. Через год после родов обследовано 57 женщин: 19 человек с хронической артериальной гипертензией (ХАГ), 14 — с высоким нормальным артериальным давлением (ВН АД) и 24 пациентки с нормальным АД при беременности (контрольная группа). Показатели липидного обмена были изучены у 47 пациенток (19 человек — с ХАГ, 14 — с ВН АД и 14 женщин группы контроля) и проведена оценка их динамики по сравнению со значениями, полученными у тех же женщин в сроке 30 ± 2 недели беременности. Содержание общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли энзиматическим колориметрическим методом на анализаторе «КФК — 3» (Россия). Уровни холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и индекса атерогенности (ИА) рассчитывались по общепринятым формулам.

Результаты. Через год после родов показатели систолического и диастолического АД больных с ХАГ оказались статистически значимо выше, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,001$). Пациентки с ВН АД имели достоверно более высокие цифры усредненного ДАД по сравнению с нормотензивными женщинами ($p = 0,013$). Динамика показателей липидного обмена женщин с ВН АД характеризовалась уменьшением значений ОХ ($p = 0,024$) и атерогенных фракций липидов (ЛПНП и ТГ, $p < 0,001$) при сохранении нормального уровня холестерина ЛПВП. У женщин с ХАГ через год после родов отмечалось только достоверное снижение уровня ТГ ($p = 0,022$), тогда как другие атерогенные составляющие липидного спектра статистически значимо не уменьшались. При этом показатели липидного обмена пациенток с ХАГ через год после родоразрешения отличались от таковых у нормотензивных женщин достоверно более высоким уровнем ОХ ($p = 0,042$), холестерина ЛПНП ($p = 0,006$) и ТГ ($p = 0,046$). Уровень холестерина ЛПВП не имел межгрупповых различий, оставаясь в пределах нормы. Проведенный корреляционный анализ массы тела женщин и показателей липидного спектра через год после родов выявил статистически значимые прямые взаимосвязи веса с уровнями ТГ ($r = 0,4$; $p < 0,02$) и ИА ($r = 0,465$; $p < 0,01$).

Выводы.

1. Послеродовой контроль АД, определение концентрации липидного спектра во время третьего триместра беременности и в течение года после родов позволяют обнаружить женщин с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза в дальнейшем.

2. Важной составляющей немедикаментозной терапии пациенток с ожирением и с гипертензивными нарушениями при беременности является снижение веса после прекращения лактации с целью нормализации артериального давления, предотвращения раннего развития комплекса метаболических расстройств и сердечно-сосудистых осложнений.

0525 САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КИСЛОВОДСКЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРИ НАЛИЧИИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ

Мкртчян Р. И., Назаренко Л. Н., Шаповалова В. И.

ФГУ «ПГНИИ Росздрава», санаторий «Долина нарзанов», ОАО РЖД, Кисловодск, Россия

Цель исследования — изучить влияние комплексного санаторно-курортного лечения в низкогорных условиях Кисловодска на больных ИБС со стенокардией при наличии ПВЖ экстрасистолического и эктопического генеза, а также поздних потенциалов желудочков (ППЖ). Под нашим наблюдением находилось 195 больных ИБС со стенокардией напряжения I, II ФК (муж. — 138, жен. — 57 человек), средний возраст $57,7 \pm 13,3$ лет. Продолжительность лечения — $20,2 \pm 1,5$ дня. В начале и конце лечения проводились следующие исследования: ЭКГ в 12 отведениях, двухсуточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, фиксация

ППЖ на аппарате — «Cardio Soft 3.0 Германия», свёртывающей системы крови, липидов и сахара крови. У всех больных наблюдались нарушения ритма по типу суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии. Из 126 больных с желудочковой экстрасистолией у 102 (64,2%) они имели фиксированную связь с предшествующей активацией сердца, у 24 (12,2%) парасистолия, у 48 имелась пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. По ЭКГ данным у 67 больных имелись признаки ишемии миокарда (34,1%). Перенесенный инфаркт миокарда давности от 2-ух до 12 лет имел место у 25 больных (12,8%). Артериальная гипертензия — у 134 человек (68,7%). Поздние потенциалы желудочков установлены у 46 больных (23,6%). Они регистрировались чаще у мужчин, особенно с отягощённым течением заболевания — перенесенный инфаркт миокарда, наличие эктопических очагов ПЖ (соотношение 42,8% — 8,1%). У 90% больных в первую неделю пребывания в санатории, в период основной адаптации, назначался I, позже II двигательный режим, прогулки по 1 и 2 маршрутам терренкура, целенные нарзанские ванны, при необходимости физиотерапия. В итоге санаторно-курортного лечения у 90% больных приступы стенокардии не наблюдались или отмечалось их заметное урежение. У больных с ишемией миокарда улучшение процессов реполяризации наступило в 56,8%, у половины — до полной нормализации. У 4 больных имело место усугубление нарушения процессов реполяризации. Полное исчезновение нарушений ритма имело место у 45% больных, урежение — 46,2%. Сравнительная оценка по клинической симптоматике и данным функциональных методов исследования свидетельствовали о более низкой эффективности курортного лечения у больных с отягощённым течением заболевания: перенесенный инфаркт миокарда с наличием парасистолии и, или ППЖ. Из 4-х человек с оценкой без перемен у 3 имелись ППЖ, у двух перенесенный инфаркт миокарда и эктопические очаги преждевременного возбуждения. В итоге из 195 больных 190 человек (97,4%) выписались из санатория с оценкой «улучшение», без улучшения 5 человек (2,5%).

Выводы: 1. Комплексное санаторно-курортное лечение в условиях низкогогорья Кисловодска показано больным ишемической болезнью сердца со стенокардией напряжения I, II ФК и при наличии нарушений ритма экстрасистолического генеза. 2. Больным ишемической болезнью сердца с перенесенным инфарктом миокарда при наличии эктопических очагов возбуждения (парасистолии) и, или ППЖ лечение на горных курортах не показано.

0526 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Могутова П.А., Потешкина Н.Г.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Частота встречаемости артериальной гипертонии (АГ) при сахарном диабете (СД) типа 2, колеблется от 40% — 60% до 90%. На формирование гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) оказывает влияние не только гемодинамическая нагрузка, но и метаболические, нейро-гуморальные, генетические и другие факторы. Известно, что у больных изолированным СД типа 2 (в отсутствие артериальной гипертонии) имеет место гипертрофия миокарда. Однако в рамках каких геометрических моделей она представлена — изучено недостаточно. Доказано, что ремоделирование миокарда, особенно его гипертрофические формы, создает условия для развития и поддержания аритмий.

Цель: изучить структуру аритмий в зависимости от структурно-функционального ремоделирования миокарда ЛЖ у больных СД типа 2 и СД типа 2 в сочетании с АГ.

Материалы и методы: обследовано 26 пациентов, сформировано 2 группы: I группа — больные СД типа 2 (n=9) и II группа — больные СД типа 2 в сочетании с АГ 2-3 степени (n=17). Все пациенты с СД типа 2 находились в стадии субкомпенсации. Средний возраст больных I группы составил 53,67±3,6 года, II группы — 53,52±5,43 лет (p=0,95). Группы сопоставимы по стажу

(p=0,81) СД. Проведено длительное мониторирование ЭКГ и Эхо-КГ.

Результаты: в I-й группе преобладали больные с нормальной геометрией (НГ) ЛЖ — 4 пациента (44,5%). Концентрическое ремоделирование (КР) наблюдалось у 3 (33,3%), а эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) — у 2 (22,2%) больных. Концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ отсутствовала. Во II-й группе максимальное число пациентов имело КГ миокарда ЛЖ (n=11; 64,7%). НГ ЛЖ и ЭГ определены у 4 (23,5%) и 2 (11,8%) обследованных соответственно. КР миокарда ЛЖ в этой группе не выявлено.

При проведении длительного мониторирования ЭКГ определено, что различные нарушения ритма присутствовали и в I и во II группах в 100% и 94,1% случаев соответственно. По структуре аритмий в обеих группах преобладало сочетание желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии. По частоте встречаемости аритмий достоверных отличий между группами не получено. Однако среди больных СД в сочетании с АГ в группах с ЭГ и НГ ЛЖ желудочковая экстрасистолия встречалась достоверно чаще, чем в группе КГ (p<0,05). Среди больных изолированным СД типа 2 в группе НГ ЛЖ достоверно чаще возникала наджелудочковая экстрасистолия (p<0,05).

Выводы: нарушения ритма сердца наблюдаются как у больных сахарным диабетом типа 2 в сочетании с артериальной гипертонией, так и у больных изолированным сахарным диабетом типа 2. У больных сахарным диабетом типа 2 в сочетании с артериальной гипертонией с эксцентрической гипертрофией и нормальной геометрией ЛЖ доминирует желудочковая экстрасистолия. У больных сахарным диабетом типа 2 с нормальной геометрией миокарда чаще встречается наджелудочковая экстрасистолия.

0527 ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Могутова П.А., Табаксоева Ж.А.-К., Джанашия П.Х.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Ремоделирование сердца — структурно-функциональная перестройка миокарда, развивающаяся практически при любом заболевании сердца и сопровождающаяся нарушением не только систолической, но и диастолической функции. Как у больных сахарным диабетом (СД) типа 2, так и у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в результате гипертрофии миокарда, дезорганизации мышечных волокон и увеличения содержания коллагена в сердечной мышце развивается нарушение диастолического расслабления. Однако, степень выраженности этих процессов различна.

Цель: изучить особенности диастолической функции у больных СД типа 2, СД типа 2 в сочетании АГ и изолированной АГ.

Материалы исследования: обследовано 57 пациентов. Сформировано 3 группы: 9 больных с СД типа 2 (I группа), 19 больных с СД типа 2 в сочетании с АГ (II группа) и 29 больных с АГ 2-3 степени III стадии (III группа). Группы сопоставимы по возрасту, стажу СД, стажу АГ и ЧСС на момент исследования (p>0,05). Всем пациентам проведено эхокардиографическое исследование, в том числе импульсно-волновое доплеровское исследование с определением отношения максимальной скорости раннего пика Е к максимальной скорости предсердной систолы А (Е/А), времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT) и времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT).

Результаты: во всех трех группах наблюдалось снижение показателя Е/А (1,02±0,16 (I группа), 0,97±0,28 (II группа), 0,94±0,18 (III группа) (p>0,05)) и тенденция к увеличению времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения ЛЖ (233,44±46,52 (I группа), 217,89±40,17 (II группа) и 227,45±37,36 (III группа)). По изученным показателям Е/А и DT достоверных отличий между группами не получено (p>0,05). По показателю IVRT достоверные отличия наблюдались между I (61,78±13,48) и II (74,32±12,38) группами (p<0,05); I (61,78±13,48) и III (80,14±9,8) группами (p<0,05). Между II и III

группами отличия были не достоверны ($p > 0,05$). При этом наблюдались достоверные отличия по толщине МЖП и толщине ЗСЛЖ между I и II группами ($p < 0,01$) и между I и III группами ($p < 0,01$). Между II и III группами достоверных отличий не получено ($p > 0,05$).

Выводы: Диастолическая дисфункция ЛЖ по типу нарушения релаксации имеет место у больных СД типа 2, изолированной АГ и при сочетании СД типа 2 с АГ. У пациентов с СД типа 2 фаза изоволюметрического расслабления ЛЖ (фаза активного расслабления) сохранена, тогда как фаза раннего диастолического наполнения нарушена. Возможно, дополнительная гемодинамическая нагрузка вызывает удлинение, как времени изоволюметрического расслабления, так и раннего диастолического наполнения ЛЖ.

0528 ПЛОТНОСТЬ И ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ «ЭПСИЛОН» ВОЛНЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН

Мозерова Е.М., Дульский В.А.

МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия; Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Цель: Изучить распространенность и плотность новых случаев «эпсилон» волны (EW) среди женщин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ) в городской поликлинике.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За EW на ЭКГ принимали «зубину» в отведениях с V1 по V3 на восходящей части зубца S или начале сегмента ST, предварительно исключив ЭКГ на которых присутствовали хотя бы один из следующих признаков — «определенный» инфаркт миокарда («Миннесотский код 1982» с 1-1-1 по 1-2-7), «возможный» инфаркт миокарда (с 1-2-8 по 1-3-9), хроническая коронарная недостаточность (4-1, 4-2, 5-1, 5-2), «возможная» коронарная недостаточность (4-3, 5-3); мерцание/трепетание предсердий (с 8-3-1 по 8-3-4); гипертрофия левого желудочка (3-1 и 3-3), а так же $SV1+RV5 > 40$ мм, $RI+SII > 20$ мм, $RAVL > 10,1$ мм, $RAVF > 20$ мм, $SV1+RV6 > 35$ мм, $RV6 > 22,6$ мм, $SV2 > 30$ мм, $SV1 > 25,1$ мм, $SAVR > 14$ мм, $SV2+RV5 > 45$ мм. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Результаты. Анализ подверглось 5597 ЭКГ. Медиана возраста женщин включенных в исследование составила 55 лет (интерквартильный размах от 39 до 65 лет). Возраст женщин с EW (медиана и интерквартильный размах) составил 53 года (от 38 до 65 лет). Распространенность EW составила 20,7 на 1000 (116 случаев). Частота встречаемости EW в возрастной группе от 15 до 20 лет составила 3,8%; в возрастной группе от 20 до 30 лет — в 2,1%; от 30 до 40 лет — в 2,4%; от 40 до 50 лет — 2,2%; от 50 до 60 лет — 1,5%; от 60 до 70 лет — в 2,4%; от 70 лет до 80 — в 1,4% и от 80 лет и старше — 3,3%. Обращает на себя внимание две возрастные группы, где регистрируется максимальное количество проявлений EW — от 15 лет до 20 (8 случаев, что составляет 3,8% среди женщин данной возрастной группы) и от 80 лет и старше — 3,3% (4 случая из указанной возрастной группы). Новые случаи EW зарегистрированы среди 22 женщин. Частота новых случаев EW составила 11,7 на 1000 женщин; плотность новых случаев — 0,97 на 100 человеко-лет.

Выводы:

1. Распространенность «эпсилон» волны по ЭКГ составила 20,7 на 1000.
2. Частота новых случаев «эпсилон» волны — 11,7 на 1000.
3. Плотность новых случаев «эпсилон» волны — 0,97 на 100 человеко-лет.
4. Максимальное количество встречаемости EW у женщин регистрируется в возрастных группах от 15 до 20 лет и от 80 лет и старше (3,8% и 3,3% соответственно).

0529 ЧАСТОТА, ПЛОТНОСТЬ НОВЫХ СЛУЧАЕВ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА БРУГАДА СРЕДИ ЖЕНЩИН

Мозерова Е.М., Дульский В.А.

МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия; Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Цель: изучить частоту и плотность новых случаев, распространенность феномена Бругада (ФБ) среди женщин по электрокардиографическому исследованию (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За ФБ на ЭКГ принимали характерную элевацию сегмента ST в одном или нескольких отведениях V1, V2, V3 на фоне полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; при этом исключали ЭКГ с признаками с 1-1-1 по 1-3-9; с 4-1 по 4-3; с 5-1 по 5-3; с 8-3-1 по 8-3-4; 3-1 и 3-3 по «Миннесотский код, 1982»; а так же когда $SV1+RV5 > 40$ мм, $RI+SII > 20$ мм, $RAVL > 10,1$ мм, $RAVF > 20$ мм, $SV1+RV6 > 35$ мм, $RV6 > 22,6$ мм, $SV2 > 30$ мм, $SV1 > 25,1$ мм, $SAVR > 14$ мм, $SV2+RV5 > 45$ мм. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Результаты. Анализ подверглось 5597 ЭКГ. Медиана возраста женщин включенных в исследование составила 55 лет (интерквартильный размах от 39 до 65 лет). Возраст женщин с ФБ (медиана и интерквартильный размах) составил 60 лет (от 48 до 70 лет). Распространенность ФБ составила 17,9 на 1000 женщин (100 случаев). Частота встречаемости ФБ в возрастной группе от 15 до 20 лет составила 1,0%; в возрастной группе от 20 до 30 лет — в 0,2%; от 30 до 40 лет — в 1,1%; от 40 до 50 лет — 2,3%; от 50 до 60 лет — 1,6%; от 60 до 70 лет — в 2,0% и от 80 лет и старше — 1,7%. Обращает на себя внимание две возрастные группы, где регистрируется максимальное количество проявлений феномена — от 40 лет до 50 (22 случая, что составляет 2,3% среди женщин данной возрастной группы) и от 70 лет до 80 — 3,1% (23 случая указанной возрастной группы). Новые случаи ФБ зарегистрированы среди 26 женщин. Частота новых случаев ФБ составила 13,8 на 1000 женщин; плотность новых случаев — 1,1 на 100 человеко-лет. Частота новых случаев ФБ начинает регистрироваться в возрастной группе от 30 до 40 лет, что составляет 0,3% (в двух случаях из 632 женщин данной возрастной группы). В группе от 40 лет до 50 зарегистрировано 0,5% ФБ (5 случаев из 975 женщин данной возрастной группы); от 50 лет до 60 — 0,4% (4 случая из 1074 человек указанной возрастной группы); от 60 лет до 70 — 0,4% (у 5 женщин из 1272) и от 70 лет до 80 — ФБ зарегистрирован среди 10 женщин из 737, что составило 1,4% среди лиц данной возрастной группы.

Выводы:

1. Распространенность феномена Бругада по ЭКГ составила 17,9 на 1000 женщин.
2. Частота новых случаев ФБ по ЭКГ составила 13,8 на 1000 женщин.
3. Плотность новых случаев ФБ по ЭКГ составила 1,1 на 100 человеко-лет.
4. Максимальное количество встречаемости ФБ у женщин регистрируется в возрастных группах от 40 до 50 лет и от 70 до 80 лет (2,3% и 3,1% соответственно).

0530 ЧАСТОТА СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Мозерова Е.М., Дульский В.А.

МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия; Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Цель: Изучить контроль частоты сокращения желудочков среди женщин и мужчин с мерцательной аритмией обратившихся с нарушением ритма в городскую поликлинику.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отделениях после предварительного отдыха на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике крупного промышленного центра Восточной Сибири среди 5597 женщин и 2930 мужчин 15 лет и старше.

За мерцательную аритмию на электрокардиограмме мы принимали «Миннесотский код 1982» с 8-3-1 по 8-3-4 при этом учитывали взаимоисключающие коды. Принято считать, что частота сокращения желудочков носит контролируемый характер (Рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий РФ от 2005 г.), когда она варьирует в пределах от 60 до 80 уд в 1 мин. в условиях покоя.

Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей по критерию Shapiro-Wilk, методами описательной статистики и таблицы частот.

Результаты. Мерцательная аритмия среди женщин зарегистрирована в 154 случаях. Возраст женщин с мерцательной аритмией (медиана и интерквартильный размах) составил 69 лет (от 62 до 74 лет). Медиана частоты сокращения желудочков соответствовала 88 уд в 1 мин (25-й перцентиль = 75 уд в 1 мин, 75-й перцентиль = 105 уд в 1 мин. В 4 случаях частота сокращения желудочков составила менее 60 уд в 1 мин; от 60 до 80 уд в 1 мин — 48 случаев; более 80 уд в 1 мин — 102 случая. Среди мужчин зарегистрировано 84 случая мерцательной аритмии. Возраст мужчин с мерцательной аритмией (медиана и интерквартильный размах) составил 68 лет (от 59,5 лет до 72 лет). Медиана частоты сокращения желудочков среди обследованных мужчин с мерцательной аритмией составила 93,4 уд в 1 мин (25-й перцентиль = 78,9 уд в 1 мин, а 75-й перцентиль = 108,8 уд в 1 мин. Анализ ястоты сокращения желудочков показал, что в 2 случаях частота сокращения желудочков составила менее 60 уд в 1 мин; от 60 до 80 уд в 1 мин — 23 случая; более 80 уд в 1 мин — 59 случаев.

Выводы:

1. Соотношение лиц с неконтролируемой частотой сокращения желудочков при мерцательной аритмии к контролируемой частоте сокращения желудочков составляет: среди женщин 2,2 и 2,7 среди мужчин.

2. Как контролируемая частота сокращения желудочков, так и неконтролируемая как среди мужчин, так и среди женщин страдающих мерцательной аритмией чаще всего регистрируется в возрастных группах от 60 до 80 лет.

0531 КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Молдабеков Т.К., Каражанова Л.К., Тулеутаева Г.К., Айманов И.Е.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Эндотелиальная дисфункция является одним из важных патогенетических факторов развития атеросклероза, артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Целью исследования является оценка влияния небилета на содержание оксида азота, эндотелий-зависимую вазодилатацию и клиническое течение острого коронарного синдрома (ОКС).

Обследованы 46 больных ОКС, средний возраст — 57,2±3,1 года. Проводилось комплексное обследование всех больных, включающее, в частности, определение метаболитов оксида азота в крови и доплер-эхокардиографическое исследование эндо-телиальной вазодилатации.

В результате проведенного исследования получены данные, свидетельствующие о наличии у небилета не только положительного влияния на метаболизм оксида азота и функциональное состояние сосудистого эндотелия, но и на клиническое течение острого коронарного синдрома. Так, исходно сниженное до уровня 0,30±0,02 содержание метаболитов оксида азота в крови на 5 день терапии с применением небилета повысилось до

0,51±0,04 (p<0,01), в то время как в группе сравнения снизилось до 0,27±0,03. Далее, при повторном исследовании через 10 дней их содержание составило 0,62±0,04 и 0,39±0,05 соответственно, p<0,05.

Положительное влияние препарата на клиническое течение заболевания заключалось в достоверном снижении частоты и тяжести ангиальных приступов как при нестабильной стенокардии, так у больных инфарктом миокарда, уменьшении частоты развития желудочковых аритмий сердца, снижении потребности в антиангиальных препаратах (нитратах).

0532 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ «НЕБИДО» НА ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Моргунов Л.Ю.

20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: Изучение эффективности и безопасности инъекционной формы тестостерона («Небидо») у пациентов с андрогенным дефицитом и факторами риска ИБС.

Методы: в исследование приняли участие 48 пациентов с СД типа 2 в возрасте 50,2±6 лет, с длительностью СД 7,7±3 года. У всех пациентов имелся андрогенный дефицит; уровень общего тестостерона до начала терапии составил 9±1,4 нмоль/л. До начала терапии средние уровни составили: НbA_{1c} — 8,9±1,1%, холестерина — 5,9±0,6 ммоль/л, триглицеридов 2,5±0,4 ммоль/л, ЛПНП — 3,8±0,9 ммоль/л, ЛПВП — 1,0±0,2 ммоль/л, гликемии натощак — 7,4±1,2%. Индекс массы тела до начала лечения составил 32±3,1 кг/м². Все пациенты получали сахароснижающую терапию, которая оставалась неизменной в течение 1 года. Всем назначена терапия «Небидо» в дозе 1000 мг тестостерона внутримышечно; первая инъекция через 6 недель, в дальнейшем — с интервалом 12 недель в течение года.

Результаты: через 1 год терапии «Небидо» отмечалось статистически значимое снижение уровня НbA_{1c} до 6,9±1,0%, холестерина до 5,1±0,5%, триглицеридов до 1,8±0,3 ммоль/л, ЛПНП — до 2,8±0,6 ммоль/л, ЛПВП — до 1,1±0,1 ммоль/л, гликемии натощак до 6,0±1,1%. Индекс массы тела через год от начала лечения составил 26±2,3 кг/м². Уровень общего тестостерона через год составил 16±1,5 нмоль/л. Уровень простат-специфического антигена через год достиг верхней границы нормы у 1 пациента.

Выводы: Терапия «Небидо» в терапевтических дозах у пациентов с андрогенным дефицитом оказывает несомненный положительный эффект на углеводный и липидный обмен, снижает степень ожирения, является безопасной и позитивно воздействует на факторы риска развития ИБС.

0533 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Моргунов Л.Ю.

20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность препаратов тестостерона в терапии артериальной гипертензии у пациентов дефицитом андрогенов.

Методы: В исследовании приняли участие 80 пациентов, страдающих артериальной гипертензией и доказанным дефицитом андрогенов. Пациенты были разделены на две группы по 40 человек: А-пациенты, получавшие только гипотензивную терапию и Б- пациенты, получавшие гипотензивную терапию и тестостерон. Пациенты были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, степени и стадии артериальной гипертензии. В начале исследования всем больным назначены: конкор (бисопролол) в дозе 10 мг 1 раз в сутки и гипотиазид в дозе 12,5 мг. В течение периода наблюдения дозу препаратов титровали; при необходимости добавляли другие гипотензивные препараты. Для коррекции андрогенного дефицита назначался тестостерон ундеканат 1000 мг внутримышечно с интервалом в 12 недель. Исходно уровень систолического АД

(САД) составил в группе А 167,4±8,3 мм рт.ст, диастолического АД (ДАД) — 93,5±4,7 мм рт.ст. В группе Б уровень САД составил исходно 164,7±7,3 мм рт.ст., уровень ДАД 91, 6±3,8 мм рт.ст.

Результаты: Через 48 недель от начала терапии в группе А наблюдалось достоверное снижение АД от исходного уровня: САД составило 132,4±4,1 мм рт.ст, ДАД — 82,2±2,5 мм рт.ст., в группе Б — САД 124,6±5,3 мм рт.ст., ДАД — 77,5±3,5 мм рт.ст. ($p<0,05$). У больных, получающих тестостерон, отмечена положительная динамика клинической симптоматики андрогенного дефицита.

У пациентов группы Б наблюдалось большее статистически достоверное снижение АД. В группе А 70% пациентов потребовалось увеличение дозы конкора; в подгруппе Б лишь у 32,5%. У пациентов группы А 31% пациентов потребовалось добавление эналаприла и увеличение его дозы, а также добавление амлодипина для достижения целевого уровня АД, у пациентов группы Б — лишь в 12%.

Выводы: добавление тестостерона к гипотензивной терапии пациентов с артериальной гипертензией и андрогенным дефицитом приводит к более значимому снижению АД. У пациентов, не получающих препараты тестостерона, требуется более частое повышение дозы препаратов и необходимо усиления гипотензивной терапии.

0534 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРЛИПИДИЕЙ

Морозова Т.Е., Захарова В.Л.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить фармакоэкономические аспекты применения различных статинов у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого риска с гиперлипидемией (ГЛП).

Методы: В исследование включены 65 больных (м — 30, ж — 35, ср. возраст 55,7±8,6 лет), страдающих АГ I-II ст. и ГЛП IIa и IIb типов. Из статинов использовали оригинальные препараты симвастатина (зокор® — 3) и флувастатина (лескол® — Л) и генерический препарат аторвастатина (аторис — А). Длительность лечения составила 12 недель. Для фармакоэкономического анализа использован коэффициент «стоимость/эффективность». Точкой оценки эффективности считали влияние на уровень липидов плазмы — общий холестерин (ОХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП).

Результаты: Цена фармакотерапии представляла собой произведение среднесуточной дозы препарата (для 3 Л 17,6±4,1 мг, Л — 31,0±5,2 мг; А — 17,0±4,9 мг) на количество дней приема (84 дня) и средней стоимости 1 мг препарата и составила для 3 4509 руб., А — 2799 руб. и Л — 2552 руб. Коэффициент «стоимость/эффективность» для 3, Л и А в пересчете на ОХС составил 179,6, 126,3 и 100,3; в пересчете на ХС ЛНП — 164,6, 101,3 и 94,6; в пересчете на ТГ — 234,8, 135,7 и 143,5; в пересчете на ХС ЛВП — 402,6, 303,8 и 394,2. Наименьшие значения соотношений «стоимость/эффективность» рассматривались как наилучший показатель фармакоэкономической эффективности. По результатам исследования статины расположились в порядке убывания их фармакоэкономической эффективности следующим образом: по ОХС — А (1):Л (1,26):3 (1,79), по ХС ЛНП — А (1):Л (1,07):3 (1,74), по ТГ — Л (1):А (1,06):3 (1,73) и по ХС ЛВП — Л (1):А (1,3):3 (1,33). Использование А оказалось наиболее целесообразным, если в качестве критериев эффективности выбирались уровни ОХС и ХС ЛНП, а Л — уровни ТГ и ХС ЛВП. Кроме того, была изучена экономическая составляющая гиполипидемической терапии при назначении конкретных лекарственных форм: рассчитывалась стоимость лечения без учета терапевтической эффективности (произведение стоимости одной таблетки препарата и количества дней проводимой терапии). Таким образом, по стоимости 12 недельной терапии препараты расположились следующим образом: А (20 мг) — 2436 руб., Л (40 мг) — 2520 руб., 3 (20 мг) — 4140 руб., а коэффициенты соотношения их стоимостей составили соответственно 1 : 1,03 : 1,7.

Выводы: Фармакоэкономическая эффективность статинов, рассчитанная исходя только из стоимости препаратов и при учете клинической эффективности их применения различается. Генерик аторвастатина аторис не уступает по своей гиполипидемической эффективности оригинальным препаратам симвастатина (зокору®) и флувастатина (лесколу®), а с фармакоэкономической точки зрения его назначение для коррекции ГЛП у больных АГ с нарушениями липидного обмена при краткосрочной терапии является наиболее целесообразным.

0535 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЕЁ ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПОДВЫБОРКЕ НОВОСИБИРСКА

Мотина О.В., Никитин Ю.П., Симонова Г.И., Рагино Ю.И., Щербакова Л.В., Малютин С.К.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель работы. Изучить распространенность гипергомоцистеинемии (ГГЦ) в популяционной подвыборке Новосибирска, исследовать её возможную связь с ИБС и основными факторами риска.

Материал и методы. Объектом исследования была репрезентативная популяционная подвыборка мужчин и женщин 45-69 лет, 899 человек (614 мужчин и 285 женщин). В программу обследования входили валидизированные анкеты и опросники, включая кардиологический Роуз, опросники по питанию, курению, антропометрия, тонометрия, ЭКГ, оценка липидного профиля крови (общий ХС, ТГ, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП), уровня χ -глутаминтранспептидазы в крови, определение уровня гомоцистеина (ГЦ) в крови методом ИФА.

Результаты. Распространенность ГГЦ в популяционной подвыборке 45-69 лет Новосибирска составила 36,3%: 33,3% — умеренная ГГЦ (ГЦ крови 15-30 мкм/л) и 3,0% — средняя ГГЦ (ГЦ крови 30-100 мкм/л). Выраженная ГГЦ (ГЦ крови >100 мкм/л) не обнаружена ни в одном случае. Умеренная ГГЦ более распространена у мужчин (39,6%), чем у женщин (19,6%). Среднее значение ГЦ крови у мужчин (15,7±0,3 мкм/л), в отличие от женщин (12,95±0,3 мкм/л), выше на 17,5% ($p<0,001$). У мужчин в сравнении с женщинами достоверно ниже средние значения общего ХС, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП и индекса Кетле. В популяционной подвыборке 45-69 лет не обнаружено каких-либо связей между ГЦ крови и ИБС. Однако, частота ИБС между подгруппами гомоцистеинемии « $<12 \geq$ мкм/л» и « $<15 \geq$ мкм/л» достоверно различалась ($p<0,001$ и $p<0,05$, соответственно). ИБС на основании ЭКГ и кардиологического опросника Роуз была выявлена у 118 (13,1%) лиц. При уровне ГЦ крови ≥ 12 мкм/л — 92 случая (15,3%) ИБС. При уровне ГЦ крови ≥ 15 мкм/л — 53 случая (16,3%) ИБС. Уровень ГЦ крови положительно коррелирует с возрастом, курением, уровнем систолического и диастолического АД, ЧСС, уровнем χ -глутаминтранспептидазы в крови, уровнем продуктов перекисного окисления липидов в ЛНП, индексом ОТ/ОБ, и отрицательно коррелирует с полом, индексом Кетле и уровнем α -токоферола в ЛНП.

Выводы. В популяционной подвыборке 45-69 лет Новосибирска распространенность ГГЦ составила 36,3%, преимущественно умеренной формы (33,3%). Каких-либо связей ГГЦ с ИБС не обнаружено.

0536 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мравян С.Р., Гуревич М.А., Лебедева Т.Ю.

МОНИКИ, Москва, Россия

Цель: изучение временных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) после реконструктивных операций на митральном клапане при ревматических пороках сердца.

Методы: в исследование были включены 41 человек в возрасте от 36 до 73 лет. Обследуемые были разделены на 3 группы. Пер-

вую группу составили 25 больных, оперированных по поводу ревматического порока митрального клапана без нарушений ритма. Во вторую группу вошли 9 пациентов с пароксизмальной формой ФП после реконструктивных операций на митральном клапане. Контрольную группу составили 32 здоровых добровольца. Анализ ВРС осуществлялся на основе суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру через $12,6 \pm 4,5$ месяца после операции. Использовался стандартный анализ временных показателей.

Результаты: больные 2-ой группы по сравнению с 1-ой группой и группой здоровых характеризовались меньшими величинами всех временных показателей ВРС: SDNN ($p < 0,05$), HRvI, SDANN ($p < 0,05$) и RMSSD. Различия между группами больных и здоровых людей в большей степени проявлялись в ночное время. У пациентов 2-ой группы, по сравнению с контрольной, в ночное время отмечалось снижение показателя SDNN ($p < 0,05$) и SDANN ($p < 0,05$), а остальные показатели существенно не менялись. 1-ая группа пациентов практически не отличалась от контрольной по временным показателям ВРС.

Выводы: больные с пароксизмальной формой ФП после реконструктивных операций на митральном клапане при ревматических пороках сердца в сравнении со здоровыми и пациентами без ФП характеризуются в течение длительного времени повышенной активностью симпатической нервной системы. Наиболее ярко эти отличия проявляются в ночное время суток.

0537 ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАДАЛАФИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2 СТАДИИ

Муляр А.Г., Верткин А.Л., Заборовский А.В., Бабенко И.В., Гасанов М.Т.

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

Цель: Оценить влияние тадалафила на клеточный гемостаз и общий уровень тестостерона в сыворотке крови при лечении эректильной дисфункции (ЭД) у пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД 2) и сопутствующей гипертензивной болезнью 2 стадии (ГБ 2).

Методы: В качестве материала исследования использовалась кровь 36 больных СД 2 и ГБ 2, страдавших ЭД. Измерение агрегации тромбоцитов проводилось по методу Born, на агрегометре фирмы «Chrono-log» (США). В качестве индуктора агрегации использовалась АДФ (НПО «Ренам», Россия, серийный № 0902) в концентрации 10–5 М. Степень образования активных форм кислорода (АФК) нейтрофилами этих больных определялась по люцигенинзависимой хемилюминесценции, которая регистрировалась на люминометре «Биотокс-7». Определение уровня общего тестостерона в сыворотке крови осуществлялось методом иммуноферментного анализа. Тадалафил назначался по 20 мг (согласно инструкции по применению) и через 9–10 часов после приема препарата проводился забор крови.

Результаты: Было установлено, что у больных СД 2 и ГБ 2 тадалафил не только улучшает эректильную функцию (согласно данным анкетирования по шкале международного индекса эректильной функции – МИЭФ), но и угнетает агрегационную способность тромбоцитов по сравнению с действием одной АДФ на 34%. Также было выявлено, что тадалафил оказывает кратковременное прооксидантное действие, зависящее от механизма формирования АФК. Кроме того, у данной категории больных тадалафил повышает общий уровень тестостерона в сыворотке крови на 22%. Учитывая кратковременное потенцирующее действие тадалафила на «дыхательный взрыв» нейтрофилов, у всех обследованных пациентов в результате взаимодействия образовавшегося NO (см. механизм действия тадалафила) с O₂ — возникает высоко реактивное соединение пероксинитрит (NO₃), которое, кратковременно, но эффективно влияет на липидные компоненты плазматической мембраны клеток, в том числе арахидоновой кислоты (АК). Вследствие этого, нарушается выделение АК из фосфолипидного слоя плазматических мембран, а следовательно, ее последующий метаболизм в тромбоцитах, с угнетением об-

разования ТхА₂, как мощного тромбогенного фактора. Это, в свою очередь, снижает функциональную активность данных форменных элементов крови.

Выводы: 1. Тадалафил восстанавливает эректильную функцию у больных с сочетанием СД 2 и ГБ 2 (согласно шкале МИЭФ), что повышает качество жизни и ускоряет социальную реабилитацию данных пациентов; 2. Тадалафил угнетает активность тромбоцитов и увеличивает уровень общего тестостерона в сыворотке крови, что имеет положительное значение при течении сердечно-сосудистых заболеваний; 3. Тадалафил усиливает способность нейтрофилов образовывать АФК.

0538 ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ НОВОГО АНТИАГРЕГАНТА СРЕДИ ДИЕНО ДЕРИВАТОВ ИНДОЛЬНОГО РЯДА

Муляр А.Г., Гасанов М.Т., Колосов Ю.А., Лобанова Е.Г.

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

Цель: Скрининг новых енаминовых производных индольного ряда, ферментативно генерирующих NO, с выявлением наиболее активного и малотоксичного препарата и последующим выходом на лекарственное средство.

Методы: Эксперименты проводились на 36 кроликах — самцах породы «Шиншилла» массой $2,7 \pm 0,3$ кг, донорской крови, 24 белых беспородных мышках массой $20 \pm 2,0$ г. В ходе экспериментов были изучены 8 химических веществ, потенциальных доноров NO в концентрациях 10–3, 10–4, 10–5 М (при необходимости концентрацию последовательно уменьшали до той, при которой эффект отсутствовал). Ранее способность данной группы веществ влиять на клеточный гемостаз не изучалась. Исследование агрегации тромбоцитов проводилось по методу Born, на агрегометре фирмы «Chrono-log» (США). В качестве индуктора агрегации использовалась аденозиндифосфорная кислота (АДФ) — фирмы «Sigma» (США) в концентрации 10–5 М. Для определения степени образования активных форм кислорода (АФК) использовался метод хемилюминесценции, при котором регистрировалось количество импульсов в минуту на люминометре «Биотокс-7». Определение острой токсичности перспективного лекарственного препарата рассчитывалось по методу Кербера. При статической обработке полученных данных использовался пакет программ Excel 7.0 с оценкой критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P \leq 0,05$.

Результаты: Наиболее выраженное влияние на АДФ — индуцированную реакцию оказывало вещество с условным шифром ГРС 33–88, растворимое в ДМСО, которое, по сравнению с контрольными значениями для данного растворителя в концентрации 10–3 М, подавляло активность тромбоцитов на 85,5%; в концентрации 10–4 М склеивание тромбоцитов угнеталось на 88,7%. При уменьшении концентрации вещества ГРС 33–88 до 10–5 М антиагрегационный эффект не отличался от исходных цифр. При пероральном введении вещество ГРС 33–88 к первому часу наблюдения угнетало процесс агрегации тромбоцитов, индуцированного АДФ, на 44% от контроля; эффект достигал максимума через два часа после введения (52,6). К четвертому часу эксперимента эффект составлял всего 12% и в дальнейшем исчезал. При изучении активности нейтрофилов доноров методом хемилюминесценции было установлено, что ГРС 33–88 концентрационно-зависимым образом снижает спонтанный и индуцированный уровень супероксиданионрадикалов. Еще одним фактором, свидетельствующим о перспективности данного соединения, является высокое значение LD₅₀ ($8,9 \pm 0,75$ г/кг), которое позволяет отнести его к классу практически нетоксичных веществ.

Выводы: 1. Проведенные эксперименты убедительно свидетельствуют о перспективности поиска антиагрегантов, эффективных при энтеральном назначении, среди производных данного ряда химических веществ; 2. Проведенный анализ «структурное действие» изученных доноров NO позволил дать рекомендации химикам-синтетикам для синтеза новых либераторов NO с заданными фармакологическими свойствами; 3. Вещество 2-диено-производное индоксила (ГРС 33–88), может быть рекомендовано в качестве объекта доклинических исследований по параметрам безопасности программы Министерства Здравоохране-

ния и Социального развития РФ и, скорее всего, после их завершения станет предметом клинических испытаний как регулятор микроциркуляции (ингибитор агрегации тромбоцитов).

0539 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мураталиев Т.М., Махмудходжаев С.А., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н., Окунова А.А.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить эффективность применения фиксированного комбинированного препарата экватора у пациентов коронарной болезнью сердца (КБС) со стабильной стенокардией (СС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: в открытое рандомизированное исследование были включены 28 больных со СС III функционального класса в сочетании с ГБ I и II степени в возрасте 40–60 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 14 человек в зависимости от получаемой терапии: I группу составили больные, получавшие комбинированный препарат экватор с фиксированными дозами амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг фирмы «Гедеон Рихтер», II группу — пациенты, принимавшие традиционные таблетки амлодипина и лизиноприла (фирмы «Гедеон Рихтер») в тех же дозах. Перечисленные препараты пациенты принимали ежедневно утром 1 раз в сутки в течение 2-х недель. Физикальное исследование, измерение артериального давления (АД) лежа и стоя, анализ частоты приступов стенокардии, количество потребляемых таблеток нитроглицерина за неделю, регистрацию ЭКГ, ЭКГ — нагрузочную пробу (велоэргометрия), 6-минутный тест с ходьбой, Холтеровское ЭКГ-мониторирование проводили до и к концу срока терапии.

Результаты исследования: к концу срока лечения у больных обеих групп наблюдался одинаковый по выраженности гипотензивный и антиангинальный эффект. Оба вида препаратов способствовали снижению систолического АД на 16% и 18% ($p < 0,05$), диастолического АД — на 12% и 14% ($p < 0,05$), соответственно. На фоне лечения обоими видами препаратов отмечался явный антиангинальный эффект. Частота ангинозных приступов уменьшилась более чем в 2 раза в обеих группах больных ($p < 0,05$). По результатам теста с 6-минутной ходьбой отмечено достоверное увеличение дистанции ходьбы на 37% и 39% ($p < 0,001$). Количество принимаемых таблеток нитроглицерина уменьшилось в I группе на 68,7% и во II группе на 71,4% ($p < 0,05$). В обеих группах в равной степени отмечалось увеличение длительности непрерывной работы на велоэргометре на 40,5% и 42,8% ($p < 0,05$), пороговой мощности нагрузки — на 30,1% и 33,3% ($p < 0,05$), соответственно. По данным Холтеровского ЭКГ-мониторирования после лечения у пациентов обеих групп наблюдалось урежение эпизодов ишемии миокарда на 60% и 61,6%, продолжительности депрессии сегмента ST на 67% и 66,4%, глубины — на 58,9% и 60,2%, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: фиксированный комбинированный препарат Экватор является эффективным в лечении больных КБС со СС в сочетании с ГБ.

0540 ВЛИЯНИЕ ЛИШУАНА НА СОДЕРЖАНИЕ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Мураталиев Т.М., Махмудходжаев С.А., Неклюдова Ю.Н., Звенцова В.К., Айтбаев К.А.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучение терапевтической эффективности препарата «Лишуан» (Л), полученного посредством усовершенствованных технологий из редкого растения *Notoginseng*, выпускаемого в капсулах (60 мг), у больных коронарной болезнью сердца

(КБС) с дислипидемией и низким уровнем холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛПВП; ниже 1,0 ммоль/л).

Методы: исследовано 70 больных КБС со стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов. 96,7% были мужского пола и 3,3% — женского. Возраст обследуемых колебался в пределах 35–65 лет (средний возраст $53,8 \pm 10,37$ лет). Пациенты, включенные в исследование, были рандомизированы на 2 группы и значимо не различались между собой по основным клинико-функциональным характеристикам и значениям липидного спектра. В I группу (контрольную) вошли 30 больных, не получавших Л. II группу составили 40 больных, принимавших Л в дозе 6 капсул/сутки. Для оценки влияния Л на уровень липидов крови определяли спектр липидов (общий ХС, ЛПВП, липопротеиды низкой плотности — ЛПНП, триглицериды — ТГ), а также атерогенный индекс — АИ (общий ХС/ХС ЛПВП) до и после 3-х месячного лечения Л.

Результаты исследования: выявленные к концу 3-х месячного наблюдения сдвиги в средних уровнях общего ХС, ХС ЛПНП и ТГ не были статистически значимыми ни в одной из обследуемых групп наблюдения ($p > 0,05$). Во II группе к концу курсового лечения рост уровня ХС ЛПВП составил 24,6% ($p < 0,0001$), соответственно, произошли положительные сдвиги и со стороны АИ, который снизился на 15,9% ($p < 0,05$). В то же время, в группе больных, не принимавших Л, достоверных изменений концентраций ХС ЛПВП и АИ не произошло ($p > 0,05$).

Выводы: 12-недельное лечение Л в дозе 6 капсул/сутки приводит к достоверному увеличению концентрации ХС ЛПВП (24,6%) и может быть эффективным у больных КБС с низким уровнем ХС ЛПВП. Таким образом, Л может быть использован в клинической практике как средство выбора для коррекции дислипидемии с низким уровнем ХС ЛПВП при первичной и вторичной профилактике КБС.

0541 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мураталиев Т.М., Мухтаренко С.Ю.

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучение распространенности тревоги и депрессии и взаимосвязи депрессии с качеством жизни у больных коронарной болезнью сердца (КБС).

Методы: обследовано 62 больных коронарной болезнью сердца (КБС), средний возраст составил $51,98 \pm 7,86$ лет. Из них у 46 (74,3%) пациентов была диагностирована нестабильная стенокардия, у 12 (19,3%) — стабильная стенокардия и у 4 (6,4%) — острый инфаркт миокарда. Обследование проводилось с использованием шкалы депрессии Бека (BDI), шкалы реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера и модифицированного Сизтлского опросника для больных стенокардией (МСОС).

Результаты исследования показали, что средний балл РТ составил $51,5 \pm 7,45$, ЛТ — $54,08 \pm 7,74$, BDI — $17,58 \pm 8,52$, МСОС — $22,8 \pm 4,89$. У 12 (19,4%) пациентов отмечалась умеренная степень, а у 50 (80,6%) — высокая степень РТ; у 9 (14,5%) — умеренная, у 53 (85,5%) — высокая степень ЛТ. У 13 пациентов (21%) отмечалось отсутствие депрессивных симптомов по шкале BDI, у 13 (21%) определялась легкая депрессия (субдепрессия), у 15 (24%) — умеренная, у 13 (21%) — средней тяжести и у 8 (13%) — тяжелая депрессия. Отмечалась обратно пропорциональная зависимость между показателями BDI и качеством жизни (КЖ) по МСОС: высокие значения депрессии соответствовали низким значениям КЖ. Показатель КЖ в подгруппе с отсутствием депрессии был достоверно выше ($25,42 \pm 3,17$) по сравнению с таковым в подгруппе с умеренной депрессией ($21,42 \pm 5,25$), $p < 0,03$, а так же по сравнению с таковым в подгруппе с тяжелой депрессией ($19,14 \pm 6,96$), $p < 0,02$.

Выводы: полученные результаты указывают на необходимость адекватной терапии симптомов тревожно-депрессивного регистра у больных КБС.

0542 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СОТРУДНИКОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Муртазов А.М., Эльгаров А.А., Шогенов А.Г.
ФГУЗ МСЧ МВД КБР, Нальчик, Россия

Цель — установить частоту и клинические проявления сердечно-сосудистых и психических расстройств среди сотрудников органов внутренних дел (ОВД), участников антитеррористических операций.

Материалы и методики. Выполнено общесоматическое обследование 84 мужчин 25–42 лет с использованием суточного мониторинга АД (СМАД) и ЭКГ (СМ ЭКГ), а также психофизиологического тестирования (ПФТ).

Результаты. Из 86 сотрудников ОВД в 42 (46,5%) наблюдениях установлены различной степени выраженности расстройства адаптации, что подчеркивает критическое влияние событий на качество жизни (КЖ). При этом общесоматические симптомы отмечались в 33,3% наблюдений: общая слабость, головные боли, плохой сон, раздражительность, боли в «сердце», утомляемость, чувство перебоев или «замирания» в сочетании с астеноневротическими проявлениями. В этих случаях неустойчивость АД зарегистрированы у 92,8% обследованных, в основном, гипертензивные. По данным СМАД, средние дневные систолического АД (САД, $138,9 \pm 4,7$ мм рт.ст.) и диастолического (ДАД, $78,8 \pm 2,3$ мм рт.ст.) и особенно ночные САД ($143,7 \pm 4,3$) и ДАД ($96,5 \pm 1,9$), а также недостаточное снижение ($35,0\%$) или отсутствие снижения ($20,5\%$) показателей АД в ночное время у лиц с признаками гипертензии отличались ($p < 0,01$) от обычных характеристик суточного профиля АД. Вместе с этим, у 3 (21,4%) сотрудников благодаря СМ ЭКГ зарегистрированы симптомы «немой» ишемии, нарушения ритма — пароксизмальная экстрасистолическая у 2 (66,6%), реже — мерцательная (у 1 чел., 33,4%) аритмия, в основном, ночью. ПФТ обнаружило выраженные и умеренные показатели шкал дезадаптации и дистресса у 19 (45,2%) обследованных лиц отмечались; в 50% отмечались смешанные тревожно-депрессивные реакции, реже — с преобладанием депрессивных (24,7%), нарушений поведения (12,3%) и травматических переживаний, недостижимыми уровней посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР-2,7%). Наиболее распространенный типологический вариант отклонений адаптации — тревожно-депрессивные реакции, включал в себя отчетливо выраженные симптомы как тревоги, так и депрессии, которые не могут быть разделены. Примечательно, что по шкале дистресса его пороговые значения для указанной группы расстройств адаптации характеризовались соответственно как: а) незначительно выраженные (до 11 баллов) в 53,4% случаев, б) умеренно выраженные (12–23 баллов) в 23,2% и в) значительно выраженные (более 24 баллов) в 8,2%. При этом во всех приведенных группах уровней дистресса более половины составили лица с тревожно-депрессивными симптомами ($51,3 - 62,8 - 67,9\%$ соответственно). Сопоставимыми оказались число обследованных с тревожно-депрессивными реакциями, имевшими значения шкал дезадаптации и дистресса опросника Котенева как умеренно (27–53 баллов) и значительно выраженные (более 54 баллов) — соответственно 28 и 27 сотрудников. Практически все обследованные (94,1%) отметили плохое настроение, тоску и печаль, явное снижение памяти, интереса к профессиональной деятельности; меньшая часть (51,1%) — хроническую усталость, разбитость, утрату энергии, чувство невозможности расслабиться, что при объективном осмотре подтверждалось их неусидчивостью, торопливостью. У подавляющего большинства (91,8%) лиц фиксировалась соматизация тревожно-депрессивных расстройств — затрудненный вдох, одышка или чувство «нехватки» воздуха, удушье, ком в горле, боли в сердце и груди, сердцебиение, приступы «дурноты», потливость, тошнота и боли в животе, неустойчивость стула. Четверть сотрудников указывали на нервные вспышки, повышенную обидчивость и чувствительность к звуку, свету, прикосновению, резкие (внезапные) перепады настроения.

Заключение. Среди сотрудников специальных подразделений ОВД достаточно часто обнаруживаются гипертензивные реакции, нарушения ритма сердца и коронарной гемодинамики, а также тревожно-депрессивные расстройства, обусловленные особенностями профессиональной деятельности. Медицинское сопровождение их должно включать рациональные медико-психологические способы коррекции отклонений общесоматического статуса.

0543 ГИПОТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мусин А.М., Каражанова Л.К., Мусина А.А., Аблайулы Ж.А., Молдабек Г.К.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан; НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: Выявление частоты гипотиреоза как причины развития артериальной гипертензии по данным кардиологического стационара и оценка клинических особенностей.

Методы: Проведен комплексный анализ клинических данных всех больных с артериальной гипертензией, пролеченных в условиях кардиологических отделений Больницы скорой медицинской помощи г. Семипалатинск за 2004–2006 гг., включающий анализ данных тиреоидного статуса (по результатам двукратного определения содержания тироксина и тиротропного гормона в крови).

Результаты: Всего из общего числа больных с артериальной гипертензией с четкими клинико-лабораторными признаками гипотиреоза за 2004 пролечено 86 больных, за 2005 — 56, 2006 — 79 больных (9,8%, 7,6% и 8,2% от общего числа пациентов с артериальной гипертензией соответственно). Средний возраст составил $54,7 \pm 5,2$. Частота встречаемости первичного гипотиреоза была примерно 1,5 случая к 1 постоперационному.

Клинически АГ протекала тяжело в обеих подгруппах, что характеризовалось плохо контролируемым уровнем АД, преимущественно повышением диастолического АД, брадикардией, проявлением сердечной недостаточности I–II степени. Результаты Эхо-КГ характеризовались снижением сердечного выброса, ФВ — $47,3 \pm 3,4\%$ $p < 0,05$, уменьшением сократительной способности миокарда, нарушением диастолической функции левого желудочка. После гормонозаместительной терапии (ГЗТ) L-тироксин уровень АД лучше контролировался, что в некоторых случаях позволило отменить антигипертензивную терапию, т.к. уровень АД под влиянием антигипертензивных препаратов снижался ниже оптимума. При динамическом наблюдении, после лечения ФВ повысился до $52,1 \pm 2,7\%$, $p < 0,05$ относительно исходного уровня.

Назначение L-тироксина больным гипотиреозом нормализует функцию щитовидной железы, однако по многочисленным сообщениям при этом нередко со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно у пожилых, приводит к появлению ИБС или ее утяжелению (Ellyin FM 1992). Согласно некоторым данным у 15% больных, начавших терапию L-тироксином, в течение 2-х лет развивается инфаркт миокарда (Toft AD.1994). Среди других побочных эффектов имелись нарушения ритма (мерцательная аритмия, суправентрикулярная экстрасистолия), являющиеся следствием повышенной возбудимости предсердий на фоне приема тиреоидных препаратов (Punzengruber C, et al. 1998, Vanderpump M, et al. 1996).

Вывод: Таким образом, гипотиреоз можно рассматривать как фактор риска АГ, при котором течение заболевания имеет особенности, что требует разработки диагностических подходов, а также принципов адекватной терапии при данной сочетанной патологии.

0544 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРИКА АТОРВАСТАТИНА — ПРЕПАРАТА АТОРИС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Мусихина Н.А., Пименова Л.В., Жуйкова О.А., Бессонова М.И.
Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Изучение безопасности и гиполипидемической эффективности Аториса у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы. Проведено открытое проспективное неконтролируемое исследование. В испытание включено 36 мужчин в первые сутки ОКС. Средний возраст пациентов составил $55,8 \pm 9,0$ лет, индекс массы тела $26,4 \pm 1,8$. В 1-е сутки ОКС дополнительно к традиционной терапии назначался Аторис 20 мг. Исходно и в конце исследования проводилось исследование содержания общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и триглицеридов (ТГ), печеночных трансаминаз, КФК. Уровень ОХС определяли спектрофотометрически с использованием реактивов «BioSystems» (Испания), показатели ХС-ЛПВП, ТГ определяли энзиматическим колориметрическим методом на анализаторе «Eos-Biavo», использовались реактивы производства «Human» (Германия). Концентрацию ХС-ЛПНП рассчитывали по формуле Friedewald с учетом уровня ТГ. Длительность наблюдения составила 30 дней. Безопасность терапии оценивалась по количеству побочных эффектов, потенциально связанных с приемом препарата. Эффективность терапии оценивали по величине отклонения ХС-ЛПНП от исходных значений, по частоте достижения «целевого» уровня ХС-ЛПНП, учитывали рецидивы ОКС, потребовавшие повторной госпитализации. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS 11. Для оценки динамики показателей на фоне лечения использовали непараметрический критерий Вилкоксона.

Результаты. К концу наблюдения выбыли 6 человек: у 1 пациента (2,8%) выявлено увеличение АЛТ в 3 раза от верхней границы нормы без наличия клинических симптомов печеночной патологии, у 1 пациента на 4 сутки развился рецидив инфаркта миокарда, закончившийся летальным исходом, 4 пациента выбыли из исследования в результате низкой комплаентности. Через 30 дней терапии у 30 пациентов других побочных эффектов не зарегистрировано. До начала лечения средний уровень ОХС составил $4,86 \pm 0,22$ ммоль/л, концентрация ХС-ЛПНП $3,04 \pm 0,20$ ммоль/л, ТГ $1,41 \pm 0,17$ ммоль/л и ХС-ЛПВП $1,22 \pm 0,06$ ммоль/л. К моменту окончания исследования концентрация ХС-ЛПНП и ОХС снизились на 23,7% и 15,6% соответственно. «Целевого» уровня ХС-ЛПНП ($< 2,5$ ммоль/л) достигли 19 пациентов (63,3%), нового «целевого» уровня холестерина ЛПНП у больных высокого риска $< 1,8$ ммоль/л удалось добиться у 10 человек (33,3%). У 9 пациентов с исходной дислипидемией (30%) показатели ОХС и ХС-ЛПНП снизились на 25,6% и 33,9%. Концентрация ХС-ЛПВП увеличилась на 6,2%. Повышения уровней печеночных трансаминаз, КФК не зарегистрировано.

Выводы. Таким образом, в 93,8% случаев выявлена хорошая переносимость Аториса в дозе 20 мг, подтвердилась его высокая гиполипидемическая эффективность и безопасность у больных ОКС.

0545 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

Муталова Э.Г., Мингазетдинова Л.Н., Касаткина Е.Е.
ГОУ ВПО БГМУ РосЗДРАВА, Уфа, Россия

Цель. Оценка антигипертензивного эффекта амлодипина (Тенокс, КРКА) и его влияния на параметры эндотелиальной функции у больных с артериальной гипертензией.

Методы. Обследовано 64 больных (43 мужчины и 21 женщина) в возрасте 49–65 лет (в среднем $58,4 \pm 4,8$ года) с мягкой и умеренной АГ. Длительность заболевания АГ в среднем составила $7,4 \pm 2,3$ года. Назначали амлодипин (Тенокс) в дозе 5–15 мг/сут. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц (10 мужчин и 6 женщин), в возрасте в среднем $51,6 \pm 5,6$ года. Всем больным проведено стандартное обследование: измерение АД по методу Короткова и частоты сокращений сердца (ЧСС), суточное мониторирование АД (СМАД), ЭхоКГ в М- и В-режимах по общепринятой методике, ультразвуковое исследование плечевой артерии и функциональная проба с реактивной гиперемией в начале и через 12 нед лечения.

Результаты. Через 12 нед лечения установлено достоверное снижение САД на 29,8% ($P < 0,01$), ДАД — соответственно на 23,5% ($P < 0,01$) по сравнению с исходными значениями. Целевые уровни ДАД (ниже 90 мм рт. ст.) достигнуты у 86,7% пациентов (из них 43,3% принимали Тенокс в дозе 5 мг, остальные — в дозе 10 мг). Данные СМАД подтвердили, что терапия Теносом у пациентов с АГ приводила к достоверному снижению средних величин суточного, дневного и ночного АД, средней суточной вариабельности САД и ДАД на 20,1 и 24,7%, нормализации суточного профиля АД. Отмечено достоверное уменьшение исходно высоких показателей нагрузки давлением: индекса времени (ИВ) САД и ДАД и индекса площади (ИП) САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время, однако нормальных величин этих показателей достигнуто не было. При ультразвуковом исследовании плечевой артерии более чем у 2/3 больных наблюдалось снижение ЭЗВД — основного показателя эндотелиальной функции, парадоксальная вазоконстрикторная реакция (вазоспазм) выявлена почти у 1/3 больных. На фоне лечения произошло достоверное увеличение ЭЗВД (на 81,6%), максимальной скорости кровотока в ПА (на 22,6%), реактивной гиперемии (на 29,1%), количество больных с нормальной вазорегулирующей функцией эндотелия достоверно увеличилось при уменьшении количества больных с парадоксальной вазоконстрикторной реакцией ($p < 0,05$).

Вывод: антагонист кальция третьего поколения амлодипин (Тенокс, КРКА) оказывает стабильный антигипертензивный эффект у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертензией, снижают повышенную вариабельность артериального давления, способствуют нормализации его суточного профиля. Под влиянием лечения отмечено достоверное уменьшение толщины КИМ в периферических артериях.

0546 КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Мырзахметова Г.Ш.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Известно, что печень играет ключевую роль в обмене липидов, поэтому в основе развития дислипидемии, которая оказывает негативное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы, лежит нарушение функционального состояния печени.

В настоящее время существует много статинов, однако досконально не изучено их влияние на функциональное состояние печени у больных ИБС.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и переносимость симвастатина (Симгал, «Айвэкс А.С.») в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой (Урсосан «ПРО.МЕД.ЦС Прага а. о.») у больных ИБС с функциональными нарушениями печени.

Материал и методы: в исследование было включено 44 больных со стабильным течением ИБС и функциональными нарушениями в печени из них: 19 больных (43%) был выявлен жировой гепатоз, у 25 больных (57%) хроническое холестатическое заболевание печени. Средний возраст $51,6 \pm 5,3$ года. Симгал назначался в суточной дозе 20–40 мг вместе с урсосаном 12–15 мг/кг. Допускался прием антиангинальных препаратов и антиагрегантов. Изучались биохимические анализы крови с определением уровней креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз, липидного спектра крови, коагулограммы. Проводились Эхо-КГ, ЭКГ, УЗИ внутренних органов. Все исследования изучались исходно, через 3 и 12 недель терапии. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$. Достоверными считались результаты где $p < 0,05$.

Результаты: через 12 недель лечения обнаружено достоверное снижение общего холестерина ($6,5 \pm 0,3$ до $4,4 \pm 0,7$; $p < 0,05$), триглицеридов ($3,2 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,4$; $p < 0,05$), бета — холестерина ($3,9 \pm 0,7$ до $3,5 \pm 0,7$; $p < 0,05$), билирубина ($22 \pm 0,7$ до $12 \pm 0,4$; $p < 0,05$), печеночных трансаминаз ($0,69 \pm 0,8$ до $0,50 \pm 0,7$; $p < 0,05$).

Вывод. Симвастатин в дозе 20–40 мг в комбинации с урсодезоксихолевой кислотой в дозе 12–15 мг/кг у больных со стабильной ИБС с функциональными нарушениями печени привел к значительному снижению липидных показателей и печеночных

трансаминаз, что способствует замедлению атерогенеза и улучшению прогноза ИБС.

0547 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мясоедова Е.Е., Андрианова М.А., Богданец И.А., Потемина Т.А., Асатрян А.В., Белов А.М.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: оценить распространенность гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ и нарушений реполяризации желудочков у больных ревматоидным артритом (РА) с учетом активности заболевания, характера проводимой терапии и наличия артериальной гипертонии (АГ).

Материалы. Обследованы 100 пациентов с достоверным диагнозом РА (средний возраст $45,38 \pm 9,45$ лет). По данным ЭхоКГ рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ); диагностировали диастолическую дисфункцию (ДД) ЛЖ; по результатам ЭКГ вычисляли Корнельский вольтаж-индекс (КВИ), значение зубца R в отведении aVL (R aVL), определяли дисперсию интервала QT (QTd). Результаты обработаны в пакете программ Statistica 6.0

Результаты: У 49% пациентов РА сопутствовала АГ, развившаяся на фоне основного заболевания. Значение ИММЛЖ у лиц с РА были выше нормы (в среднем, $133,01 \pm 32,72$ г/м²) у 75% пациентов. У 82,35% больных РА с нормальным артериальным давлением обнаружен высокий ИММЛЖ. У 54% больных РА диагностирована ДД ЛЖ, у 16,7% больных из них ДД не сопровождалась увеличением ИММЛЖ. ДД ЛЖ при РА коррелировала с наличием и степенью АГ ($r=0,31$, $p=0,002$), общим сердечно-сосудистым риском ($r=0,35$, $p<0,001$), наличием недостаточности кровообращения ($r=0,33$, $p=0,001$), толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) ($r=0,41$, $p<0,001$ и $r=0,39$, $p<0,001$, соответственно) и ИММЛЖ ($r=0,35$, $p<0,001$). Среднее значение КВИ при РА было выше контрольных значений ($14,8 \pm 4,43$ мм и $9,33 \pm 0,7$ мм, соответственно, $p<0,001$). При этом КВИ коррелирует с ИММЛЖ ($r=0,23$, $p=0,04$). Амплитуда зубца R в отведении aVL была выше при РА, чем в контроле ($3,4 \pm 2,94$ мм и $2,04 \pm 1,46$ мм, соответственно, $p<0,001$) и коррелировала с наличием АГ ($r=0,3$, $p=0,005$), уровнем общего сердечно-сосудистого риска ($r=0,27$, $p=0,01$), ТМЖП ($r=0,3$, $p=0,009$), ТЗСЛЖ ($r=0,25$, $p=0,02$), ИММЛЖ ($r=0,39$, $p=0,006$) и размером ЛП ($r=0,27$, $p=0,001$). Удлинение интервала QT по результатам определения его скорректированного значения выявлено у 18 пациентов. У пациентов с РА, по сравнению с группой здоровых, показатель QTd был значимо выше ($0,09 \pm 0,06$ мс и $0,06 \pm 0,04$ мс, соответственно, $p=0,04$). Продолжительность периода ведения пациентов с РА без базисной терапии коррелировала с ТМЖП ($r=0,25$, $p=0,02$), наличием уплотнения аорты ($r=0,23$, $p=0,03$), диаметром аорты ($r=0,25$, $p=0,019$), диаметром легочной артерии и давлением в ней ($r=0,37$, $p<0,001$ и $r=0,25$, $p=0,03$, соответственно). Обнаружена корреляция длительности приема метотрексата с показателем QTd ($r=-0,26$, $p=0,02$). Длительность глюкокортикоидной терапии коррелировала с наличием АГ ($r=0,23$, $p=0,02$) и значением КВИ ($r=0,3$, $p=0,007$). Число припухших суставов при РА коррелировало с показателем R aVL ($r=0,23$, $p=0,03$), наличием синдрома Рейно – со значением QTd ($r=0,38$, $p<0,001$).

Выводы: Выявлена высокая распространенность поражения сердечно-сосудистой системы при РА: каждый второй пациент имел гипертрофию ЛЖ и/или ДД ЛЖ, каждый третий – АГ и каждый четвертый больной – удлинение интервала QT. Эти изменения взаимосвязаны между собой и ассоциированы с характером проводимой терапии. Выявленные кардиоваскулярные нарушения требуют обязательного Эхо-КГ-исследования с вычислением ИММЛЖ и оценкой состояния диастолической функции ЛЖ у больных РА. Требуется тщательная коррекция модифицируемых факторов кардиоваскулярного риска при РА и подбор дополнительной терапии для коррекции сердечно-сосудистых нарушений. Необходим контроль базисной и противовоспалительной терапии с подбором адекватной дозы базисного препа-

рата для контроля активности РА и назначение минимально возможной дозы глюкокортикоидов.

0548 СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мясоедова Е.Е., Обжерина С.В., Мясоедова С.Е., Святова Н.Д. ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: оценить состояние функции эндотелия и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы: Обследованы 163 больных РА и 94 практически здоровых человека (контроль). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. По результатам манжеточной пробы оценивали показатели эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНЗВД) плечевой артерии и показатель дисфункции (ПД); по данным Эхо-КГ вычисляли индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), диагностировали диастолическую дисфункцию (ДД) ЛЖ по увеличению времени изоволюметрического расслабления (ВИВР) ЛЖ и замедлению его заполнения в раннюю диастолу (Е/А), превышающих возрастную норму. Данные обработаны с помощью Statistica 6.0.

Результаты: Для больных РА по сравнению с группой контроля характерна наименьшая выраженность ЭЗВД и “гиперергическая” реакция ЭНЗВД. ПД при РА был значимо выше ($p<0,05$), чем у здоровых лиц. ИММЛЖ был существенно выше при РА ($p<0,05$) по сравнению с контролем. У 50% больных РА диагностирована ДД по типу замедленной релаксации. У 78,9% пациентов с РА, имеющих ДД, отмечено увеличение продолжительности ВИВР. У 31,6% из них удлинение ВИВР сочеталось с нарушением соотношением Е/А. Соотношение пиков Е/А отрицательно коррелировало с ИММЛЖ ($r=-0,67$, $p<0,001$). Уровень РФ в крови позитивно коррелировал с амплитудой пика А ($r=0,60$, $p<0,05$). ИМТ и ОТ отрицательно коррелировали с соотношением Е/А ($r=-0,60$, $p<0,05$ и $r=-0,58$, $p<0,05$, соответственно). В контрольной группе признаки ДД отсутствовали. ДД при РА сопровождалась снижением насосной функции сердца. Показатель фракции выброса (ФВ) при наличии ДД снижался по сравнению с группой больных без ДД ($p<0,05$). ФВ коррелировала с соотношением Е/А ($r=0,55$, $p<0,05$).

Выводы: 1. Пациенты с РА имеют значительную выраженность ЭД и гипертрофии ЛЖ, что предопределяет высокий кардиоваскулярный риск при данном заболевании. 2. Структурные нарушения миокарда сочетаются с ДД ЛЖ с тенденцией к снижению ФВ, что определяет значимость этих нарушений для прогноза пациентов с РА. 3. Ремоделирование миокарда и нарушение диастолической функции ЛЖ при РА взаимообусловлены и ассоциированы с наличием хронического аутоиммунного воспаления, а также с наличием абдоминального ожирения.

0549 ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ

Нагаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение влияния индуктора интерферона Циклоферона (Ц) на параметры вариабельности ритма сердца у больных неревматическими миокардитами в зависимости от активности процесса.

Материалы и методы: обследовано 20 человек (9-мужчин и 11-женщин), средний возраст которых составил $34,94 \pm 8,87$ лет (от 20 до 55 лет). Диагноз миокардит выставлялся на основании диагностических критериев NYHA (1964, 1973гг.) с учетом рекомендаций Н.Р. Палеева и соавт. Больные были разделены на 2 группы: 1-я (n=12) – пациенты с постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС); 2-я (n=8) – пациенты с острой формой миокардита. До и на 30-е сутки терапии Ц анализировали анализ

крови, иммунологический статус крови, общий анализ мочи, запись ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ до и на 30-е сутки лечения Ц. Все больные получали базисную терапию (противовоспалительные препараты, глюкозо-калиевая смесь, ингибиторы АПФ, метаболические препараты) с добавлением инъекций Ц 12,5% водного раствора по 2 мл на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 19, 21, 23, 26 и 29-е сутки. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты: В нашем исследовании было отмечено, что у больных 2й гр. все показатели ВРС ниже, чем у больных 1й гр. У пациентов с ПМКС превалирует активация симпатической нервной системы ($SDNN=177,83\pm177,41$ и $135,63\pm47,7$, $SDANN=153,7\pm170,41$ и $125,6\pm48,59$, $rMSSD=115,1\pm132,9$ и $32,63\pm18,82$ соответственно в 1й и 2й гр.), однако, отношение LF/HF, являющегося показателем частотного спектра ВРС, свидетельствует о превалировании низкочастотного спектра у больных 2й гр. ($3,53\pm1,94$ и $4,42\pm4,83$ соответственно 1й и 2й гр.). На фоне терапии Ц параметры ВРС имели тенденцию к улучшению, при чем более выраженную у пациентов с острой формой миокардита. Несмотря на повышение уровня $SDANN$ на 28,54% ($125,6\pm48,59$ и $161,44\pm101,13$ соответственно до и после лечения Ц), а уровня $rMSSD$ — на 82,07% ($32,63\pm18,82$ и $59,41\pm11,22$ соответственно до и после лечения Ц), показатель $rNN50$ увеличился более чем в 2,5 раза ($10,63\pm10,31$ и $27,69\pm18,37$ соответственно до и после лечения Ц), что косвенно свидетельствует о нарастании активности парасимпатической системы. Полученные результаты подтверждаются и спектральными параметрами ВРС, а именно, высокочастотный спектр (HFnorm) возрос почти в 2 раза ($26,2\pm11,55$ и $44,7\pm2,86$ соответственно до и после лечения, $p=0,000$).

Таким образом, сочетанная терапия циклофероном имеет позитивное влияние на параметры ВРС у больных миокардитами, при чем более выраженное у больных с острой формой заболевания.

0550 ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ

Нагаева Г.А., Абдуллаев Т.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение влияния индуктора интерферона Циклоферона (Ц) на состояние иммунного статуса у больных неревматическими миокардитами в зависимости от активности процесса.

Материалы и методы: обследовано 20 человек (9-мужчин и 11-женщин), средний возраст которых составил $34,94\pm8,87$ лет (от 20 до 55 лет). Диагноз миокардит выставлялся на основании диагностических критериев NYHA (1964, 1973гг.) с учетом рекомендаций Н.Р. Палева и соавт. Больные были разделены на 2 группы: 1-я ($n=12$) — пациенты с постмиокардитическим кардиосклерозом (ПМКС); 2-я ($n=8$) — пациенты с острой формой миокардита. Обследование включало в себя физикальный осмотр, иммунологический статус крови, запись электрокардиографии в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ. Все больные получали базисную терапию (противовоспалительные препараты, глюкозо-калиевая смесь, никотиновая кислота, ингибиторы АПФ и метаболические препараты) с добавлением инъекций Ц 12,5% водного раствора по 2 мл на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 19, 21, 23, 26 и 29-е сутки. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием критерия t Стьюдента.

Результаты: При сравнительном анализе иммунокомпетентных клеток нами было выявлено достоверное различие в количественном содержании лимфоцитов ($2043,6\pm733,83$ и $1542,44\pm564,47$, $p=0,035$) и субпопуляции Т-лимфоцитов ($1103,55\pm422,8$ и $791,22\pm406,18$, соответственно 1й и 2й гр., $p=0,029$), что свидетельствует о декомпенсации иммунного статуса, при чем более выраженную у больных с острой формой. Иммунно-регуляторный индекс (ИРИ) оказался значительно

снижен как в 1й, так и во 2й группах ($1,35\pm0,26$ и $1,27\pm0,17$ соответственно). Гуморальные маркеры иммунитета свидетельствовали об активном воспалении у больных 2й гр., при этом IgA на $11,58\%$ был выше, чем аналогичный показатель в 1й гр. ($161,81\pm40,23$ и $180,56\pm38,45$). На фоне терапии Ц маркеры иммунитета значительно улучшились, причем как со стороны клеточного звена, так и гуморального, что можно расценивать как позитивное влияние препарата на иммунный статус. Однако, при статистической обработке, достоверные результаты были отмечены у пациентов имеющих острый миокардит, при этом у больных с ПМКС ИРИ возрос с $1,35\pm0,26$ до $1,54\pm0,47$, а у пациентов с активным процессом аналогичный показатель увеличился с $1,27\pm0,17$ до $1,98\pm0,05$, $p\leq0,05$. Продукция интерферона является важным компонентом полноценного иммунного ответа на вирусную инфекцию и во многом определяет характер течения заболевания.

Таким образом, результаты исследования выявили декомпенсацию иммунной защиты организма у больных миокардитами, а коррекция интерферонового ответа с помощью препарата циклоферона способствует положительной динамике иммунологического статуса подтвержденной клиническим улучшением состояния больных.

0551 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМENOПАЗУЗЫ

Нарзуллаева А.Р., Рахимов З.Я., Абдолава Р.Н.

Таджикский институт последиplomной подготовки медицинских кадров, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучить роль метаболического синдрома в развитии артериальной гипертензии в перименопаузальном периоде.

Методы исследования: была обследована 91 женщина с артериальной гипертензией, контрольную группу составляли 27 практически здоровых женщин. Возраст обследуемых составлял от 45 до 75 лет, (в среднем — $54,0\pm4,6$ лет). В основной группе, согласно классификации Всемирной организации здравоохранения выделялись лица с гипертонической болезнью I степени — 16 больных, II степени — 53 больные, III степени — 22 больные. Средняя длительность менопаузы среди обследуемых составила $5,19\pm0,21$. Все пациентки прошли общее терапевтическое и гинеколого-эндокринологическое обследование. Всем женщинам были определены индекс массы тела и индекс талия/бедро. Были определены уровни глюкозы плазмы крови, был исследован липидный спектр крови.

Результаты исследования показали, что у больных артериальной гипертензией во всех группах обследования преобладали женщины с избыточной массой тела (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²), что составило 69,2% (63 женщин), по сравнению с контрольной группой, где такой индекс был выявлен только у 14,8% женщин. В основной группе отмечено преобладание женщин с андронидным типом распределения жировой ткани (56%) по сравнению с женщинами с нормальным артериальным давлением (14,8%). Для больных с нерегулярным менструальным циклом и в постменопаузальном периоде была характерна высокая скорость прибавки массы тела ($4,2$ кг/год) по сравнению с женщинами с нормальным уровнем АД ($1,1$ кг/год) и женщинами с сохраненным менструальным циклом ($0,5$ кг/год). Повышение базального уровня глюкозы плазмы выявлено у 4 человек, нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 8 человек, все они были постменопаузального возраста и обладали избыточной массой тела (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²). Так же в основной группе были определены более высокие уровни глюкозы ($4,4$ – $5,8$ ммоль/л) по сравнению со здоровыми женщинами ($3,6$ – $4,3$ ммоль/л). Таким образом, в основной группе среди больных артериальной гипертензией у 13,2% были выявлены нарушения углеводного обмена, причем среди этой категории больных наиболее часто встречаются женщины постменопаузального возраста. При определении уровня липидов выявлено, что у женщин постменопаузального периода чаще выявлялся уровень гиперхолестеринемии (69,8%) и повышение уровня липопротеидов низкой плотности плазмы (75,6%), чем у женщин пременопаузального периода (40% и 38% соответственно).

Вывод: у женщин перименопаузального периода, в особенности в постменопаузальном возрасте, нарушения обмена веществ вследствие гормональной перестройки организма, проявляются в виде метаболического синдрома. Последний чаще ассоциируется с ожирением андроида типа, нарушениями углеводного обмена, дислипидемией, которые оказывают большое влияние на течение артериальной гипертензии.

0552 ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Настрадаин О.В., Захарчук Н.В., Потапова Е.С., Невзорова В.А.
Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: оценить сердечно-сосудистый риск у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ) при лечении бисопрололом и метформином.

Методы: в исследование было включено 20 человек (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 45 до 70 лет, имеющих умеренную артериальную гипертензию (средний уровень систолического АД составил $151,5 \pm 5,3$ мм рт.ст., диастолического АД $93,75 \pm 3,6$ мм рт.ст.) с повышенным индексом массы тела (ИМТ) (среднее значение ИМТ $32,11 \pm 2,7$ кг/м²) и проявлениями МС. Было выделено 2 группы по 10 человек в каждой: 1-ая, получающие гипотензивное лечение в виде монотерапии бисопрололом; 2-ая — комбинированную терапию: бисопролол + метформин. Контролировали уровень АД, ИМТ, показатели липидного обмена (ТГ, ЛПНП, ЛПВП), концентрацию инсулина натощак, микроальбуминурию (МАУ) до и через 6 месяцев после лечения.

Результаты: у пациентов 2-ой группы отмечено более значимое снижение АД по сравнению с 1-ой группой (САД $121,1 \pm 9,8$ мм рт.ст., ДАД — $80,05 \pm 5,1$ мм рт.ст. и САД $128,1 \pm 6,7$ мм рт.ст., ДАД — $85,05 \pm 4,3$ мм рт.ст. соответственно), что можно связать с дополнительным влиянием метформина на периферическую инсулинрезистентность. В обеих группах произошло уменьшение ИМТ — в 1-ой группе с $30,2$ кг/м² до $27,8$ кг/м² и достоверное снижение с $34,01$ кг/м² до $31,44$ кг/м² ($p < 0,05$) во 2-ой группе. При использовании бисопролола и метформина установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение концентрации ТГ и ЛПНП в сыворотке крови с одновременным повышением ЛПВП, а также достоверное ($p < 0,05$) уменьшение содержания альбумина в моче и концентрации инсулина в крови, в отличие от пациентов 1-ой группы.

Выводы: таким образом, комбинированное использование бисопролола и метформина способствует более значимому снижению сердечно-сосудистого риска у пациентов с метаболическим синдромом, о чем свидетельствует более выраженное снижение АД, ИМТ, концентрации инсулина, ТГ, ЛПНП с одновременным повышением ЛПВП в сыворотке крови, а также уменьшение прогрессирования микроальбуминемии.

0553 ИССЛЕДОВАНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА-В-ТИПА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Натарова Е.В.

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

Цель работы — изучение зависимости между размерами камер сердца по данным эхокардиографии и уровнем про-ВНП в сыворотке крови у беременных с врожденными пороками сердца и у женщин с нормально протекающей беременностью.

Методы: обследовано 11 беременных, из которых у 7 выявлен ДМПП, у 4 — ДМЖП. Их средний возраст составил $24,6 \pm 1,6$ лет. В группу сравнения вошли 30 здоровых беременных, их средний возраст — $24,5 \pm 1,04$ года.

У всех женщин проводилась одномерная эхокардиография с доплер-исследованием, определялся уровень про-ВНП в сыво-

ротке крови методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа по стандартной методике.

Результаты: анализ эхокардиограмм установил, что парастеральный размер правого желудочка беременных с ДМПП был достоверно больше и составил $32,4 \pm 2,7$ мм, в группе сравнения данный размер был равен $22,5 \pm 1,02$ мм ($p < 0,01$). Размеры левых отделов сердца были нормальными в обеих группах.

Размеры правого желудочка у беременных с ДМЖП сопоставимы с группой сравнения ($21 \pm 0,8$ мм). Размер левого предсердия, измеренный парастерально, составил $44,7 \pm 6,4$ мм, в группе сравнения он был равен $33,3 \pm 3,6$ мм, конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка у больных достоверно превышали таковые у здоровых и составили $42,2 \pm 5,6$ мм и $61,7 \pm 8,1$ мм соответственно. У здоровых беременных эти показатели были равны $30,7 \pm 3,4$ мм и $47,1 \pm 3,6$ мм соответственно ($p < 0,05$).

Ни у одной женщины с ВПС легочной гипертензии не выявлено.

Средний уровень про-ВНП в сыворотке крови у беременных с врожденными пороками сердца был достоверно выше и составил $174,3 \pm 21,1$ пг/мл, в группе сравнения он был равен $84,7 \pm 20,8$ пг/мл ($p < 0,01$).

Изучение зависимости между размерами камер сердца и уровнем про-ВНП у беременных с ДМЖП установило положительную корреляцию между увеличением размеров левого предсердия и повышением уровня про-ВНП в сыворотке крови ($r = 0,5$; $p = 0,001$). У больных с ДМПП выявлена положительная корреляция между парастеральным размером правого желудочка и уровнем про-ВНП ($r = 0,8$; $p = 0,025$). Зависимость между увеличением размеров левого желудочка и повышением про-ВНП у беременных с ВПС была недостоверной.

Выводы: полученные результаты позволяют предположить, что натрийуретический пептид-В-типа принимает участие в формировании долгосрочных адаптационно-компенсаторных реакций кровообращения при беременности, сопровождающейся пороками развития сердца.

Повышенный уровень про-ВНП является наиболее ранним признаком недостаточности кровообращения даже при отсутствии клинических проявлений заболевания. Определение про-ВНП можно использовать в качестве диагностического маркера сердечной недостаточности у беременных с врожденными и приобретенными пороками сердца.

0554 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Наумова Е.А., Тарасенко Е.В., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО СГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Цель данного исследования — изучение факторов, влияющих на приверженность пациента к длительному приему медикаментов после выписки из кардиологического стационара.

Материалы и методы: проводился опрос пациентов, находящихся на госпитальном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета и согласившихся участвовать в исследовании. Контрольные звонки выполнялись через 6 месяцев после выписки пациента из стационара. Пациентов спрашивали о продолжении терапии, назначенной в стационаре, о побочных эффектах принимаемых препаратов, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении самочувствия за прошедшее время. С помощью однофакторного анализа определялась возможная связь между описанными характеристиками.

Результаты: В опросе согласились принять участие 150 пациентов (87% из тех, кому было предложено заполнить опросник). 46% — мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет. Средний возраст — 66 лет. Через 6 месяцев 22% заявили, что прием медикаментов прекратили. На приверженность к лечению достоверно влиял пол (чаще продолжали терапию женщины 90% vs 68%, $p < 0,05$). Отмечалась тенденция ($p = 0,10$) в отношении возраста пациентов и порядка их поступления в стационар: больные не достигшие пенсионного возраста (85% vs

69%) и пациенты поступившие по экстренным показаниям (85% vs 68%) чаще продолжали лечение. Отличия ($p < 0,05$) были отмечены по сопутствующей патологии: пациенты, поступившие с нестабильной стенокардией чаще продолжали назначенную терапию после выписки из стационара (93% vs 61%), а пациенты поступившие по причине нарастания симптомов сердечной недостаточности (13% vs 36%) и для лечения артериальной гипертензии (5% vs 36%) наоборот имели более низкую приверженность к терапии. Изменения в состоянии здоровья пациентов (в виде повторных госпитализаций, гипертонических кризов и нестабильной стенокардии) за прошедшие 6 месяцев чаще отмечались среди пациентов продолжавших следовать рекомендациям на момент опроса (43% vs 9% ($p < 0,05$)). Изменения в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжавших, и не продолжавших лечение (5% vs 0%). Опыт пациента в отношении побочных эффектов не влиял на приверженность к лечению. Пациенты, отметившие улучшение своего самочувствия продолжали свое лечение достоверно чаще (100% vs 31% ($p < 0,05$)).

Заключение: Пациенты, поступавшие в стационар в экстренном порядке, имеют более высокую приверженность к лечению, чем поступавшие в плановом порядке. Пациенты, отмечающие улучшение самочувствия чаще продолжают терапию. Пациенты, отмечающие существенное ухудшение здоровья также чаще продолжают, или возобновляют регулярное лечение, чем пациенты, не отмечавшие таких изменений.

0555 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИНДРОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Наурбиева Е.У.

Кубанский Государственный Медицинский Университет, Краснодар, Россия

Цель работы: изучить распространённость синдромов тревоги и депрессии и личностные особенности пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) и больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 14 пациентов с ВНАД (средний возраст $21,7 \pm 1,9$), 27 больных ГБ II стадии (средний возраст $51 \pm 9,5$), 18 — ГБ III стадии (средний возраст $55,0 \pm 5,8$), а также 18 здоровых добровольцев (средний возраст $24,1 \pm 8,6$). Тип личности изучали с помощью опросника СМОЛ, выраженность тревожности оценивали по шкале Спилбергер-Ханина, депрессии — по шкале Цунга.

Результаты: уровень реактивной тревожности у пациентов с ВНАД не отличался от здоровых ($25,5 \pm 1,4$ против $24,2 \pm 1,2$), а личностной был существенно выше ($43,5 \pm 1,4$ против $30,3 \pm 2$; $p < 0,05$). У 43% пациентов обнаружена личностная тревога высокого уровня. Пациенты с ВНАД не отличались от больных ГБ II и III стадии по уровню реактивной тревожности, а личностная тревожность была более выражена только у женщин, страдающих ГБ. Уровень депрессии у лиц с ВНАД был выше, чем у здоровых ($34,1 \pm 1,4$ против $39,5 \pm 1,3$; $p < 0,05$) и практически не отличался уровня депрессии у пациентов, страдающих ГБ. По сравнению со здоровыми у лиц с ВНАД отмечалось достоверное повышение показателей по шкалам невротической триады, ригидности и психастении, и снижение показателей по шкале гипомании. У больных ГБ II и III стадии по сравнению с пациентами с ВНАД отмечались достоверно более высокие показатели по шкалам депрессии, истерии и ригидности, а у пациентов с ГБ III — еще и по шкале ипохондрии.

Таким образом, пациенты с ВНАД имеют определённые личностные особенности, отличающие их от здоровых: у них чаще встречается личностная тревожность, синдром депрессии, личностные профили характеризуются повышенной невротизацией, ипохондрией, ригидностью, снижением мотивации. Подобные особенности личностного статуса характерны и для больных ГБ. Возможно, личностный профиль с высокой тревожностью, невротизацией или ригидностью следует рассматривать как дополнительный фактор риска ГБ. Выявленные личностные особен-

ности необходимо учитывать в программах индивидуализированного лечения.

0556 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Начкина Э.И.

ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: исследование факторов риска и особенностей лечения артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: проанализированы истории болезни 100 пациентов (79% — женщины и 21% — мужчины) в возрасте от 44 до 79 лет, страдающих АГ и СД 2 типа, находившихся на лечении в кардиологическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница №4» г. Саранска в 2006–2007 г.

Результаты: АГ 3 степени выявлена у 90 больных (90%), 2 степени — у 9 человек (9%), 1 степени — у 1 пациента (1%). По стратификации сердечно-сосудистого риска все отобранные в исследование пациенты характеризовались очень высокой степенью риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Среди выявленных факторов риска АГ и СД наиболее часто встречались: отягощенная наследственность по АГ и СД 2 типа, психоэмоциональные нагрузки и избыточная масса тела.

Анализ амбулаторной терапии артериальной гипертензии показал, что наиболее часто больные получали монотерапию ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) (22%); комбинированная терапия иАПФ + диуретик + β -адреноблокатор назначалась 17% пациентов, иАПФ + диуретик + антагонист кальция (АК) — 8% больных; иАПФ + β -адреноблокатор — в 8% случаев. Терапию по схемам: иАПФ + диуретик; диуретик + β -адреноблокатор; иАПФ + АК получали 20 пациентов (20%). В 7% случаев больным назначалась комбинированная терапия: иАПФ + диуретик + АК + β -адреноблокатор. Два пациента принимали в качестве монотерапии дибазол и андипал, препараты, не рекомендованные для постоянного лечения больных АГ.

Для лечения АГ в стационаре в большинстве случаев больным назначалась рациональная комбинированная терапия: иАПФ + диуретик + β -адреноблокатор (23%), иАПФ + диуретик + АК (12%), иАПФ + диуретик + АК + β -адреноблокатор (11%), иАПФ + АК (7%), иАПФ + диуретик (6%). Менее рациональная комбинация иАПФ + β -адреноблокатор была назначена в 15% случаев. Нерациональная комбинация иАПФ + АК + β -адреноблокатор использовалась в 4% случаев. Монотерапию иАПФ получали 11% пациентов. На амбулаторном и стационарном этапах лечения только в 3 случаях (3%) в состав комбинированной терапии были включены блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БАР).

На фоне проводимой в стационаре терапии достижение целевого уровня артериального давления (АД) наблюдалось в 68% случаев; у 32% больных были достигнуты только рабочие цифры АД.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют, что, назначаемая в стационаре гипотензивная терапия больным с АГ и СД 2 типа, была эффективна в 68% случаев. С целью повышения эффективности лечения АГ у пациентов с СД 2 типа целесообразен тщательный выбор схем гипотензивной терапии с учетом побочных эффектов и влияния препаратов на углеводный и липидный обмен и более частое включение в схемы лечения БАР и тиазидоподобных диуретиков с вазодилатирующими свойствами.

0557 СОСТОЯНИЕ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПАРАМЕТРЫ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПРИ СТАБИЛЬНОМ И КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Невзорова В.А., Захарчук Н.В., Плотникова И.В.

Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №1, Владивосток, Россия

Цель исследования: оценить состояние мозгового кровотока и вазодилатирующую функцию эндотелия при стабильном и кризовом течении гипертонической болезни, а также гемодинамический и сосудистый эффекты кардиоселективного β – адреноблокатора третьего поколения небиволола (Небилет® фирмы Берлин-Хеми) при данной патологии.

Методы исследования: В исследование было включено 45 человек в возрасте от 47 до 69 лет, из них 20 мужчин и 25 женщин, продолжительность наблюдения составила 12 недель. У 30 пациентов диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ). Эти больные были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 15 человек со стабильным течением гипертонической болезни, получающие ранее назначенную гипотензивную терапию. Во 2-ую группу из 15 человек были включены пациенты, поступившие в стационар с гипертоническим кризом (ГК). В качестве гипотензивной терапии им был назначен небиволол в суточной дозе 5 мг с последующим титрованием дозы в зависимости от уровня АД. Контрольную группу составили 15 человек соответствующего возраста без гипертонической болезни. Состояние мозгового кровотока исследовали методом транскраниальной доплерографии головного мозга, изучая линейную скорость кровотока в среднемозговой артерии (ЛСК в СМА). С целью оценки вазодилатирующей функции эндотелия был исследован уровень метаболитов оксида азота (NO) в сыворотке крови.

Результаты: При оценке вазодилатирующей функции эндотелия было установлено, что у пациентов с ГБ отмечается снижение NO в сыворотке крови, составляя при стабильном течении ГБ $24,2 \pm 1,9$ мкмоль/л, при кризовом течении ГБ – $16,9 \pm 1,3$ мкмоль/л. В контрольной группе таких нарушений не было, уровень оксида азота составил $27,3 \pm 2,3$ мкмоль/л. Таким образом, более выраженное и достоверное снижение NO (при $p < 0,05$) было отмечено у пациентов с гипертоническим кризом. Через 12 недель терапии концентрация оксида азота увеличилась во всех группах обследуемых, составив в 1-ой группе $26,8 \pm 2,1$ мкмоль/л, а во 2-ой группе – $25,9 \pm 2,4$ мкмоль/л. Достоверное повышение NO (при $p < 0,05$) отмечено у пациентов с кризовым течением, принимающих небиволол. Исследуя мозговой кровоток при стабильным течением ГБ достоверных нарушений гемодинамики мы не обнаружили. Так в контрольной группе ЛСК в СМА составила $95,8 \pm 3,2$ см/с, в группе со стабильным течением ГБ – $96,1 \pm 3,1$ см/с. Во время как при кризовом течении ГБ было отмечено повышение параметров ЛСК в СМА до $134,9 \pm 5,7$ см/с, что свидетельствует о наличии вазоспастической реакции в сосудах головного мозга. К моменту повторного обследования на фоне терапии небивололом у пациентов 2-ой группы наблюдалось достоверное уменьшение скоростных параметров кровотока, ЛСК в СМА снизилась до $96,4 \pm 4,0$ см/с.

Выводы: У пациентов с артериальной гипертензией отмечается снижение уровня оксида азота, наиболее выраженное в группе больных с кризовым течением гипертонической болезни. При гипертоническом кризе отмечается нарушение мозговой гемодинамики в виде вазоспастической реакции с достоверным увеличением показателей линейной скорости кровотока. У пациентов со стабильным течением гипертонической болезни и рациональной гипотензивной терапией показатели мозгового кровотока сопоставимы с таковыми у лиц без повышенного АД. Гипотензивная терапия в течение 12 недель приводит к достоверному антигипертензивному эффекту, улучшению мозговой гемодинамики и повышению содержания NO во всех группах обследуемых, наиболее выраженному у пациентов, получающих небиволол (Небилет®).

0558 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Невзорова В.А., Настрдин О.В., Потапова Е.С., Родионова Л.В.

Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: определить значение сосудодвигательной и NO-синтезирующей функции сосудистого эндотелия для прогнозирования течения инфаркта миокарда (ИМ) у женщин.

Методы: в исследование было включено 172 женщины, перенесших ИМ и госпитализированных в инфарктное отделение ГКБ №1. Обследуемые были в возрасте от 34 до 78 лет. Все обследованные были разделены на следующие подгруппы: 1-ая – женщины в возрасте до 55 лет; 2-ая – в возрасте старше 65 лет. В группу сравнения вошло 20 женщин сопоставимых по возрастным критериям. Для анализа NO – продуцирующей функции эндотелия использовали суммарный уровень его метаболитов (NO_2^- и NO_3^-) – Nox^- в плазме крови с помощью реактива Грейса. Сосудодвигательная функция эндотелия плечевой артерии (ПА) оценивалась с помощью манжетной (эндотелий-независимая вазодилатация – ЭНВД).

Результаты: У 122 больных диагностирован крупноочаговый, у 50 – мелкоочаговый ИМ. Установлено, что степень снижения синтеза NO зависела от возраста пациенток и была наиболее выражена у пожилых ($8,07 \pm 0,24$), чем у молодых ($10,16 \pm 0,63$) женщин. Видимо, синтез оксида азота снижался при остром коронарном синдроме (ОКС), усугубляя эндотелиальную дисфункцию. При этом ее степень более выражена у пациенток 2-ой группы, имеющих более глубокие морфологические изменения сосудистого русла. Отмечена тенденция к изменению показателей потокзависимой дилатации в зависимости от формы ОКС. Минимальное ее значение наблюдалось у женщин с крупноочаговым инфарктом миокарда – $4,892 \pm 0,691\%$, достоверно отличаясь ($p < 0,01$) от контроля и от показателей при мелкоочаговом ИМ ($6,352 \pm 0,69\%$). Степень снижения ЭЗВД зависела от возраста. Так, ее максимальное снижение отмечено у более молодых пациенток ($4,743 \pm 0,588\%$ и $6,737 \pm 0,595\%$ соответственно, $p < 0,05$ при сравнении между возрастными группами). Полученные различия могут свидетельствовать о значительном вкладе ЭД в патогенез ИМ у больных молодого возраста, причиной, которой чаще всего является более выраженная гиперхолестеринемия.

Выводы: таким образом, наши исследования показали, что содержание NO в сыворотке крови не зависит от формы ОКС и снижается при всех вариантах его течения, особенно у пожилых пациенток. При ИМ у женщин уменьшение показателей ЭЗВД наиболее заметно при крупноочаговом ИМ и в возрасте до 55 лет.

0559 РОЛЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Неклюдова Ю.Н., Мураталиев Т.М., Махмудходжаев С.А., Кыдырчиева Р.Б., Звенцова В.К.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить влияние обучающих программ на качество жизни (КЖ) и клинико-функциональные показатели больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: в исследование включено 80 больных в возрасте старше 65 лет (средний возраст $71,4 \pm 2,6$ лет) с ХСН III-IV функционального класса (ФК), рандомизированных на две группы: I группа вмешательства ($n=42$), прошедшая обучение по образовательной программе, II группа – контрольная, не прошедшая обучение ($n=38$). Диагноз ХСН устанавливался на основании клинических проявлений и данных инструментального обследования. Функциональное состояние больных оценивали по классификации NYHA и тесту 6-минутной ходьбы (ТШХ). КЖ оценивали с помощью опросника Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). В процессе обучения пациенты получали информацию о симптомах ХСН и методах самоконтроля, диете при ХСН, сведения о медикаментозной терапии и роли режима физической активности. Все пациенты получали базовое медикаментозное лечение ХСН: ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, по показаниям диуретики и дигоксин. Общая продолжительность наблюдения составила 12 мес.

Результаты: за период наблюдения во II группе умер 1 больной от прогрессирования сердечной недостаточности. Летальных исходов в I группе зарегистрировано не было. Количество повторных госпитализаций в группе вмешательства составило 6

(14,2%), в контрольной группе — 16 (42,1%). Улучшение ФК ХСН в группе обучаемых произошло у 28 (66,7%) и в контрольной группе — у 11 (28,9%) больных. По данным ТШХ в I группе отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке (прирост дистанции составил 89,2 м; $p < 0,001$), в то время как во II группе существенных изменений этого показателя не получено (прирост дистанции — 50,6 м, $p > 0,05$). При исследовании КЖ с помощью опросника MLHFQ через 12 мес. достоверно улучшился суммарный показатель в группе вмешательства на 24% ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, где отмечалась лишь тенденция к улучшению КЖ ($p > 0,05$).

Выводы: терапевтическое обучение больных пожилого возраста с ХСН улучшает качество жизни больных, клинико-функциональное состояние, толерантность к физической нагрузке и снижает потребность в повторных госпитализациях.

0560 ВЛИЯНИЕ ГИПЕРФИБРИНОГЕМИИ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Некрасов А.А.

ГОУ ВПО НижГМА Федерального Агентства по Здравоохранению и Социальному Развитию, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить влияние гиперфибриногемии на особенности течения заболевания и на сердечно-сосудистую смертность при 4-х летнем наблюдении у больных с ИБС, стабильной стенокардией II — III и сопутствующей ХОБЛ.

Материалы и методы: в течение 4-х лет наблюдались 32 больных с диагнозом ИБС, стабильной стенокардии II-III ФК и сопутствующей ХОБЛ. Из них у 19 (I группа) уровень фибриногена крови не выходил за пределы нормальных значений, а у 13 выявлялась гиперфибриногемия (II группа). I и II группы были близки по возрасту ($65,3 \pm 2,16$ и $60,6 \pm 3,48$, $p = 0,74$), половому составу (мужчин и женщин — 57,9% и 42,1% в I и 61,5% и 38,5% во II группе), по тяжести ИБС (ср. ФК $2,4 \pm 0,14$ и $2,6 \pm 0,12$) и ХОБЛ ($1,59 \pm 0,17$ и $1,87 \pm 0,19$). В группах оценивали исходное морфо-функциональное состояние сердца по данным ЭХОКГ, некоторые параметры вентиляции и гемокоагуляции, в том числе жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), уровень фибриногена (ФГ) и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), а также сердечно-сосудистую смертность при 4-х летнем наблюдении. Выживаемость оценивали по методу Каплана-Мейера и Гехана. Для сравнения количественных данных использовали критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Уровень ФГ в I и II группах составил $3,09 \pm 0,12$ и $4,8 \pm 0,21$ г/л, $p = 0,000002$. При сопоставлении исходных клинических, инструментальных и лабораторных данных не было установлено значимого влияния гиперфибриногемии на частоту наиболее типичных клинических симптомов, таких как ангинозные боли в области сердца (78,9% и 84,6% в I и II группах соответственно) и нехватка воздуха при небольшой физической нагрузке (52,6% и 53,8%). Не выявлялось статистически значимых различий при оценке структурного состояния сердца (индекс массы миокарда левого желудочка в I и II группах $148,5 \pm 12,34$ и $139,4 \pm 14,67$ г/м², $p = 0,85$), его систолической функции (фракция выброса $65,3 \pm 2,16\%$ и $52,1 \pm 2,98\%$, $p = 0,53$), вентиляционных параметров (ЖЕЛ $79,6 \pm 4,33$ и $80,6 \pm 4,32\%$, $p = 0,93$; ОФВ1 $72,1 \pm 4,60$ и $64,1 \pm 4,72\%$, $p = 0,12$); АЧТВ ($35,7 \pm 2,42$ и $29,3 \pm 2,39$ с, $p = 0,17$). За период наблюдения в I группе зарегистрирована одна смерть от сердечно-сосудистых причин (5,3%), а во II они отмечены в 5 случаях (38,5%). Разница между группами была статистически значимой: по методу Гехана $p = 0,044$. К концу периода наблюдения с учетом смерти от всех причин доживших в I группе составила 78,9%, во II — 41,0% ($p > 0,05$).

Выводы: наличие гиперфибриногемии у пациентов с сочетанной патологией не сопровождается заметными сдвигами в клиническом состоянии больных, хотя и ассоциируется с тенденциями к снижению систолической функции сердца, бронхи-

альной проходимости и к гиперкоагуляции. В то же время при длительном наблюдении гиперфибриногемия выступает как фактор, статистически значимо и негативно влияющий на сердечно-сосудистую смертность.

0561 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. ЯКУТСКА

Неустроева В.Н.¹, Татаринова О.В.¹, Кылбанова Е.С.¹, Симонова Г.И.²

¹ЯНЦ РАМН и Правительства РС (Я), Якутск, Россия; ²НИИТ СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости ожирения в городской популяции Якутии пожилого и старческого возраста.

Методы. В работе представлены данные, полученные в результате популяционного исследования факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Объектом исследования явилась популяционная выборка жителей г.Якутска обоего пола в возрасте 60-89 лет и старше 90 лет. Всего обследовано 536 мужчин и женщин. Программа скринирующего обследования включала стандартизованные методы и выполнялась в соответствии с рекомендациями, принятыми для эпидемиологических исследований. За избыточную массу тела принимали значение индекса массы тела (ИМТ) $25,0-29,9$ кг/м², ожирение — ИМТ ≥ 30 кг/м². Характер распределения жировой ткани оценивали по окружности талии (ОТ) у мужчин >102 см, у женщин >88 см.

Результаты. В обследованной выборке из неорганизованной популяции г. Якутска старше 60 лет средние значения ИМТ существенно не различались и составили у мужчин $25,9$ кг/м², у женщин — $26,6$ кг/м². Избыточная масса тела в мужской выборке встречается у 40% обследованных, ожирение — у 19%; среди женщин соответственно 35 и 36%. Средние показатели окружности талии составили у мужчин $93,6$ см, у женщин — $87,8$ см. Абдоминальное ожирение выявлено у 53% мужчин и 57% женщин. Отмечается тенденция к снижению частоты ожирения в возрастном диапазоне 60-89 лет у лиц обоего пола.

Выводы. По данным нашего исследования, частота ожирения не высока. Вместе с тем абдоминальное ожирение является более распространенным фактором риска хронических неинфекционных заболеваний среди лиц пожилого и старческого возраста г. Якутска.

0562 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА РЕСИНХРОНИЗАЦИЮ РАБОТЫ СЕРДЦА

Никифоров В.С.¹, Лебедев Д.С.², Свистов А.С.¹

Военно-медицинская академия¹; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им В.А.Алмазова, 2-я городская многопрофильная больница², Санкт-Петербург, Россия

Цель: разработать информативные критерии для отбора больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на ресинхронизацию работы сердца с помощью бивентрикулярной электрокардиостимуляции.

Методы: Обследовано 23 пациента (18 мужчин и 5 женщин) в возрасте $63,2 \pm 5,4$ лет с рефрактерной к медикаментозной терапии ХСН III-IV ФК, которым были имплантированы устройства для бивентрикулярной стимуляции. Обследование проводили исходно и через 6 и 24 мес. от начала стимуляции. Контрольную группу составили 20 сопоставимых по возрасту больных ХСН III-IV ФК, получавших стандартную медикаментозную терапию. Оценку гемодинамики и асинхронизма работы сердца выполняли с помощью эхокардиографии с тканевой доплерографией миокарда (эхокардиографический комплекс Vivid FIVE, GE Medical Systems).

Результаты: На фоне РРС отмечено улучшение клинического состояния, качества жизни, уменьшение функционального класса ХСН и повышение толерантности к физической нагрузке. Бивентрикулярная электрокардиостимуляция способствовала

уменьшению внутри- и межжелудочкового асинхронизма, положительно влияла на систолическую, диастолическую функцию и ремоделирование миокарда. В результате сопоставления комплекса клинико-инструментальных данных и результатов РРС выявлены взаимосвязи клинических и гемодинамических результатов ресинхронизации работы сердца с исходными показателями внутри- и межжелудочкового асинхронизма. С помощью дискриминантного анализа установлено, что прирост фракции выброса левого желудочка у больных ХСН на фоне РРС зависел от исходных значений внутрисердечного асинхронизма. Так более выраженный гемодинамический эффект наблюдался при величине межжелудочковой механической задержки по разнице потоков в легочной артерии и аорте более 43 мс, межжелудочковой механической задержки по разнице систолических скоростей движения миокарда базальных сегментов правого и левого желудочков — более 40 мс, индексу внутривентрикулярной асинхронизма, рассчитанному как стандартное отклонение времен систолических скоростей движения миокарда по 6 базальным и 6 средним сегментам левого желудочка — более 27 мс, дисперсии внутривентрикулярной асинхронизма, рассчитанной как разница между максимальной и минимальной электромеханической задержкой по 6 базальным и 6 средним сегментам левого желудочка — более 52 мс.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о важности оценки показателей внутри- и межжелудочкового асинхронизма для оптимизации отбора больных ХСН на ресинхронизацию работы сердца с помощью бивентрикулярной электрокардиостимуляции.

0563 ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Никифоров В.С., Свистов А.С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель данного исследования: изучить возможности применения эхокардиографии в неотложной кардиологии.

Методы: Проанализированы результаты 620 случаев неотложной эхокардиографии с помощью портативного аппарата "Cypress" фирмы Acuson (Siemens Company) в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Результаты: Применение эхокардиографии при острых коронарных синдромах давало дополнительную диагностическую информацию о выраженности и локализации нарушений сократимости миокарда и, соответственно, о пораженных бассейнах коронарного русла. В ряде случаев у больных маркерами ухудшения коронарного кровоснабжения помимо нарушений локальной сократимости служили асинхронизм работы сердца, наличие аритмий и дисфункция митрального клапана с регургитацией. Неотложная эхокардиография способствовала идентификации осложнений острого инфаркта миокарда (перикардита, аневризмы сердца) и дифференциальной диагностике с патологией внутренних органов (аневризма восходящего и брюшного отделов аорты, легочная гипертензия на фоне тромбоэмболии ветвей легочной артерии и др.). Для лиц с пароксизмальными нарушениями ритма сердца, прежде всего, мерцательной аритмией, неотложная эхокардиография позволяла определить размеры камер сердца, в некоторых случаях — наличие внутрисердечных тромбов, что оказывало влияние на тактику лечения этих пациентов. У больных с острой левожелудочковой недостаточностью неотложная эхокардиография давала возможность не только оценить выраженность систолических и диастолических нарушений, но и наличие поражения клапанного аппарата.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой информативности и целесообразности более широкого внедрения в практику неотложной кардиологии ультразвуковых исследований с помощью портативной аппаратуры.

0564 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГРЕССИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ВЫСОКИМ РИСКОМ

Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Рахмонов Т.Ш., Гаффаров Б.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить клиническую эффективность агрессивной медикаментозной терапии у больных острым инфарктом миокарда с сохраняющимся риском реинфаркта и смерти. В исследование включено 60 больных обоего пола, поступивших в реанимационное отделение с острым инфарктом миокарда с и без зубца Q с сохраняющимися в течение 48 часов признаками высокого риска (возвратная стенокардия, хрипы в легких, одышка в покое, нестабильная гемодинамика, желудочковые аритмии высоких градаций). Больные рандомизированы в 2 группы. Первая группа из 30 больных получала терапию, согласно существующим стандартам: нитраты в таблетках и в виде инфузии, ацетилсалициловая кислота 100-325 мг, бета-блокаторы, гепарин 20 тыс. ЕД подкожно, ИАПФ, статины (симвастатин 20 мг). Вторая группа получала более агрессивную медикаментозную терапию: дополнительно назначался клопидогрель в дозе 300-75 мг, вместо гепарина вводился эноксипарин 160-200 мг, симвастатин 40-80 мг, амлодипин 5 мг, омакор 1 гр/сут. Наблюдение продолжалось в течение 14 дней. Оценивались: стационарная летальность, возвратная стенокардия при выписке, реинфаркты, развитие СН. За время наблюдения смертельные исходы наблюдались в 2 случаях в 1 группе и 1 во 2 группе. Признаки возвратной стенокардии сохранялись у 6 пациентов в 1 группе и 4 во 2 группе. Реинфаркт развился у 3 больных в 1 группе и 2 во 2 группе. Развитие признаков СН со снижением фракции выброса левого желудочка <50% отмечалось в 8 случаях в 1 группе и 6 случаях во 2 группе. Как видно, данные различия из-за небольшого числа наблюдений не имеют статистически значимой достоверности. Тем не менее, прослеживается общая тенденция к улучшению течения заболевания на фоне агрессивной терапии. Суммарный показатель конечных точек составил 19 случаев в 1 группе и 13 случаев во 2 группе ($\chi^2=1,67$, $p=0,196$). Полученные данные свидетельствуют о перспективности данного направления и возможности рассматривать агрессивную медикаментозную терапию как альтернативу ранним инвазивным вмешательствам.

0565 КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЕЛЕКТИВНОГО β -АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Никогосян К.Г., Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Эдилян Л.Б.
НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Изучение влияния высокоселективного β -адреноблокатора небиволола на регрессию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и ремоделирования сердца, а также углеводный и липидный обмен у женщин артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа.

Методы: Обследованы 24 женщины АГ I и II степени (по классификации ВОЗ, 1999г.) в постменопаузе без признаков сердечной недостаточности в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа среднетяжелого течения (возраст больных $49,1 \pm 3,2$ с ГЛЖ — индекс массы миокарда (ИММЛЖ) >110 г/м². Эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследования, анализ липидного и углеводного обмена проводились в контрольном периоде до начала лечения и через 12 недель лечения. Определяли конечный диастолический размер левого желудочка (КДР), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и толщину задней стенки (ТЗС) в диастолу, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), отношение максимальных скоростей раннего и позднего кровенаполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИВР), время замедления кровотока (ВЗ), а также содержание общего холестерина (ХС), липопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности, триглицеридов (ТГ) в крови и уровень глюкозы в крови натощак. Все больные получали небиволол в дозе 5 мг/день и гипогликемический препарат гликлазид в дозе 30 мг/день. В начале III не-

дели 7 (29,2%) больным в связи с недостаточным гипотензивным эффектом назначали гидрохлортиазид в дозе 12,5-25 мг/день.

Результаты: К середине III недели лечения все больные достигли целевого уровня АД $<125/75$ мм рт.ст., который сохранялся до конца исследования. В конце исследования регрессия ГЛЖ была достигнута у 20 (83,3%) больных. Снижение ИММЛЖ на 13,2% ($p<0,05$) сопровождалось положительными изменениями других эхокардиографических показателей ремоделирования сердца: КДР уменьшился с $5,48 \pm 0,10$ см до $5,10 \pm 0,12$ см ($p<0,05$), ТМЖП — с $1,38 \pm 0,05$ см до $1,14 \pm 0,09$ см ($p<0,05$), ТЗС — с $1,23 \pm 0,07$ см до $1,11 \pm 0,11$ см ($p<0,05$). Отношение Е/А увеличилось с $1,01 \pm 0,05$ до $1,22 \pm 0,08$ ($p<0,05$), ВИВР снизилось с $141,3 \pm 3,0$ мсек до $124,3 \pm 4,3$ мсек ($p<0,05$) и ВЗ — с $180,4 \pm 8,6$ мсек до $149,4 \pm 7,1$ мсек ($p<0,05$). Анализ липидного и углеводного спектров крови не выявил существенных изменений, за исключением содержания в крови ТГ, уровень которых достоверно снизился с $2,32 \pm 0,13$ ммоль/л до $1,82 \pm 0,11$ ммоль/л ($p<0,05$).

Выводы: Гипотензивный эффект небиволола у женщин в постменопаузальном периоде с высоким артериальным давлением в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа сопровождается регрессией ГЛЖ и ремоделирования сердца. Одновременно с этим небиволол не оказывает негативного воздействия на углеводный и липидный обмен, и способствует уменьшению проявлений диабетической дислипидемии.

0566 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Николаевский Е.Н., Детюченко В.П., Аврам Г.Х., Анцифоров А.В., Петухов А.В.

ГОУ ВПО «Самарский военно-медицинский институт», Самара, Россия

Цель: определить морфологические изменения органов при инфаркте миокарда (ИМ) в разных возрастных группах.

Методы: Проведен анализ 80 аутопсий умерших больных мужского пола с ИМ за 40 лет (1966-2006 гг). В зависимости от возраста все умершие рандомизированы на три группы: от 25 до 40 лет (1-я группа, 27), от 45 до 60 лет (2-я группа, 24), старше 60 лет (3-я группа, 29).

Результаты: Во всех наблюдениях зарегистрирован распространенный, трансмуральный ИМ. Причина смерти — острая коронарная недостаточность.

В 1-й группе ИМ развился на фоне отсутствия выраженных признаков системного атеросклероза (99%). Чаще поражалась переднебоковая стенка (81%), межжелудочковая перегородка и верхушка (по 48%), несколько реже задняя стенка левого желудочка (40%). Что свидетельствовало о сочетанном стенозирующем повреждении проксимальных отделов левой и правой коронарных артерий. Во внутренних органах выявлено острое венозное полнокровие, однако дистрофия органов не характерна. Исключение составили лица с ожирением: в печени отмечалась жировая дистрофия гепатоцитов. Гистологическая картина головного мозга не изменена.

Во 2-й группе ИМ развился на фоне прогрессирующего течения ишемической болезни сердца, мелкоочагового кардиосклероза, множественных атеросклеротических бляшек в коронарных артериях. В сердечной мышце отмечалось острое венозное полнокровие. Чаще поражалась переднебоковая стенка (71%), задняя (61%), межжелудочковая перегородка (50%), несколько реже верхушка (45%). Во внутренних органах наблюдалась картина хронического венозного полнокровия (100%), зернистая (53%) и паренхиматозная (47%) дистрофия.

У всех умерших 3-й группы ишемическая болезнь носила длительный характер (20,2±4,7 лет), в анамнезе — 2-3 и более перенесенных ИМ. Чаще поражалась переднебоковая (79%) и задняя (58%) стенки, межжелудочковая перегородка (68%), верхушка левого желудочка (55%). Просвет коронарных артерий был значительно сужен множественными, крупными атеросклеротическими бляшками в стадии атерокальциноза (100%). В отличие от других групп выявлен обширный постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, выраженная гипертрофия миокарда (100%). В паренхиматозных органах — хроническое венозное

полнокровие (100%), различные формы дистрофий в равных соотношениях (100%). В головном мозге — выраженный атеросклероз сосудов (37%), дистрофические изменения (17%).

Выводы: Таким образом, для течения ИМ у мужчин молодого возраста в отличие от других возрастных групп характерно формирование распространенного, трансмурального инфаркта миокарда на фоне отсутствия выраженных признаков кардиосклероза и стенозирующего атеросклеротического поражения коронарных артерий. Зарегистрировано преимущественное повреждение переднебоковой, межжелудочковой перегородки и верхушки сердца в результате острого нарушения кровотока по проксимальным отделам левой и правой коронарных артерий. Во внутренних органах — острое венозное полнокровие без признаков дистрофии.

0567 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Николаевский Е.Н.¹, Поляков В.П.², Хубулава Г.Г.³, Аврам Г.Х.¹, Пичко Г.А.¹, Богомолов В.П.¹, Молокова Г.Л.¹, Детюченко В.П.¹, Гайстрок Г.И.²

¹ ГОУ ВПО «Самарский военно-медицинский институт», Самара, Россия; ² Самарский областной кардиологический диспансер, Самара, Россия; ³ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определить особенности этиологии, клинико-морфологической картины, повысить эффективность инструментально-лабораторной диагностики и лечения инфекционного эндокардита у больных молодого возраста.

Материал: Проведено лечение 100 пациентов с ИЭ в возрасте 20,4±3,2 лет за 15 лет (1992-2007 гг). В ходе обследования использованы общепринятые клинические, лабораторно-инструментальные методы.

Результаты: Время верификации ИЭ составило 1,6±0,1 месяца. В сравнении со старшей возрастной группой, где среди возбудителей преобладали стрептококки, этиология ИЭ у молодых больных была представлена стафилококками, грамотрицательными бактериями, смешанной микрофлорой. В современных условиях для ИЭ свойственно острое, подострое течение с преобладанием симптомов сепсиса, быстро прогрессирующей сердечной недостаточности, развитием тяжелых полиорганных осложнений, определяющих прогноз и исход заболевания.

Клинико-морфологическая картина ИЭ характеризовалась преобладанием первичного, изолированного поражения митрального, аортального клапанов, формированием полиорганной патологии под воздействием сепсиса, распространенного эндovasкулита, множественных тромбозов, тяжелой сердечной недостаточности. В многопрофильном стационаре чреспищеводная эхокардиография мультиплановым датчиком — наиболее эффективный метод диагностики кардиальных признаков ИЭ на ранних стадиях развития (специфичность — 98%). Проведение в динамике ультразвукового исследования, компьютерной томографии внутренних органов позволило диагностировать тромбоз эмболические поражения легких, печени, почек, селезенки.

Эффект эмпирической антибактериальной терапии был достигнут у 80% больных сочетанным применением цефалоспоринов (цефазолин, цефотаксим, цефтриаксон) с антибиотиками резерва (ванкомицин, имипенем) и аминогликозидами (амикацин) в максимальных суточных дозах в течение 4-6 недель.

Ведущими показаниями к хирургическому лечению 60 больных были: острое течение ИЭ с быстрым (в течение 2-3 недель) формированием выраженной недостаточности клапана (ов), некупируемый в течение 2-3 недель сепсис, хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса, рецидив и/или высокий риск тромбозов, абсцесс (ы) сердца, сочетание нескольких причин. Снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса $<45-50\%$) в сочетании с полиорганной недостаточностью явились противопоказаниями к протезированию клапанов у данной категории больных. Летальность — 2%.

Выводы: Таким образом, основой успешного комбинированного лечения ИЭ у лиц молодого возраста является своевременная эхокардиографическая диагностика, эффективная предопе-

рационная терапия и ранняя операция. Однако, в каждом случае необходим индивидуальный подход, основанный на взвешенной оценке тяжести состояния больного, эффекта проводимой консервативной терапии и риска фатальных осложнений.

0568 РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ, КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Николаевский Е.Н.¹, Хубулава Г.Г.², Аврам Г.Х.¹, Пичко Г.А.¹, Молокова Г.Л.¹

¹ ГОУ ВПО «Самарский военно-медицинский институт», Самара, Россия; ² Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Повысить эффективность диагностики и лечения инфекционного эндокардита (ИЭ).

Методы: Проведено лечение более 400 больных ИЭ за 10 лет (1996–2006 гг.). В диагностике ИЭ использованы современные лабораторно-инструментальные исследования, общепринятые критерии Diurek (2001).

Результаты: Первичный ИЭ выявлен у 60% пациентов, вторичный — у 40%. Поражение аортального клапана обнаружено у 54% пациентов, митрального — у 36%, трикуспидального — у 10%. Гемокультура представлена *St. aureus* (39%), *St. epidermidis* (29%), *Str. viridans* (16%), *Alcaligenes faecalis* (9%), *Acinetobacter* (4,5%), *Echerichia coli* (2,5%). В диагностике использованы разработанные нами ультразвуковые диагностические критерии, которые по чувствительности и специфичности расклассифицированы на главные и дополнительные. К главным отнесены: вегетации (100%, 100%), признаки «отрыва» протеза клапана (100%, 100%), выраженная регургитация (74%, 100%), абсцессы сердца (72%, 100%). В состав дополнительных вошли: септическое поражение органов брюшной полости (86%, 91%), выпот в полость перикарда (71%, 77%), тромбоз протеза клапана (22%, 72%), парапротезные фистулы (20%, 69%), отрыв хорд, перфорации, разрыв створок клапанов (51%, 59%). Специфичность разработанных критериев достигала 98% при выявлении не менее 1 главного и 2 дополнительных ультразвуковых критериев, 2–3 главных при наличии клинической картины. По данным исследования показатели чувствительности, специфичности чреспищеводной ЭхоКГ составили соответственно 93% и 98%. Лечение ИЭ включало антибактериальную (АБТ), патогенетическую, симптоматическую терапию, проведение кардиохирургической операции по показаниям. Основа предоперационного лечения — АБТ. Наиболее эффективно сочетанное применение цефалоспоринов 3–4 генераций, амикацина, антибиотиков резерва. После консервативного лечения 300 больным ИЭ проведена операция по имплантации искусственного клапана. Показаниями к хирургическому лечению были: выраженная недостаточность аортального клапана или нескольких клапанов; сепсис, некупируемый АБТ в течение 2–3 недель; нарастание сердечной недостаточности до 3–4 ФК (по NYHA); рецидив или высокий риск тромбоэмболий, острой сердечной и полиорганной недостаточности; билатеральное поражение сердца инфекционным процессом; абсцесс (ы) сердца; эндокардит, вызванный высоковирулентной микрофлорой; эндокардит протеза клапана; сочетание двух и более показаний. Снижение фракции выброса менее 40%, полиорганная недостаточность явились противопоказаниями к операции. Госпитальная смертность у пациентов, получавших консервативную терапию, составила 10%, у прооперированных больных — 2%. Пятилетняя выживаемость больных после операции достигла 80%, после консервативной терапии — 30%.

Выводы: Эффективная лечебно-диагностическая тактика при ИЭ включает лабораторный скрининг, чреспищеводную Эхо-КГ, проведение комбинированного лечения, включающего рациональную антибактериальную, патогенетическую и симптоматическую терапию, проведение кардиохирургической операции по показаниям. Разработанный подход позволил значительно снизить госпитальную смертность и увеличить пятилетнюю выживаемость больных ИЭ.

0569 ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

Николаевский Е.Н.¹, Хубулава Г.Г.², Удалцов Б.Б.², Аврам Г.Х.¹, Пичко Г.А.¹, Молокова Г.Л.¹, Детюченко В.П.¹, Гайструк Г.И.¹

¹ ГОУ ВПО «Самарский военно-медицинский институт», Самара, Россия; ² Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определить особенности клинической картины инфекционного эндокардита (ИЭ) у инъекционных наркоманов.

Материал: Обследовано более 50 пациентов с ИЭ в возрасте 22,1±1,2 лет. В ходе обследования использованы общепринятые клинические, лабораторно-инструментальные методы. Для оценки клинической картины использован факторный анализ, позволяющий определить ведущие клинические, лабораторно-инструментальные синдромы болезни с учетом весового вклада каждого из них.

Результаты: Время верификации ИЭ составило 2,3±0,4 месяцев. Во всех наблюдениях развитию болезни предшествовало внутривенное введение наркотиков. В структуре возбудителей преобладал золотистый, эпидермальный стафилококк (72% и 14% соответственно). Стрептококки, смешанная микрофлора, грамотрицательные бактерии выявлены значительно реже. В клинической картине ИЭ преобладал инфекционно-токсический синдром, характеризующийся повышением температуры тела до 39–42,0°C с потрясающими ознобами, артериальными, гектической и иррегулярной лихорадкой, обильным потоотделением, увеличением ЧСС до 134, снижением массы тела на 10,1±4,3 килограмм. Выраженная интоксикация (96%) обусловлена увеличением концентрации эндогенных токсинов.

По частоте встречаемости синдром поражения легких занимал 2-е место. Он проявлялся выраженной одышкой, приступами удушья, кашлем с мокротой, кровохарканьем, жестким, ослабленным везикулярным дыханием, влажными хрипами в легких, увеличением ЧДД до 42.

Синдром сердечной недостаточности (СН) 3 (52%), 4 (48%) функционального классов по NYHA развивался позже, потому что изменения центральной гемодинамики при недостаточности трехстворчатого клапана менее выражены. Этот синдром характеризовался наличием отеков на ногах, одышкой в покое, ортопноэ, наличием ослабленного везикулярного дыхания, влажных хрипов, увеличением печени до 14 см, тяжестью в правом подреберье. Выраженная СН обусловлена легочной гипертензией, инфекционно-токсическим миокардитом, перикардитом.

Четвертый синдром представлен признаками, отражающими проявления наркотической абстиненции, наиболее выраженной на 2–3-и сутки после поступления. В его состав вошли: повышенная раздражительность, боли во всем теле, бессонница, тремор рук, кровотечение из носа, повышение уровня систолического артериального давления, тахикардия, тошнота, рвота. Синдром гепатоспленомегалии занимал пятую позицию.

Выводы: Современное течение ИЭ у наркоманов обусловлено преобладанием среди возбудителей золотистого, эпидермального стафилококков, поражением интактного трехстворчатого клапана, поздней диагностикой. В клинической картине болезни на первый план выступает выраженный инфекционно-токсический синдром, признаки тромбоэмболии легочной артерии, дополняемые симптомами сердечной недостаточности 3–4 функционального класса по NYHA.

0570 ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ИСКУССТВЕННОГО КЛАПАНА: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

Николаевский Е.Н.¹, Хубулава Г.Г.², Аврам Г.Х.¹, Пичко Г.А.¹, Молокова Г.Л.¹

¹ ГОУ ВПО «Самарский военно-медицинский институт», Самара, Россия; ² Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определить особенности этиологии, клинического течения инфекционного эндокардита искусственного клапана (ИЭИК).

Материал: Проведен анализ структуры возбудителей, клинической картины у более 60 больных ИЭИК. В ходе обследования использованы общепринятые клинические, лабораторно-

инструментальные методы. Для анализа использован факторный анализ.

Результаты: Клиническая картина представлена синдромами: инфекционно-токсическим, сердечной недостаточности (СН), ведущих осложнений, изменений в центральной гемодинамике, гепатоспленомегалии. Первый синдром проявлялся лихорадкой до 39,5–41,0°C, ознобами, артромиалгиями, обильным потоотделением, снижением массы тела. Синдром СН 3–4 функционального класса по NYHA занимал 2 место. В 3 синдроме представлены проявления ведущих осложнений: частые приступы удушья, кровохарканье, тахикардия, одышка, ортопноэ, ослабленное везикулярное дыхание. Синдром нарушений в центральной гемодинамике представлен симптомами, характеризующими изменения в сердечно-сосудистой системе при формировании паранотных фистул, отрыве протезов клапанов (снижение систолического, диастолического артериального давления). Синдром гепатоспленомегалии занял 5 позицию. Среди возбудителей раннего ИЭИК преобладали стафилококки (46%), грамотрицательные бактерии (22%). Ранний ИЭИК верифицирован спустя 0,9±0,1 месяца после операции на сердце, характеризовался выраженными клиническими проявлениями сепсиса. У всех пациентов зарегистрировано тяжелое, крайне тяжелое состояние. Оно соответствовало 3–4 функциональному классу СН по NYHA, 2–3 степени активности ИЭ. Более чем у 2/3 больных выслушивались вновь возникшие шумы сердца, изменялись ранее существовавшие. Частым клиническим признаком раннего ИЭИК была спленомегалия (68%), метастатические абсцессы в различные органы (100%). Поздний ИЭИК диагностирован спустя 2,7±0,2 месяца после операции. Положительная гемокultura позднего ИЭИК представлена стафилококками (37%), стрептококками (33%). Клиническое течение носило подострый характер, что затрудняло своевременную диагностику. Симптомы сепсиса не выражены у 50% больных. В 21% случаев зарегистрировано безлихорадочное течение, в 42% — субфебрильная лихорадка. Менее выражены одышка, сердцебиение, общая слабость, артромиалгии. Проявления иммунновоспалительных реакций выявлены чаще (67%). Артериальные эмболии (25%), абсцессы органов (50%) встречались реже. Большинство пациентов поздним ИЭИК относились к 2–3 функциональному классу СН по NYHA, 2–3 степени активности ИЭ. Появление новых шумов сердца, изменение их характеристик выявлено у 63% больных.

Выводы: Современное течение ИЭИК обусловлено преобладанием среди возбудителей стафилококков, грамотрицательных бактерий, поражением протеза аортального клапана, формированием паранотных фистул, поздней диагностикой и развитием тяжелых осложнений. В клинической картине на первый план выступают признаки инфекционно-токсического синдрома, дополняемые симптомами СН 2–4 функционального класса, септических осложнений.

0571 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС И АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН

Никулина Н.Н., Калинина Л.П., Зайцева Н.В., Лошакова О.Д., Новикова Е.А.

РязГМУ, Рязань, Россия

Актуальность: до настоящего времени клинические и патоморфологические особенности острого коронарного синдрома (ОКС) у женщин изучены недостаточно.

Цель: анализ клинических проявлений ОКС у женщин и их взаимосвязи с данными объективных методов исследования: электрокардиографии (ЭКГ), велоэргометрии (ВЭП), коронароангиографии (КАГ).

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 106 историй болезни пациенток с ИБС, которым проводилась КАГ. Средний возраст — 54,0±1,3 года, длительность ИБС 5,8±0,5 года, инфаркт миокарда (ИМ) — у 26,4±4,28% женщин. Артериальная гипертензия (АГ) наблюдалась в 92,5±2,56% случаев, средняя длительность АГ — 10,6±0,7 года. У 30,2±4,5% выявлено ожирение, у 9,4±2,8% — сахарный диабет II типа.

Результаты: диагноз при поступлении: нестабильная стенокардия — 62,3±4,7%, стенокардия напряжения II ФК —

5,7±2,25%, III ФК — 18,0±3,7%, острый ИМ — 14,0±3,37%. В 83,0±3,65% случаев болевой синдром был типичным стенокардитическим. Крупноочаговые изменения на ЭКГ — у 22,6% женщин, изменения конечной части желудочкового комплекса — у 47,2%, внутрижелудочковые блокады — 7,5%, экстрасистолия — 10,4% обследованных. КАГ: гемодинамически значимый стеноз 1–3 артерий — у 26,4%, гемодинамически незначимый стеноз — у 30,2%, в 43,4% случаев данных за атеросклеротическое (АС) поражение коронарных артерий не было.

Крупноочаговым изменениям на ЭКГ типичный болевой синдром предшествовал лишь в 79,2% случаев, на КАГ у таких пациенток гемодинамически значимый стеноз обнаружен в 20,8% случаев, гемодинамически незначимый — 62,5%, «чистые» сосуды — 16,7%. При наличии изменений конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ типичный болевой синдром — 78,0%, гемодинамически значимый стеноз — в 34,0% случаев, гемодинамически незначимый — 22,0%, «чистые» сосуды — 44,0%.

93,8% женщин с отсутствием каких-либо ишемических изменений на ЭКГ предъявляли жалобы на типичную стенокардитическую боль. Гемодинамически значимый стеноз был выявлен лишь у 18,8% таких больных, гемодинамически незначимый — у 18,8%; у 62,4% на КАГ не было выявлено признаков АС.

13 пациенткам с «чистыми» коронарными сосудами была проведена ВЭП, которая подтвердила диагноз ИБС в 8 случаях.

Выводы: 1) Наличие типичных стенокардитических болей у исследуемых женщин явилось высокочувствительным, но малоспецифичным признаком ишемических изменений в миокарде (по данным ЭКГ). 2) ЭКГ-признаки имеющегося или перенесенного крупноочагового ИМ в подавляющем большинстве соответствовали стенозирующему АС коронарных артерий, однако у каждой третьей женщины с отсутствием ишемических изменений на ЭКГ выявлено АС поражение коронарных артерий. 3) Отмечена также низкая диагностическая значимость результатов ВЭП для подтверждения АС поражения коронарного русла.

0572 НАРУШЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВДИМОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Никулина Н.Н., Кречетова М.В., Якушин С.С., Калинина Л.П. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель: оценить 30-дневный прогноз больных с острым инфарктом (ОИМ) при различных типах нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Материал и методы: включено 419 больных (60,61% мужчин) с ОИМ, из них у 198 человек не наблюдалось никаких нарушений проводимости в системе пучка Гиса (ПГ), у 152 — блокада левой ножки ПГ (БЛНПГ), у 69 — блокада правой ножки ПГ (БПНПГ), доля впервые возникших блокад составила 34,72% и 27,54%.

Результаты: по частоте сахарного диабета, артериальной гипертензии, перенесенных инсультов, фибрилляции предсердий группы были сопоставимы. Пиковая концентрация МВ-фракции креатинфосфокиназы (114,2±25,3 Е/л, $p<0,01$), частота острой сердечной недостаточности (ОСН) (18,3%, $p<0,001$), средний возраст (70,4±1,2 года, $p<0,001$), частота перенесенного инфаркта миокарда (50,70%, $p<0,001$) выше у больных с БЛНПГ.

Наличие БЛНПГ на момент поступления в стационар соответствовало увеличению 30-дневной летальности в 1,54 раза (95%ДИ 1,17–4,66), БПНПГ — в 2,76 раза (95%ДИ 1,41–15,85). Появление БЛНПГ во время госпитализации увеличивало 30-дневную летальность в 2,09 раза (95%ДИ 1,47–8,09), БПНПГ — в 3,16 раз (95%ДИ 2,18–23,67).

При передней локализации ОИМ БЛНПГ практически не изменила прогноз (относительный риск (ОР) 1,28, 95% ДИ 1,11–3,59), тогда как при БПНПГ ОР 30-дневной летальности составил 3,10 (95% ДИ 1,4–22,20). В случае нижней локализации ОИМ блокады ножек ПГ значимо ухудшали прогноз независимо от их типа: для БЛНПГ ОР 2,61 (95%ДИ 1,88–13,65), для БПНПГ ОР 2,45 (95%ДИ 1,84–11,59).

Выводы: 1) У каждого второго больного с ОИМ зарегистрировано прогностически неблагоприятное нарушение внутриже-

лудочковой проводимости. 2) Пациенты с БЛНПГ имеют исходно более тяжелое состояние, больший объем поражения миокарда и частоту осложнения ОСН, но наилучший 30-дневный прогноз показали пациенты с БПНПГ, особенно «свежей» и на фоне переднего ОИМ.

0573 ПРЕОБЛАДАНИЕ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ $\beta 1$ АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА SP4 ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Никулина С. Ю., Шульман В.А., Исаченко О.О., Аксютин Н.В., Воевода М.И., Максимов В.Н., Казаринова Ю.Л.

КГМА, Красноярск, Россия; НИИ Терапии Медицинской генетики, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить связь первичной и вторичной ФП с полиморфизмом генов $\beta 1$ адренорецепторов и транскрипционного фактора SP4.

Методы: В настоящее исследование вошли 103 пробанда, у которых диагностирована фибрилляция предсердий и 301 их родственника I, II, III степени родства (основная группа). Все обследуемые пробанды с ФП были разделены на подгруппы согласно этиологии ФП, мы получили 1 подгруппу (первичную ФП), состоящую из 53 пробандов и 154 их родственников. Во 2 подгруппу (вторичная ФП) вошли 50 пробандов и 147 их родственников.

Всем больным 1 подгруппы и их родственникам, помимо клинического осмотра, выполнялись электрокардиография, чреспищеводная стимуляция левого предсердия (при наличии информированного согласия), холтеровское мониторирование (ХМ), велоэргометрия (ВЭ), эхокардиография, молекулярно-генетическое исследование.

Результаты: По полученным нами данным, у пробандов с первичной ФП и их родственников (1 подгруппы) достоверно преобладал гетерозиготный генотип гена $\beta 1$ -адренорецепторов (Ser49Gly), соответственно у 15 (50%) пробандов и у 11 (44%) — родственников, в сравнении с 38 (19,2%) — у контрольной группы ($p < 0,05$). У пробандов 1-й подгруппы наблюдалось также преобладание гомозиготного генотипа по редкому аллелю (Gly49Gly), соответственно у 5 (16,7%) в сравнении с 6 (3,2%) — в контрольной группе ($p < 0,05$), хотя у здоровых родственников пробандов 1-й группы этот генотип не был выявлен ни в одном случае.

У пациентов 2-й подгруппы (вторичная ФП) также наблюдалось достоверное преобладание гетерозиготного генотипа (Ser49Gly), соответственно у 14 (46,7%) в сравнении с 38 (19,2%) — контрольной группе ($p < 0,05$). Но у родственников больных этой подгруппы преобладание рассматриваемого генотипа в сравнении с контрольной группой не было статистически достоверным. Частота встречаемости генотипа Gly49Gly у больных с вторичной ФП и их родственников также достоверно не отличалась от данных контрольной группы.

У мужчин с идиопатической фибрилляцией предсердий наблюдалось достоверно выше частота гомозиготного генотипа (A80807A) транскрипционного фактора SP4 24 (61,5%) по сравнению с их здоровыми родственниками 14 (50,0%) и 71 (73,9%) — лицами контрольной группы ($p < 0,01$).

Таким образом, как видно из вышеизложенного, гетерозиготный генотип Ser49Gly, гомозиготный генотип Gly49Gly по редкому аллелю β -адренорецепторов, гомозиготный генотип (A80807A) транскрипционного фактора SP4 можно рассматривать как генетические предикторы возникновения первичной ФП. Предиктором возникновения вторичной ФП может служить также гетерозиготный генотип Ser49Gly $\beta 1$ -адренорецепторов.

0574 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

Нозиров Дж. Х., Рахимов З.Я.

Центральная районная больница, Вахдат, Таджикистан

Цель: изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) как важной составляющей метаболического синдрома (МС) с оценкой возможности рациональной антигипертензивной терапии в условиях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Республики Таджикистан (РТ).

Методы: обследовано 5000 человек в возрасте 15-59 лет. Мужчин было 3315 (66,3%), а женщин 1865 (33,7%) человек. В исследовании использованы стандартизированные опросники ВОЗ (Rouse), антропометрия и клинико-лабораторное обследование.

Результаты: АГ в данной популяции обнаруживается у 22% населения: $29,7 \pm 2,2\%$ ($P \pm 2m$) женщин и $17,4 \pm 1,3\%$ мужчин. Ожирение I степени (ИМТ $25,0-29,9$ кг/м²) выявлено у $31,86 \pm 1,31\%$ обследованных: $30,62 \pm 1,60\%$ мужчин и $34,30 \pm 2,31\%$ женщин. Ожирение II степени (ИМТ = $30,0-39,9$ кг/м²) в популяции составило $5,5 \pm 0,64\%$: $4,04 \pm 0,68\%$ у мужчин и $8,37 \pm 1,34\%$ женщин. Ожирение III степени (ИМТ > 40 кг/м²) обнаружено у $0,16 \pm 0,11\%$ населения: $0,09 \pm 0,10\%$ мужчин и $0,30 \pm 0,26\%$ женщин. В целом распространенность ожирения в популяции составила 37,5%. Гиперхолестеринемия обнаружена у 32,7%. Легкая гипертриглицеридемия — у $22,5 \pm 4,17\%$, умеренная — у $31,57 \pm 4,64\%$. Низкий уровень ЛПВП ($< 0,9$ ммоль/л) выявлен у $19,25 \pm 3,94\%$, а высокий уровень ЛПНП ($> 3,4$ ммоль/л) — у $31,0 \pm 4,62\%$ населения. Из 900 обследованных (18%) на глюкозу крови натощак, у (12,2%) из них, наряду с АГ обнаружено нарушение углеводного обмена и установлен сахарный диабет II типа с суточным колебанием гликемии от $8,7 \pm 0,21$ ммоль/л до $10,4 \pm 0,58$ ммоль/л. У 48% обследованных с метаболическими нарушениями обнаружена АГ, а общая распространенность МС в популяции среди взрослого населения составила 1,7%. Основными гемодинамическими проявлениями данного синдрома явились повышение объема циркулирующей крови, сердечного выброса и периферического сопротивления. С учетом составляющих МС при лечении АГ была осуществлена дифференцированная фармакотерапия. Результаты исследования обнаружили высокую эффективность и стабильный гемодинамический контроль за уровнем как систолического, так и диастолического артериального давления при применении лизиноприла или антагонистов кальция (амлодипина) при АГ I-ой степени. При АГ II-ой степени более эффективным было сочетание лизиноприла в сочетании с антагонистами кальция пролонгированного действия, а также агонистов имидазолиновых рецепторов — моксонидина (физитенз). При преобладании гиперволемического синдрома более целесообразным оказался индапамид (арифон).

Выводы: Выявлена довольно высокая распространенность ассоциации АГ с МС в изучаемой популяции. В лечении АГ, как одного из самых важных составляющих МС, достаточно эффективными оказались агонисты имидазолиновых рецепторов, ингибиторы АПФ в сочетании с пролонгированными диуретиками.

0575 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ПУТЕМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Носов А.Е., Агафонов А.В., Туев А.В.

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

Цель работы: применение нового подхода к анализу данных мониторинга артериального давления (МАД) для выявления у больных артериальной гипертензией повышения жесткости артериального русла и изучения ее динамики в течение суток.

Материалы и методы: было обследовано 62 пациента. Средний возраст группы составил $53,0 \pm 1,18$ лет. Пациенты были разделены на две группы: пациенты с артериальной гипертензией (42 пациента) и нормотонией (20 пациентов). Специальное исследование было представлено МАД, которое проводили с помощью монитора BPLAB, производящего суточную регистрацию АД осциллографическим методом. При анализе осциллограмм по методу T.J.Brinton определяли следующие показатели, характеризующие состояние артериального русла: мощность пульсо-

вого АД ($dP/dT_{пад}$), временной интервал между экстремумами первой производной ($T_{пад}$) и мощность затухания диастолической волны АД ($dP/dt_{дв}$). Согласно ранее опубликованным данным считается, что комплаенс (податливость) артерий обратно пропорционален $dP/dT_{пад}$ и $T_{пад}$, а ОПСС прямо пропорционально $dP/dT_{пад}$, $T_{пад}$ и обратно пропорционально $dP/dt_{дв}$. Для упрощения представления результатов введен коэффициент $K1 = dP/dt_{пад} \cdot T_{пад}$, характеризующий артериальную жесткость и коэффициент $K2 = dP/dt_{пад} \cdot T_{пад} / dP/dt_{дв}$, характеризующий ОПСС. Анализировали суточную динамику указанных показателей в группах пациентов с артериальной гипертонией и без нее.

Результаты: в результате исследования установили, что в обеих группах пациентов суточные колебания по коэффициенту $K1$, характеризующему артериальную податливость, отсутствуют: в группе нормотоников днем $1,67 \pm 0,39$ мм рт.ст, ночью $1,60 \pm 0,26$ мм рт.ст ($p > 0,05$); в группе пациентов с артериальной гипертензией $1,88 \pm 0,44$ мм.рт.ст днем и $1,87 \pm 0,53$ мм рт.ст ночью ($p > 0,05$). Статистически значимые различия в обеих группах пациентов выявлены при изучении суточной динамики по коэффициенту $K2$, характеризующему ОПСС: у нормотоников $2,46 \pm 0,64$ с днем, $2,97 \pm 0,66$ с ночью ($p < 0,05$); в группе пациентов с артериальной гипертензией $2,33 \pm 0,67$ с днем, $2,85 \pm 0,71$ с ночью ($p < 0,05$).

Выводы: в результате исследования показано, что ОПСС является динамической характеристикой, причем и у пациентов с артериальной гипертензией, и без нее было выявлено повышение ОПСС в ночное время. Показатели суточного мониторинга артериального давления осциллографическим методом может быть использовано для определения артериальной жесткости и ОПСС в динамике в течение суток.

0576 НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Нургазиева. А.С.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

До настоящего времени патология сердечно-сосудистой системы является основной причиной заболеваемости и смертности среди населения во всем мире, а в частности остается актуальной и в Республике Казахстан.

Научной основой профилактики ССЗ является концепция факторов риска, под которыми понимают факторы, связанные с развитием и прогрессированием заболевания.

В связи с этим продолжается поиск новых факторов риска, идентификация которых позволила бы влиять на уровень смертности от этих заболеваний.

Поэтому поводу идет активный поиск новых методов диагностики, а также первичной профилактики, и лечения коронарных заболеваний сердца. В настоящее время устоялось, что гипергомоцистемия является независимым фактором риска атеросклероза и атеротромбоза.

В связи с этим целью настоящей работы является изучение взаимосвязи концентрации гомоцистеина и вариантов в норме и при ишемической болезни сердца у лиц казахской национальности.

Цель исследования: Определение уровня гомоцистеина у больных ИБС, и у практически здоровых лиц казахской национальности.

Провести факторный анализ изучаемых показателей концентрации сывороточного гомоцистеина с риском развития ИБС у мужчин казахов.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 100 мужчин казахской национальности, проживающих в г. Алматы и Алматинской области в возрасте от 30 до 55 лет, не связанные между собой узами родства, отобранными методом случайной выборки. Средний возраст больных составил $35 \pm 2,7$, а средний возраст контрольной группы составил $36 \pm 1,4$.

Диагностика ИБС основывалась на критериях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Группу больных ИБС составляли пациенты с нестабильной и стабильной стенокардией I, II, III функциональных классов (по классификации Канадской ассоциации кардиологов).

Из них 60 больных (60%) ИБС и 40 контрольная группа, (40%) которую составляют практически здоровые лица, без кли-

нических проявлений ИБС в сочетании отягощенного семейного анамнеза по атеросклерозу, артериальной гипертензии, сахарному диабету. В исследование не включались больные с ИБС, имеющие сопутствующие заболевания недостаточность кровообращения II В-III ст. Гомоцистеин был определен в 2х исследуемых группах, методом флуоресцентного поляризационного иммуноанализа (ФПИА) на аппарате IMx Abbott Laboratories.

Результаты: Достоверность данных в виде $M \pm \sigma$, считались результаты где $p < 0,05$.

Концентрация сывороточного гомоцистеина достоверно был повышен у пациентов с ИБС и составила (максимальная $25,6 \pm 0,44$; средняя $14,7 \pm 3,4$, $p < 0,05$), где контрольная группа M вариационного ряда $= 3,4$; $m1 = 0,44$; $M2 = 3,3$, $m2 = 0,53$; $t = 5$.

Выводы: Повышенный уровень достоверно свидетельствует, что умеренное повышение уровня гомоцистеина плазмы является независимым фактором риска ИБС, атеросклероза, и других тромбозомболических осложнений. Представляется целесообразным воздействием на гипергомоцистемиию как на один из важных факторов риска ИБС, один из диагностических маркеров, а так же является предвестником возникновения атеросклероза и у молодых мужчин трудоспособного возраста. Полученные данные позволяют рекомендовать внедрить в объем клинической диагностики и первичной профилактики.

0577 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нургазиева С.Ю., Максимов Н.И.

“ГУЗ РКДЦ МЗ УР”; ИГМА, Ижевск, Россия

Цель: выявление преобладающего вида нарушения сердечного ритма при синдроме ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) в чистом виде и с сопутствующим синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром WPW); оценка эффективности применения препаратов, влияющих на процессы реполяризации в миокарде при этих синдромах.

Методы: проведено обследование 150 пациентов с аритмическим синдромом в анамнезе. Средний возраст исследуемых составил $44,01 \pm 1,3$ года, из них мужчин — 94 человека (62,7%), женщин — 56 человек (37,3 %). В исследование включались пациенты с достоверными признаками СРРЖ (наличие волны J на нисходящей части зубца R, амплитудой $> 0,1$ мВ. и/или наличие горизонтального или нисходящего подъема сегмента ST не $< 0,2$ мВ. с выпуклостью, направленной книзу). У 18 человек (12%) выявлен сопутствующий синдром WPW, что превышает общепопуляционные данные. Пациенты распределены на 3 группы (по 50 человек): I — дополнительное применение триметазидина (“Предуктал MB”, SERVIER, Франция, 70 мг в сутки); II — дополнительное применение солей магния (“Магнерот”, WORWAG PHARMA, Германия, 1500 мг в сутки); III — группа сравнения. В ходе исследования проводились: сбор анамнеза, электрокардиография (ЭКГ), электрокардиография высокого разрешения (регистрация поздних потенциалов желудочков (ППЖ)), эхокардиография, стресс — эхокардиография, велоэргометрия, суточное мониторирование ЭКГ, чреспищеводное электрофизиологическое исследование.

Результаты: при СРРЖ в чистом виде преобладает фибрилляция — трепетание предсердий ($65,2\% \pm 4,1$), при сочетании с синдромом WPW — пароксизмальная суправентрикулярная реципрокная анти-, ортодромная тахикардия ($72,2\% \pm 10,6$). Эффективность исследуемых препаратов оценивали через 3, 6 месяцев терапии по следующим показателям: субъективные ощущения (вегетососудистые нарушения, расстройства психоэмоциональной сферы), выявление признаков СРРЖ на ЭКГ, регистрация ППЖ, регистрация нарушений ритма сердца. Урежение частоты выявления жалоб через 3 месяца ($p < 0,05$), через 6 месяцев ($p < 0,01$); частоты регистрации признаков СРРЖ на ЭКГ через 3 месяца ($p < 0,05$), через 6 месяцев ($p < 0,01$); частоты регистрации ППЖ через 6 месяцев ($p < 0,05$); частоты регистрации нарушений ритма сердца через 3 месяца ($p < 0,01$), через 6 месяцев ($p < 0,01$) в I, II и III группах пациентов между собой статистически досто-

верны. По динамике субъективных ощущений, выявления признаков СРРЖ на ЭКГ, регистрации ППЖ оба препарата сопоставимы по эффективности (различия статистически не достоверны). Но различия в частоте регистрации аритмий как через 3 месяца ($p < 0,05$), так и через 6 месяцев ($p < 0,05$) в I и II группах пациентов между собой статистически достоверны.

Выводы: длительная терапия препаратами “Предуктал МВ” и “Магнерот” способствовали стабилизации процессов реполяризации и снижению частоты нарушений ритма, более значимые результаты были получены после приема препарата “Предуктал МВ”.

0578 ТЕСТОСТЕРОН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Оболдин И.М., Гапон Л.И.

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Шадринская городская больница скорой медицинской помощи, Шадринск, Россия

Цель. Оценка клинической значимости низкого уровня тестостерона у мужчин среднего возраста, больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы. Исследование выполнено у 92 пациентов с АГ 2 степени, 2 стадии, риском 3, мужского пола в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст $54,4 \pm 1,2$ года.) без сопутствующих заболеваний. Контрольная группа включала 30 практически здоровых лиц мужского пола аналогичного возраста. После обследования в условиях «чистого» фона проведено определение концентрации общего тестостерона в сыворотке иммуноферментным методом с помощью стандартных наборов реагентов фирмы «Алкор Био» на базе «ДНК – центра» города Кургана, забор крови осуществлялся с 8 до 9 часов утра. Границы нормальных значений тестостерона для данного набора реагентов – 12,1–38,9 нмоль/л.

Результаты. У больных АГ средний уровень тестостерона составляет 11,1 нмоль/л. Наиболее часто встречаемый уровень тестостерона 9–10 нмоль/л был у 30 пациентов, что составило 33% от общего количества больных АГ. Лишь 9% пациентов имели уровень тестостерона 13,0 нмоль/л и более. Уровень тестостерона ниже пороговых величин 12 нмоль/л имели 74% больных АГ ($p < 0,05$). У пациентов с АГ и сниженным уровнем тестостерона достоверно чаще встречаются вегетативные симптомы. Достоверная разница в показателях получена по следующим пунктам: внезапная гиперемия лица, шеи, верхней части туловища; чувство жара: кардиалгии: чувство нехватки воздуха. Наиболее частым симптомом у больных АГ с низким уровнем тестостерона был симптом кардиалгий. Головокружения отмечены с одинаковой частотой у обеих групп пациентов. Изменения в организме у больных АГ при снижении уровня тестостерона затрагивают жировой обмен в целом (повышение уровня общего холестерина в плазме крови, повышение массы тела) и белковый обмен, что проявляется в нарастании в организме глобулинов и относительном или абсолютном снижении основного транспортного белка – альбумина, о чем свидетельствует снижение значения альбумин / глобулинового коэффициента. Снижение уровня общего и биодоступного тестостерона имеет тесную связь с нарастанием уровня общего холестерина, что свидетельствует о причастности его к прогрессированию атеросклеротического процесса, увеличению риска внезапной смерти, повышению массы тела, что влечет за собой дальнейшее прогрессирование артериальной гипертонии и других сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что 74% больных АГ имеют сниженный уровень тестостерона, что клинически проявляется комплексом вегето-сосудистых симптомов и нарушениями метаболизма.

0579 ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Овсянникова Е.М.

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Москва, Россия

Первое место в структуре детской заболеваемости во всех возрастных группах занимают болезни органов дыхания (55,6–

59,9%), среди которых преобладают острые респираторные заболевания. Анализ динамики частоты острой респираторной патологии среди детей раннего возраста, показал, что за 10 лет (по данным ТДГБ, Москва), она увеличилась в 1,5 раза. По нашим данным, одновременно с ростом ОРВИ произошло увеличение частоты острых бронхитов с обструктивным синдромом (БОС), развивающихся на фоне этих инфекций. БОС инфекционного генеза может сопровождаться изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), чаще они характеризуются как инфекционно-токсическая кардиомиопатия, связанная с анатомическими особенностями ССС у детей раннего возраста, а также нарушением энергетического баланса вследствие тканевой гипоксии.

Цель: Определение риска развития инфекционно-токсической кардиомиопатии (ИТК) при БОСе у детей раннего возраста.

Методы исследования: Проведено комплексное лабораторное (определение уровня электролитов, ЛДГ, КФК МВ, АЛТ, АСТ, сатурация кислорода, определение уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови) и инструментальное (ЭКГ, Эхо-КГ) обследование 50 детей раннего возраста (от 8 мес. до 1,5 лет), находившихся под диагнозом БОС протекающий с ИТК в инфекционном отделении Тушинской детской городской больницы.

Результаты: Проведенное исследование показало, что у 70% детей с БОСом ИТК протекала на фоне наличия малых аномалий развития сердца (дополнительные трабекулы, хорды, пролапсы, ООС). Данные лабораторных исследований позволили выявить существенные изменения в значениях сатурации кислорода $85 \pm 3,5\%$, при норме $98 \pm 0,5\%$. Это подтверждает наличие значимой гипоксии при БОСе, в том числе и миокарда, что проявляется изменениями на ЭКГ (на фоне синусовой тахикардии нарушения процессов реполяризации было отмечено у 36%. В 42% случаях была отмечена изолированная синусовая тахикардия, а на фоне синусовой тахикардии были констатированы нарушения проводимости у 22%). Данные изменения чаще встречаются у детей первого года жизни.

При БОСе с ИТК существенные отличия от нормы ($1,1 \pm 0,8$ мг/100 мл) имели значения уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови, которые составляли $0,4 \pm 0,09$ (мг/100 мл). Уровень электролитов, ЛДГ, КФК МВ, АЛТ, АСТ соответствовали возрастной норме. Назначение аскорбиновой кислоты в комплексной терапии БОСа, по нашим данным, уменьшая роль повреждающих факторов, в том числе гипоксии, вызывающей повреждение клеточных мембран.

Таким образом, данное исследование показало, что ИТК при БОСе развивается чаще при наличии МАРС, этому также способствует низкий уровень аскорбиновой кислоты в сыворотке крови. Использование аскорбиновой кислоты в составе комплексной терапии БОСа достоверно снижает риск развития инфекционно-токсической кардиомиопатии и может быть рекомендовано как средство профилактики данной патологии у детей раннего возраста.

0580 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ, СОСТОЯНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Озова Е.М., Котовская Ю.В., Киякбаев Г.К., Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель: изучить влияние аторвастатина на уровень маркеров воспаления, липидный профиль, эластические свойства сосудов и клинко-гемодинамические показатели у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

Метод: Обследовано 30 больных (9 женщин) с ХСН ишемической этиологии (NYHA класс II–IV) и низкой фракцией выброса (ФВ) в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст составил $70,6 \pm 8,0$). Все больные получали стандартное лечение ХСН и бы-

ли рандомизированы в две группы: в первой группе (16 человек) дополнительно назначался аторвастатин в течение 3 месяцев, во второй (14 человек) — плацебо. В сыворотке крови определялись уровни фактора некроза опухолей — альфа (ФНО- α), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-1-бета (ИЛ-1 β), интерлейкина-4 (ИЛ-4), СРБ, липидов до и после лечения. Для оценки состояния сосудистого русла использовался аппарат VS-1000 (фирма Fukuda Denshi), который с помощью объемной сфигмографии регистрирует пульсовые волны и осуществляет необходимые измерения, характеризующие жесткость магистральных сосудов. О состоянии сосудистой стенки судили по плече-лодыжечной и каротидно-фemorальной скорости распространения пульсовой волны (СРПВп-л и СРПВк-ф), сердечно-лодыжечному сосудистому индексу (СЛСИ) и лодыжечно-плечевому индексу (ЛПИ). Конечно-диастолический и конечно-систолический размеры (КДР и КСР), ФВ определяли с помощью двухмерной эхокардиографии. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ Statistica6.0.

Результаты: Через 3 месяца лечения в группе аторвастатина наблюдалось достоверное снижение уровня общего холестерина (ОХС) (с $5,36 \pm 1,14$ до $4,09 \pm 0,72$ ммоль/л, $p < 0,01$), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) (с $3,47 \pm 1,0$ до $2,33 \pm 0,59$ ммоль/л, $p < 0,01$), триглицеридов (ТГ) (с $1,75 \pm 1,24$ до $1,34 \pm 0,79$ ммоль/л, $p = 0,04$) и нарастание ФВ (с $33,39 \pm 4,98$ до $35,4 \pm 5,42$). Также отмечалось снижение уровня ИЛ-1 β с $49,99 [32,5, 99,7]$ до $16,36 [7,52, 36,21]$ и ФНО- β с $38,72 [35,05, 47,7]$ до $11,96 [7,39, 17,6]$ (медиана [нижний квартиль, верхний квартиль]). Прием аторвастатина ассоциировался с тенденцией к улучшению упруго-эластических свойств сосудов (СРПВк-ф уменьшилась с $9,7 \pm 4,0$ до $8,9 \pm 3,0$ м/с; $p = 0,08$; СРПВп-л — с $14,02 \pm 2,34$ до $13,2 \pm 2,7$ м/с, $p = 0,15$; СЛСИ — с $8,72 \pm 2,45$ до $7,96 \pm 1,91$, $p = 0,15$). В группе плацебо значимых изменений маркеров воспаления, липидов, эхокардиографических параметров и эластических показателей отмечено не было. При корреляционном анализе в первой группе выявлена прямая взаимосвязь между β СРБ и β СРПВк-ф ($r = 0,97$, $p = 0,005$), β ЛПНП и β СРПВл-п ($r = 0,7$, $p = 0,07$) и отрицательная — между β ЛПНП и β ИЛ-6 ($r = -0,7$, $p = 0,007$).

Выводы: Терапия аторвастатином у больных с ХСН ишемической этиологии ассоциируется с достоверным улучшением липидного и воспалительного профиля и тенденцией к улучшению эластических свойств артерий и увеличению фракции выброса

0581 РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В ТОМСКЕ ПРОГРАММЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Округин С.А., Гурченко А.Г., Зяблов Ю.И., Гарганеева А.А., Орлова С.Д.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Разработать и внедрить в Томске программу по изучению нестабильной стенокардии (НС). Оценить результаты внедрения.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе эпидемиологической программы ВОЗ “Регистр острого инфаркта миокарда”, существующей в Томске с 1984 года. В ходе его обследовались все больные в возрасте 20-70 лет, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз “Нестабильная (прогрессирующая) стенокардия” с одновременным анализом всей соответствующей медицинской документации. Были выделены следующие клинические формы (КФ) НС: 1- впервые возникшая стенокардия; 2- учащение приступов стенокардии без изменения их характера; 3- учащение приступов стенокардии с изменением их характера в виде удлинения и усиления интенсивности болей, появления приступов стенокардии покоя, снижения купирующего эффекта от нитроглицерина; 4- затяжной ангинозный приступ длительностью более 20 минут. У всех пациентов учитывалось наличие или отсутствие изменений ЭКГ. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 больных (69,1%).

Результаты. Первая КФ НС выявлена у 300 (20,3%) больных.

Вторая — у 41 (2,8%), третья — у 565 (38,3%) и четвертая — у 571 (38,6%) больного. Первые случаи заболевания НС у мужчин были отмечены в возрастной группе 20-39 лет, у женщин — на десятилетие позже. Во всех клинических группах мужчин было в два раза больше, чем женщин. Среди больных с “впервые возникшей стенокардией” и у мужчин, и у женщин преобладали лица моложе 60 лет. У каждого второго больного НС в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, более 80% больных страдали артериальной гипертонией. Изменения ЭКГ были изучены у 69,1% больных. В 33,7% случаев они касались сегмента ST-T, чаще встречались у больных с «впервые возникшей стенокардией», причем в 44,2% случаев имела место депрессия сегмента ST и в 29,5% — его подъем. У 25,4% больных НС завершилась развитием острого инфаркта миокарда, летальность составила 16%. Статистический анализ показал, что к факторам, определяющим прогноз острого периода НС, относятся клиника заболевания, наличие сахарного диабета, характер изменений на ЭКГ и место лечения.

Выводы. В клинической структуре НС преобладали варианты в виде «учащения приступов стенокардии с изменением их характера» и «затяжного приступа стенокардии длительностью более 20 минут». Все КФ НС встречались в два раза чаще у мужчин, чем у женщин. Изменения на ЭКГ ишемического типа отмечены только у каждого третьего больного, у каждого четвертого больного течение НС завершилось развитием инфаркта миокарда. К факторам, определяющим прогноз острого периода НС, относятся клиника заболевания, наличие сахарного диабета, характер изменений на ЭКГ и место проведенного лечения.

0582 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Окунова А.А., Мураталиев Т.М., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить частоту встречаемости систолической и диастолической сердечной недостаточности (СН) среди госпитализированных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: проанализировано 210 историй болезни пациентов с II-IV функциональным классом (ФК) ХСН по NYHA, находившихся на стационарном лечении в клинических отделениях Национального центра кардиологии и терапии за 2005-2006 гг. Диагноз ХСН был установлен на основании Американских рекомендаций по диагностике и лечению ХСН (2005) и Национальных рекомендаций ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (2006).

Результаты: все пациенты с ХСН разделены на две группы: I группу составили 115 пациентов (54,7%) с диастолической СН с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) $\geq 45\%$, из них мужчин 38 (33%), женщин 77 (67%). II группа — 95 пациентов (45,3%) с систолической СН с ФВ ЛЖ $\leq 45\%$, из них мужчин 50 (53%), женщин 45 (47%). Количество пациентов со II ФК ХСН было достоверно больше в I группе, чем во II (62% и 18% соответственно, $p < 0,05$). В то время, как пациентов с IV ФК было больше во II группе, чем в I (6% и 37%, $p < 0,05$). Достоверной разницы по частоте III ФК не обнаружено (33% в I группе и 45,9% во II группе, $p > 0,05$). Распространенность артериальной гипертензии была достоверно выше у пациентов I группы в сравнении со II группой (77% и 45% соответственно, $p < 0,05$). При этом как систолическое артериальное давление (АД) во время первичного осмотра было достоверно выше в I группе $167,5 \pm 5,6$ мм рт.ст. против $143,8 \pm 4,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), так и диастолическое АД $98,2 \pm 2,3$ мм рт.ст. против $86,3 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Распространенность коронарной болезни сердца (КБС) в целом достоверно не отличалась (72,2% и 69,8% соответственно). Больных, перенесших Q-волновой инфаркт миокарда (ИМ), было достоверно больше во II группе по сравнению с I группой (35% против 16%, $p < 0,05$). Не Q-волновой ИМ чаще встречался в анамнезе у паци-

ентов I группы в сравнении со II группой (11,2% против 4,5%, $p < 0,05$). Средний возраст в сравниваемых группах не отличался ($p < 0,05$). Женщин было достоверно больше в I группе. Анализ распространенности ХСН в различных возрастных группах показал, что основное число больных распределяется между возрастными группами от 46 до 75 лет. Больные в возрасте от 60 до 75 лет составили 54,4% от числа обследованных. Индекс массы тела был достоверно выше у пациентов с диастолической СН по сравнению с пациентами систолической СН $34,4 \pm 6,6$ и $29,21 \pm 5,2$ кг/м² соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: среди госпитализированных пациентов с ХСН преобладали пациенты с сохраненной систолической функцией ЛЖ. У пациентов с диастолической СН чаще встречалась артериальная гипертензия, КБС без перенесенного Q-волнового ИМ и с избыточной массой тела.

0583 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗОРИЛА В ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е., Белов А.А., Юсупова А.О.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Частое сочетание артериальной гипертензии (АГ) и хронических обструктивных заболеваний легких, которое составляет в среднем 34,3% случаев, диктует необходимость разработки длительной и безопасной фармакотерапии больных полиморбидной патологией. Ингибиторы АПФ, воздействуя на активность ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатно-адреналовой систем, способствуют эффективному снижению системного АД и давления в малом круге кровообращения, защищают органы-мишени и предотвращают развитие осложнений (в том числе и хронического легочного сердца).

Цель исследования: изучить антигипертензивную эффективность и безопасность применения ингибитора АПФ лизорила у больных АГ в сочетании с ХОБЛ, его влияние на показатели функции внешнего дыхания.

Материалы и методы: 20 больным (8 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 47 до 75 лет (средний возраст $62,8 \pm 6,82$ лет), страдающих АГ в сочетании с ХОБЛ (ХОБЛ I ст. — у 14 человек, II ст. — у 4, III ст. — у 2), назначался лизиноприл (Лизорил, фирма IPKA, Индия) в дозе 10–20 мг/сут в течение 12 недель на фоне подобранной и не меняющейся бронхолитической терапии. Оценка эффективности терапии проводилась с учетом клинических проявлений, показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД), функции внешнего дыхания (ФВД).

Результаты исследования: Через 12 недель терапии суммарная отличная и хорошая антигипертензивная эффективность лизиноприла составила 75%. Среднесуточное систолическое АД (САД) снизилось с $145,47 \pm 14,88$ мм рт.ст. до $133,90 \pm 13,69$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), диастолическое АД (ДАД) — с $83,88 \pm 6,99$ мм рт.ст. до $76,01 \pm 9,26$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Отмечалось статистически значимое уменьшение показателей гипертонической нагрузки: ИВ САД — на 30,1% и ИВ ДАД — на 36,7%, ИП САД — на 41,1% и ИП ДАД — на 45,1% ($p < 0,05$). Через 3 месяца по сравнению с исходными данными количество больных с нормальными циркадианными ритмами САД увеличилось на 35%, ДАД — на 30%. Недостаточное снижение САД и ДАД в ночные часы (non-dipper) было зафиксировано у 20% исследуемых.

При изучении динамики показателей ФВД не зафиксировано достоверного изменения дыхательных объемов (ФЖЕЛ, ОФВ1) и их соотношений (ОФВ1/ФЖЕЛ), а также скоростных показателей выдоха, характеризующих дистальную бронхиальную проходимость через 12 недель. Побочные эффекты отмечались в виде кашля (у одной больной) и гипотония в первые 4 недели (у одной больной).

Выводы: Лизорил в суточной дозе 10–20 мг при лечении больных АГ в сочетании с ХОБЛ характеризуется хорошей антигипертензивной эффективностью, переносимостью, низкой частотой побочных эффектов, отсутствием негативного влияния на показатели функции внешнего дыхания.

0584 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Алешкин В.А., Пухальский А.Л., Алексеева Е.Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; МНИИЭМ им. Н.Г.Габричевского, Москва, Россия; Медико-генетический научный центр РАМН, Москва, Россия

Целью нашего исследования явилось изучение воспалительных реакций у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим ожирением.

Методы: Нами были обследованы 77 больных с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС), которые были разделены на 2 группы. В исследование не включались пациенты с острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией. Первую группу составили 42 больных с диагнозом ИБС без наличия сопутствующих заболеваний. У 35 пациентов — ИБС протекала на фоне ожирения (2 группа). Ожирение (ОЖ) диагностировали при определении индекса массы тела (ИМТ) более 30 кг/м². Всем больным проводился динамический контроль электрокардиограммы (ЭКГ), артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), биохимических показателей крови (КФК, МВ-КФК, АЛТ, АСТ, ЛДГ, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, С-РБ), электролитных показателей крови, общего анализа крови и мочи. Исследуемые цитокины сыворотки крови (IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, FNO α , INF γ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов тест-систем фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты: При сопоставлении уровней провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, INF γ и С-РБ у больных с ожирением были выявлены уровни исследуемых показателей значительно более высокие, чем в 1 группе (больные без сопутствующих факторов риска). Уровень INF γ в 1 группе больных составил $13,43 \pm 2,11$ пкг/мл, во 2 группе — $18,74 \pm 3,42$ пкг/мл, уровень IL-6 в 1 группе составил $2,84 \pm 0,32$ пкг/мл, во 2-ой — $4,03 \pm 4,1$ пкг/мл, уровень IL-8 в 1-ой группе составил $51,04 \pm 3,21$ пкг/мл, во 2-ой — $64,63 \pm 4,8$ пкг/мл. С-РБ в 1-ой группе составил $5,56 \pm 0,45$ мг/мл, во 2-ой — $8,31 \pm 0,75$ мг/мл. Уровни противовоспалительных цитокинов имели противоположную тенденцию — отмечалось снижение IL-4 в сравнении с 1 группой больных. Уровень IL-4 в 1-ой группе составил $1,8 \pm 0,5$ пкг/мл, во 2-ой — $1,55 \pm 0,21$ пкг/мл, уровень IL-10 в 1 группе составил $1,61 \pm 0,34$ пкг/мл, во 2-ой — $1,6 \pm 0,23$ пкг/мл.

Выводы: У больных ИБС с сопутствующим ожирением определяются более высокие показатели провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка. У больных ИБС с сопутствующим ожирением определяются более низкие показатели противовоспалительных цитокинов. Выявленные изменения цитокинов и С-реактивного белка у больных ИБС с сопутствующим ожирением свидетельствует о патогенетическом влиянии ожирения в развитии атеросклероза через воспалительные механизмы.

0585 ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ АКТИВНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ

Орлова Н.В., Чукаева И.И., Алешкин В.А., Пухальский А.Л., Шмарина Г.В., Алексеева Е.Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; МНИИЭМ им. Н.Г.Габричевского, Москва, Россия; Медико-генетический научный центр РАМН, Москва, Россия

Цель: Определение зависимости поражения коронарных артерий от наличия сопутствующих факторов риска и выраженности воспалительных реакций у больных ИБС.

Методы: Нами были обследованы 100 больных с верифицированным диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения. Средний возраст больных составил $60,8 \pm 3,4$ года. Всем пациентам проводилась коронарография в условиях рентген — операционной на ангиографической установке фирмы «Siemens» (Германия) по методике Judkins. Определение цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИФН- γ) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Использовались наборы реактивов для иммуноферментного анализа цитокинов человека (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ИФН- γ) фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного «Пакета анализа».

Результаты: При анализе полученных результатов были выделены 4 группы по степени поражения коронарных артерий. За поражение артерии принималось стенозирование более 50% сосуда. В первую группу вошли больные с незначительными гемодинамическими изменениями коронарных артерий, во вторую — со стенозом более 50% одной артерии, в третью — двух, в четвертую — трех и более сосудов. Среди больных с выявленным на коронарографии стенозом 1 артерии преобладали пациенты (51%) без сопутствующих факторов риска — ожирения и сахарного диабета 2 типа. Наличие у больных нарушений углеводного и жирового обмена сопровождалось атеросклеротическим поражением преимущественно более 2-х коронарных артерий. Значения уровней провоспалительных цитокинов (ИФН- γ , ИЛ-6, ИЛ-8) были взаимосвязаны с количеством стенозированных коронарных артерий. Наиболее низкие значения активности цитокинов определялись у пациентов без выраженного поражения сосудов. Соответственно с увеличением числа стенозированных коронарных артерий возрастали уровни провоспалительных цитокинов. Наибольшие показатели ИФН- γ , ИЛ-6, ИЛ-8 соответствовали поражению трех и более артерий. Значения противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10) имели обратную зависимость. По мере возрастания количества стенозированных коронарных артерий у пациента значения активности ИЛ-4 и ИЛ-10 уменьшались. Наименьшие показатели цитокинов определялись соответственно у пациентов с поражением трех и более венечных сосудов.

Выводы: Сопоставление полученных данных о преобладании в группе больных с множественным стенозом коронарных артерий пациентов с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и ожирением и в то же время более выраженные показатели цитокиновой активности в данной группе, позволяют говорить об активном влиянии факторов риска на процессы воспалительных реакций при атеросклерозе.

0586 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ ПРИ ХСН У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Орлов В.А., Силицина И.И., Захарова Г.Ю.

ГОУ ДПО Российская Медицинская Академия последипломного образования, Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: изучить эффективность гемодинамической разгрузки сердца при монотерапии молсидомин (корватон) при длительном лечении больных со II ФК ХСН, развившейся вследствие ИБС и постинфарктного кардиосклероза.

Методы исследования: ЭхоКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, велоэргометрия, лабораторные исследования.

Подбор дозы. Лечение начинали с: 4 мг корватона 3 раза в сутки. Через одну неделю дозы увеличивались: до 6 мг 3 раза в сутки.

При применении корватона в дозе 18 мг в сутки в течение года у 12 больных с II ФК ХСН на фоне постинфарктного кардиосклероза установлено: отсутствие прогрессирования ХСН у всех пациентов и уменьшение проявлений сердечной недостаточности у большинства больных. Достоверное уменьшение клинических проявлений ХСН у всех больных с уменьшением ФК ХСН у 33,3% больных; достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке; достоверное увеличение ФВ и уменьшение

КДО и КСО как через три месяца, так и через год на фоне лечения. Достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка у 66,7% больных с достоверным уменьшением толщины МЖП у 41,7% больных и задней стенки ЛЖ у 25%. Уменьшение желудочковых нарушений ритма за счет уменьшения парных желудочковых экстрасистол и эпизодов желудочковой тахикардии. Наличие антиишемического действия проявлялось при ВЭМ-нагрузке исчезновением стенокардии у 41,7% больных, с достоверным уменьшением степени выраженности депрессии ST через 3 месяца и почти достоверным через год при увеличении мощности нагрузки и времени появления депрессии ST. Это сочеталось по данным холтеровского мониторирования с уменьшением числа лиц с депрессией ST и эпизодов депрессии ST. Наличие гипотензивного эффекта с достоверным снижением диастолического АД в покое и уменьшением степени прироста АД при физической нагрузке, несмотря на увеличение мощности нагрузки. Отсутствие выраженного увеличения ЧСС как в покое, так и при ВЭМ-нагрузке.

Выводы: корватон при II ФК ХСН у больных постинфарктным кардиосклерозом клинически и гемодинамически эффективен; позволяет достоверно увеличить толерантность к физической нагрузке и повысить фракцию выброса левого желудочка, улучшить ФК ХСН и замедлить прогрессирование ХСН при длительном применении, а также является эффективным антиангинальным и антиишемическим препаратом при II-III ФК стенокардии и обеспечивает стабильный эффект при длительном применении.

0587 РАЦИОНАЛЬНОЕ ДОЗИРОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Орлов В.А., Силицина И.И., Захарова Г.Ю.

ГОУ ДПО Российская Медицинская Академия последипломного образования, Москва, Россия

Цель исследования: показать особенности титрации карведилола у больных с III-IV ФК ХСН на фоне терапии ингибиторами АПФ, диуретиками и сердечными гликозидами.

Методы исследования: Эхо-КГ, ЭКГ, физикальное обследование, лабораторные исследования.

Терапевтическая эффективность бета-адреноблокаторов при тяжелой ХСН доказана. Успех применения этой группы препаратов во многом определяется тактикой достижения целевых доз путем постепенной титрации.

Возможность достижения целевой дозы карведилола (50 мг в сутки) изучена у 20 больных с ХСН III-IV ФК. В исследование включались больные с отсутствием противопоказаний к применению бета-адреноблокаторов с исходной ЧСС не менее 68 уд / мин и систолическим давлением не менее 85 мм рт. ст. Начальная доза карведилола составляла 6,25 мг /сут и увеличивалась через каждые две недели в два раза. Оценка безопасности препарата производилась в течение двух часов после приема разовой дозы. В период титрации отмечались следующие побочные эффекты:

Гипотония со снижением АД ниже 85/60 мм рт. ст. и головокружение у 4-х больных (18,2%). У 3-х из них это наблюдалось при дозе препарата 12,5 мг/сут., но снижение дозы сопутствующих ингибиторов АПФ в последующем позволило достичь целевой дозы карведилола без ухудшения сердечной недостаточности. У одного больного гипотония отмечалась при дозе 6,25 мг/сут.

Брадикардия с ЧСС до 50 уд/мин отмечалась у 4-х больных (18,2%). У 3-х из них при разовой дозе 25 мг и в 2-х случаях потребовалось снижение разовой дозы до 12,5 мг, суточная доза при этом составила 25 мг, что составляет 50% от целевой дозы. У одного больного снижена доза дигоксина, целевая доза карведилола достигнута без ухудшения ХСН. У одного больного замедление ЧСС до 50 уд/мин возникло при приеме 12,5 мг карведилола с последующим развитием мерцательной аритмии.

Ухудшение ХСН в виде увеличения веса на 1,7 кг без усиления одышки отмечалось у одного больного (4,5%) при приеме карведилола в дозе 6,25 мг/сут. В этом случае была увеличена доза диуретиков и ингибиторов АПФ, отмечена нормализация веса. В дальнейшем была достигнута целевая доза.

Таким образом, целевая доза препарата достигнута у 16 больных (80%). Применение неотложных мероприятий для купирования гипотонии, брадикардии и ухудшения ХСН не потребовалось, а также не прекращался прием карведилола ни в одном случае. В период поддерживающей терапии эпизодов гипотонии и брадикардии не отмечалось. Эпизодов ухудшения ХСН и госпитализаций было меньше, чем при плацебо контроле. Других побочных действий связанных с приемом препарата не выявлялось.

Выводы: представленные данные свидетельствуют о безопасности применения карведилола у больных с тяжелой сердечной недостаточностью на фоне приема ингибиторов АПФ, диуретиков и при необходимости сердечных гликозидов. Но лимитирующим моментом в назначении карведилола является брадикардия.

0588 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХСН

Орлов В.А., Сеницына И.И., Захарова Г.Ю.

ГОУ ДПО Российская Медицинская Академия последипломного образования Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: изучить эффективность карведилола у больных с III-IV ФК ХСН на фоне терапии ингибиторами АПФ, диуретиками и сердечными гликозидами.

Методы исследования: Эхо-КГ, ЭКГ, физикальное обследование, лабораторные исследования.

Эффективность неселективного бета-1, бета-2 и альфа-блокатора карведилола изучена у 22 больных тяжелой ХСН. Причиной ХСН у 17 человек был постинфарктный кардиосклероз, дилатационная кардиомиопатия у 2-х человек, корригированные пороки сердечных клапанов у 3-х человек. Средний возраст больных составил $62,0 \pm 1,5$ года. Давность тяжелой НК- $2,2 \pm 0,4$ года. Длительность лечения составила 1 год. Три человека с ИБС умерли в связи с острой коронарной недостаточностью и нарушениями ритма в период приема плацебо (2 человека) и в период титрации карведилола при дозе 12,5 мг/сут. (1 человек). Исследование завершили 19 человек, из которых у 16 была достигнута целевая доза препарата 50 мг/сут. при постепенной титрации. У 2-х больных из-за развившейся брадикардии, поддерживающая доза составила 25 мг/сут и у одного больного из-за гипотонии — 6,25 мг/сут. В период поддерживающей терапии карведилолом летальных исходов не было.

В результате лечения наблюдалась положительная динамика, которая проявлялась в достоверном уменьшении функционального класса (ФК) ХСН с $3,6 \pm 0,1$ до $3,1 \pm 0,1$ (на $0,5 \pm 0,1$); достоверном увеличении ФВ с $23,3 \pm 0,3\%$ до $32,2 \pm 1,8\%$ (на $8,9 \pm 1,7$) и уменьшении КДО и КСО. Значительно сократилось количество госпитализаций по поводу ухудшения НК (на 86,1%) по сравнению с аналогичным периодом времени до лечения карведилолом. Также наблюдалось достоверное снижение ЧСС с $83,3 \pm 3,4$ до $70,9 \pm 3,2$ (на $12,4 \pm 2,7$ ударов в минуту — 14,2%) и недостоверное снижение систолического давления с $135,6 \pm 4,4$ до $131,6 \pm 5,1$ мм рт.ст (на $4,0 \pm 3,5$ мм рт. ст. 2,7%) и диастолического давления с $85,4 \pm 2,4$ до $81,7 \pm 2,4$ мм рт.ст. (на $3,7 \pm 2,4$ мм рт. ст. — 3,8%). Вес больных без особых изменений. Лабораторные показатели (креатинин, билирубин, трансаминазы, калий, гемоглобин, тромбоциты) в среднем по группе практически не изменялись. Уровень сахара крови натощак, измеряемый до лечения, превышал 7 ммоль/л, у 4-х больных с сахарным диабетом и нарушенной толерантностью к углеводам. После лечения у 2-х из них сахар крови нормализовался, наблюдалось снижение показателей на 1,26 и 2,88 ммоль/л и достиг нормальных значений. У других двух больных отмечалось увеличение сахара крови на 1,89 и 0,91 ммоль/л. Также у двух больных с исходно нормальными показателями после лечения наблюдался подъем сахара свыше 7 ммоль/л. Оценить роль бета-блокаторов и тиазидных диуретиков в этих случаях не представляется возможным.

Выводы: карведилол эффективное и безопасное средство при лечении больных с ХСН III-IV ФК на фоне традиционной терапии ингибиторами АПФ, диуретиками сердечными гликозидами.

0589 ОЦЕНКА РЕАКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Легкошкурова Н.М., Белошапкина Г.А., Глебов Н.О.

Алтайский государственный медицинский университет; НУЗ ОКБ на ст.Барнаул, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить реакцию сосудистого эндотелия на психоэмоциональную нагрузку у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследованы 30 больных с ГБ 2 стадии 1-2 степени, средний возраст составил $39,6 \pm 3,7$ лет. Всем пациентам были проведены функциональные тесты для оценки реакции плечевой артерии на окклюзию и психоэмоциональный стресс на аппарате «Acuson Aspen» (США), исследование проводили в триплексном режиме. Исследуя эндотелий—зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) использовали окклюзионную (манжеточную) пробу с размещением манжеты на предплечье, дистальнее сканируемой плечевой артерии. ЭЗВД оценивали в процентном отношении максимального диаметра артерии после окклюзии к исходной величине. Для имитации стрессового воздействия использовали психоэмоциональную нагрузочную пробу «математический счет» (МС). Тест математический счет представлял собой устное вычитание однозначного числа (7) из трехзначного (624) с переключением внимания, с учетом дефицита времени, критики работы в течение 3 минут. До пробы, на пике нагрузки и каждой минуте в период восстановления измеряли АД, диаметр плечевой артерии и скорость кровотока. Учитывали прирост систолического давления (β САД) и диастолического артериального давления (β ДАД) во время пробы, а также стресс-зависимую вазодилатацию (СЗВД) как отношение максимального диаметра плечевой артерии во время пробы к исходной величине в процентном отношении.

Результаты. При проведении окклюзионной пробы исходный диаметр плечевой артерии составил $4,83 \pm 0,17$ мм; ЭЗВД была равна $2,25 \pm 3,5\%$, причем у 30% больных наблюдалась вазоконстрикторная реакция, у 20% больных ЭЗВД была менее 10%, у 50% больных ЭЗВД составила более 10%.

При проведении теста МС было отмечено повышение артериального давления: β САД составил $22,8 \pm 2,3$ мм рт.ст, β ДАД — $12,3 \pm 1,4$ мм рт.ст. СЗВД была равна $2,7 \pm 2,7\%$, скорость кровотока в ответ на стресс возросла на $14,6$ см/с ($p < 0,05$) исходной. У 9 пациентов при МС отмечена вазоконстрикторная реакция плечевой артерии (СЗВД = $-12,7 \pm 3,5\%$), при этом β САД составил $23,0 \pm 6,1$ мм рт.ст, β ДАД — $8,2 \pm 2,0$ мм рт.ст. У остальных 21 больных в ответ на МС было увеличение диаметра плечевой артерии (СЗВД = $9,2 \pm 1,5\%$), а β САД и β ДАД составил $22,7 \pm 2,2$ мм рт.ст и $14,2 \pm 1,3$ мм рт.ст соответственно. У пациентов с вазоконстрикторной реакцией на психоэмоциональный стресс отмечен α ДАД меньший на $5,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) по сравнению с больными, имевшими вазодилатацию. Выявлена прямая корреляционная связь СЗВД и β ДАД ($r = 0,4$; $p < 0,05$). Корреляционной зависимости ЭЗВД и СЗВД выявлено не было.

Выводы. В ответ на психоэмоциональный тест «МС» у больных ГБ отмечается возрастание скорости кровотока в плечевой артерии и изменение ее диаметра. Имеется прямая корреляционная зависимость прироста диастолического давления и стресс-зависимой вазодилатации, что отражает роль диастолического давления в реакции на психоэмоциональный стресс у больных с ГБ.

0590 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КАК РАННЕГО МАРКЕРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Осипова И.В., Воробьева Е.Н., Антропова О.Н., Легкошкурова Н.М., Белошапкина Г.А.*

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

Цель исследования определить состояние функции эндотелия у больных с гипертонической болезнью (ГБ), подвергающихся психоэмоциональным стрессам на рабочем месте.

Материал и методы. Обследовано 30 больных с ГБ, машинистов и помощников машинистов, возраст 31–52 года (средний возраст $47,3 \pm 1,6$). Средняя продолжительность заболевания составила $12 \pm 4,7$ лет. Группа контроля состояла из 17 мужчин с ГБ, чья профессиональная деятельность не связана со стрессовыми факторами (средний возраст $45,5 \pm 1,7$). Обследование включало проведение манжеточной пробы, исследование уровня десквамированных эндотелиоцитов (ЦДЭ) и эндотелина-1. Количество ЦДЭ оценивалось по методике Hladovec J. (1978) использовался микроскоп ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастное устройство КФ-4. Содержание эндотелина-1 определяли методом иммуноферментного анализа с использованием стандартного набора реактивов фирмы «BioMedica» (Австрия) и полуавтоматического анализатора Prime Bio SED (Италия).

Результаты исследования. Количество ЦДЭ в основной группе было выше в 2,4 раза ($5,86 \pm 0,44$ клеток/100 мкл), чем в контрольной группе ($3,19 \pm 0,80$ клеток/100 мкл) ($p < 0,01$). При исследовании уровня эндотелина-1 было выявлено достоверное его повышение в основной группе, показатель составил $0,97 \pm 0,32$ фмоль/л, что в 2,2 раза выше, чем контрольной группе ($0,45 \pm 0,16$ фмоль/л) ($p < 0,01$). Показательно повышение эндотелина-1 при II стадии гипертонической болезни ($1,21 \pm 0,54$ фмоль/л) в 1,8 раза по сравнению с I стадией ($0,66 \pm 0,14$ фмоль/л) и в 2,7 раза по сравнению с контрольной группой ($0,45 \pm 0,16$ фмоль/л). Максимальный уровень десквамированных эндотелиоцитов был зарегистрирован у пациентов с продолжительностью ГБ более 10 лет, 2 и 3 степени артериальной гипертензии. Количество факторов риска у этих пациентов составило более трёх.

Выводы. У пациентов, профессиональная деятельность которых связана с психоэмоциональными стрессами, выявлено усугубление эндотелиальной дисфункции в сравнении с контрольной группой, что выражалось в повышении уровня ЦДЭ и эндотелина-1, что в свою очередь является ранним и независимым маркером сердечно-сосудистых осложнений с одной стороны, а с другой суммирует уже имеющиеся факторы риска. Дальнейшее широкое внедрение в практику функциональных и лабораторных методов по оценке степени эндотелиальной дисфункции позволит более широко проводить комплексную оценку коронарного риска у машинистов и помощников машинистов.

0591 ОЦЕНКА СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

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

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

Целью исследования было оценить суммарный коронарный риск у машинистов и помощников машинистов локомотивов, как представителей высоко стрессовой профессии, и провести сравнительный анализ рискометрии по шкале SCORE и PROCAM.

Материал и методы. Обследованы мужчины (130 человек) в возрасте 22–55 лет — машинисты и помощники машинистов. Проводилось общеклиническое обследование, включающее сбор анамнеза, измерение офисного артериального давления (АД) и лабораторное исследование с определением глюкозы и липидов крови. По полученным данным рассчитывали суммарный 10-летний риск ишемических событий, используя шкалы SCORE и PROCAM. Средний возраст пациентов составил $43,3 \pm 8,6$ года. Машинисты составили 64,6%, помощники машинистов 35,4% обследованных.

Результаты. По шкале SCORE было выявлено 6,2% работников локомотивных бригад с повышенным риском, средний риск по шкале SCORE имели 15,4%, низкий риск — 78,5% обследованных. По шкале PROCAM 41,5% пациентов имели риск более 5%, лица со средним риском составили — 13,8%, у остальных 44,6% пациентов был определен низкий риск.

Была проведена оценка наличия модифицируемых факторов риска (повышение артериального давления, курение, дислипиде-

мия) в целом в группе и у лиц с риском более 5% (учитывая результаты, полученные по рискометру PROCAM). В общей группе 67,7% наблюдаемых курили постоянно, в группе с повышенным риском — 79,6% людей курили. Дислипидемия наблюдалась 93,8% во всей группе, у лиц с повышенным риском в 100% случаев. Повышение общего холестерина > 5 ммоль/л в общей группе наблюдалось у 58,5%, в группе с повышенным риском — у 79,6% обследованных. Повышение холестерина липопротеидов низкой плотности $> 2,59$ ммоль/л диагностировано в общей группе у 79,2%, в группе с повышенным риском — у 100% пациентов. Снижение холестерина липопротеидов высокой плотности ХС ЛПВП $< 1,42$ ммоль/л наблюдалось в общей группе у 79,2%, в группе с повышенным риском — у 96,3% пациентов; Повышение триглицеридов $> 1,14$ ммоль/л составило в общей группе у 63,3%, в группе повышенного риска — у 75,9% пациентов. Повышение АД более 140/90 мм рт.ст. было зарегистрировано 43,8% обследованных во всей группе у 61,1% пациентов с повышенным риском. Наличие 3-х модифицируемых факторов риска (курение, артериальное давление, дислипидемия) в группе повышенного риска было в 54,0% пациентов; 2 модифицируемых факторов — у 36,0%, наличие 1 фактора наблюдалось у 10,0%.

Выводы. У работников локомотивных бригад имеется высокая распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: курения, дислипидемии, гипертензии. Шкала PROCAM является более чувствительной для определения суммарного коронарного риска у лиц, чьи профессии связаны с психоэмоциональным напряжением, что позволяет начать проведение ранних профилактических мероприятий.

0592 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ СОХРАННОСТЬЮ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Осипова М.В., Дмитриев А.А., Кириченко А.А.

НУЗ ЦКБ МПС №1 ОАО РЖД, РМАПО Москва, Россия

Цель: изучение влияния эналаприла на структурно-функциональные изменения в сердце у больных, находящихся на гемодиализе с различной степенью сохранности функции почек.

Материалы и методы: в ходе открытого контролируемого рандомизированного исследования 40 стационарных и амбулаторных больных обоего пола поделены на две группы с диурезом 500 мл и анурией. С артериальной гипертензией до лечения 140-179/90-109 мм рт.ст. Возраст больных от 19 до 72 лет. Срок наблюдения от 6 месяцев до 5 лет. В динамике лечения определяли АД по методу Короткова, проводили суточное мониторирование АД. Доза эналаприла титровалась от 1,25 мг до 5 мг в сутки. Оценка структурно-функционального состояния миокарда проводилась методом эхокардиографии до начала терапии эналаприлом и через 6 месяцев лечения. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу, определяли конечный диастолический и конечный систолический размер левого желудочка, диаметр левого предсердия, фракцию выброса. Систолическую дисфункцию диагностировали при ФВ $< 50\%$. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали в режиме импульсной доплерографии по методике L. Hatle, V. Angelsen. Биохимические и клинические исследования крови проводили ежемесячно. Вирусемия определялась ПСР. Гемодиализ проводили 3 раза в неделю по 210 ± 30 мин на аппарате «Фрезениус» 4008E; диализатор с полисульфоновыми мембранами. Поток диализата-500 мл/мин, скорость кровотока- 265 ± 10 мл/мин; $\text{skt} \sqrt{1,47 \pm 0,06}$. Диализат содержал 140 ммоль/л натрия, 1-3 ммоль/л калия, 1,5-1,75 ммоль/л кальция, 33-36 ммоль/л бикарбонатов, 1 г/л глюкозы.

Результаты: Степень уменьшения ИММЛЖ на фоне терапии эналаприлом в 1 группе больных была более выраженной, чем во 2 группе, однако это различие было недостоверным ($p > 0,05$). У больных 1 группы в ходе терапии эналаприлом наблюдалось достоверное снижение ТЗС (в среднем на $4,9 \pm 0,5\%$, $p < 0,05$). Отме-

чено также уменьшение КДР ЛЖ: на $4,8 \pm 0,8\%$ во 2 группе ($p > 0,05$) и на $5,3 \pm 0,9\%$ в 1 группе ($p < 0,05$). Отмечалось небольшое повышение ФВ в обеих группах, чему могло способствовать улучшение диастолической функции ЛЖ в процессе терапии. При анализе изменений показателей ДФЛЖ на фоне терапии эналаприлом выявлено, что прием препарата приводил к изменениям показателей скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ в обеих группах с нормализацией среднего по группам соотношения VE/VA и улучшением соотношения VE/VA на $7,1 \pm 0,7\%$.

Выводы: Терапия эналаприлом оказывает положительное влияние на геометрию левого желудочка, уменьшает ИММЛЖ, а также улучшает диастолическую функцию миокарда. В то же время МЛЖ уменьшилась только у пациентов с концентрической ГЛЖ ($p = 0,0003$). В подгруппе с эксцентрической ГЛЖ этот показатель остался без изменений, что клинически выразилось в наибольшем количестве сердечно-сосудистых событий у больных с данной формой гипертрофии. Динамика улучшения диастолической функции и геометрии миокарда не зависит от остаточной функции почек.

0593 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НА ФОНЕ CRT

Остерн Е.А., Михайлов С.П., Бердников С.В., Булатов Д.О.
Центр сердца и сосудов ГУЗ СОКБ№1, Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Оценить динамику качества жизни и толерантности к физическим нагрузкам у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне кардиоресинхронизирующей терапии (CRT).

Материал и методы. В исследование включены 13 пациентов (мужчин 7 и женщин 6), средний возраст $42 \pm 8,5$. У 1 пациента верифицирован диагноз ишемическая КМП, в остальных случаях дилатационная КМП. Основной ритм до операции: синусовый у 9 пациентов, из них у 1 — СССУ, брадикардия. Два пациента имели хроническую тахисистолическую форму фибрилляции предсердий (ФП) — данным пациентам выполнена радиочастотная абляция АВ соединения, у одного пациента была брадисистолическая форма ФП. Одна пациентка имела ранее имплантированный ЭКС со стимуляцией в режиме VVI по поводу врожденной АВ блокады III степени. У всех больных исходно была блокада левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) с длительностью комплекса QRS 160 ± 20 мс. По данным ЭхоКГ регистрировалась выраженная систолическая дисфункция: ФВ от 20 до 32 % (в среднем $30,4 \pm 1,6$ %), дилатация камер сердца (КДО $361,0 \pm 8,3$ мл). Функциональный класс (ф.кл.) ХСН по NYHA в среднем в группе $3,5 \pm 0,5$. Всем больным были имплантированы бивентрикулярные ЭКС (Vitatron, Medtronic, Biotronik). В ходе исследования оценивались динамика дистанции теста с 6 минутной ходьбой (ТШХ), показатели качества жизни (КЧ) по опроснику SF-36.

Результаты. Средняя дистанция ходьбы при ТШХ, выполненном на фоне проводимой медикаментозной терапии за несколько дней до операции составил 266 ± 34 м. По данным опросника до операции было характерно неудовлетворительное качество жизни, как в физическом, так и в психоэмоциональном плане. На этом фоне отмечалась астенизация (шкала ЖС), субклинические аффективные расстройства (тревога, депрессия). После операции один пациент не отметил положительного эффекта, что подтверждено объективными данными. У остальных больных отмечена положительная динамика ТШХ с тенденцией к улучшению в отдаленном послеоперационном периоде: через месяц ТШМ составил 300 ± 25 м., через 6 месяцев — 350 ± 15 м., через год 370 ± 20 . При оценке КЖ через 1 месяц после операции значимое улучшение показателей, особенно физической активности (шкала ФФ — физическое функционирование, СФ — социальное функционирование), наблюдалась только у пациентов после RFA АВ соединения и у пациентки с синусовой брадикардией, тогда как через 6 месяцев у всех пациентов наблюдалась устойчивая положительная динамика по шкалам ФФ, СФ и восприятие общего состояния здоровья. Ф.кл. по NYHA через 6 месяцев в среднем составил $2,7 \pm 0,8$.

Выводы. CRT повышает качество жизни пациентов, как за счет улучшения соматического состояния, так и психоэмоцио-

нальных аспектов (нельзя исключить плацебо эффект). Объективно о клиническом улучшении свидетельствует увеличения толерантности к физическим нагрузкам и уменьшение функционального класса ХСН.

0594 РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА

Остроумов Е.Н., МIRONKOV A.B.

ФГУ «НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов Росздрава», Москва, Россия

Цель исследования: оценить результаты коронарной ангиопластики у больных ишемической болезнью сердца, потенциальных кандидатов на трансплантацию сердца.

Методы: для оценки изменений перфузии и функции миокарда после коронарной ангиопластики и стентирования использовали однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с ^{99m}Tc -тетрафосмином, синхронизированную с ЭКГ (Gated SPECT) в покое и после сублингвального приема нитроглицерина. Для оценки изменений гемодинамики использовалось зондирование полостей сердца.

Исследование включало 37 больных ИКМП, поступивших для решения вопроса о трансплантации сердца. С целью улучшения функционального состояния миокарда и обеспечения «моста» к трансплантации сердца всем больным была выполнена эндоваскулярная реваскуляризация миокарда в максимально возможном объеме.

Результаты: После ангиопластики практически у всех больных уменьшилась одышка; недостаточность кровообращения снизились не менее чем на 1 функциональный класс по классификации NYHA. По результатам Gated SPECT ни проба с нитроглицерином до реваскуляризации ни сравнение скинтиграмм до и после реваскуляризации у наших больных не позволили найти значимого количества нефункционирующего, но жизнеспособного миокарда.

После реваскуляризации отмечено снижение конечно-диастолического давления (КДД) в ЛЖ ($35,7 \pm 9,3$ vs $23,5 \pm 9,9$) и давления в легочной артерии (до $43,8 \pm 12,6$ после $30,7 \pm 7,6$ $p < 0,01$).

При сравнении перфузии и основных показателей функции ЛЖ (фракция изгнания, размеры полости, амплитуда движения стенок) с помощью Gated SPECT, достоверных изменений после ангиопластики выявлено не было. Однако отмечены значительные изменения скоростных характеристик наполнения ЛЖ после реваскуляризации (PFR — максимальная скорость наполнения 380 ± 104 vs 290 ± 123 $p = 0,02$; PFR2 скорость наполнения за вторую половину диастолы 36 ± 25 vs 80 ± 69 $p = 0,03$).

Поскольку эти показатели в большей степени отражают эластические свойства миокарда, можно говорить об улучшении его податливости после реваскуляризации, что объясняет снижение давления в легочной артерии и исчезновение одышки.

Заключение: Коронарная ангиопластика у потенциальных кандидатов на трансплантацию сердца снижает клинические проявления недостаточности кровообращения. Информативными показателями изменения функционального состояния миокарда оказались конечно-диастолическое давление и скоростные показатели наполнения левого желудочка. Изменения объемных характеристик левого желудочка и его фракции изгнания у данной категории больных не отмечены.

0595 НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Отрохова Е.В.

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Цель: изучить точность и надежность используемых в настоящее время эхокардиографических (ЭхоКГ) критериев диагностики типов диастолической дисфункции (ДДФ) левого желудочка (ЛЖ) и предложить новый методический подход к классификации диастолической сердечной недостаточности (СН) по степеням тяжести.

Методы исследования: у 214 больных с клиническими проявлениями хронической СН I–IV ФК NYHA (186 имели ФВ ЛЖ >40%, 28 – <40%) и 30 человек без сердечно-сосудистых заболеваний на аппарате «Sonos–2500» (Hewlett Packard, США) оценивали Эхо-КГ-признаки ДДФ ЛЖ на основе комплексного анализа показателей трансмитрального спектра (соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения – E/A, время замедления раннего наполнения – DTE и изоволюметрического расслабления – IVRT) и спектра легочных вен (соотношение максимальных скоростей систолического и диастолического антеградных потоков – S/D, максимальная скорость диастолического ретроградного потока – AR), проводили пробу Вальсальвы и нагрузочные (холодовую, изометрическую) доплеровские пробы, определяли наличие систолической дисфункции ЛЖ и ремоделирования.

Полученные результаты: при распределении больных в соответствии с предлагаемой в Национальных рекомендациях ВНОК и ОССН классификацией стадий ДДФ показана невысокая предсказательная ценность используемых в настоящее время Эхо-КГ-критериев, которая составила 36,1 и 20,9% при учете 3-х (E/A, DTE, IVRT) или 5-ти (E/A, DTE, IVRT, S/D, AR) признаков соответственно, а при использовании более мягких критериев – 59% (2 из 3-х признаков) и 61,1% (3 из 5-ти признаков). Для улучшения распознавания типов ДДФ ЛЖ предложен методически новый двухступенчатый подход, который предусматривает: на 1-й ступени включение в число диагностически значимых признаков (помимо E/A, DTE, IVRT, S/D) таких показателей, как степень изменения E/A на высоте пробы Вальсальвы ($\beta E/A_{\text{Vals}}$) и диастолический резерв на высоте изометрической (DRIsom) и холодной (DRcold) проб, а на 2-й ступени – анализ данных о систолической функции ЛЖ и ремоделировании сердца (ФВ ЛЖ, индексированные к площади поверхности тела масса миокарда, конечные диастолические объемы ЛЖ и левого предсердия – ИММЛЖ, ИКДОЛЖ, ИКДОЛП). Применение этого подхода позволило выработать статистические правила принадлежности больных к тому или иному классу тяжести ДДФ, при контрольной проверке которых точность отнесения пациентов к I (нарушенная релаксация) и III (рестрикция) типам ДДФ составила 96,5%, а точность отнесения обследованных к норме и псевдонормальному (II) типу ДДФ – на уровне 95,5%.

Выводы: новый двухступенчатый подход к оценке степени тяжести диастолической СН повышает точность выявления больных с начальной (I тип) и выраженной (III тип) ДДФ ЛЖ, позволяет четко выделить больных с псевдонормальным (II) типом ДДФ и лиц, не имеющих диастолических нарушений. Сформулированные на его основе логические правила можно использовать для диагностики классов тяжести диастолической СН.

0596 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЛИЦ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Павлова А.С., Празднов А.С.

ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия

Цель: определение частоты поражения клапанного аппарата сердца у больных стенокардией в сравнении с группой лиц без ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы: обследовано 135 пациентов 33–55 лет (отношение мужчин/женщин 87/48), страдающих стенокардией и проходивших лечение в кардиологическом отделении Дорожной клинической больницы на станции Челябинск в 2006 г. Всем пациентам этой группы проводилось ЭКГ и ЭхоКС исследование. В группу лиц без ИБС были включены 72 пациента 18–66 лет (отношение мужчин/женщин 56/16), проходивших обследование на предмет наличия ИБС в 2006 г. Данные пациенты ежегодно проходят медицинские осмотры в связи с профессиональной деятельностью, связанной с общественной и личной безопасностью. ИБС была исключена на основании анамнеза, физического осмотра и объективных методов исследования: ЭКГ, ЭхоКС, ВЭМ-пробы и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру. Пациентам обеих групп проводилось исследование липидного обмена.

Результаты: В группе больных стенокардией достоверно чаще встречаются такие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как артериальная гипертензия и ожирение 3 степени. В обеих группах имеется тенденция к повышению уровня общего холестерина. Нарушения ритма и проводимости сердца: фибрилляция предсердий, сино-атриальная блокада, атрио-вентрикулярная блокада и блокады ножек пучка Гиса встречаются только в группе больных стенокардией. Желудочковая экстрасистолия значительно чаще встречается в группе больных стенокардией. По данным ЭхоКС исследования в обеих группах имеется тенденция к повышению массы миокарда левого желудочка. Индекс массы миокарда левого желудочка повышен в обеих группах, но в группе больных стенокардией достоверно выше. В группе пациентов без ИБС при ЭхоКС исследовании у 2 человек из 72 (2,77%) был выявлен кальциноз аортального клапана, у 20 (27,77%) – уплотнение аортального клапана, у 6 (8,33%) – уплотнение митрального клапана и у 25 (34,72%) – уплотнение аорты. В группе пациентов, страдающих стенокардией, у 1 человека из 135 (0,74%) был выявлен кальциноз аортального клапана, у 62 (45,92%) – уплотнение аортального клапана, у 25 (18,51%) – уплотнение митрального клапана, у 2 (1,48%) – кальциноз митрального клапана и у 82 (60,74%) – уплотнение аорты. В группе пациентов без ИБС недостаточность митрального клапана I степени выявлена у 4 пациентов (5,5%), аортального клапана I степени – у 1 (1,3%), трикуспидального клапана I степени – у 8 (11,1%), стеноз устья аорты I степени – у 1 (1,3%) и II степени – у 1 (1,3%) человека. В группе пациентов со стенокардией недостаточность митрального клапана I степени выявлена у 26 пациентов (19,2%), II степени – у 5 (3,7%), аортального клапана I степени – у 6 (4,4%), II степени – у 1 (0,7%), трикуспидального клапана I степени – у 20 (14,8%), II степени – у 1 (0,7%), недостаточность клапана легочной артерии I степени – у 2 (1,4%), стеноз устья аорты I степени – у 1 (0,7%) человека.

Выводы: у больных стенокардией и у лиц без ИБС статистически значимых отличий в частоте поражения клапанов сердца не выявлено.

0597 ПРЕДЫНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИИ И ВОЗРАСТ: ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ТЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Пак Ю.А., Лыкасова Е.А., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

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

Предынфарктная стенокардия (ПС), как клиническая модель феномена ишемического preconditionирования (ИП), оказывает протективное влияние на течение и исход острого инфаркта миокарда (ИМ). Однако существует предположение о том, что с возрастом происходит ослабление эффектов ИП.

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния ПС на клинико-функциональные показатели и течение госпитального ИМ у пациентов моложе 65 лет в сравнении с пациентами старшей возрастной группы.

Методы исследования. В анализ было включено 149 пациентов. Группа I – 124 пациента ≤ 65 лет и группа II – 25 пациентов > 65 лет. Приступы ПС в течение 48 часов до развития ИМ имели 59 человек I-ой группы и 16 человек группы II (48,4% против 56,0%, $p=0,49$). Оценивались: частота госпитальных осложнений (отек легких, рецидив ИМ, кардиогенный шок, фибрилляция желудочков, полная атрио-вентрикулярная блокада, летальный исход), биохимические (максимальный уровень биомаркеров некроза миокарда – КФК, АСТ) и лабораторные (уровень лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) показатели, данные эхокардиографического исследования (величина асинергии миокарда, величина фракции выброса, частота формирования аневризмы и тромба левого желудочка (ЛЖ)).

Результаты. В I-й группе у пациентов с наличием эпизодов ПС госпитальные осложнения встречались значительно реже (12% и 25%, $p=0,007$). Кроме того, у пациентов с наличием эпизодов ПС по данным эхокардиографии был меньшим процент асинергии миокарда ($26,9 \pm 7,9\%$ и $33,28 \pm 6,0\%$, $p=0,001$) и выше

фракция выброса ЛЖ ($42,5 \pm 6,8\%$ и $39,9 \pm 6,0\%$, $p=0,02$). Наряду с этим у больных I-ой группы с предшествующей ИМ стенокардией реже наблюдалось формирование аневризмы ЛЖ ($3,2\%$ и $12,9\%$, $p=0,005$). При анализе лабораторных показателей в группе моложе 65 лет оказалось, что у пациентов с ПС были ниже максимальные значения количества лейкоцитов в крови ($9,7 \pm 3,0 \times 10^9/\text{л}$ и $11,2 \pm 3,6 \times 10^9/\text{л}$, $p=0,01$), что косвенно может свидетельствовать о меньшем размере некротического повреждения миокарда, и как следствие менее выраженной резорбции клеточных белков при разрушении клеток миокарда, что в свою очередь сопровождается менее выраженным лейкоцитозом. В старшей возрастной группе у больных с наличием и отсутствием ПС не было выявлено достоверных различий в частоте госпитальных осложнений (28% и 12% , $p=0,8$) и частоте встречаемости аневризмы ЛЖ (12% и 12% , $p=0,8$), размере асинергии миокарда ЛЖ ($35,4 \pm 7,5\%$ и $43,9 \pm 12,4\%$, $p=0,07$), фракции выброса ЛЖ ($35,5 \pm 3,7\%$ и $33,2 \pm 3,4\%$, $p=0,1$) и в максимальных значениях лейкоцитов крови ($11,8 \pm 5,5 \times 10^9/\text{л}$ и $11,8 \pm 4,8 \times 10^9/\text{л}$, $p=0,9$).

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что у пациентов моложе 65 лет ПС ассоциировалась с более благоприятным течением госпитального периода и ближайшим прогнозом ИМ, однако, в группе больных старше 65 лет положительного влияния ПС обнаружено не было.

0598 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ

Паначева Л.А., Пятакова Е.Ф., Позднякова С.К., Шпагина Л.А., Зюбина Л.Ю.,

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить состояние сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного и антикоагулянтного звеньев гемостаза, а также маркеры внутрисосудистой активации свертывания крови и фибринолиз у больных артериальной гипертензией (АГ), получающих терапию телмисартаном.

Методы: Обследовано 10 больных с АГ III степени тяжести. Диагноз АГ установлен в соответствии с критериями ВОЗ (1997) и Международного общества по изучению АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999).

Критериями включения в группу явились лица с диагностированной АГ длительностью до 10 лет, без регулярной адекватной гипотензивной терапии, в течение последних 4 недель не получавших лечения. Средний возраст больных — 55,8 лет, длительность заболевания — 15,8 лет. Все пациенты в качестве гипотензивного препарата принимали телмисартан (микардис) в суточной дозе 80 мг в течение 2-х недель. Группу сравнения составили 16 здоровых доноров, средний возраст которых — 42,3 г. Исследование параметров системы гемостаза проведено в городском центре гемостаза и атеротромбоза в динамике 2-х недельной терапии по общепринятым методикам.

Результаты: Исследование сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза свидетельствует, что через 2 недели лечения показатели спонтанной агрегации тромбоцитов уменьшились с $2,22$ до $2,05$ сек, параметры агрегации тромбоцитов с универсальным индуктором также изменились (с $11,9$ до $14,6$ сек.) и приблизились к значению группы сравнения — $15,8$ сек., тогда как с другими индукторами (АДФ, адреналином и коллагеном) изменений не достигнуто. Показатели фактора Виллебранда, являющегося маркером эндотелиальной дисфункции, не менялись. Изменений в параметрах активированного парциального тромбопластинного времени, протромбинового индекса не наблюдалось. В то же время, уровень фибриногена уменьшился с $4,6$ до $3,7$ г/л при значении контроля — $2,9$ г/л. Также нормализовались показатели антитромбина III (с $104,9$ до $89,1\%$ при значении группы сравнения — $98,4\%$). Количество растворимых фибринмономерных комплексов и параметры фибринолиза не изменились.

Выводы: На фоне 2-х недельной терапии телмисартаном, помимо стойкого гипотензивного эффекта, происходит нормализация отдельных компонентов сосудисто-тромбоцитарного звена (по параметрам спонтанной агрегации тромбоцитов и агрегации с универсальным индуктором), а также прокоагулянтного и антикоагу-

лянтного звеньев гемостаза (по уровню фибриногена и активности антитромбина III). Увеличение же сроков лечения больных АГ блокаторами ангиотензиновых рецепторов свыше 2-х недель должно обеспечить нормализацию всех измененных гемостазиологических параметров крови, что является важнейшим фактором профилактики цереброваскулярных и сердечно-сосудистых катастроф.

0599 УВЕЛИЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Панина И.Ю., Смирнов А.В., Румянцев А.Ш., Дестерева О.А., Тугушева Ф.А.

СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Ускоренное развитие атеросклероза у больных хронической болезнью почек (ХБП) является серьезной проблемой, так как обуславливает значительную часть смертельных исходов у данной категории больных. Количество известных факторов риска атеросклероза у больных с патологией почек постоянно увеличивается, однако какой из них является наиболее значимым остается неясным.

Цель исследования: проанализировать влияние ведущих факторов риска на прогрессирование атеросклероза у больных ХБП.

Материалы и методы. Обследовали 76 некурящих больных без клинических проявлений атеросклероза и сахарного диабета, из них 34 мужчины и 42 женщины в возрасте $44 \pm 1,5$ года. Все больные страдали ХБП. У обследуемых рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, индекс массы тела, пульсовое и среднее гемодинамическое артериальное давление, определяли величину комплекса интима-медиа на аппарате Vivid 7 Pro, показатели липидограммы, уровень гомоцистеина и маркера апоптоза — аннексина А5, проводили пробу Celermajor с реактивной гиперемией.

Результаты. Средняя СКФ у больных составила $47,2 \pm 2,6$ мл/мин, индекс массы тела $26,6 \pm 0,5$ кг/м², пульсовое артериальное давление $54,3 \pm 2,4$ мм рт.ст., среднее гемодинамическое артериальное давление $98,3 \pm 2,4$ мм рт.ст., уровень холестерина $6,83 \pm 0,24$ ммоль/л, липопротеидов высокой плотности $1,22 \pm 0,04$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности $4,54 \pm 0,19$, липопротеидов очень низкой плотности $0,89 \pm 0,05$ ммоль/л, триглицеридов $2,25 \pm 0,21$ ммоль/л, гомоцистеина $16,1 \pm 1,1$ мкмоль/л, аннексина А5 $2,96 \pm 0,58$ нг/мл. Пациенты находились под наблюдением в течение года. За это время клинических признаков атеросклероза выявлено не было. Величина КИМ не изменилась у 62 пациентов ($0,79 \pm 0,03$ мм. $0,76 \pm 0,02$ мм соответственно, $p > 0,1$) и увеличилась у 14 больных ($0,98 \pm 0,05$ мм и $1,39 \pm 0,09$ мм соответственно, $p = 0,003$).

Выявлена взаимосвязь между величиной изменения КИМ и возрастом ($R_s = -0,26$), СКФ ($R_s = -0,31$), исходной величиной КИМ ($R_s = 0,37$), результатом пробы Celermajor ($R_s = -0,27$), уровнем триглицеридов ($R_s = 0,21$) и аннексина А5 ($R_s = 0,21$). При проведении множественного пошагового непараметрического регрессионного анализа, где зависимой переменной было изменение величины КИМ, а независимыми — возраст, СКФ, исходная величина КИМ, прирост в пробе Celermajor, уровень триглицеридов и аннексина А5 выявлена зависимость увеличения КИМ только от СКФ ($F = 10,6$ $p = 0,0016$).

Заключение. В группе обследованных нами пациентов выявлена умеренная артериальная гипертензия, дислипидемия, повышение уровня гомоцистеина, аннексина А5. Несмотря на проводимую антигипертензивную терапию, лечение статинами у 18% больных отмечено субклиническое прогрессирование атеросклероза. При анализе факторов риска наиболее важной оказалась величина СКФ менее 40 мл/мин. Полученные нами данные подтверждают, что пациенты с 3 стадией ХБП требуют более активной кардиопротективной терапии.

0600 ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Панова Е.И., Шебашева Ю.В.

ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», МЛПУ «Городская клиническая больница №5», Нижний Новгород, Россия

Цель работы: уточнить влияние сахарного диабета 2 типа (СД2) на стационарный этап течения инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Проанализированы архивные материалы (истории болезни) больных ИМ, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городской клинической больницы № 5 в 2000 году. Оценивалась частота встречаемости СД2, особенности течения ИМ при СД2, влияние СД на повторную госпитализацию в течение года. Все больные были разделены на 4 класса по степеням тяжести в соответствии с рекомендациями Л.Ф. Николаевой, Д.М. Аронова (1988).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ «Статистика 6.0» с использованием критериев Стьюдента, Фишера, Манна – Уитни, метода ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Проанализировано 252 истории болезни; частота встречаемости СД2 составила 16,7%. Проведён сравнительный анализ двух групп больных – I – больные ИМ и СД (42 чел.) и II – больные с ИМ без СД (210 чел.). Средний возраст больных был идентичен, в I группе преобладали женщины (66%), во II – мужчины (78%). В обеих группах наиболее частой сопутствующей патологией являлась артериальная гипертензия (АГ) III стадии.

При наличии СД2 ИМ характеризовался большей тяжестью течения. Так, частота минимальных-1 и 2 классов тяжести ИМ в двух группах составила соответственно 11,9 и 49,5%, $p=0,0008$, 3 и 4 – 88,1 и 50,5%, $p=0,02$. При наличии СД2 достоверно чаще наблюдались такие осложнения острого и подострого периодов ИМ, как кардиогенный шок – 9,5 и 1,9 %, $p=0,035$, острая левожелудочковая недостаточность (отёк лёгких) – 26,2 и 9,05%, $p=0,0116$, аритмии – 54,8 и 23,8%, $p=0,0055$, ранняя постинфарктная стенокардия – 69 и 26,2%, $p=0,0007$. Q ИМ выявлялся преимущественно при наличии СД – 46,6 и 25,7%, $p=0,0365$, у этих больных несколько чаще наблюдались повторные ИМ – 51,1 и 40,5%.

Эхокардиографическое обследование показало более тяжёлую кардиальную патологию при СД. Так, эти больные характеризовались большими размерами левых камер сердца с достоверным снижением показателей фракции выброса (ФВ) – 43,1(40,0; 51,0) и 55,0 (46,9; 63,7), $p=0,000001$, выраженной гипертрофией межжелудочковой перегородки – ТМЖП – 12,9 (11,0; 13,6) и 11,1 (9,9; 13,2), $p=0,019$.

Тяжесть течения ИМ при СД коррелировала с наличием диабетических осложнений – нефропатии (ДН) – $r=0,42$, $p=0,06$, полинейропатии – $r=0,42$, $p=0,06$, с выраженностью гипергликемии во время госпитализации – $r=0,3$, $p=0,001$. В обеих группах класс тяжести ИМ коррелировал с наличием АГ.

Частота повторных госпитализаций в течение года составила соответственно 16,6% в I группе и 1,9% во II ($p=0,001$). Поводами для них являлись повторные ИМ, а также обострения в течении ИБС в виде развития прогрессирующей стенокардии.

Выводы. СД2 утяжеляет течение острого и подострого периодов ИМ, вызывая развитие крупноочаговых, повторных ИМ, сопровождается осложнениями, частыми повторными госпитализациями в течение года. Тяжесть ИМ при СД коррелирует с диабет-ассоциированными осложнениями (нефропатией, полинейропатией), уровнем гипергликемии во время госпитализации.

0601 ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Пелло Е.В., Малютина С.К., Симонова Г.И., Никитин Ю.П.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить составляющие вегетативного гомеостаза у мужчин и женщин с центральным типом ожирения в городской сибирской популяции.

Материал и методы: В рамках проекта EROGN обследована рандомизированная выборка жителей г.Новосибирска ($n=324$). Использовали кратковременный метод спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР), одновременно регистрировали частоту дыхания. Андроидное ожирение определяли согласно антропометрическим критериям: объем талии (ОТ) у

женщин ≥ 80 см, у мужчин ≥ 94 см. Метаболический синдром (МС) устанавливали согласно рекомендациям от 2005г (IDF).

Результаты: Для оценки ВСР в горизонтальном положении включили группу пациентов с нормальным весом и отсутствием АГ ($n=129$, средний возраст $29,7 \pm 11,0$ лет, ИМТ $21,5 \pm 2,1$ кг/м², ОТ у мужчин ($n=57$) $78,3 \pm 5,7$ см, у женщин ($n=72$) $68,6 \pm 5,9$ см) и группу пациентов с абдоминальным ожирением и/или избыточной массой тела ($n=53$, средний возраст $47,5 \pm 9,5$ лет, ИМТ $30,0 \pm 2,9$ кг/м², ОТ у мужчин ($n=17$) $99,9 \pm 5,2$ см, у женщин ($n=36$) $90,9 \pm 5,9$ см, МС верифицировали у 71,9% человек). У практически здоровых мужчин доминировали LFn ($45,5 \pm 14,9$, $35,7 \pm 15,9$, $p<0,001$) и LFn/HFn ($0,02 \pm 0,35$, $-0,21 \pm 0,4$, $p<0,001$), найдены более низкие значения HFn ($45,2 \pm 17,7$, $54,3 \pm 17,9$, $p<0,004$) по сравнению с женщинами. Замечено, что у мужчин с висцеральным ожирением преобладали значения LFn ($53,5 \pm 15,1$, $43,0 \pm 13,0$, $p=0,01$) и LFn/HFn ($0,25 \pm 0,34$, $0,03 \pm 0,29$, $p=0,02$) в сравнении с женщинами с центральным типом распределения подкожно-жировой клетчатки. Частота дыхания ($14,3 \pm 2,7$, $16,0 \pm 2,8$, $p=0,04$) оказалась существенно ниже у мужчин с абдоминальным ожирением, чем у женщин. В вертикальном положении рассматривали данные обследования 127 человек с нормальным весом, не имеющих манифестированной АГ (средний возраст $29,3 \pm 10,8$ лет, ИМТ $21,5 \pm 2,1$ кг/м², ОТ у мужчин ($n=56$) $78,5 \pm 5,8$ см, у женщин ($n=71$) $68,5 \pm 5,7$ см), и 55 обследованных с висцеральным типом ожирения (средний возраст $47,7 \pm 9,7$ лет, ИМТ $30,2 \pm 3,3$ кг/м², ОТ у мужчин ($n=18$) $99,9 \pm 5,1$ см, у женщин ($n=37$) $91,5 \pm 6,6$ см, лица с МС составили 65,5%). В группе условно здоровых значимо ниже были значения частоты дыхания ($15,2 \pm 3,7$, $16,7 \pm 3,2$, $p=0,018$), ЧСС ($82,4 \pm 12,2$, $87,2 \pm 13,1$, $p=0,04$) и выше величина TP ($3,4 \pm 0,36$, $3,2 \pm 0,39$, $p=0,04$) у мужчин в сравнении с женщинами. Следует обратить внимание на доминирование VLFn ($10,5 \pm 7,0$, $17,5 \pm 11,2$, $p=0,019$) у лиц женского пола с центральным ожирением. Наблюдали достоверное превышение LFn ($71,3 \pm 16,0$, $60,6 \pm 15,7$, $p=0,02$) у мужчин с абдоминальным ожирением по сравнению с женщинами. Выраженность компенсаторной ортостатической модификации ВСР выше у женщин в группе условно здоровых, у лиц с диагностированным андроидным ожирением динамические колебания составляющих ВСР эквивалентны у мужчин и женщин.

Выводы: Результаты настоящего исследования позволяют констатировать, что активность вегетативной нервной системы позиционирует преобладанием симпатикотонии у мужчин в покое в группах практически здоровых и с сопутствующим абдоминальным ожирением, увеличением центральных эрготропных влияний и снижением тонуса симпатического отдела вегетативной регуляции в вертикальном положении у женщин с висцеральным распределением жира по сравнению с мужчинами. Отмечена более высокая ЧСС и низкая ВСР у предположительно здоровых женщин в положении активного ортостаза.

0602 КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Перекальская М.А., Антонов А.Р., Волкова И.И., Макарова Л.И., Лукша Е.Б.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирский государственный областной клинический диагностический центр, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить механизмы формирования гормонально-гемодинамических нарушений при наследственно-обусловленной эссенциальной АГ (НОЭАГ) в клинике и эксперименте.

Методы: обследовано 114 мужчин с НОЭАГ 15-28 лет (ср. возраст $18,3 \pm 0,2$ лет) в качестве основной группы. Контрольная группа – 34 практически здоровых мужчины того же возраста. В эксперименте использовались самцы крыс нормотензивной линии Вистар и гипертензивной линии НИСАГ (с наследственной, индуцируемой стрессом АГ), всего 50 крыс. Базальное АД у крыс линий Вистар и НИСАГ составляло $117,0 \pm 2,2$ и $172,0 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p<0,001$), при стрессе – $128,2 \pm 2,0$ и $205,0 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p<0,001$). Исследовали состояние центральной гемодинамики и гормональной регуляции.

Результаты: НОЭАГ у мужчин молодого возраста характеризуется выраженной активацией глюко- и минералокортикоидной функции надпочечников с увеличением содержания альдостерона, кортизола, пролактина, ренина и формированием гиперкинетического варианта гемодинамики. Гипертоническое ремоделирование сердца и особенности течения АГ взаимосвязаны с гормональным фоном: степень гипертрофии стенок ЛЖ и ММЛЖ коррелировали с содержанием альдостерона, ТЗ. Ранний возраст развития АГ является фактором формирования гипокINETического варианта гемодинамики: при одинаковой длительности АГ у мужчин с повышением АД до 18 лет показатели УО, УИ были меньше, а ОПСС, ИОПСС — больше по сравнению с теми, кто заболел позже.

У интактных крыс НИСАГ отмечена повышенная активность глюко- и минералокортикоидной функции надпочечников в сравнении с нормотензивными животными, что проявляется увеличением уровня альдостерона и кортикостерона. Данные изменения отражают качественно новый уровень функционирования системы в условиях АГ и характерны для гипердаптоза с преобладанием эрготропных механизмов регуляции над трофотропными. Связь генотипа с изменениями параметров основной стресс-реализующей кортикоидной системы позволяет говорить о корреляции стресс-чувствительности с возникновением АГ. Миокард интактных гипертензивных крыс характеризуется признаками концентрической гипертрофии, аналогичной наблюдаемой у больных с АГ.

Выводы: проведенные исследования выявили общность механизмов формирования гипертензии у людей и экспериментальных животных и позволяют рекомендовать гипертензивную линию крыс НИСАГ в качестве адекватной модели НОЭАГ у человека. Ранний возраст повышения АД увеличивает скорость ремоделирования сердечно-сосудистой системы с развитием гипокINETического типа кровообращения у мужчин с НОЭАГ.

0603 ИЗМЕНЕНИЯ АД И НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С СИСТЕМОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Перекальская М.А., Макарова Л.И., Лукша Е.Б., Волкова И.И.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирский государственный областной клинический диагностический центр, Новосибирск, Россия

Цель: проследить динамику АД и ее связь с возникновением цереброваскулярных осложнений у женщин с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (СНДСТ) с артериальной гипертензией (АГ) и гипотонией.

Методы: наблюдение 49 женщин с СНДСТ (возраст при включении от 17 до 37 лет), 29 — с АГ 1-2 степени, 20 — с артериальной гипотонией на протяжении 8-15 лет с использованием клинических, функциональных, ультразвуковых, рентгенологических методов исследования.

Результаты: у 75,9% больных с АГ, несмотря на рекомендации по контролю АД, наблюдалось нарастание среднесуточных цифр АД с увеличением степени АГ. Острая цереброваскулярная патология возникла у 20,7% больных (4 транзиторных ишемических атак (ТИА) и 2 ишемических инсульта (ИИ)), в связи с инсультом умерла одна больная. Из 20 женщин с гипотонией у 20% произошло повышение АД до уровня нормального — 1 степени АГ, потребовавшей назначения многокомпонентной гипотензивной терапии, у 50% больных на фоне гипотонии наблюдалось присоединение гипертензивных эпизодов, с повышением АД до 130-150/80-90 мм рт.ст. и симптоматикой, позволявшей говорить о гипертоническом кризе. В подгруппе с артериальной гипотонией отмечено 5 случаев острых цереброваскулярных осложнений — 2 случая ТИА и 3 ИИ, причем все инсульты возникли у женщин с сочетанием артериальной гипотонии и кризовых подъемов АД.

Пациентки с острой сосудистой патологией мозга были старше, имели большую массу тела, высокие показатели ОПСС, не

различавшиеся при гипотонии и гипертензии, более частую наследственную отягощенность по цереброваскулярной патологии. Такие проявления СНДСТ как ПМК, врожденная патология шейного отдела позвоночника также встречались достоверно чаще.

Выводы: женщины с СНДСТ имеют риск цереброваскулярных осложнений как при наличии как гипертензии, так и при гипотонии, этот риск увеличивается с возрастом, при ПМК и патологии шейного отдела позвоночника. У женщин с гипотонией эпизодическое повышение АД даже до уровня высокого нормального — мягкой АГ приводит к появлению симптоматики гипертонического криза и может увеличивать риск нарушений мозгового кровообращения. В связи с этим возможно, что для лиц с АГ, сформировавшейся на основе гипотензии необходимо пересмотреть в сторону снижения уровень АД для диагностики АГ и подходы к срокам начала гипотензивной терапии.

0604 ПРОБЛЕМЫ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Петрова М.Н., Васильева С.А., Винокурова М.В., Харлампев Л.Н.

МИ ЯГУ, МУ «ГБ№2», Якутск, Россия

Цель: выявить проблемы профилактики артериальной гипертензии (АГ) осложнённого течения.

Методы: проанализированы истории болезни пациентов с кризовым течением АГ в качестве основного или сопутствующего заболевания, а также перенесших инсульт на фоне АГ, получивших стационарное лечение за 3,5 года (март 2003 г. — октябрь 2006 г.). Контингент стационара ГБ№2 представлен, в основном, пациентами старшей возрастной группы.

Кризовое течение АГ наблюдалось в 2003 (март-декабрь) у 21 женщины (средний возраст $61,7 \pm 12,2$ лет) и 7 мужчин ($59,9 \pm 10,3$); в 2004 году у 21 женщины ($56,9 \pm 12,0$ лет) и у 6 мужчин ($51,03 \pm 10,0$); в 2005 году у 25 женщин ($60,8 \pm 8,5$ лет) и у 1 мужчины 60 лет; за 10 мес. 2006 — у 12 женщин ($62,0 \pm 13,4$) и у 6 мужчин $54,0 \pm 8,7$. Наиболее молодой возраст больных с кризовым течением АГ у женщин — 39 лет, у мужчин — 41 год.

С инсультом или дисциркуляторной энцефалопатией в анамнезе на фоне АГ госпитализированы в 2003 (март-декабрь) 10 женщин ($58,8 \pm 11,6$ лет) и 17 мужчин ($59,53 \pm 9,9$); в 2004 году — 13 женщин ($61,85 \pm 6,9$ лет) и 12 мужчин ($62,33 \pm 8,5$); в 2005 году — 25 женщин ($61,04 \pm 11,74$ лет) и 16 мужчин ($61,38 \pm 11,18$); за 10 месяцев 2006 — 18 женщин ($62,3 \pm 11,9$) и 12 мужчин ($59,67 \pm 10,6$). Самый молодой возраст у женщин — 37 лет, у мужчин — 40 лет.

У части больных был длительный анамнез АГ (десять и более лет), однако многие не обращались за медицинской помощью или занимались самолечением, принимая устаревшие гипотензивные препараты; самовольно отменяли назначенную комплексную гипотензивную терапию или практиковался «курсовой» приём гипотензивной терапии.

Основные группы гипотензивных препаратов, назначаемых в условиях стационара ГБ№2: антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, β -блокаторы, мочегонные. Также проводилась сосудистая и метаболическая терапия.

Снижение риска развития инсульта приобретает все большее значение в качестве цели фармакологических вмешательств. Достижению этой цели может отчасти способствовать оптимальная антигипертензивная терапия. Кроме того, в настоящее время активно обсуждаются вопросы церебропротекции, являющиеся весьма актуальными у пациентов с АГ, особенно с осложнённым течением.

Результаты: Проведённый скрининг выявил определённые проблемы в первичной и вторичной профилактике АГ. В связи с этим проводится следующий этап собственного исследования, нацеленного на выявление информированности пациентов о своём заболевании, возможных осложнениях, рекомендуемом образе жизни, выполнении рекомендаций и т.д.

Выводы: Результаты предстоящего исследования привлекут внимание участковых врачей к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку именно профилактическое направление является в настоящее время одним из приоритетных.

0605 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Петров В.И., Сапрыкин И.П., Лопатин Ю.М.
ВОКЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Исследование посвящено получению достоверной информации о применении гиполипидемических препаратов у больных ИБС на территории Волгоградской области.

Основой исследования стал ретроспективный анализ истории болезни пациентов со стенокардией, госпитализированных в стационары Волгоградской области. Случайным образом были выбраны 5 кардиологических и 9 терапевтических отделений. При изучении вопроса и проведении аналитических расчетов были проанализированы 2081 история болезни. В исследование были включены все больные с диагнозом «стенокардия», госпитализированные в данные медицинские учреждения за период с января по июнь 2005 г. Никаких иных ограничений для включения в исследование по возрасту, сопутствующим заболеваниям, а также медикаментозной терапии не предполагалось. Ведение 64% больных ИБС осуществлялось врачами — кардиологами, остальные пациенты — 36% наблюдались врачами терапевтами.

Средний возраст больных составил $62,3 \pm 0,2$ лет, мужчин было 63,1%, а женщин — 36,9%. Средняя длительность заболевания составила $7,1 \pm 0,1$ лет, средняя продолжительность одной госпитализации $13,7 \pm 0,1$ дней. ФК стенокардии равнялся в среднем $2,5 \pm 0,02$ (от I до IV). 19,3% пациентов первоначально госпитализировались с нестабильной стенокардией. ИМ ранее перенесли 56,4% больных. ХСН осложнила течение заболевания у 93,3% пациентов ИБС. Артериальная гипертензия имела место у 84% больных, сахарный диабет — у 10,5%. У 2% больных ранее проводилась реваскуляризация миокарда.

Гиполипидемические лекарственные средства использовали 24,6% больных, из них 42,8% получали препараты данной группы до госпитализации, однако, при поступлении в стационар повышенный уровень ОХС или ХС-ЛПНП был отмечен у 81,3% пациентов данной группы. Частота назначений гиполипидемических препаратов варьировала от 15,3% в городских больницах до 46,6% в ВОКЦ. Доминирующим препаратом в данной группе лекарственных средств был симвастатин, его использовали от 59,4% до 70% в зависимости от медицинского учреждения.

Гиполипидемические лекарственные средства были представлены следующими препаратами: симвастатин ($14,9 \pm 0,3$ мг/сут) — 66,6%; ловастатин ($14,8 \pm 0,8$ мг/сут); флувастатин (40 ± 0 мг/сут) — 0,4%; аторвастатин ($12,4 \pm 0,6$ мг/сут) — 18,8%; липантил (200 ± 0 мг/сут) — 2,7%.

На основании полученных данных можно заключить, что, в сравнении с результатами исследования АТР-survey (17,1%), частота использования гиполипидемических препаратов увеличилась. Однако, этот показатель в 2 раза ниже европейского (Euro Heart survey). Целевой уровень ОХС и ХС-ЛПНП не был достигнут в 81,3% случаев. Значительное влияние на частоту назначения препаратов данной группы оказывал тип медицинского учреждения, контингент пациентов, а так же степень приверженности практикующих врачей к современным рекомендациям.

0606 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Петров В.С., Филоненко С.П., Якушин С.С., Ермакова Т.В., Мадорский А.Ф., Петров С.А., Воронина Е.П., Шумкина О.М., Новикова Е.А., Груздева Н.Н.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Целью нашей работы являлось изучение клинических проявлений хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) и особенностей современной терапии.

Материалы и методы: нами обследовано 86 пациентов с диагнозом ХРБС: 71 женщина (82,5%) и 15 мужчин (17,5%), средний возраст пациентов составил 57,5 лет.

Наиболее частым пороком сердца была недостаточность митрального (МК) — 76,07% и аортального клапана (АК) 68,6%;

реже отмечался стеноз левого АВ отверстия — 55,8% и стеноз устья аорты — 32,56%. У 13,95 пациентов выявлена недостаточность трикуспидального клапана (ТК). В анамнезе комиссуротомии выполнены у 13,95% пациентов, протезирование клапанов у 13,95%.

При оценке сопутствующей патологии установлено, что частота артериальной гипертензии (АГ) составила 52,32%, перманентная фибрилляция предсердий (ФП) — 30,23%, желудочковая экстрасистолия — 16,63%, ИБС: стенокардия напряжения 10,47%. У 5 пациентов (5,81%) в анамнезе — острое нарушение мозгового кровообращения, причем все пациенты имели ФП. У 4 (4,65%) пациентов установлен электрокардиостимулятор по поводу полной АВ блокады. Частота сахарного диабета составила 8,1%. Для оценки функционального класса (ФК) ХСН нами использовался тест 6 минутной ходьбы: пациенты с I ФК составили 16,6%, со II ФК 38,5%, с III ФК 42,85%, с IV ФК 2,4%.

Нами проведен анализ 12 пациентов, умерших за 5 лет в ревматологическом отделении, средний возраст составил 58,5 года. Существенной разницы по частоте пороков не выявлено: недостаточность АК — 83,3% и МК — 75%; стеноз устья аорты и митральный стеноз составили по 58,3%; однако отмечается увеличение частоты недостаточности ТК до 33,3%. Для умерших характерна высокая частота перманентной ФП — 75% и сахарного диабета — 50%. Причиной смерти 9 пациентов (75%) явилась тяжелая декомпенсированная сердечная недостаточность на фоне выраженного митрального стеноза или стеноза АК.

При оценке проводимой пациентам в стационаре терапии установлено, что наиболее часто используемыми препаратами являлись ингибиторы АПФ — 66,28% (наиболее часто использовался эналаприл — 47,82%, реже периндоприл 23,91%, лизиноприл 15,57%); β -адреноблокаторы — 60,47% (на первом месте по частоте использования метопролол — 76,9%, на втором бисопролол 15,4%); сердечные гликозиды (дигоксин) — 46,5%; петлевые диуретики 22,09%, калий-сберегающие диуретики — 60,47%, аспирин — 39,53%.

Выводы: в настоящее время для ХРБС характерно преобладание недостаточности клапанов сердца. Нередко сочетание ХРБС с АГ, перманентной ФП предсердий и желудочковой экстрасистолией. Особого внимания заслуживают пациенты с ФП, в связи с высоким риском развития ОНМК. К неблагоприятным факторам риска смерти пациентов с ХРБС можно отнести развитие ФП и сахарного диабета. Проводимая в стационаре терапия в большинстве случаев соответствует современным рекомендациям.

0607 ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Петров В.С., Филоненко С.П., Якушин С.С., Кильдишева Е.В., Царенко Т.В., Екишова М.В., Сосикова А., Болотина Е.И., Терехина Н.Ю., Савкина Н.П.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Взаимосвязь иммуновоспалительных нарушений при атеросклерозе и РА предполагает, что последний может оказывать влияние на течение и исход атеросклероза. Поэтому, настоящее время ревматоидный артрит (РА) рассматривается как возможный фактор риска прогрессирования атеросклероза.

Целью нашей работы явилась оценка распространенности ИБС и артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с РА.

Материалы и методы: нами обследован 101 пациент с РА: 88 женщин и 23 мужчины, средний возраст $55,8 \pm 1,05$ года, серопозитивный РА был у 75% пациентов; продолжительность РА на момент осмотра составила $10,97 \pm 0,81$ года. Стадии: I — 4,3%; II — 47,8%; III — 34,8%; IV — 13,04%. Активность (индекс DAS28): низкая 12,5%; умеренная 48,2%; высокая 39,3%.

Начало клиники стенокардии в среднем приходилось на 8 год заболевания РА, а дебют АГ приходился на 6 год РА. ИБС: стенокардия напряжения II-III ФК встречалась у 23,7% пациентов, средний возраст начала заболевания составил $52,9 \pm 1,06$ года. Гипертоническая болезнь отмечена у 51,8% пациентов, средний возраст начала повышения АД — $50,9 \pm 1,85$ года. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был у 5 обследованных пациентов

(трое мужчин и две женщины), средний возраст во время развития ИМ составил 50,7 года. ОНМК отмечено у одной женщины в возрасте 54 лет. Диагноз ХСН был выставлен у 27,2% пациентов. Желудочковая экстрасистолия выявлена у — 5,26%; пароксизмальная форма фибрилляции предсердий — 3,5% больных РА.

По результатам СМАД у 20 пациентов с РА: среднее систолическое АД составило 138 mmHg ($N < 125$ mmHg); среднее диастолическое АД 84,2 mmHg ($N < 80$ mmHg).

Проведена оценка дисперсии интервала ОТк: у 17,8% пациентов имело место увеличение дисперсии интервала ОТк более 60 мсек. Нами выявлена обратная корреляционная связь ($-0,397$) между величиной дисперсии ОТк и индексом активности заболевания по DAS28.

Для дальнейшего анализа мы разделили пациентов с РА на две группы: без ИБС и АГ (средний возраст $52,8 \pm 1,8$, длительность РА $9,3 \pm 1,1$ года) и страдающих ИБС и АГ (средний возраст $56,5 \pm 1,5$, длительность РА $11,9 \pm 1,1$ года). В группе с ИБС и АГ выявлены достоверно более высокие показатели: индекса массы тела (ИМТ) $29,0 \pm 0,7$ ($25,2 \pm 0,6$ — без ИБС и АГ), систолического $143,9 \pm 2,4$ mmHg ($127,2 \pm 1,5$ — без ИБС и АГ) и диастолического давления $84,4 \pm 1,6$ mmHg ($79,2 \pm 1,37$ — без ИБС и АГ). При оценке лабораторных данных в группе с ИБС и АГ выявлены достоверно более высокие показатели СОЭ $23,4 \pm 1,5$ мм/ч ($18,8 \pm 1,7$ — без ИБС и АГ), об. холестерина $5,0 \pm 0,09$ мм/л ($4,1 \pm 0,18$ — без ИБС и АГ). Индекс активности РА — DAS28 оказался достоверно более высоким в группе с ИБС и АГ $5,23 \pm 0,16$ ($4,04 \pm 0,15$ — без ИБС и АГ).

Таким образом, для пациентов с РА характерна высокая частота встречаемости АГ и ИБС, проявляющихся соответственно на 6 и 8 годах течения заболевания. В случаях сочетания РА с ИБС и/или АГ отмечается более высокий ИМТ, уровень холестерина и более высокая активность РА.

0608 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У КУРЯЩИХ МУЖЧИН

Петросян К. Р., Автандилов А. Г.

ГОУ ДПО «РМАПО Росздрава», Москва, Россия

Цель: Определить функциональное состояние эндотелиальных механизмов регуляции тонуса сосудов у здоровых курящих мужчин различных возрастных групп.

Методы: Исследовано 63 здоровых курящих мужчин в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст 43 ± 14 лет), которые были разделены на возрастные группы, согласно классификации ВОЗ. Первая группа 20-39 лет ($n=24$), вторая группа 40-59 лет ($n=21$), третья группа 60-75 лет ($n=18$). Толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии измерялась при помощи ультразвука высокого разрешения (аппарат Vivid 3, General Electric, Германия) по стандартной методике в В-режиме по задней стенке проксимальнее бифуркации на 1 см. Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии изучали на фоне реактивной гиперемии, создаваемой при помощи манжеточной пробы по методу Celermajer D.S. (1992 г.). После восстановления диаметра артерии, через 15 мин отдыха оценивали эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНЗВД) на фоне приема 0,5 мг нитроглицерина сублингвально.

Результаты: По данным дуплексного сканирования общих сонных артерий средняя величина ТКИМ составила $0,74 \pm 0,22$ мм (от 0,41 до 1,5 мм). Анализ данных ТКИМ в каждой возрастной группе показал, что с увеличением возраста ТКИМ достоверно возрастала. Выявлена тесная корреляционная связь между ТКИМ и возрастом ($r = 0,79$), а также, между ТКИМ и стажем курения ($r=0,71$). Следует отметить, что в 1-й возрастной группе значения ТКИМ находились практически в пределах нормы, тенденция к увеличению отмечалась во 2-й группе с 45 лет, а у курящих мужчин в 3-й возрастной группе значения ТКИМ уже превышали нормальные (> 1 мм). При анализе диаметра сонных и плечевых артерий в покое значимых различий в группах не выявлено. Однако, отмечалась слабая корреляционная зависимость между диаметром общих сонных артерий и возрастом ($r=0,21$). Проведение компрессионной пробы с последующим восстановлением кровотока на правой плечевой артерии приводило к увеличению просвета сосуда у всех обследуемых больных в среднем

на $14,5 \pm 9,2\%$. Четко прослеживается уменьшение процента прироста диаметра с возрастом, что может говорить об ухудшении эндотелий-зависимых механизмов регуляции сосудистого тонуса в процессе старения и с увеличением стажа курения. Парадоксальная реакция в виде стойкого уменьшения просвета сосуда после проведения декомпрессии наблюдалась у 7 мужчин в третьей возрастной группе. Таким образом, выявлена обратная корреляционная связь между ЭЗВД и возрастом ($r=-0,53$). ЭНЗВД в среднем составила $21,3 \pm 12,4\%$. Значения индекса вазодилатации были значительно ниже нормальных (норма 1,5-1,9) и, в среднем составили $1,1 \pm 0,3$.

Выводы: Толщина комплекса интима-медиа у курильщиков тесно коррелирует с возрастом и стажем курения. Эндотелий-зависимая вазодилатация у курильщиков в процессе старения прогрессивно ухудшается, что выражено в обратной корреляционной связи ЭЗВД с возрастом.

0609 МОЖЕТ ЛИ КОРОНАРНАЯ БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА, ПРОВЕДЕННАЯ В ОСТРУЮ СТАДИЮ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОВЛИЯТЬ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ

Пешкова Н.С., Чумакова Г.А., Старкова Л.А., Бобровская Л.А.

Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель: Изучить влияние ранней реперфузии в зоне инфаркт-зависимой коронарной артерии, методом транслюминальной коронарной баллонной ангиопластики (ТКБА) на развитие осложнений инфаркта миокарда, частоту повторных инфарктов, смертность, инвалидность.

Методы: В исследование включено 82 пациента через 3 недели после перенесенного Q-инфаркта миокарда. Больные были разделены на две группы. В группу 1 вошли пациенты, которым в первые часы острого инфаркта миокарда была проведена ТКБА ($n=42$), группа 2 — контрольная ($n=40$), в неё вошли пациенты с Q-инфарктом миокарда, которые лечились традиционным способом (без применения агрессивных методик). Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту (мужчины, средний возраст которых $53,4 \pm 4,8$ лет), с одинаковой степенью нарушения сократимости миокарда (гипо-, акинез от 3 до 6 сегментов левого желудочка, с общей сократимостью от 19 до 23 баллов). Больные наблюдались в течение года. Всем больным проводились эхокардиография, велоэргометрия (ВЭМ), холтеровское мониторирование при включении в исследование, через 6 месяцев и через 12 месяцев от инфаркта миокарда. Кроме того, оценивались качественные показатели здоровья в начале исследования и через год наблюдения.

Результаты: Уже в начале исследования у больных группы I выявлено достоверно меньше осложнений инфаркта миокарда. Во второй группе на 9,4% чаще встречались нарушения ритма и проводимости ($p < 0,05$), на 19,2% чаще постинфарктная стенокардия ($p < 0,05$), на 20,3% чаще сердечная недостаточность ($p < 0,05$). В группе 1 на всех сроках наблюдения была выше толерантность к физической по данным ВЭМ. Так, через 6 месяцев она составила $97,3 \pm 5,3$ Вт в группе 1 против $81,6 \pm 4,1$ Вт в группе 2 ($p < 0,05$), а через 12 месяцев $103,2 \pm 5,7$ Вт и $75,7 \pm 3,9$ Вт соответственно. К концу наблюдения разница в этих показателях существенно не изменилась. По истечению 12 месяцев дополнительно исследовалась частота повторных инфарктов миокарда, выход на инвалидность и смертность. В группе II повторные инфаркты были чаще, чем в группе I на 20,5% ($p < 0,05$), выход на инвалидность на 32,3% ($p < 0,05$), смертность на 29,4% ($p < 0,05$).

Выводы: Восстановление кровотока в инфаркт-зависимой коронарной артерии методом ТКБА в первые часы Q-инфаркта миокарда, достоверно снижает риск развития постинфарктных осложнений (таких как постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости), повторных инфарктов, смертность в течение первого года и выход на инвалидность.

0610 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Пивень О.Е., Кратнов А.Е.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Известно, что систолическая дисфункция наблюдается у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД) только при наличии артериальной гипертензии, в то время как аномалии диастолической функции наблюдаются с постоянством у большинства больных СД. При первичной диагностике СД часто выявляется почечная патология, вплоть до развития хронической почечной недостаточности.

Целью исследования было изучение показателей, отражающих наличие систолической и/или диастолической дисфункции при СД, и их связи с наличием у больных нефропатии.

Материалы и методы. Обследовано 29 пациентов СД, среди которых было 11 (37,9%) с впервые выявленным и 18 (62,1%) с длительно текущим заболеванием. Больные достоверно по возрасту не различались (соответственно $48,5 \pm 7,2$ и $52,5 \pm 6,2$ года). Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере Aloka-5500. Систолическая дисфункция диагностировалась при фракции выброса левого желудочка менее 45%. Для оценки диастолических свойств левого желудочка применялось исследование трансмитрального кровотока в импульсном доплеровском режиме.

Результаты и обсуждение. Больные обеих групп поступили в стационар в состоянии декомпенсации (гликемия натощак $7,3 \pm 2,4$ и $8,2 \pm 2,5$ ммоль/л, уровень гликозилированного гемоглобина $8,6 \pm 2,7$ и $8,1 \pm 1,5\%$ соответственно). Систолической дисфункции в обеих группах не наблюдалось (фракция выброса левого желудочка $66,5 \pm 5,7$ и $70,2 \pm 5,5\%$ соответственно). У больных с длительно текущим СД, в отличие от пациентов с впервые выявленным заболеванием, при поступлении в стационар выявлялись микроальбуминурия ($35,5 \pm 93,2 > 15,6 \pm 16,7$ мг/сут; $p=0,09$) и снижение скорости клубочковой фильтрации ($109,4 \pm 29,9 < 123 \pm 32,8$ мл/мин). Наблюдаемая нефропатия у данных пациентов сопровождалась снижением скорости раннего кровотока через митральное отверстие ($56,3 \pm 12 < 58,1 \pm 16,4$ мс; $p=0,005$) и продолжительности периода изометрического сокращения левого желудочка ($71,5 \pm 11,3 < 75,7 \pm 12$ мс), увеличением скорости кровотока в систолу предсердий ($68,6 \pm 11,7 > 62,4 \pm 11,1$ мс) и времени изометрического расслабления левого желудочка ($97,1 \pm 16,4 > 95,7 \pm 19,6$ мс). Выявленные изменения свидетельствуют о замедлении релаксации левого желудочка. Между показателями микроальбуминурии и продолжительности периода изометрического сокращения левого желудочка наблюдалась прямая корреляция ($r=0,41$; $p=0,04$).

Заключение. У больных сахарным диабетом 2 типа наличие диастолической дисфункции левого желудочка сопровождается появлением микроальбуминурии и снижением скорости клубочковой фильтрации, т.е. развитием нефропатии.

0611 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХО-КГ

Пилант Д.А.

Учреждение здравоохранения «1-я Городская клиническая больница», Витебск, Беларусь

Известно, что при переходе мерцательной аритмии из пароксизмальной (ПФМА) в постоянную форму важную роль играют процессы ремоделирования левого предсердия (ЛП). Эти процессы представляют собой комбинацию электрических, структурных и функциональных изменений.

Цель исследования: изучить структурно-функциональные изменения сердца у больных ПФМА при стресс-Эхо-КГ, определить критерии неблагоприятного развития заболевания.

Материал и методы: нами обследовано 67 больных, мужского пола, трудоспособного возраста ($52,5 \pm 3,5$ г.), которые в период

2005-2007 гг. находились на лечении в кардиологическом отделении УЗ «ГКБ-1» г. Витебска по поводу ПФМА с диагнозом: АГ II ст. (24 чел.) и ИБС (43 чел.) из них со стенокардией I-II-ФК (12 чел.). После восстановления ритма и выписки больных из стационара, на амбулаторном этапе им проводилась стресс-ЭхоКГ. Исследование выполняли на аппарате EnVisor (фирма «Philips») по стандартной методике. В качестве стресс-теста применяли ВЭМ в положении лежа (25-50-75-100-125Вт) под контролем ЭКГ. Исследование прекращали при ЧСС равной 75% от макс., появлении ангинозной боли и(или) ишемических изменений на ЭКГ, а также при достижении порога систолического и (или) диастолического резерва. По последнему критерию больные были разделены на 2 группы: 1-я гр. — 40 чел. с сохраненным систолическим и диастолическим резервом; 2-я гр. — 27 чел. с отсутствием резерва. Для изучения функционального состояния сердца проводилась оценка: макс. размера ЛП (МРЛП, мм), индекса сократимости ЛП (ИСЛП, усл.ед.), фракции изгнания ЛП (ФИЛП, %), показателя Е/А. По известным методикам рассчитывались индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ, г/м²), фракция выброса ЛЖ (ФВ, %), давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). Статистика осуществлялась с помощью программ STATISTICA 5.5.

Результаты. Установлено, что у больных 1-й гр. имела место адекватная реакция гемодинамики на стресс-Эхо-КГ. При пороговой мощности ВЭМ 110 ± 12 Вт рост УИ составил 54%. Однако при стресс-Эхо-КГ отмечено увеличение ЛП (МРЛП $41,2 \pm 4,0$; $p>0,05$) и повышение его сократительной активности (ИСЛП $1,27 \pm 0,04$; $p<0,05$). При исследовании трансмитрального потока отмечено уменьшение Е/А (с 0,9 до 0,7), увеличение фракции изгнания ЛП (ФИЛП до $79,2 \pm 4,0$; $p<0,05$), давления в ЛА (СДЛА $23 \pm 5,3$ мм рт.ст.). Эти изменения отражали развитие I типа диастолической дисфункции ЛЖ и характеризовали перегрузку ЛП с компенсаторным увеличением его сократительной активности. У больных 2-й группы при пороговой мощности нагрузки 70 ± 5 Вт и приросте УИ на 17% отмечено увеличение размера ЛП, как в исходном состоянии (МРЛП $43,5 \pm 4,3$), так и в процессе нагрузки (МРЛП $52,0 \pm 4,2$; $p<0,05$), что однако не сопровождалось достоверным увеличением его сократительной активности и фракции изгнания (ИСЛП, ФИЛП; $p>0,05$). У всех больных 2-й гр. выявлены нарушения диастолической функции ЛЖ. Причем в исходном состоянии преобладали нерестриктивные типы (гипертрофический и псевдонормальный), а на высоте нагрузки отмечено нарастание рестриктивных тенденций и рост СДЛА ($36 \pm 4,8$; $p<0,05$). У больных 2-й группы чаще регистрировались приступы ПФМА ($7,5 \pm 2,3$ в год) в сравнении с 1-й группой ($2,4 \pm 1,2$ в год; $p<0,05$).

Таким образом, у больных ПФМА с сохраненным систолическим и диастолическим резервом, высокой толерантностью к ФН (более 100 Вт) имеет место адаптивное структурно-функциональное ремоделирование сердца; у 40% больных ПФМА снижение ТФН (менее 75 Вт) обусловлено развитием систоло-диастолической дисфункции, что приводит к гемодинамической перегрузке левого предсердия и малого круга кровообращения.

0612 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Пилисова О.В., Параваева В.П., Стаценко М.Е.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоград, Россия

Цель: изучить особенности вариабельности сердечного ритма у больных артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы: Обследовано 42 пациента (34 мужчины и 7 женщин) с ХОБЛ II и III стадии (по классификации GOLD 2004 года) и АГ I и II степени тяжести (ВНОК 2004 года, по уровню АД в возрасте от 45 до 65 лет), которые составили I группу пациентов (средний возраст $56,8 \pm 8,5$ лет, средняя длительность АГ $10,9 \pm 3,5$ лет). Во II группу вошли 40 пациентов (29 мужчин и 11 женщин) с АГ I и II степенью тяжести (средний возраст $56,2 \pm 6,8$ лет, длитель-

ность течения АГ $10,6 \pm 3,8$ лет). I и II группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, длительности и тяжести течения АГ. За 5–7 дней до исследования, пациенты прекращали плановую гипотензивную терапию, после чего проводили регистрацию кардиоинтервалов (в течение 5 мин), аппаратом ВАРИКАРД (Россия).

Результаты: Не выявлено достоверных различий в величине стандартного отклонения NN интервалов (SDNN), но в обеих группах пациентов средние значения SDNN были менее 50 мс ($31,5 \pm 9,02$ и $35,9 \pm 8,3$ в I и II группах соответственно).

Установлено снижение значения RMSSD и в I и во II группах ($22,1 \pm 4,1$ и $27,7 \pm 5,1$ соответственно).

Индекс напряжения (ИН) у больных АГ в сочетании с ХОБЛ достоверно превышает ИН во II группе ($145,1 \pm 23,5$ и $51,4 \pm 9,4$ соответственно).

Установлено, что мощность высокочастотной составляющей спектра (HF) в I группе существенно снижена — $296,5 \pm 22,3$ VS $551,1 \pm 31,1$ во II группе, $p < 0,01$. Статистических различий в показателях мощности низкочастотной составляющей спектра (LF) и ультранизкочастотной составляющей спектра (VLF) не выявлено, но в обеих группах значения LF ($886,2 \pm 32,6$ VS $934,8 \pm 56,2$) и VLF ($1014,3 \pm 150,3$ VS $1113,9 \pm 66,2$ в I и II группах соответственно) превышают нормативы вариабельности сердечного ритма. Отношение LF/HF в I группе достоверно выше показателя во II группе ($4,5 \pm 0,7$ VS $2,1 \pm 0,5$).

Выводы: Тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы повышен в обеих группах, но более значительно в I группе. У больных АГ и ХОБЛ значительно снижена активность парасимпатического звена вегетативной регуляции, что может быть связано с повышенной частотой дыхания (ЧД) и изменением ритма дыхательных движений. У пациентов I группы более выражена активность подкоркового симпатического нервного центра.

0613 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пименов Л.Т., Дударев М.В. Ежов А.В., Васильев М.Ю., Килин Д.А., Одинцова Н.Ф.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель: оценить особенности кардиоренального синдрома у больных с постинфарктным кардиосклерозом и низкой фракцией выброса (ФВ).

Методы. Обследовано 26 пациентов в возрасте от 55 до 77 лет (в среднем — $64,35 \pm 1,41$ лет), из них мужчин было 20 человек ($76,9 \pm 8,4\%$), женщин — 6 ($23,1 \pm 8,4\%$). Все пациенты перенесли инфаркт миокарда не ранее, чем за 1 год до включения в исследование и имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Всем проводили общеклиническое исследование, определяли функциональный класс (ФК) ХСН (NYHA), содержание в сыворотке эритроцитов, гемоглобина, глюкозы, креатинина, общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), калия, натрия, трансаминаз, рассчитывали ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Cockcroft-Gault. Эхокардиографию проводили на сканере «Aloka-4000» (Япония) с оценкой фракции выброса (ФВ) по Simpson и по Teinholz.

Статистический анализ результатов вели с помощью пакета программ Excel, рассчитывали коэффициент достоверности Стьюдента (t), коэффициент корреляции Пирсона (r) для простых вариационных рядов, все результаты представлены в виде $M \pm m$.

Результаты. У обследованных больных установлено повышение уровня ОХС до $5,33 \pm 0,27$ ммоль/л и ХСЛПВП до $3,32 \pm 0,21$ ммоль/л. Установлены: средней силы связь между уровнем ТГ и индексом массы тела ($r = 0,54$, $p < 0,01$), сильная прямая связь между возрастом и ФК ХСН ($p = 0,73$, $p < 0,01$), средней силы обратная связь между ФК ХСН и ФВ по Simpson ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Средние значения ФВ, рассчитанные по Simpson и по Teinholz, составили $29,86 \pm 1,37$ и $41,72 \pm 1,48$ соответственно ($p < 0,01$).

Повышение креатинина в сыворотке крови (критерии JNC VII, 2003) выявлено у 2 пациентов ($7,7 \pm 5,3\%$), снижение СКФ, рассчитанной по формуле Cockcroft-Gault — у 100 % обследованных. У $19,2 \pm 7,9\%$ больных снижение СКФ соответствовало II стадии хронической болезни почек (ХБП), $69,2 \pm 9,2\%$ — III стадии, $11,6 \pm 6,4\%$ — IV стадии ХБП. Выявлены следующие корреляции: между ФК и креатининемией — средней силы прямая ($r = 0,56$, $p < 0,01$), СКФ и гемоглобином — средней силы обратная ($r = -0,43$, $p < 0,05$), креатининемией и ФВ по Simpson — средней силы обратная ($r = -0,48$, $p < 0,05$).

Выводы. Оценка ФВ, рассчитанной по Teinholz, при проведении эхокардиографии приводит к существенной недооценке систолической функции левого желудочка. Выявлена тесная связь между тяжестью сердечной недостаточности и прогрессированием ХБП, составляющая основу кардиоренального синдрома. Оценка фильтрационной функции почек по формуле Cockcroft-Gault свидетельствует о более частых ее нарушениях, в сравнении с результатами определения креатинина в сыворотке крови.

0614 ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Пинигина И.А., Махарова Н.В., Захарова А.А., Халыев С.Д.
ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я), Якутск, Россия

В основе деления на типы гемодинамики лежит один из основных показателей в характеристике кровообращения — сердечный индекс (СИ), который представляет собой отношение минутного объема крови к единице поверхности тела.

Цель: Изучить распределение типов кровообращения среди спортсменов высшего мастерства.

Методы: В исследование включено 45 спортсменов (скоростно-силовые виды спорта) высшего спортивного мастерства якутской национальности в возрасте 17 — 28 лет, спортивный стаж 7–18 лет. Для поставленной цели проведено: расчет площади поверхности тела по Jssakson B.A. (1958) и эхокардиографическое исследование по стандартному протоколу на аппарате HDI-3000 (ATL, США). Сердечный индекс (СИ) определялся как отношение МОК к площади поверхности тела. Разделение обследованных спортсменов в зависимости от типа кровообращения проводился по Р.Г.Оганову и соавт. (1984). К группе с эукинетическим типом отнесены спортсмены с диапазоном колебаний СИ от 2,75 до 3,5 л/(мин • м²). Соответственно ниже 2,75 по СИ были спортсмены с гипокинетическим типом, выше 3,5 с гиперкинетическим типом кровообращения.

Результаты: Распределение спортсменов по типам кровообращения выявило наибольший процент с эукинетическим типом ($40,5\%$), наименьший — с гиперкинетическим ($21,6\%$), гипокинетический тип кровообращения составил $37,8\%$.

Выводы: Среди обследованных спортсменов якутской национальности со скоростно-силовой направленностью тренировочного процесса встречаются все типы кровообращения с различной частотой. Гипокинетический тип кровообращения как наиболее экономичный тип регуляции системы кровообращения встречается у одной трети обследованных. Тип кровообращения является генетически детерминированным и требует продолжения исследований.

0615 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕАТИНФОСФАТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Пирназаров М.М., Никишин А.Г.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить переносимость и эффективность препарата креатинфосфат (Неотон фирмы «Alfa Wasserman») в сравнении плацебо у больных в острой стадии инфаркта миокарда. Было отобрано 20 больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q в группу (1) неотона и 12 больных острым инфарктом миокарда составили группу плацебо (2). Средний возраст больных составил $59,3 \pm 4,5$ года. 60% и 54% больных со-

ответственно 1 и 2 группы имели признаки сердечной недостаточности (II-III класса по Киллипу). Все больные получали стандартную терапию: нитраты, бета-адреноблокаторы, аспирин, гепарин, ингибиторы АПФ, поляризующую смесь. Другие препараты «метаболического» действия не назначались. Схема назначения препарата Неотон: внутривенное введение в дозе 3 г (1 г в/в болюсно + 2 г капельно) в первые 24 часа, затем по 2 грамма в сутки внутривенно капельно 5 суток.

Методы исследования: всем больным проведено ЭКГ, ЭхоКС в динамике, клиническое обследование, особое внимание уделено наличию одышки и аритмии до и после лечения. Кроме того, проводился забор крови для анализа на АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин, липидный спектр, а также на показатели общего анализа крови и мочи.

Результаты исследования. По влиянию на величины исследуемых параметров группы между собой значимо не различались. Обращает на себя внимание тенденция к увеличению параметров фермента АЛТ с $29,5 \pm 10,3$ до $65,4 \pm 31,8$ U/l в группе неотона против $26,8 \pm 4,26$ и $37,4 \pm 15,96$ U/l в контроле ($p < 0,05$). По показателю АСТ динамика сходная: с $29,2 \pm 15,3$ до $43,3 \pm 16,9$ U/l в группе неотона и с $27,22 \pm 7,24$ до $28,3 \pm 11,7$ в контроле. Остальные параметры до и после лечения существенно не отличались.

ЭКГ и Эхо-КГ — динамика в обеих группах также значимо не различались. Субъективная переносимость и эффективность препарата оценивалась по 3-х бальной шкале. В обеих группах переносимость лечения была сходной (среднее значение 2,9 для обеих групп). Клинически по сравнению с 2 группой в конце лечения у незначительно меньшего количества больных 1 группы оставалась одышка и аритмия. За время применения побочных реакций на фоне введения неотона не выявлено.

Заключение: Отмечается нестойкая тенденция к улучшению клинического течения болезни при применении неотона по сравнению с контролем. Однако, терапия неотоном сопровождалась увеличением активности АЛТ и АСТ, происхождение которого осталось невыясненным.

0616 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ КАПТОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Писарев В.В., Зверков Ю.Б., Смирнова Л.Б., Белолипецкая В.Г., Бамбышева Е.И., Колтунов И.Е.

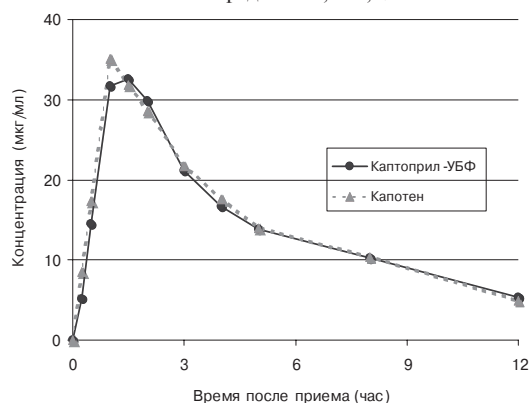
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов каптоприла — таблеток Каптоприл-УБФ (ОАО «Уралбиофарм», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками Капотен («Бристол-Майерс Сквипб», Австралия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации каптоприла определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием. На рисунке представлены средние фармакокинетические профили каптоприла в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 25 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили каптоприла практически совпадают.

Значения фармакокинетических параметров каптоприла, полученные при изучении Каптоприла-УБФ и Капотена хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация каптоприла в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Каптоприла-УБФ в среднем через $1,28 \pm 0,39$ ч, а Капотена — через $1,31 \pm 0,42$ ч и составила $38,9 \pm 6,9$ нг/мл и $43,0 \pm 11,8$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-

препарата также имели близкие значения ($172,7 \pm 29,1$ нг*ч/мл и $176,1 \pm 37,1$ нг*ч/мл соответственно) и достоверно не отличались. Степень относительной биологической доступности каптоприла при приеме таблеток Каптоприл-УБФ по отношению к таблеткам Капотен составила в среднем $99,0 \pm 6,1\%$.



0617 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЛИЗИНОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

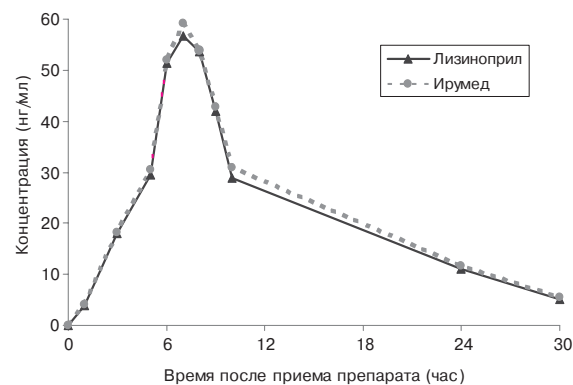
Писарев В.В., Зверков Ю.Б., Смирнова Л.Б., Белолипецкая В.Г., Бамбышева Е.И., Колтунов И.Е.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов лизиноприла — таблеток Лизиноприл (ЗАО «Северная Звезда», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками Ирумед («Белупо», Хорватия).

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

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили лизиноприла в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 20 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили лизиноприла практически совпадают во всех временных точках.



Значения фармакокинетических параметров лизиноприла, полученные при изучении Лизиноприла и Ирумед хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация лизиноприла в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при

приеме Лизиноприла в среднем через $7,22 \pm 0,88$ ч, а Ирумед — через $7,13 \pm 0,79$ ч и составила $59,87 \pm 22,28$ нг/мл и $61,45 \pm 25,34$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: $633,1 \pm 249,5$ нг*ч/мл и $662,4 \pm 278,6$ нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f таблеток Лизиноприл по отношению к таблеткам Ирумед составила в среднем $98,4 \pm 20,4\%$ (С.И.: $88,7-104,9\%$).

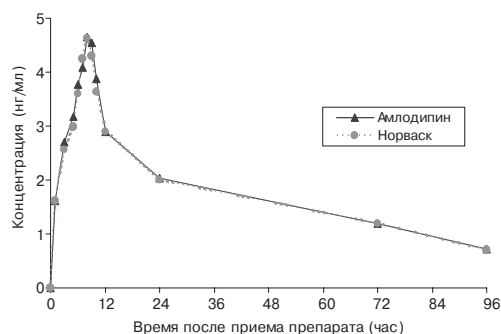
0618 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Зверков Ю.Б., Белолипецкий Н.А., Жезлова А.В., Колтунов И.Е., Марцевич С.Ю.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава»; НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов амлодипина — таблеток Амлодипин (ЗАО «ЗиО Здоровье», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом — таблетками Норваск («Pfizer», Бельгия).

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



На рисунке представлены средние фармакокинетические профили амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 10 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили амлодипина практически совпадают во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров амлодипина, полученные при изучении Амлодипина и Норваска хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Амлодипина в среднем через $8,00 \pm 0,97$ ч, а Норваска — через $7,94 \pm 0,73$ ч и составила $5,01 \pm 0,79$ нг/мл и $5,00 \pm 1,04$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: $168,4 \pm 33,0$ нг*ч/мл и $166,2 \pm 40,7$ нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f амлодипина при приеме таблеток Амлодипин по отношению к таблеткам Норваск составила в среднем $103,6 \pm 25,2\%$ (С.И.: $92,4-112,5\%$).

0619 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВАЗОДИЛАТАЦИОННОЙ И ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИКОРАНДИЛА

Писаренко О.И., Серебрякова Л.И., Циктишвили О.В., Нестеренко Д.А., Еременко Л.Т., Королев А.М., Косилко В.П., Гаранин А., Чазов Е.И.

ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва, ИПХФ РАН, Черноголовка, Московская область, Россия

Цель: Изучить влияние никорандила (SG75), полученного по оригинальной технологии, на артериальное давление (АД), частоту сокращений сердца (ЧСС) и нарушения ритма во время региональной ишемии и реперфузии сердца у крыс in vivo и его способность ограничивать острый инфаркт миокарда.

Методы: SG75 (N-(2-нитроксиэтил) никотинамид) получали нитрованием никотинамидоэтанола, источником которого был выпускаемый промышленностью этилникотинат. Новая организация крупного лабораторного технопроцесса получения SG75 позволила обеспечить безопасность производства и существенно снизить расходы на исходное сырье. Инфаркт миокарда моделировали 40-мин окклюзией ветви передней нисходящей коронарной артерии (ПНА) и последующей 60-мин реперфузией у крыс Wistar, наркотизированных кетаминном (100 мг/кг веса в/б). SG75 ($3,2$ мкмоль/кг веса) вводили в/в болюсно перед окклюзией ПНА. Препаратом сравнения служил нитроглицерин (NG) (Перлингит, Schwarz Pharma), который вводили в той же дозе. В контроле перед началом региональной ишемии в/в вводили равный объем физиологического раствора. Площади инфаркта миокарда (ИМ) и зоны риска (ЗР) определяли методом компьютерной планиметрии после окрашивания срезов левого желудочка (ЛЖ) 2,3,5-трифенилтетразолий хлоридом.

Результаты: В контроле введение физиологического раствора не приводило к изменению среднего АД и ЧСС при последующей региональной ишемии и реперфузии. В отличие от NG введение SG75 не вызывало кратковременного, продолжительностью менее 10 сек, уменьшения ЧСС. В течение первой минуты после введения SG75 или NG происходило быстрое снижение АД до 55 ± 3 и $65 \pm 3\%$ от исходного уровня, соотв. Во время окклюзии ПНА в группе SG75 среднее АД восстанавливалось до $71 \pm 3\%$, а в группе NG — до $85 \pm 4\%$ от исходного. К концу реперфузии этот показатель составлял 82 ± 3 и $92 \pm 5\%$ от исходного в группах SG75 и NG, соотв. Таким образом, SG75 вызывал более глубокое и продолжительное снижение среднего АД по сравнению с NG во время региональной ишемии и реперфузии. В контроле с 8 по 20 мин ишемии происходили нарушения ритма продолжительностью 445 ± 30 сек. Введение обоих препаратов отдалало возникновение нарушений ритма к 10 мин ишемии, но не влияло на их продолжительность (470 ± 40 и 520 ± 50 сек для NG и SG75, соотв.) Гистохимический анализ срезов в конце реперфузии показал, что отношение ЗР/ЛЖ во всех группах составляло в среднем $32,4 \pm 4,0\%$. Однако, отношение ИМ/ЗР после введения NG и SG75 достоверно снижалось до 22 ± 4 и $32 \pm 3\%$, соотв., по сравнению с $47 \pm 3\%$ в контроле.

Выводы: Вазодилаторные свойства SG75, сочетающиеся с уменьшением гибели постишемических кардиомиоцитов в зоне риска, сравнимы с эффектами NG при использовании данной модели ишемического и реперфузионного повреждения сердца. Это указывает на перспективность использования никорандила, полученного с помощью оригинальной современной технологии, для фармакотерапии ишемической болезни сердца.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 05-04-48524.

0620 ЗАЩИТНОЕ ДЕЙСТВИЕ 2,3-БУТАДИОНМОНОКСИМА ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ СЕРДЦА КРЫСЫ

Писаренко О.И., Шульженко В.С., Студнева И.М.

ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва, Россия

Цель: Проверить гипотезу о том, что пре- и посткондиционирование обратимым ингибитором АТФазы миозина 2,3-бутандионмоноксимом (БДМ) способно защитить миокард от ишемического и перфузионного повреждения.

Методы: Использовали изолированные сердца крыс Wistar, перфузируемые по Neely раствором Кребса (РК) с 11 mM глюкозы, насыщенным карбогеном. После стабилизации функции сердца подвергали 5-мин гипоперфузии (скорость коронарного

потока 4 мл/мин) и 35-мин тотальной ишемии при 370C, затем повторно 5-мин гипоперфузии (4 мл/мин) и 25-мин реперфузии по Neely. Гипоперфузию проводили РК (контроль) и 2,5 мМ БДМ в РК до (БДМ-пре) или после тотальной ишемии (БДМ-пост). Оценивали влияние БДМ на восстановление функции сердца, активность лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в оттекающем от сердца перфузате и энергическое состояние миокарда после реперфузии.

Результаты: К окончанию реперфузии ударный и минутный объёмы восстанавливались в контроле до 36+3% и 35+3% от исходных значений, соотв. В группе БДМ-пре восстановление этих показателей увеличилось до 96+9% и 89+8%, а в группе БДМ-пост — до 65+4% и 72+2% от исходных значений, соотв. ($p < 0,05$ по сравнению с контролем). Улучшение восстановления насосной функции под действием БДМ сочеталось с достоверно меньшим возрастанием диастолического давления в левом желудочке, составившим к окончанию реперфузии 96+9% и 131+13% от исходного значения в группе БДМ-пре и БДМ-пост, соотв., против 309+31% в контроле. В течение первых 5 мин реперфузии активность ЛДГ в миокардиальном оттоке была снижена до 3,15+0,32 и 3,57+0,50 МЕ/г сух. ткани в группе БДМ-пре и БДМ-пост, соотв., по сравнению с 6,65+0,82 МЕ/г сух. ткани в контроле ($p < 0,02$). После реперфузии в сердцах группы БДМ-пре восстановление АТФ и фосфокреатина было, соотв., на 23 и 33% выше, чем в контроле ($p < 0,05$), тенденция к более высокому содержанию макроэргических фосфатов была обнаружена в сердцах группы БДМ-пост по сравнению с контролем. Уровень лактата в сердцах группы БДМ-пре и БДМ-пост в конце реперфузии был достоверно ниже, чем в контроле. Фонд общего креатина — внутриклеточного маркера повреждения мембран — был выше в обеих группах сердец, защищенных БДМ, и составлял в среднем 61,5+2,5 по сравнению с 54,3+2,0 мкмоль/г сух. ткани в контроле ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, прекардионирование БДМ эффективнее восстанавливает насосную функцию и обеспечивает расслабление ишемизированного сердца. Это сопровождается улучшением восстановления аэробного обмена и меньшими повреждениями мембран кардиомиоцитов.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 05-04-48524.

0621 ВЛИЯНИЕ ТЕТРАНИТРОЗИЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ЖЕЛЕЗА НА АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ

Писаренко О.И., Шульженко В.С., Санина Н.А., Руднева Т.Н., Алдошин С.М., Чазов Е.И.

ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва; ИПХФ РАН, Черноголовка, Московская область, Россия

Цель: Изучить действие тетранитрозильного комплекса железа состава $\{(CH_3)_4N\}_2[Fe(S_2O_3)_2(NO)_4]$ (ТСКМ), продуцирующего оксид азота (NO), на функцию коронарных сосудов изолированного сердца крысы.

Методы: NO-донорную активность ТСКМ определяли с помощью сенсорного электрода «amiNO-700». Масс-спектры водных растворов ТСКМ получены на времяпролетном масс-спектрометре высокого разрешения с ортогональным вводом ионов с использованием электроспрейного источника ионов без принудительной подачи раствора. Вазодилаторные свойства ТСКМ изучены на изолированных сердцах крыс линии Wistar в условиях ретроградной перфузии раствором Кребса с 11 мМ глюкозы, насыщенным карбогеном, при постоянном аортальном давлении (АД) 60+1 мм рт.ст. и коронарном потоке 12+1 мл/мин. Водный раствор ТСКМ вводили в аортальную канюлю болюсно. Препаратом сравнения служил нитропруссид натрия (НП). Изменения АД регистрировали в течение 30 мин после введения веществ.

Результаты: Показано, что гидролиз водных растворов ТСКМ приводит к образованию NO и неустойчивых нитрозильных интермедиатов $[Fe(S_2O_3)(NO)_2]^-$, $[Fe(S_2O_3)(NO)]^-$ и $[Fe(S_2O_3)]^-$. Введение раствора ТСКМ в препарат изолированного перфузируемого сердца через 15 сек вызывало дозо-зависимое снижение АД в диапазоне концентраций от 0,01 до 1 мкМ (до минимального значения, составляющего 60% от исходного).

Длительность восстановления АД монотонно возрастала с увеличением концентрации ТСКМ от 4 до 30 мин. После введения 10–100 мМ раствора НП АД уменьшалось через 15 сек в среднем на 10–15 % от исходного независимо от концентрации. Также как и в случае ТСКМ, длительность полного восстановления АД увеличивалась от 3 до 15 мин при возрастании концентрации НП. Таким образом, при использовании ТСКМ расслабление коронарных сосудов, достигалось эффективными концентрациями почти на 2 порядка меньшими, чем в случае НП. С учетом коронарного потока они варьировали от 9 до 900 нМ (против 0,7 — 7 мкМ у НП).

Выводы: Результаты свидетельствуют о том, что новый донор NO — ТСКМ обладает мощным вазодилаторным действием. Это предполагает возможность создания оригинальных антигипертензивных лекарственных средств на основе этого класса соединений.

Работа выполнена при поддержке грантов РФФИ 06-03-32381 и 05-04-48524.

0622 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ХРОНИЧЕСКОГО РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Плеханова О.В., Калев О.Ф., Аклев А.В.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава» Уральский научно-практический центр радиационной медицины, Челябинск, Россия

Цель: Изучить распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в популяции мужчин и женщин в зависимости от уровня ионизирующей радиации и факторов риска.

Методы: Объектом исследования явилось население, проживающее в пойме реки Теча Челябинской области, загрязненной радионуклеидами. Критериями включения было наличие дозовых значений ионизирующего излучения на красный костный мозг (ККМ) в зивертах (Зв.) по данным регистра Уральского научно-практического центра радиационной медицины. Всего обследовано 754 человека (349 мужчин и 405 женщин). Все обследованные по показателям суммарного облучения $\geq 0,05$ Зв. (с учетом нормы 0,001 Зв. в год за 50 лет с момента радиационного загрязнения территории) были отнесены к группе «облученных» (617 человек: 292 мужчин (ср. возраст 57,2±0,5 лет) и 325 женщин (ср. возраст 57,3±0,5 лет)). Обследуемые, с дозой облучения $< 0,05$ Зв., составили группу «необлученных» (137 человек: 57 мужчин (ср. возраст 59,4±1,1 лет) и 80 женщин (ср. возраст 57,9±0,9 лет)). Диагноз ИБС устанавливался по стандартным опросникам на стенокардию и инфаркт миокарда и критериям ЭКГ. Риск ИБС определялся по шкале SCORE с учетом пола, возраста, курения, систолического артериального давления, уровня холестерина.

Результаты: ИБС выявлена у 113 человек (14,9%), в том числе у 66 (18,9%) мужчин и 47 (11,6%) женщин ($p < 0,05$). Среди «облученных» распространенность ИБС составила 18% у мужчин и 10% у женщин ($p < 0,05$). Средние дозы на ККМ в группе «облученных» с ИБС составили 0,754928707±0,05 Зв. на мужчин и 0,789235656±0,05 Зв. на женщин; среди «облученных» без ИБС 0,786694091 ± 0,02 Зв. и 0,796735106±0,02 Зв. на мужчин и женщин соответственно. В популяции «необлученных» ИБС была у 23% мужчин и 16% женщин ($p < 0,05$). Средние дозы на ККМ в этой группе у пациентов с ИБС составили 0,016721515±0,003 Зв. (мужчины) и 0,018138332±0,003 Зв. (женщины); среди «необлученных» без ИБС 0,0159646±0,002 Зв. и 0,016901816±0,001 Зв. соответственно. По возрасту группы «облученных» и «необлученных» не различались ($p > 0,05$). В группе «облученных» мужчин с ИБС 10-летний риск по SCORE составил 11,1±8%, среди «необлученных» 13,4±8,3%, в группах женщин с ИБС: 4±2,4% и 4,3±4,3% соответственно. Полученные данные свидетельствуют о том, что у мужчин, как с повышенным, так и с допустимым уровнем радиационного облучения, распространенность ИБС достоверно выше, чем у женщин. Различия в частоте ИБС среди «облученных» и «необлученных» мужчин и женщин статистически недостоверны. Риск по шкале SCORE у мужчин достоверно выше, чем у женщин.

Выводы: Интегральный вклад модифицируемых факторов риска в развитие ИБС значительно выше, чем вклад радиации. Вопрос о роли отдельных факторов риска в сочетании с радиацией требует дальнейшего изучения на основе проспективных наблюдений.

0623 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ СТРЕССА С ПОМОЩЬЮ «ШКОЛЫ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ» (пилотное исследование)

Погосова Н.В., Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д., Раздобрева И.И.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздора», Москва, Россия

Цель: исследование направлено на разработку и апробацию подходов к выявлению и компенсации стресса и его последствий у работающего населения с применением методов психологической коррекции.

Методы: Для диагностики уровня стресса и психического здоровья использовались опросники: Perceived Stress — PS, СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), качества жизни. Была обследована случайная когорта лиц (196 семей). Из числа лиц с признаками повышенного уровня стресса и психологической дезадаптации были сформированы группа вмешательства (40 семей) и группа контроля (50 семей). В группе вмешательства проводилось групповое психотерапевтическое вмешательство «Школа управления стрессом». Методика содержит элементы образовательных технологий, направленных на повышение мотивации к соблюдению принципов здорового образа жизни и поддержания психического здоровья. В рамках методики предусмотрено обучение участников релаксационным техникам.

Результаты. В 2006 году было проскринировано 196 семей в возрасте 25–74 лет (67 мужчин и 129 женщин). АГ (АД>140/90) была выявлена у 62,8% лиц. Лечились последние 2 недели от АГ 35,8% мужчин и 54,3% женщин, при этом эффективно лечились менее половины лиц. Повышенный уровень стресса (> 21 баллов по опроснику PS) выявлен 34% обследованных. Признаки тревоги (6–10 баллов по подшкале тревоги HADS) выявлены у 34,5% лиц, признаки депрессии (6–10 баллов по подшкале депрессии HADS) — у 22,5% лиц. Клинически значимая тревога (>11 баллов) присутствовала у 7,5% лиц, а клинически значимая депрессия — у 5,7% лиц. Признаки психологической дезадаптации по данным теста СМОЛ имели место у 55% лиц. У лиц с высоким уровнем стресса по опроснику PS (>21 баллов) и клинически значимыми тревогой и депрессией по шкале HADS (>11 баллов по каждой из подшкал) проводилась «Школа управления стрессом» — 4 занятия по 1,5 часа 1 раз в неделю. Хотя группа вмешательства (ГВ) была соматически и психологически несколько тяжелее, чем группа контроля (ГК) к концу месяца наблюдения в этой группе отмечена значимая положительная динамика. Так, САД в ГВ снизилось на $3,4 \pm 2,7$ мм рт.ст., а в ГК повысилось на $4,0 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($p < 0,03$). ДАД — снизилось на $0,2 \pm 1,5$ мм рт.ст. в ГВ и повысилось в ГК на $4,6 \pm 1,0$ мм рт.ст. ($p < 0,0001$). Уровень тревоги в ГВ уменьшился на $3,8 \pm 0,7$ балла, а в ГК повысился на $1,5 \pm 0,5$ балла ($p < 0,0001$). Выраженность депрессивных симптомов в ГВ уменьшилась на $2,9 \pm 0,7$ балла, а в ГК повысилась на $1,4 \pm 0,5$ балла ($p < 0,0001$). В рамках пилотного исследования показана эффективность «Школы управления стрессом» как в отношении психологического статуса лиц с повышенным уровнем стресса, так и некоторых соматических показателей.

0624 РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ НА ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАДИОНУКЛИДАМИ ТЕРРИТОРИЯХ

Подпалов В.П.¹, Деев А.Д.², Счастливенко А.И.¹

¹Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь; ²ГНИЦ профилактической медицины Росздора, Москва, Россия

Целью работы было изучить пятилетнее развитие артериальной гипертензии у населения с нормальным уровнем артериального давления, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях (ЗРТ).

При первом скрининге было обследовано 519 человек, что составило генеральную выборку в проспективном пятилетнем наблюдении. Участники обследования были разделены на две репрезентативные группы: первая в количестве 341 лиц проживала на ЗРТ с плотностью по ¹³⁷Cs более 15 Ки/км², вторая в количестве 178 человек в контрольном районе Витебской области. Для изучения развития артериальной гипертензии по данным первого скрининга отобрана когорта в количестве 220 человек с нормальным уровнем артериального давления, из которых через пять лет при втором скрининге было обследовано 200 лиц (отклик 92,2%). Программа обследования включала: стандартные вопросники ВОЗ для выявления факторов риска, электрокардиографию, измерения артериального давления и порога вкусовой чувствительности к поваренной соли, данные липидного скрининга и психологического тестирования.

Изучаемые группы в проспективном и когортном исследованиях были репрезентативны по полу и возрасту. Более высокая распространенность артериальной гипертензии была выявлена у лиц, проживающих на ЗРТ (64,2%; $p < 0,001$), чем в контрольном районе (44,9%). Через пять лет частота встречаемости артериальной гипертензии постепенно увеличивалась и сохранялась на более высоком уровне в популяции, проживающей на ЗРТ (76,4%, $p < 0,001$), чем в контрольном районе (60,7%). Согласно когортному исследованию, частота встречаемости новых случаев артериальной гипертензии среди населения, проживающего на ЗРТ, составила 48,6%, что достоверно выше, чем 33,7% в контрольном районе ($df=1$; $\chi^2=4,5$; $p < 0,05$). Выявлено, что развитие артериальной гипертензии достоверно связано с возрастом ($p < 0,001$); наследственной отягощенностью по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям ($p < 0,001$); индексом массы тела ($p < 0,001$); злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$); частотой сердечных сокращений ($p < 0,001$); плотностью загрязнения территории проживания ¹³⁷Cs ($p < 0,05$); порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли ($p < 0,05$) и уровнем общего холестерина ($p < 0,05$). Кроме того, в результате квартильного распределения количественных переменных, развитие артериальной гипертензии было связано с частотой сердечных сокращений 69 уд/мин и выше ($df=3$; χ^2 Вальда=13,8; $p < 0,001$), порогом вкусовой чувствительности к поваренной соли равным и выше 0,5% раствора NaCl ($df=3$; χ^2 Вальда=10,9; $p < 0,001$), индексом массы тела 26,5 кг/м² и выше ($df=3$; χ^2 Вальда=6,8; $p < 0,01$), общим холестерином 6,1 ммоль/л и выше ($df=3$; χ^2 Вальда=4,3; $p < 0,05$).

Таким образом, обнаружено ускоренное развитие артериальной гипертензии и определены пороговые уровни факторов риска данного заболевания у населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях.

0625 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Подпалов В.П., Солодков А.П., Журова О.Н.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Дисфункция эндотелия (ДЭ) вовлечена в патогенез артериальной гипертензии (АГ), способствуя ее прогрессированию. С другой стороны АГ ассоциируется с ухудшением функции эндотелия, которая проявляется снижением эндотелий-зависимой вазодилатацией (ЭЗВД), продукцией NO эндотелиальными клетками и повышением числа циркулирующих эндотелиоцитов в плазме крови. Однако не все исследования получили похожие результаты и роль ДЭ в патогенезе АГ не совсем еще ясна.

Цель: Цель настоящего исследования была оценить функцию эндотелия у больных АГ I и II степени различными методами.

Материалы и метод: Обследовано 70 пациентов с АГ I и II степени мужского пола в возрасте от 30 до 60 лет. Из них 36 больных АГ I степени и 24 больных АГ II степени (средний возраст 47,6±9,8 лет). В контрольную группу вошли 23 практически здоровые мужчины (средний 44,5±10,3 возраст).

Эндотелий-зависимая вазодилатация оценивалась по изменению пульсового кровотока в сосудах предплечья, измеренная через 1 минуту после проведения пробы с реактивной гиперемией, методом веноокклюзионной плетизмографии. Синтез NO эндотелиальными клетками оценивался количественно по суммарному содержанию в плазме метаболитов NO (нитритов и нитратов) с помощью реакции Грисса. Подсчет циркулирующих эндотелиоцитов в плазме крови проводили по модифицированному методу J. Hladovec.

Результаты: У 43% больных АГ I степени и 65% больных АГ II степени было выявлено нарушение вазодилатирующей способности эндотелия. ЭЗВД в этих группах была соответственно у больных АГ I степени с ДЭ $9,6 \pm 6,7\%$ ($p < 0,01$) и АГ II степени с ДЭ $12,0 \pm 5,0\%$ ($p < 0,01$) в отличие от группы контроля, где этот показатель был — $29,8 \pm 9,6\%$. Число ЦЭК так же было достоверно повышено в группах АГ I степени с ДЭ $42,2 \pm 14,8$ кл/100мкл ($p < 0,05$) и АГ II степени с ДЭ $53,6 \pm 19,3$ кл/100мкл ($p < 0,01$) в отличие от контрольной группы $29,8 \pm 10,2$ кл/100мкл. Достоверных различий в содержании нитратов и нитритов в группах больных АГ I-II степени с ДЭ (соответственно $27,9 \pm 6,5$ мкМ; $30,2 \pm 1,6$ мкМ ($p > 0,05$)) и группой контроля $32,6 \pm 4,1$ мкМ выявлено не было.

Заключение: Не у всех больных АГ имеется нарушение ЭЗВД. У лиц с нарушением функции эндотелия выявлено повышение ЦЭК. Не выявлено различий в суммарном содержании нитратов и нитритов в крови больных АГ I и II степени и группой контроля.

0626 КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Бирюченко М.В.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Цель работы — изучить эффективность ивабрадина (препарат «Кораксан») по данным динамического наблюдения за клинико-электрофизиологическими показателями у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (ФК).

Материал и методы исследования: исследование — открытое, контролируемое, длительность наблюдения — 2 месяца. Больные ИБС II-III ФК методом случайной выборки рандомизированы на 2 группы. В 1 группе (20 человек) проводилась традиционная терапия (нитраты, аспирин) в сочетании с β -адреноблокатором (атенолол по 75 мг), во второй группе (18 человек) к традиционной терапии (нитраты, аспирин) пациенты дополнительно получали ивабрадин (препарат «Кораксан») по 7,5 мг. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, характеру поражения миокарда. Комплекс обследования включал холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию (Эхо-КГ), анализ дисперсии интервала Q-T (QTd) и скорректированного интервала Q-T (QTc).

Результаты и выводы: больные хорошо переносили проводимую терапию. Частоту сердечных сокращений (ЧСС) атенлол снизил у всех больных в среднем с $88 \pm 14,2$ до $62 \pm 3,6$ уд/мин, $p < 0,05$. На фоне терапии ивабрадином отмечено дозозависимое снижение ЧСС в покое на $24,4 \pm 5,6$ уд/мин. В обеих группах уменьшилось количество приступов стенокардии и потребность в короткодействующих нитратах. Во 2 группе на фоне приема кораксана отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от $0,68 \pm 0,3$ до $0,9 \pm 0,2$, уменьшение IVRT от 123 ± 12 до $84,6 \pm 8$ мс, при $p < 0,05$. Возросла фракция выброса (ФВ): до назначения препарата — $52,3 \pm 3,6\%$, после курсовой терапии — $57,2 \pm 2,1\%$, при $p < 0,05$. В 1 группе (с атенлолом) при повторной ЭхоКГ получена тенденция к снижению ФВ на 3,4% при отсутствии динамики со стороны показателей, характеризующих диастолическую функцию левого желудочка, соответственно до и на фоне терапии через 8 недель IVRT — $119,2 \pm 11,3$ до $117,6 \pm 10,9$ мс. При ХМ ЭКГ на фоне проводимой терапии во 2-ой и 1-ой группах среднее количество безболе-

вых эпизодов ишемии ($0,5 \pm 0,2$ и $0,6 \pm 0,1$), общая суточная продолжительность болевых и безболевых эпизодов ишемии ($16,2 \pm 0,8$ мин и $16,9 \pm 0,7$ мин) были сопоставимы, и достоверно ниже при сравнении с исходными показателями, соответственно $-1,6 \pm 0,2$ и $1,5 \pm 0,3$; $34,2 \pm 0,7$ мин и $33,6 \pm 0,65$ мин, при $p < 0,05$. Глубина снижения сегмента ST у больных 2 группы (на фоне приема кораксана) также не превышала подобные показатели в группе лиц, принимавших атенлол, соответственно — $1,5 \pm 0,2$ мм и $1,6 \pm 0,1$ мм). Величины ЧСС в начале болевых и безболевых эпизодов по группам статистически не различались. Достоверная разница была отмечена при анализе динамики QTd у больных 2 группы (с $56,3 \pm 2,4$ мс до $34,6 \pm 1,5$ мс, $p < 0,05$) при отсутствии таковой у больных 1 группы, соответственно до лечения $58,2 \pm 2,5$ мс и после лечения $56,6 \pm 1,5$ мс.

Таким образом, на фоне курсового лечения кораксаном (ивабрадин) отмечено достоверное снижение ЧСС при увеличении фракции выброса левого желудочка и улучшении диастолической функции сердца; уменьшение суточной продолжительности эпизодов ишемии сопровождалось улучшением показателей, характеризующих дисперсию временной реполяризации желудочков.

0627 ОПЫТ СИМУЛЬТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ И АЛПРОСТАДИЛА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Полонецкий Л.З., Латышев С.И., Ясинская С.Б.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: повышение эффективности и безопасности тромболитической терапии (ТЛТ) инфаркта миокарда (ИМ) в результате сокращения времени и увеличения частоты достижения реперфузии миокарда, снижения количества и тяжести реперфузионных нарушений ритма.

Материал и методы. В исследование включены 64 больных крупноочаговым ИМ с давностью заболевания до 6 часов. Больные основной группы (ОГ) получали ТЛТ стрептокиназой (1500000 МЕ в течение 30 мин) в сочетании с внутривенным введением в течение 20-30 мин 40 мкг алпростадила, в контрольной группе (КГ) — только стрептокиназу. При обследовании проводился суточный мониторинг (СМ) ЭКГ (КТ-4000, «Инкарт», Санкт-Петербург) с автоматическим анализом желудочковых нарушений ритма с оценкой по классификации Lowp.

Результаты исследования. При сопоставлении результатов ТЛТ больных ОИМ выявлено, что в ОГ средний показатель времени «боль-игла» был на 53,1 мин меньше, чем в контрольной ($p < 0,05$). Продолжительность ТЛТ в контрольной группе (КГ) была недостоверно больше, чем в ОГ (в среднем на 10 мин). Средние значения максимального исходного уровня сегмента ST в ОГ и КГ оказались сопоставимы — $418,3 \pm 37,5$ и $405,2 \pm 37,8$ мкВ соответственно, при этом средние «пороговые» значения уровня сегмента ST, при котором реперфузия считалась достигнутой, между группами также достоверно не отличались. Время, прошедшее от начала ТЛТ до появления признаков реперфузии в виде смещения ST на 50,0% и более от исходного уровня, отличалось с высокой степенью достоверности: 43,3 мин в ОГ против 211 мин в КГ ($p < 0,001$). По данным СМ ЭКГ, в КГ реперфузия миокарда была выявлена в 69,8% случаев. В ОГ отмечены признаки эффективной реперфузии в течение 90 мин от начала ТЛТ у 18 человек, или у 85,7% больных. Анализ реперфузионных аритмий выявил в ОГ недостоверно меньшее, чем в КГ, количество частых и «ранних» желудочковых экстрасистол: в среднем $111,7 \pm 19,9$ в ОГ против $180,7 \pm 29,5$ в КГ. Количество эпизодов парной и групповой ЖЭ и ЖТ в ОГ также было недостоверно меньше, чем в КГ. Анализ реперфузионных нарушений ритма показал, что количество желудочковых аритмий III и IV класса по Lowp было достоверно больше ($p < 0,001$) у больных КГ. Нарушения II-V классов преобладали в КГ (81,4% против 42,9% в ОГ). Желудочковые нарушения ритма, в том числе «высоких градий», в ОГ встречались в среднем в течение $92,5 \pm 1,3$ мин после ТЛТ, при этом у 12 человек (57,1%) — во время ТЛТ, и у 9 человек (42,9%) — в течение не более чем 6 часов после ТЛТ. В контрольной группе у большей части пациентов ЖЭ и ЖТ отмечались

позже 6 часов от начала ТЛТ (65,1%), а у 34,9% ЖЭ и ЖТ наблюдалась при ТЛТ и в течение 6 часов после нее.

Выводы. Комбинированная тромболитическая терапия с использованием стрептокиназы и алпростадилла позволяет значительно (с 211 мин до 43 мин) сократить время достижения реперфузии и увеличить частоту эффективной реперфузии миокарда с 69,8% до 85,7%.

При проведении симультанного тромболитизиса (стрептокиназа + алпростадил) сокращается количество и тяжесть реперфузионных нарушений ритма с 81,4% в КГ до 42,9% у больных основной группы.

0628 ДИАГНОСТИКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОЙ ИМПЕДАНСНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ

Полонецкий О.Л.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования. Оценить возможности неинвазивной оценки состояния вазомоторной функции сосудистого эндотелия с помощью компьютерной импедансметрии плеча.

Материал и методы. В исследование включено 232 человека, в том числе 55 здоровых добровольцев (I гр.), 53 человека с 2-3 факторами риска ИБС, без клинических проявлений коронарного атеросклероза (II гр.), 61 пациент с малоизмененными (стенозирование $\leq 50\%$) КА и 63 пациента с множественным стенозированием ($\geq 75\%$) КА (III и IV гр. соответственно). Компьютерная РВГ плеча проводилась с использованием аппаратно-программного комплекса «Импекард» и программного продукта «Браслет». Сканирование плечевой артерии (ПА) осуществлялось с помощью УЗ станции ATL HDI 5000 Sono CT и линейного датчика с частотой 10 МГц. Проводилось рентген-ангиографическое исследование КА, в том числе с внутрикоронарным введением ацетилхолина (ACh).

Результаты. При сравнении показателей ВФ эндотелия, полученных при РВГ плеча у здоровых ($26,3 \pm 2,0\%$) и у пациентов II гр. ($-2,6 \pm 2,5\%$) выявилось высокодостоверное ($p < 0,0001$) различие между ними. Средние значения ВФ эндотелия ПА по результатам УЗ исследования в I и II гр. также достоверно различались ($p < 0,001$). Чувствительность 0,79 и 0,72 для импедансной технологии и УЗИ свидетельствует о высокой выявляемости лиц с начальными (доклиническими) признаками коронарного атеросклероза, а специфичность обеих технологий (83% и 74% соответственно) указывает на сопоставимый уровень выявления лиц с нормальной ВФ эндотелия ПА. При сопоставлении результатов исследования больных III и IV гр. получено достоверное ($p < 0,001$) различие средних значений ВФ эндотелия ПА только при использовании импедансной технологии ($-11,0 \pm 2,3\%$ и $-21,3 \pm 2,2\%$ соответственно). Импедансметрия плеча выявила парадоксальные (вазоспастические) реакции эндотелия у 78% больных с верифицированным стенозирующим атеросклерозом КА, тогда как при использовании УЗ высокого разрешения — только в 1,6% случаев. Чувствительность метода импедансметрии при оценке ВФ эндотелия плеча у больных IV гр. составила 0,69, специфичность — 62%. При оценке реакции сосудистого эндотелия на внутрикоронарное введение ACh отмечалась прямая корреляция с ответом эндотелия ПА на пробу с реактивной гиперемией, что также свидетельствует об адекватности использования РВГ для исследования ВФ эндотелия ПА.

Заключение. Использование простой и доступной практическому здравоохранению импедансной технологии оценки ВФ эндотелия ПА открывает возможность диагностики начальных стадий коронарного атеросклероза.

Выявленные методом импедансметрии парадоксальные реакции сосудистого эндотелия могут служить неинвазивным маркером стенозирующего поражения КА и одним из критериев отбора для коронарографии.

0629

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА С СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Полунов А.Г., Ческидова Н.Б., Романова Т.А., Джумагулова А.С.

Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучение ассоциации динамики спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) при проведении активного тилт-теста с суточной ритмикой артериального давления (АД) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы: обследован 61 пациент (мужчины) в возрасте 40–65 лет (средний возраст — $45,8 \pm 1,3$ лет), страдающих несложненной ЭГ. Всем больным был проведен спектральный анализ ВСР до, после активного тилт-теста (Memoport 2000, “Marquette Hellige”, Германия) и суточное мониторирование АД (Tonoport-IV, “Marquette Hellige”, Германия). По результатам суточного АД-мониторирования все больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 26 пациентов с нормальной степенью снижения АД в ночное время (10–20% — дипперы), во вторую — 28 больных с недостаточным снижением АД ночью или ночной гипертензией ($< 10\%$ — нон-дипперы и найт-пикеры), в третью группу — 7 пациентов с избыточным ночным снижением АД ($> 20\%$ — овер-дипперы).

Результаты: анализ фоновых показателей ВСР показал, что у овер-дипперов в покое наблюдается повышение активности парасимпатической нервной системы по сравнению с другими группами пациентов. Так, доля HF-колебаний (HF%) в этой группе больных составила 29,6%, значительно превышая значения аналогичного показателя в группе дипперов (14,9%, $p < 0,01$) и нон-дипперов (17,4%, $p < 0,05$).

Проведение активного тилт-теста выявило некоторые особенности реагирования сердечного ритма в выделенных группах больных. Так, в группах дипперов и овер-дипперов процесс вертикализации сопровождался адекватными изменениями спектральных компонентов ВСР, т.е. возрастанием симпатических (LF: $+31,2\%$ и $+95,7\%$ соответственно) и снижением парасимпатических (HF: -67% и -61% соответственно) модулей. Качественно иная реакция на ортопробу регистрировалась у пациентов с недостаточным снижением АД в ночное время. В этой группе больных у значительного числа респондентов (в 60,7% случаев) процесс вертикализации вызывал снижение LF-компонента, в результате чего среднегрупповые значения мощности спектра в LF-диапазоне практически не изменились (497 ± 100 мс², против 503 ± 102 мс²) на фоне адекватной и сопоставимой с другими группами больных реакции парасимпатического тренда (-61%).

Выводы: у больных ЭГ с типом суточной кривой «овер-диппер» в состоянии покоя регистрируется высокий уровень активности парасимпатической нервной системы по сравнению с категориями больных дипперов и нон-дипперов. Однако проведение нагрузочного теста (90° тилт-теста) у первых, также как и у дипперов не выявляет нарушений вегетативной реактивности организма. В то же время у нон-дипперов процесс вертикализации в большинстве случаев вызывает падение мощности симпатического LF-тренда, что указывает на наличие вегетативного дисбаланса у последних.

0630

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА, ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Полунов А.Г., Ческидова Н.Б., Романова Т.А., Алдашев А.А., Джумагулова А.С.

Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучение состояния вегетативной нервной системы, полиморфизма генов ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) и β 2-адренорецепторов у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с осложненным течением заболевания (при развитии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и ишемического инсульта).

Материал и методы: Обследовано 250 мужчин этнических кыргызов в возрасте 40-65 лет (средний возраст составил $45,2 \pm 1,1$ лет), страдающих ЭГ: 70 пациентов с ишемическим инсультом, подтвержденным магнитно-резонансной томографией головного мозга, 13 больных с гипертрофией левого желудочка (индекс массы миокарда > 134 г/м²) и 167 больных ЭГ с неосложненным течением заболевания. Проведен спектральный анализ ВСП с применением активного тилт-теста (Memoport 2000, "Marquette Hellige", Германия), эхокардиография и дуплексное сканирование сонных артерий (Sequoia-512, "Acuson", США), суточное мониторирование артериального давления (АД) (Tonoport-IV, "Marquette Hellige", Германия), генотипирование на Gln27Glu полиморфизм гена β 2-адренорецепторов и на I/D-полиморфизм гена АПФ.

Результаты: у больных ЭГ при проведении тилт-теста наблюдается менее выраженный прирост низкочастотного LF-компонента по сравнению со здоровыми лицами ($p < 0,001$), что указывает на снижение у первых резервных возможностей симпатической регуляции системы кровообращения. При этом было отмечено, что у больных с нарушенным суточным профилем АД, 3-ей степенью повышения АД, при наличии ГЛЖ, а также после перенесенного ишемического инсульта у больных ЭГ отмечается качественно иная реакция симпатического компонента, заключающаяся не в возрастании, а, напротив, в снижении мощности LF-колебаний при проведении тилт-теста. Поэтому снижение LF модуляций во время ортопробы можно рассматривать в качестве неблагоприятного прогностического признака, предрасполагающего к развитию кардиальных и церебральных осложнений у больных ЭГ. Для больных ЭГ с Gln27Gln генотипом в отличие от больных, имеющих другие варианты гена β 2-адренорецепторов, характерны более высокие уровни среднесуточных значений АД с ускоренным его подъемом в утренние часы, с чем, возможно, связано увеличение массы миокарда левого желудочка у этих пациентов ($103,0 \pm 2,6$ г/м² у пациентов с Gln27Gln генотипом, против $96,7 \pm 1,8$ г/м², у носителей Glu27-аллеля $p < 0,05$). У больных ЭГ обнаружена ассоциация I/D полиморфизма гена АПФ с наличием ишемического инсульта ($\chi^2 = 7,039$, $p < 0,05$). При этом носительство DD генотипа является независимым от нарушений суточной ритмики АД и толщины комплекса «интима-медиа» предиктором развития ишемического инсульта у больных ЭГ.

Выводы: определение состояния вегетативной нервной системы, а также Gln27Glu полиморфизма гена β 2-адренорецепторов и I/D-полиморфизма гена АПФ можно использовать в качестве предикторов осложненного течения ЭГ.

0631 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Полупанов А.Г., Ческидова Н.Б., Романова Т.А., Джумагулова А.С.

Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучение динамики спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСП) при проведении активного тилт-теста у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с наличием кардиальных и церебральных осложнений.

Материал и методы: обследовано 82 пациента — мужчин в возрасте 35-65 лет (средний возраст — $43,9 \pm 2,1$ лет), страдающих ЭГ. Все больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 53 пациента с неосложненным течением ЭГ, во вторую группу — 13 больных с признаками гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), третью группу составили 16 пациентов, перенесших ишемический инсульт, подтвержденный компьютерной или маг-

нитно-резонансной томографией головного мозга. Всем больным проведен спектральный анализ ВСП до и после активного тилт-теста (Memoport 2000, "Marquette Hellige", Германия) и доплер-эхокардиографическое исследование (Sequoia-512, "Acuson", США).

Результаты: в фоновых условиях у больных ЭГ с осложненным течением заболевания наблюдалось выраженное снижение общей мощности спектра (TP) ($p < 0,01$) по сравнению с пациентами, не имеющими осложнений. При этом у первых регистрировалось подавление как симпатического ($p < 0,01$), так и парасимпатического (HF) ($p < 0,01$) компонентов автономной нервной системы. Следует отметить, что у пациентов с ГЛЖ и постинсультных больных ЭГ основной пик низкочастотных колебаний приходился на частотный диапазон 0,05-0,07 Гц, что свидетельствует о замедлении у них функционирования барорефлекса.

Под влиянием тилт-теста у больных ЭГ с неосложненным течением заболевания регистрировалось достоверное возрастание мощности симпатических LF-колебаний ($+27,7\%$, $p < 0,001$) и подавление активности парасимпатических модуляций (-68% , $p < 0,001$). Качественно иной оказалась реакция симпатического тренда у больных ЭГ с осложненным течением заболевания. Так, у больных ЭГ с ГЛЖ, и перенесших ишемический инсульт, тилт-тест приводил не к увеличению, а, напротив, к снижению мощности LF-компонента ($-27,3\%$ у больных с ГЛЖ и -34% у больных, перенесших ишемический инсульт). Степень реагирования парасимпатического компонента у больных всех групп оказалась сопоставимой и однонаправленной.

Выводы: у больных ЭГ с наличием кардиальных и церебральных осложнений в фоновых условиях регистрируется подавление обеих ветвей вегетативной нервной системы в сравнении с пациентами, не имеющими осложнений заболевания. При этом у первых при проведении активного тилт-теста наблюдается снижение LF-тренда, что свидетельствует о нарушении вегетативного обеспечения сердечной деятельности у таких пациентов.

0632 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Полянская Е.А., Козиолова Н.А.

ГОУ ВПО «ПГМА», Пермь, Россия

Цель: изучить дополнительные биохимические параметры у больных с острым коронарным синдромом (нестабильная стенокардия) и выявление их взаимосвязи с развитием и прогрессированием хронической сердечной недостаточности.

Методы: проведено клиническое одномоментное когортное исследование. Всего обследовано 60 пациентов с нестабильной стенокардией. Среди них — 32 мужчины (53%) и 28 женщин (47%) в возрасте от 43 до 75 лет. Биохимическое исследование включало определение показателей липидного спектра (включая аполипопротеиды АпоА1, АпоВ100, липопротеид (а), расчет аполипопротеидного индекса атерогенности АпоВ/АпоА1) и воспаления (С-реактивный протеин, фибриноген). В зависимости от наличия систолической дисфункции пациенты были разделены на 2 группы.

Результаты: в группу пациентов, имеющих фракцию выброса менее или равную 45%, вошли 19 человек (31,7%), 41 человек (68,3%) имели фракцию выброса более 45%. Оценка маркеров воспаления по группам обследуемых больных дала следующие результаты: в группе пациентов с систолической дисфункцией уровень фибриногена был практически равен таковому в группе без снижения фракции выброса: $3,63 \pm 0,85$ г/л против $3,76 \pm 0,90$ г/л ($p = 0,597$). Уровень С-реактивного протеина в первой группе достигал $5,17 \pm 9,79$, во второй группе данный показатель составил $3,58 \pm 6,08$, однако это различие не было достоверным ($p = 0,445$). Исследование липидного спектра выявило следующие отличия по группам больных: уровень общего холестерина в первой группе пациентов составил $5,10 \pm 0,76$ и достоверно не отличался от данного показателя во второй группе — $4,83 \pm 0,90$ ммоль/л ($p = 0,252$). Уровень триглицеридов также не имел достоверных различий по группам: в первой группе — $1,66 \pm 0,16$, во

второй — $1,30 \pm 0,33$ ммоль/л ($p=0,100$). Достоверные различия между группами выявлены по уровню холестерина липопротеидов высокой плотности: в первой группе $0,83 \pm 0,14$, во второй — $0,95 \pm 0,20$ ммоль/л ($p=0,023$); по уровню апоА1 аполипопротеида: в первой группе данный показатель был равен $111,02 \pm 18,05$, во второй группе — $122,32 \pm 19,76$ мг/дл, ($p=0,032$). Уровень АпоВ100 аполипопротеида в первой группе составил $119,14 \pm 23,33$, во второй — $114,55 \pm 26,80$ мг/дл без достоверных различий ($p=0,524$). Уровень липопротеида (а) у лиц с низкой фракцией выброса составил $43,79 \pm 55,80$, с высокой — $25,52 \pm 24,50$ мг/дл ($p=0,082$). Индекс АпоВ/АпоА1 в первой группе составил $0,980 \pm 0,186$, во второй группе — $1,046 \pm 0,26$ ($p=0,34$).

Выводы: хроническая сердечная недостаточность, проявляющаяся систолической дисфункцией, регистрируется у 31,7% больных с острым коронарным синдромом. У больных острым коронарным синдромом в сочетании с систолической дисфункцией достоверно ниже уровень холестерина липопротеидов высокой плотности и более низкий уровень апоА1 аполипопротеида, чем у больных с нормальной систолической функцией левого желудочка.

0633 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА

Помоголова О.Г., Лебедев С.В., Невзорова В.А., Шуматов В.Б. ВГМУ, ГКБ №1, Владивосток, Россия

Цель: оценить результаты проведения тромболитической терапии препаратом альтеплаза при ОКС с подъемом сегмента ST у пациентов городской клинической больницы №1 г. Владивостока.

Методы: обследовано 145 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, поступивших в инфарктное отделение с 07.2005г. по 10.2007г. Локализация инфаркта: передний — 54%, нижний — 46%. Повторный инфаркт миокарда — 12%. Сроки тромболитической терапии: 89% — до 6 часов, из них 42% до 2 часов, свыше 6 до 12 часов — 11%. Введение альтеплазы по стандартной схеме начиналось на догоспитальном этапе в машине неотложной помощи и продолжалось в инфарктном отделении.

Результаты: Оценка эффективности тромболитической терапии проводилась через 2 часа после начала тромболиза по клиническим и ЭКГ признакам восстановления коронарного кровотока. Эффективный тромболитиз зарегистрирован у 113 пациентов (77,9%). У 21% больных зубец Q не сформировался. Малые кровотечения, не требующие лечения: кровоточивость десен, геморроидальные, отмечены у 2,9%. У 7% зарегистрирована фибрилляция желудочков. Общее количество летальных исходов — 9 (6,5%). Основная причина смертей — острая сердечная недостаточность IV функционального класса по Killip.

Выводы: начало тромболитической терапии на догоспитальном этапе позволило снизить больничную летальность при ИМ с подъемом сегмента ST с 13% до 6,5%. Не отмечено ни одного случая тяжелых геморрагических осложнений.

0634 СЕРДЦЕ ПРИ СИНДРОМЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пономаренко Ю.В.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет»,
Владивосток, Россия

Известно, что наиболее распространённым поражением сердечно-сосудистой системы при синдроме недифференцированной соединительнотканной дисплазии (НСТД) является пролапс митрального клапана (ПМК). Исследования последних лет показали, что использование более жёстких критериев снизили частоту распространённости ПМК до 3–6% (Bouknight D.P., O'Rourke R.A., 2000). Более серьёзный прогноз отмечен у пациентов с миксоматозной дегенерацией створок клапанов. Аномально расположенным хордам (АРХ) стали уделять повышенное внимание с

конца прошлого столетия. Их выявляемость по данным Эхо-КГ доходит до 52% и более (Т.М. Домницкая, 2006). Термин «соединительнотканная дисплазия сердца» существует наряду с понятием «малые аномалии развития сердца» (МАРС; С.Ф. Гнусаев и Ю.М. Белозеров, 1997). Целью исследования было установить взаимосвязь этих двух распространённых состояний.

Исследование выполнялось на ультразвуковом сканере АЛО-КА-2000 по стандартной методике. Обследовано 263 человека в возрасте от 17 до 39 лет (ср. возраст — $21,6 \pm 2,4$ года). Мужчин было 88, женщин — 175 (соотношение 1:2). Все они являлись студентами одного из вузов г. Владивостока и считали себя вполне здоровыми на момент осмотра. По результатам исследования участники были разделены на 4 группы: 1-ая — с ПМК и множественными висцеральными поражениями органов и систем (70 человек); 2-ая — только с висцеральными поражениями без ПМК (138 человек); 3-ья — изолированный ПМК с минимумом висцеральных изменений (СТД сердца) — 31 человек; 4-ая — группа сравнения (контроль) — 24 человека. До начала осмотров о наличии у себя ПМК знали 4,2% (11 из 263), АРХ — 3,0% (8 из 263). У 3,8% на ЭКГ зарегистрированы эпизоды аритмий (синусовой, экстрасистолия). По результатам эхокардиографии оказалось, что ПМК был у 42% осмотренных, при этом лишь у 7,9% — 2 степени. У 39,3% выявлены различные аномалии строения сосочковых мышц (удвоение, расщепление, межмышечные хорды, добавочные мышцы). У лиц с НСТД (первые три группы) поражение сердца включало: дилатацию синусов Вальсальвы (18%), дилатацию ствола лёгочной артерии — 5,9%. Прочая патология в виде МАРС встречалась гораздо реже (менее 3%), но среди неё отмечены значимые нарушения (бicuspidальный аортальный клапан — 1,3%, аневризма межпредсердной перегородки — 1,7%). АРХ отмечены в 73,6% случаев при НСТД и 20,8% в группе контроля ($p<0,05$). Т.н. «классический» вариант ПМК (в сочетании с миксоматозной дегенерацией клапана) встретился нам лишь в 4-х случаях (1,5%). В 3-х из них митральная регургитация доходила до 2 степени.

Таким образом, выраженные (а значит и клинически значимые) варианты ПМК (2 степени, с миксоматозной дегенерацией) встречаются сравнительно редко — до 7,9%. Так называемые «не классические» формы (провисание створок до 5 мм без миксоматозной дегенерации) не дают гемодинамически значимых нарушений и могут для возраста 17–25 лет считаться нормой. Помимо избыточной эластичности, формированию ПМК способствуют аномалии строения сосочковых мышц и хордального аппарата. АРХ статистически достоверно встречаются чаще при НСТД, чем в группе контроля.

0635 ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Попова А. А., Антонов А. Р., Маянская С. Д., Лебедева Л. С. НГМУ, Новосибирск, Россия

Цель: изучить функциональное состояние эндотелия сосудов у гипертензивных крыс в возрасте 12 и 24 недель.

Методы: опыты были проведены на самцах крыс нормотензивной линии Вистар (15 крыс) и гипертензивной линии НИ-САГ (с наследственной, индуцируемой стрессом АГ) (15 крыс). Масса животных — 180–220 г. Опыты с животными проводились натощак с 9 до 12 часов. АД у крыс обеих линий измеряли сфигмографическим методом на хвосте. Давление в манжетке и пульсовые колебания регистрировали на полифизиографе Biosomb-5 (Венгрия) с помощью соответствующих датчиков давления. Морфометрические параметры миокарда и сосудов (диаметр просвета (мкм), толщина стенки артерий (мкм) и отношение стенка/просвет) получали при морфологическом исследовании ткани миокарда и интрамуральных артерий миокарда. Антиоксидантную активность сыворотки крови (АОА) определяли по модифицированному методу Журавлева А. И., Журавлевой А. И. (1975).

Результаты: изучение АД у гипертензивных крыс показало, что АД у крыс линии НИСАГ было уже повышено в возрасте 12 недель — $153 \pm 2,0$ мм рт.ст. (по сравнению с крысами линии Вистар — $127 \pm 2,0$ мм рт.ст.) ($p<0,001$). В возрасте 24 недель АД увели-

чилось до $205 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Сравнительное гистоморфометрическое исследование сердца крыс линий Вистар и НИСАГ, выявило у гипертензивных животных структурные изменения на разных уровнях его организации. Средний диаметр кардиомиоцитов левого желудочка у молодых крыс линии НИСАГ оказался в 1,5 раза больше по сравнению с контролем. Также определялось утолщение мышечного слоя интрамуральных артерий миокарда (в 1,5 раза), уменьшение просвета и, следовательно, более высокое по сравнению с нормотензивной группой значение соотношения стенки/просвет (в 2 раза) ($p < 0,05$). Гистоморфометрическое исследование сердца показало, что с возрастом в миокарде крыс линии НИСАГ начинают преобладать гипертрофированные кардиомиоциты, а значение соотношения стенки/просвет уменьшилось в 2 раза по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Определение АОА сыворотки крови у нормо- и гипертензивных крыс показало, что контрольные показатели АОА у крыс линии НИСАГ выше таковых у ВИСТАР в 1,5 раза ($p < 0,05$). В динамике (к 24-й недели жизни) у нормотензивных животных отмечалось снижение АОА сыворотки крови в 2,9 раза, а у крыс линии НИСАГ — в 7 раз ($p < 0,05$).

Выводы: таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии особенностей состояния эндотелия сосудов в зависимости от возраста крыс в виде значительного изменения морфометрических параметров миокарда и сосудов, снижения АОА сыворотки крови.

0636 ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЕ СОПРЯЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Попова Е.Ю.¹, Баранович В.Ю.², Аракелянц А.А.³, Горихова С.Г.³

¹ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД, Москва, Россия; ²РУДН, Москва, Россия; ³ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучение электромеханического (ЭМ) сопряжения миокарда желудочков до и после имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС) пациентам с нарушением ритма и проводимости.

Методы: обследовано 28 пациентов с нарушениями ритма и проводимости (синдром слабости синусового узла, атрио-вентрикулярная блокада II-III степени и др.) в возрасте от 50 до 80 лет, которым был установлен ЭКС (из них 23 — двухкамерный в режиме DDD и 5 — однокammerный в режиме VVI). Всем проводились: поверхностная электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) в стандартных режимах (В, М, D), тканевая импульсно-волновая доплер-ЭхоКГ, оценка электромеханических свойств миокарда (ультразвуковая система HD15000 SonoCT фирмы Philips). За показатель ЭМ сопряжения желудочков считали интервал QS, определяемый от начала желудочкового комплекса ЭКГ (Q) до начала волны “S” спектральной кривой тканевой доплерограммы. На уровне фиброзного кольца митрального клапана и на уровне средних сегментов ЛЖ рассчитывали максимальные и минимальные значения ЭМ интервала (LVmax и LVmin), максимально продолжительный ЭМ интервал правого желудочка (RVmax) и на их основании вычисляли выраженность ЭМ внутрижелудочковой и межжелудочковой гетерогенности и средние значения гетерогенности для каждой подгруппы пациентов. Исследования проводили в среднем за 3 дня до и через 5 дней после имплантации ЭКС. Для статистической обработки использовали критерий Вилкоксона для сопряженных числовых значений.

Результаты: Обобщены данные о 28 пациентах с ЭКС. В раннем периоде после имплантации ЭКС у всех пациентов достоверно уменьшилась внутрижелудочковая гетерогенность на уровне средних сегментов ЛЖ (с $32,06 \pm 14,41$ до $22,59 \pm 13,04$, $P < 0,05$) и, с меньшей достоверностью, межжелудочковая гетерогенность на уровне средних сегментов (с $32,32 \pm 17,84$ до $17,62 \pm 16,08$, $P = 0,05$). Межжелудочковая гетерогенность на уровне фиброзного кольца митрального клапана достоверно уменьшилась (с $34,57 \pm 19,15$ до $16,94 \pm 9,83$, $P < 0,05$); внутрижелудоч-

вая гетерогенность, измеренная на том же уровне, достоверно не изменилась ($35,12 \pm 13,79$ до $24,91 \pm 12,66$, $P > 0,05$).

Выводы: В группе пациентов с нарушениями ритма и проводимости ЭМ внутри- и межжелудочковая асинхрония миокарда на уровне средних сегментов и межжелудочковая гетерогенность на уровне фиброзного кольца митрального клапана достоверно уменьшаются после имплантации ЭКС уже в раннем послеоперационном периоде. Методика расчета интервала QS на двух уровнях: средних сегментов левого желудочка и фиброзного кольца митрального клапана, — выполняемая при тканевой импульсно-волновой доплер-ЭхоКГ, позволяет рассчитать указанные показатели ЭМ сопряжения желудочков, что можно использовать в качестве одного из критериев эффективности имплантации ЭКС.

0637 ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОМ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИИ

Попович М.И., Морару И.Л., Кобец В.А., Тодираш М.П., Чобану Н.В., Попович И.М., Чобану Л.М.

Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: исследование в экспериментальных условиях эффекта гипоксического preconditionирования (ГП) на сосудистую реактивность.

Методы: 15 лабораторных крыс (группа исследования) подверглись 10-ю последовательным сеансам (по 30 минут) нормобарической гипоксии в специальной стеклянной камере, где продувалась смесь воздуха и азота с прогрессивно снижающейся концентрацией O_2 (от 19% до 10%). Концентрацию O_2 во вдыхаемом воздухе определяли с помощью „PO2 Monitoring System PE”. 10 крыс (контрольная группа) были подвержены аналогичным экспериментальным условиям, но без изменения O_2 . После сакрификации, кольца аорты были перфузированы раствором Кребс-Ханзенлайт, обогащенным карбогеном, в бане для изолированного органа. После деполяризации раствором KCl (50 mM), который вызвал максимальное сократительное плато (100%), добавили Phe (10-9 — 10-5 M), NE (10-9 — 10-5 M) или Ang II (10-8 — 10-6 M). Эндотелий-зависимое сосудистое расслабление исследовали при холинэргической стимуляции карбахолом (10-9 — 10-5 M), в пике индуцировано Phe сократительного плато.

Результаты: Уровень сокращения колец аорты в контрольной группе возрос пропорционально повышению концентрации α -1 селективного агониста и составил 20-40% (10-8 — 10-7 M) и $89 \pm 4,6\%$ (10-5 M) из сократительного плато деполяризации. Под действием ГП сократительный уровень Phe был ниже, и при максимальной концентрации составил $76 \pm 4,1\%$, что примерно на 13% ($p < 0,05$) ниже чем в контроле. Действие NE сокращает кольца меньше чем Phe, что, вероятно, обусловлено участием эндотелиальных α -адренергических рецепторов, которые стимулируют образование NO, противодействуя сократительному эффекту адренергического агониста. В контрольной группе NE в концентрации (10-5 M) вызвал сокращение, составляющее $68 \pm 4,0\%$ из KCl-плато и 3/4 из Phe- плато. На фоне применения ГП сократительный уровень вызванный NE снизился примерно на 17% ($p < 0,05$ vs контроля), составляющий $51 \pm 3,7\%$ из уровня KCl-плато. Сократительный потенциал Ang II был достоверно снижен по сравнению с Phe и NE. В контрольной группе он достиг при концентрации 10-6 M $27 \pm 1,4\%$ из уровня KCl-плато и под действием ГП соизмерял $22 \pm 1,3\%$ из уровня максимального сокращения ($p < 0,05$ vs контроля). Холинэргическое стимулирование колец аорты карбахолом (10-5 M) в пике сократительное плато вызванного Phe показывал расслабляющий эффект, что проявилось его снижением в контрольной группе до $68 \pm 4,1\%$. Примечательно, что в случае ГП расслабляющий эффект был сильнее, способствующий снижению сократительного плато до $58 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$ vs контроля), что, вероятно, связано с более значимым включением холинэргического мессаджера — монооксида азота.

Выводы: ГП достоверно снижает сократительный ответ колец аорты на воздействие Phe, NE или Ang II, определяя одновременно более выраженное холинэргическое расслабление сосуда, факт что может быть обусловлен стимулирующим влиянием ГП на синтез эндотелиального NO.

0638 КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Попович М.И., Чобану Н.В., Кобец В.А., Тодиаш М.Т., Попович И.М., Морару И.Л., Антон Е.А., Чобану Л.М.

Институт Кардиологии, Кишинёв, Молдова

Цель: определение эластичности стенки периферических артерий у больных с сердечной недостаточностью (СН), а также и эндотелий-зависимой реактивности аорты в экспериментальных моделях СН.

Методы. У 49 больных с СН (NYHA I, n=15; NYHA II, n=17; NYHA III, n=17) определяли показатели эластичности больших (ЭБА) и маленьких артерий (ЭМА), а также периферической резистентности (ПР) с помощью теста HDI/Pulse WaveTM CR-200 (Hypertension, 2003, 16:356-62). Экспериментальную СН моделировали длительным введением крысам доксорубина или фтора. Сократительную реакцию колец аорты, перфузируемых стандартным методом, тестировали введением в перфузат фенилэфрина (ФЭ, 10-5 М), норадrenalина (НА, 10-5 М), ангиотензина II (АГ 10-5 М) или эндотелина-1 (ЭД-1, 10-6 М), а полученное плато относили в процентном отношении к таковому, индуцируемого деполяризацией KCl (50 мМ). Холинергическую релаксацию аорты определяли по степени снижения ФЭ-индуцируемого сократительного плато карбахолом (КХ, 10-5 М).

Результаты. При клиническом синдроме СН отмечалось снижение показателей эластичности периферических артерий, степень которого прямо коррелировало со степенью СН, причем изменение резистивных артерий оказалось более выраженным. Так, показатель ЭМА был выявлен сниженным на 30% при NYHA I ($4,3 \pm 0,4$ мм Hgх100 vs >6 норма, $p < 0,05$), на 42% при NYHA II ($3,5 \pm 0,3$ мм Hgх100) и на 65% при NYHA III ($2,1 \pm 0,2$ мм Hgх100). Показатель ЭБА достоверно не изменился у больных с СН NYHA I-II, а при NYHA III его значение было в среднем на 25% ниже ($9,2 \pm 0,9$ мм Hgх10 vs >12 норма, $p < 0,05$). ЭБА и, в основном, ЭМА характеризуют податливость артерий, которая определяется толщиной их стенки, главным образом, гладкомышечного слоя, ключевым триггерным механизмом развития которых выступает нарушение эндотелия. С этим хорошо коррелирует и увеличение ПР по мере прогрессирования СН. В экспериментальной СН выявили достоверное повышение сократительного ответа аортальных колец по сравнению с контролем на воздействие констрикторных агентов: 1) ФЭ — $69,7 \pm 3,3$ % vs $58,6 \pm 3,2$ %; 2) НА — $61,4 \pm 3,3$ % vs $49,5 \pm 3,1$ %; 3) АГ — $28,2 \pm 1,6$ % vs $16,2 \pm 1,2$ %; 4) ЭД-1 — $88,3 \pm 5,7$ % vs $73,7 \pm 5,5$ %. В то же время релаксирующий эффект холинергической стимуляции был достоверно сниженным. КХ вызвал снижение ФЭ-констрикторного плато на $60,1 \pm 4,8$ %, что на 21% ($p = 0,03$) меньше чем в контрольной серии ($75,8 \pm 5,2$ %).

Выводы: Сосудистое ремоделирование при сердечной недостаточности в частности проявляется: 1. достоверным уменьшением эластичности периферических артерий, главным образом, резистивных, степень которого прямо коррелирует с функциональным классом СН; 2. достоверным повышением констрикторного сосудистого ответа на адренергическую, ангиотензиновую и эндотелиновую стимуляцию; 3. нарушением эндотелий-зависимой реактивности сосудов, которую концептуально можно признать одним из ведущих факторов снижения податливости артерий и повышения периферического сопротивления.

0639 ВЛИЯНИЕ ДЕЗАГРЕГАНТОВ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т.М., Симонова Н.М., Попонина Ю.С., Марков В.А.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить влияние антиагрегантной терапии у больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q на функцию тромбоцитов.

Методы: в рандомизированное, открытое, сравнительное исследование включены 385 больных с НС IIIB класса и ИМ без зубца Q. Больные I группы (n=50) не получали дезагреганты; больные II группы (n=100) получали аспирин 250 мг/сут при поступлении, а затем по 125 мг/сут; больные III группы (n=100) — кардиомагнил 150 мг/сут при поступлении, затем по 75 мг/сут; больные IV группы (n=50) — клопидогрел оригинального производства фирмы KRKA, Словения) по 75 мг/сут; больные V группы (n=25) — зилт (клопидогрел производства фирмы KRKA, Словения) по 75 мг/сут; больные VI группы (n=60) — комбинацию клопидогреля в дозе 75 мг/сут и кардиомагнила в дозе 75 мг/сут. Изучали агрегацию тромбоцитов, индуцированную аденозиндифосфатом и адреналином, на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов 230-LA.

Результаты: в группе пациентов, не получавших лечения дезагрегантами, наблюдалась гиперагрегация тромбоцитов. Из 100 пациентов, получавших аспирин, у 12 была выявлена аспиринорезистентность. В группе пациентов с эффективной терапией аспирином АДФ-индуцированная агрегация снижена незначительно, в то время как адреналин-индуцированная агрегация тромбоцитов была статистически значимо подавлена. Из 100 пациентов, принимавших кардиомагнил, не было выявлено ни одного случая аспиринорезистентности. Показатели агрегации тромбоцитов были сходны с показателями в группе аспирина (эффективная терапия). Клопидогрел статистически значимо снижал только АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта были сходны с показателями в группе клопидогреля. Комбинация клопидогреля и кардиомагнила показала наиболее эффективные результаты: светопропускание при воздействии индукторов АДФ и адреналина было снижено примерно вдвое по сравнению с нормальными показателями.

Выводы: 1. Среди пациентов, принимавших кардиомагнил, не было выявлено ни одного случая аспиринорезистентности.

2. Показатели агрегации тромбоцитов в группе зилта сходны с показателями в группе клопидогреля оригинального производства.

3. Комбинация клопидогреля и кардиомагнила — наиболее эффективна по влиянию на агрегацию тромбоцитов.

4. Контроль за применением антиагрегантов у больных с ОКС без подъема сегмента ST путем мониторинга функции тромбоцитов дает большие возможности для подбора наиболее эффективной индивидуализированной терапии.

0640 ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Порханов В.А., Космачева Е.Д., Барбухатти К.О., Федорченко А.Н., Позднякова О.А., Круберг Л.К., Шелестова И.А.

Краевая клиническая больница № 1 им профессора С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Цель: Оценка тактики лечения больных с острым коронарным синдромом в масштабах Краснодарского края при круглосуточной работе рентгеноперационной в ККБ и возможностью выполнения экстренного стентирования и АКШ всем пациентам при наличии показаний

Методы: С 10.01.06г. в ККБ начат прием больных не только с нестабильной стенокардией, но и с острыми инфарктами миокарда до 66 лет из г. Краснодара и районов края с применением хирургических методов реваскуляризации миокарда, в круглосуточном режиме. За двенадцать месяцев работы (анализ данных до 31.12.2006) всего поступило 610 больных. С нестабильной стенокардией 196 больных (33,8%), 404 пациентов (66,2%) — с инфарктом миокарда, из них — 129 (32%) больных с Q — негативным, 275 (68%) — с Q — позитивным инфарктом миокарда, 6 из которых с кардиогенным у 129 (32%) по задней. Всем пациентам при поступлении исследовались шоком. У 275 больных (68%) изменения ЭКГ регистрировались по передней стенке, кардиоспецифические ферменты, выполнялась эхокардиография и коронарография. Возраст больных составил от 30 до 70 лет (средний 54 года ± 5 лет). Мужчин было 89%, женщин — 11%. У 70% больных ОКС являлся дебютом ИБС. У 71% регистрировалось умеренное снижение сократительной способности миокарда (ФВ более 40-50%).

Результаты: 73 пациентам (12%) у которых не выявлено гемодинамически значимого поражения коронарного русла рекомендована консервативная терапия, динамическое наблюдение, 189 пациентов (30,8%) имели изолированное поражение коронарной артерии, 348 больных (56,9%) двухсосудистое, либо многососудистое поражение. 82 больным (13,4%) выполнена операция АКШ в экстренном порядке, 421 (69%) — чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием, из них — 25 с многососудистым поражением — ЧТКА инфаркт — связанной артерии в динамике рекомендовано наблюдение, решение вопроса об АКШ.

Выводы: Всем больным, поступающим в ККБ №1 — ЦГХ с ОКС в приемном покое анализируются данные ЭКГ, биохимического анализа крови, ЭХО — КГ и в течение 30-40 минут выполняется коронарография, по результатам которой в течение 1 часа от момента поступления определяется тактика ведения данного больного консилиумом врачей в составе: кардиолога, рентгенэндоваскулярного хирурга и кардиохирурга. Летальность от ОКС (из которого 66% больных было с признаками некроза миокарда) составила 3,6%, летальность от инфаркта миокарда (больные с положительными маркерами) 5,4%, в то время как в целом по краю составляет ежегодно 13-15%.

0641 О СООТНОШЕНИИ НАТРИЯ И КАЛИЯ В СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Поселюгина О.Б.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить соотношение ионов натрия и калия в суточной экскреции мочи у больных артериальной гипертензией (АГ) и сопоставить это соотношение с его клиническими особенностями.

Методы. Обследовано 230 больных эссенциальной АГ. У них определялась суточная экскреция натрия и калия с мочой, рассчитывалось соотношение Na^+/K^+ , проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиография (Эхо-КГ). В качестве контроля обследовано 30 здоровых лиц. Все обследованные в зависимости соотношения Na^+/K^+ в моче были разделены на 3 группы: 1-я — с низким соотношением (5,7), 2-я — со средним (6,6) и 3 — с высоким (7,7 и более).

Результаты. Суточная экскреция Na^+ у больных 3-й группы была достоверно выше, чем 1-й ($p<0,01$) и увеличивалась с возрастом (все $p<0,05$). В пересчете на поваренную соль (ПС) оказалось, что больные АГ потребляют ПС с сутки в зависимости от указанного соотношения соответственно — 15, 15,6 и 17,5 г. Суточная экскреция ионов калия с мочой у больных 3-й группы была достоверно меньше, чем 1-й. В пересчете на граммы больные выделенных трех групп потребляют 1,72, 1,56 и 1,52г калия в сутки.

В клиническом плане больные АГ с высоким соотношением Na^+/K^+ отличались наличием невротических жалоб, более отягощенной наследственностью, заболевание у них развивалось на 7 лет раньше, течение болезни в 4 раза чаще осложнялось гипертоническими кризами (все $p<0,05$), у них был выше психологический профиль личности (повышение профиля по 1-й, 3-й и 9-й шкалам, $p<0,05-0,02$). При поступлении в стационар у больных АГ с высоким соотношением Na^+/K^+ цифры артериального давления (АД) были выше, причем с нарастанием соотношением Na^+/K^+ увеличивалось АД ($r=0,2$; $p<0,05$). По данным СМАД у больных АГ с высоким соотношением Na^+/K^+ АД на протяжении суток было выше. Циркадный ритм АД у них был нарушен в 30% случаев ($p<0,05$). По результатам Эхо-КГ у больных с высоким соотношением Na^+/K^+ был увеличен конечный диастолический объем, имела более выраженная гипертрофия левого желудочка и диастолическая дисфункция, снижена ФВ (все $p<0,05-0,01$). Для достижения у них гипотензивного эффекта им требовалось в 2 раза больше лекарственных средств ($p<0,05$).

Выводы. Полученные данные показывают, что у больных АГ с высоким соотношением Na^+/K^+ в моче АГ протекает более тяжело и у них раньше развиваются осложнения.

0642 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Почепцова Л. В., Логачева И. В., Перевозчикова О. А.

ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель: оценка влияния эпросартана (теветена) на состояние мозговой гемодинамики, ауторегуляторных механизмов и когнитивной функции у больных умеренной и тяжелой артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 32 пациента (12 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 41 до 65 лет (средний возраст $50,5 \pm 7,3$ года) со 2 — 3 степенью повышения артериального давления (АД). Длительность заболевания у больных составляла $13,1 \pm 8,2$ года. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) в группе составил $182,6 \pm 18,7$, диастолического (ДАД) — $105 \pm 7,3$ мм рт.ст. соответственно. В амбулаторно-поликлинических условиях назначался теветен в стандартной дозе 600 мг один раз в сутки в сочетании с гидрохлортиазидом (ГХТ) 12,5 мг/сут. Ультразвуковое исследование мозговых сосудов проводилось на аппарате «АЛОКА-4000» (Япония) с использованием трансдюсера с фазированной решеткой 2,5 МГц. Кровоток оценивался методом транскраниальной доплерографии. Состояние цереброваскулярной реактивности определял тест миогенной направленности с сублингвальным введением 0,25 мг нитроглицерина. Для изучения когнитивного статуса и его динамики в процессе лечения использована краткая шкала оценки психических функций (MMSE).

Результаты: максимальный эффект комбинированной терапии был отмечен к 24 неделе лечения, оставался стабильным и по сравнению с исходным к 48 неделе наблюдения составил САД-137,6 ($\Delta\text{САД}=-46,4 \pm 14,9$, $p<0,0001$), ДАД-86,6 мм рт.ст. ($\Delta\text{ДАД}=-18,4 \pm 8,7$, $p<0,0001$). Целевой уровень АД достигнут у 25 пациентов (78,1%). Все пациенты отмечали хорошую переносимость рекомендованной терапии, что оказало положительное влияние на приверженность к лечению. В динамике после 48-недельной терапии выявлено повышение скоростных показателей кровотока во внутренней сонной (ВСА) и средней мозговой артериях (СМА) ($p<0,005$), снижение как пульсационного ($\Delta\text{PiBCA}=-0,27 \pm 0,08$; $\Delta\text{PiCMA}=-0,05 \pm 0,02$; $p<0,005$), так и индекса периферического сопротивления ($\Delta\text{RiBCA}=-0,1 \pm 0,06$; $\Delta\text{RiCMA}=-0,02 \pm 0,01$; $p<0,005$). При оценке индекса реактивности СМА положительная реакция до лечения теветеном составляла 28,5% справа и 33,3% слева, после — 37,5% и 50% соответственно. За время исследования произошло достоверное увеличение суммы баллов по шкале MMSE на 1,5 единицы.

Выводы: длительная 12-месячная комбинированная терапия антагонистом рецепторов ангиотензина II эпросартаном (теветен) и диуретиком (гидрохлортиазид) не только приводит к достоверному снижению артериального давления у больных умеренной и тяжелой артериальной гипертензией, но и способствует коррекции фоновых показателей мозгового кровотока, модуляции ауторегуляторного ответа мозговых сосудов, оказывает протективный эффект в отношении познавательных функций у этой категории больных.

0643 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Прекина В.И., Киселева О.М., Кудашкин С.С.

МГУ им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

Цель исследования. Изучить распространенность и характер метаболических нарушений у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 70 больных АГ в возрасте 32 до 68 лет, из них 30 мужчин и 40 женщин (средний возраст 54 года). У 15 пациентов была АГ I, у 35 — II и у 20 — III степени (по классификации ВОЗ от 2003 г.). Средняя продолжительность АГ составила 9 лет (от 2-х до 22 лет). У 89% больных отмечалась ише-

мическая болезнь сердца, у 13% сахарный диабет 2 типа. Обследование включало: опрос больных, определение индекса массы Кетле (ИК), определение липидов сыворотки крови и сахара крови натощак. Тип гиперлипидемий определяли по классификации Фридрексона.

Результаты исследования. 89% пациентов имели нарушения липидного обмена. Самым частым нарушением была гипоальфа-липопротеинемия, выявленная у 57% больных, которая в 18% случаев была изолированной, а в 39% — сочеталась с другими нарушениями липидного обмена. Гиперлипидемии IIa, IIb и IV типа встречались одинаково часто — каждая у 23% больных. Легкие и умеренные дислипидотензии наблюдались соответственно в 12 и 54% случаев, тяжелые — лишь в 5%. Уровни общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и индекс атерогенности были незначительно выше у мужчин. Избыточная масса тела отмечалась у 65% обследуемых. Отмечена положительная умеренная взаимосвязь уровня ОХС и ИК ($r=0,3$; $P<0,05$). Повышение сахара крови натощак (более 6,1 ммоль/л) отмечено в 20% случаев. Полный метаболический синдром, включающий ожирение, высокий уровень триглицеридов, низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности, АГ и повышенный уровень сахара натощак выявлен у 18% пациентов, чаще наблюдался неполный метаболический синдром из 3-х составляющих (АГ, ожирение и нарушения липидного обмена) — в 54% случаев. Сочетание АГ только с дислипидотением или ожирением отмечалось соответственно у 17 и 3% больных. Следует отметить, что ожирение не всегда сопровождалось нарушениями липидного обмена. У 8% больных метаболических нарушений не выявлено. При сравнительном анализе показателей липидов пациентов с ожирением, нарушением углеводного обмена (1-я группа) и пациентов без указанных нарушений (2-я группа) оказалось, что уровни ОХС и ХС ЛПНП в 1-й группе были существенно выше. ИК был выше у больных с полным метаболическим синдромом.

Выводы. 1. Наиболее распространенным метаболическим нарушением при АГ является дислипидотение, которая встречается у 89% больных. Чаще встречается гипоальфа-липопротеинемия (57%), которая в 39% случаях сочетается с другими типами гиперлипидемии. Преобладают умеренные и легкие нарушения.

2. Полный метаболический синдром отмечается в 18%, неполный — в 57% случаев. Ожирение и нарушения углеводного обмена вызывают атерогенный сдвиг в липидном спектре за счет повышения уровня ХС ЛПНП. Компоненты метаболического синдрома оказывают взаимно усиливающее действие.

0644 ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Прекина В.И., Киселева О.М., Кудашкин С.С., Самоявцева С.В.
МГУ им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия; НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО «РЖД», Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценить динамику показателей суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) при ишемическом инсульте.

Материал и методы. Обследовано 20 больных АГ, находившихся на лечении в неврологическом отделении городской клинической больницы № 4 в возрасте от 53 до 68 лет, из них 12 мужчин и 8 женщин. По данным анамнеза у всех больных была АГ III степени (по классификации ВОЗ 2003 г.). В период исследования пациентам проводилась медикаментозная антигипертензивная терапия. Суточное мониторирование АД выполнялось с помощью системы «Врлабр» (АО «Петр Телегин», Нижний Новгород) на 2 — 3-й и 10-е сутки инсульта (в острый и подострый периоды). Длительность мониторирования составляла 24 часа. Анализировались стандартные показатели суточного профиля АД.

Результаты исследования. Средние показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) за сутки составили 162,6 и 92,4 мм рт.ст. соответственно с большей гипертензией в ночные часы. Гипертензивная нагрузка САД за сутки составила

89,6%, ДАД — 75,4% существенно не различаясь в дневные и ночные часы. Гипотензивной нагрузки у больных не было. Выявлена повышенная суточная вариабельность САД (16,8%). Днем этот показатель был несколько выше, чем ночью (17,4 и 14,6% соответственно). Вариабельность ДАД существенно не отличалась от нормы. Наряду с тяжестью АГ и повышенной вариабельностью АГ, неблагоприятным прогностическим фактором является и нарушение суточного ритма АД. При индивидуальном анализе суточного ритма АД выделены следующие группы больных: а) «dippers» — лица с нормальным ночным снижением АД — 4 (20%); б) «non-dippers» — лица с недостаточным ночным снижением АД — 6 (30%); в) «night-peakers» — лица с ночной гипертензией, у которых ночное АД превышает дневное — 10 (50%). Степень ночного снижения ЧСС была достаточной и составила 14%. На 10-е сутки в целом отмечалась положительная динамика большинства показателей: среднее ДАД и вариабельность САД за сутки уменьшились на 13 и 3,3% соответственно ($P<0,05$). Особенно отчетливая положительная динамика показателей отмечалась ночью. Из неблагоприятных факторов отмечено следующее: у одной пациентки появилась артериальная гипертензия в дневные часы, обусловленная избыточной антигипертензивной терапией. Индекс времени (ИВ) пониженным САД и ДАД составил за день 7,5% 14,1% соответственно. Суточный ритм АД у 90% больных не изменился, хотя степень ночного снижения САД и ДАД незначительно увеличилась.

Выводы. 1. Суточный профиль АД у больных АГ в острый период ишемического инсульта характеризуется повышенной вариабельностью САД, преимущественно в дневные часы. В большинстве случаев (80%) нарушен суточный ритм АД, чаще по типу ночной гипертензии.

2. В подостром периоде инсульта, несмотря на положительную динамику некоторых показателей, у 80% больных сохраняется неблагоприятный суточный ритм АД.

0645 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Преображенский Д.В., Ермакова Т.А., Некрасова Н.И., Сидоренко Б.А., Патарая С.А., Вышинская И.Д., Бугимова М.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) у женщин и мужчин преимущественно пожилого и старческого возраста.

Методы: в стационаре обследовано 355 больных с застойной ХСН, соответствующей IIБ—III стадии по классификации Стражеско-Василенко. Среди больных были 210 женщин и 145 мужчин. Подавляющее большинство больных (86%) были в возрасте 60 лет и старше. По клинко-анамнестическим данным, у 7% обследованных больных была ХСН II функционального класса (ФК), 57% — III ФК и 18% — IV ФК. У 63 (18%) больных с верифицированной ХСН точное определение ФК было по разным причинам невозможно.

Результаты: женщины, страдающие застойной ХСН, были в среднем на 8 лет старше, чем мужчины (средний возраст 75 ± 8 лет против 67 ± 12 лет; $p<0,05$). Не было различий между женщинами и мужчинами в распределении ФК. У женщин, как и у мужчин, ведущей причиной ХСН явилась ИБС. ИБС была единственной или основной причиной ХСН у 83% женщин и 75% мужчин. В то же время указания на инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе или эхокардиографические признаки локального нарушения сократимости левого желудочка (ЛЖ) имелись лишь у 29% женщин с ХСН ишемической этиологии по сравнению с 59% мужчин ($p<0,05$). Ревматические и другие пороки сердца несколько чаще обнаруживались у женщин (7%) по сравнению с мужчинами (5%). С другой стороны, дилатационная кардиомиопатия чаще диагностировалась у мужчин (19% против 4% у женщин). Сахарный диабет 2-го типа чаще встречался среди женщин, чем среди мужчин (14% против 9%). Напротив, хроническая обструктивная болезнь легких и других заболевания легочной паренхимы чаще диагностировались у мужчин (65% против 44% у женщин; $p<0,05$).

Мерцание (или трепетание) предсердий, обычно с частотой желудочкового ритма выше 100—120 в 1 мин, выявлено у 39% женщин и 40% мужчин. У женщин с ХСН концентрации гемоглобина (Hb) были достоверно ниже, чем у мужчин (116 ± 22 г/л против 129 ± 22 г/л; $p < 0,05$). Вместе с тем не было существенных различий между женщинами и мужчинами в частоте анемии, определяемой по критериям ВОЗ (Hb 120 г/л для женщин и 130 г/л для мужчин): она выявлялась у 55% женщин и 50% мужчин. По данным эхокардиографии средние значения фракции выброса ЛЖ у женщин с ХСН были больше, чем у мужчин ($47 \pm 14\%$ против 42 ± 14 г/л; $p < 0,05$). Фракция выброса ЛЖ меньше 45% обнаруживалась у 37% женщин и 54% мужчин ($p < 0,05$). С другой стороны, фракция выброса ЛЖ 60% и больше была у 22% женщин, но лишь 14% мужчин.

Заключение: у женщин преимущественно пожилого возраста (в отличие от мужчин) застойная ХСН в большинстве случаев (>60%) протекает с сохраненной или незначительно нарушенной систолической функцией ЛЖ и значительно редко связана с перенесенным ИМ. Мерцание предсердий и анемия с одинаковой частотой встречаются у женщин и мужчин с ХСН, однако у женщин реже обнаруживаются заболевания легких.

0646 ЧАСТОТА ГЕМОДИЛЮЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАСТОЯНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕЕ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ РАЗВЕДЕНИЯ

Преображенский Д.В., Некрасова Н.И., Ермакова Т.А., Сидоренко Б.А., Патарая С.А., Вышинская И.Д.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить возможности диагностики гемодилюции и ее роль в патогенезе анемии у больных, госпитализированных в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы: обследовано 155 больных с ХСН, соответствующей IIБ—III стадии по классификации Стражеско-Василенко, которые в первые 5—7 дней после поступления ежедневно получали петлевые диуретики (не менее 40—80 мг фуросемида в день, внутривенно или внутрь). Группу сравнения составили 112 больных с ХСН, соответствующей I—IIА стадиям. В группе сравнения ни у одного из больных не было ни периферических отеков, ни гематомегалии, и они либо не получали диуретиков, либо получали низкие дозы тиазидных диуретиков. Больные обеих групп в течение 1-й недели не получали никаких антианемических препаратов. Косвенным указанием на гемодилюцию считали значительное повышение концентрации Hb (на ≥ 15 г/л) после 5—7 дней лечения диуретиками.

Результаты: при поступлении у больных основной группы концентрации гемоглобина (Hb) составляли в среднем 112 ± 23 г/л. Анемия, определяемая по критериям ВОЗ (Hb < 120 г/л для женщин и < 130 г/л для мужчин), выявлялась при поступлении у 75% больных с застойной ХСН. После лечения петлевыми диуретиками концентрации Hb достоверно повысились (до 123 ± 21 г/л; $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями), причем у 49% больных концентрации Hb повысились на ≥ 15 г/л. У 44% больных с анемией при поступлении концентрации Hb достигли нормальных значений для соответствующего пола. Это дает основание предполагать, что у значительной части больных с застойной ХСН причиной низкой концентрации Hb служит гемодилюция, которая устраняется петлевыми диуретиками. У больных в группе сравнения концентрации Hb при поступлении были значительно выше, чем в основной группе, и составляли в среднем 123 ± 19 г/л. При повторном измерении через 5—7 дней концентрации Hb у больных без застойной ХСН повысились незначительно (до 128 ± 20 г/л; $p > 0,05$). В группе сравнения реже наблюдалось повышение концентрации Hb на ≥ 15 г/л (25%). Лишь 33% больных с анемией при поступлении концентрации Hb достигли нормальных значений для соответствующего пола.

Заключение: анемия обнаруживается при поступлении у 75% госпитализированных больных с застойной ХСН и часто сочетается с гемодилюцией. Гемодилюция часто вызывает снижение

концентрации Hb у 49% больных с застойной ХСН и 25% больных с ХСН без застойных явлений. Более чем у половины больных с застойной ХСН, по-видимому, имеет место анемия разведения, для диагностики которой можно использовать пробу с петлевыми диуретиками.

0647 ПРОБЛЕМА ГИПОДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Прохорова И.В., Тюкалова Л.И., Марков В.А.

Сибирский государственный медицинский университет, НИИ кардиологии научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Оценить частоту тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных с острым инфарктом миокарда, а также особенности клинико-инструментальной диагностики этого осложнения.

Методы исследования. Обследовано 120 человек. Пациенты последовательно поступали в отделение неотложной кардиологии. Скрининг ТЭЛА осуществлялся без специальной стандартизации участников.

Всем пациентам при поступлении проведены следующие исследования: электрокардиография; доплеровское эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ) на аппарате ACUSON 128 XP/10 с использованием секторного датчика 2,5 МГц; рентгенография грудной клетки (оценивалось расширение правых отделов, расширение диаметра легочной артерии, подъем купола диафрагмы, ателектаз, выпот, инфаркт легкого); ультразвуковое исследование (УЗИ) вен.

Наличие любых инструментальных признаков перегрузки правых отделов сердца, дополнительных факторов риска и/или ультразвуковых симптомов венозных тромбозов в сочетании с рентгенографическими признаками считалось основанием для заключения о вероятном диагнозе ТЭЛА.

Диагноз ТЭЛА был верифицирован на основании результатов скинтиграфического исследования относящихся к категории «высокой вероятности» — наличия типичных перфузионных клиновидных дефектов.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи программы STATISTICA-6, for Windows.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования частота ТЭЛА у 120 случайно выбранных пациентов с ОИМ, верифицированной посредством скинтиграфии легких составила 14,1%. У всех этих больных обнаружено сочетание рентгенографических, электрокардиографических и эхокардиографических симптомов ТЭЛА, а также ультразвуковых или клинических признаков венозных тромбозов.

Частота вероятной ТЭЛА, диагностированной по совокупности клинико-инструментальных данных у 120 случайно выбранных пациентов с ОИМ, не послужившей основанием для проведения скинтиграфии легких составила 10,8%. У всех этих больных также были обнаружены один или сочетание рентгенографических, электрокардиографических и эхокардиографических симптомов ТЭЛА.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты показали, что частота ТЭЛА у пациентов с ОИМ достаточно высока и существует проблема гиподиагностики этого осложнения. Эффективность диагностики возрастает при комплексном использовании всех основных методов исследования — рентгенографии, ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ вен.

0648 РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Прошина Н.В., Матвеева С.А., Лазарева Г.Н., Груздева И.М., Крысанова О.А., Алексеева О.А., Потапова Е.Л., Моторина М.В.

РОККД; ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — оценка результатов 5-летнего диспансерного наблюдения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после ангиопластики и стентирования коронарных артерий в диспансерно-консультативном отделении Рязанского областного клинического кардиологического диспансера.

Методы исследования. Группу диспансерного наблюдения составлял 271 больной в возрасте 29–83 года. Инфаркт миокарда в анамнезе перенесли 175 (64,6%) пациентов, из них: 133 (76%) — крупноочаговый, 42 (24%) — мелкоочаговый. Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) определялась у 15 (5,5%), III ФК у 188 (69,4%), IV ФК у 68 (25,1%) больных. Ангиопластика и стентирование коронарных артерий проведены всем пациентам.

Программа диспансерного наблюдения включала сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное (общеклинические анализы, липидный, углеводный обмен, ферменты), инструментальные (ЭКГ, ВЭМ-проба, ЭКГ-мониторирование, Эхо-КГ, коронароангиография) исследования, оценку психологического статуса, консультации офтальмолога.

Полученные результаты. Реабилитационные мероприятия: диета, ЛФК, медикаментозная терапия (кардиоселективные β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, нитраты, статины, антиагреганты) психологический тренинг и др. способствовали улучшению состояния больных, уменьшению ФК стенокардии напряжения. Так, I ФК стенокардии напряжения отмечался у 44 (16,2%), II ФК у 163 (60,1%), III ФК у 62 (22,9%) и IV ФК у 2 (0,8%) пациентов. Летальность составила 3 (1,1%).

Выводы. Оценка результатов 5-летнего диспансерного наблюдения больных ИБС после ангиопластики и стентирования коронарных артерий свидетельствует, что в результате комплексных реабилитационных мероприятий стабилизируется течение ИБС у большинства больных.

0649 РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ КУЛЯБА

Пулатов Р. К., Рахимов З. Я.

Ассоциация кардиологов Республики Таджикистан, ТИПМК, Душанбе, Таджикистан

Цель: Изучить эпидемиологическую ситуацию по сердечно-сосудистым заболеваниям и их факторам риска (ФР) в г. Кулябе Хатлонской области Республики Таджикистан в рамках реализации профилактической программы.

Методы: Для проведения одномоментного эпидемиологического исследования была сформирована репрезентативная выборка из числа взрослого населения (20–69 лет) г. Куляба (2000 человек). Каждый возрастной диапазон был представлен группой из 400 человек (по 200 мужчин и женщин), отобранных методом случайных чисел. Дизайн исследования был спланирован по методическим установкам ВОЗ, предложенным для эпидемиологических исследований открытой популяции с использованием критериев включения и исключения.

Результаты: Обнаружена высокая распространенность АГ как среди мужчин (16,2±0,4%), так и среди женщин (18,8±0,6%). В целом АГ в популяции была выявлена у 17,4% взрослой части населения. Скрининг на стенокардию обнаружил её у 7,9% мужчин и 6,4% женщин. При этом среди мужчин наиболее часто она выявлялась в возрастном диапазоне 45–54 лет (у 43,3% обследованных), а у женщин она имела своё максимальное выражение (41,8%) в старших возрастных группах. Среди лиц с верифицированным диагнозом АГ только 1/8 их часть знала о наличии у них этой болезни. Другие модифицируемые ФР распределились следующим образом: курильщиков сигарет и потребляющих бездымный табак было выявлено 28,6±0,3% (среди женщин—3,7±0,2%; мужчин—53,5±0,5%), употребляющих алкоголь—22,9±0,3% (среди женщин—6,7±0,6%, мужчин—85,3±0,6%), наличие высокого уровня хронического психо-эмоционального напряжения —54,5±0,4% в целом по популяции (среди женщин —52,6±0,5%, мужчин—47,4±0,5%); наличие ожирения или избыточной массы тела по оценке индекса Кетле—31,6±0,3% (среди мужчин—29,3±0,7%; у

женщин—33,8±0,8%), гиподинамия — 26,5±0,4% (среди женщин—25,6±0,6%; мужчин—27,2±0,6%). Высокий уровень выявляемости АГ был отмечен в возрастном диапазоне 55 лет и старше, тогда как избыточная масса тела — в возрасте 45–54 лет, а курение и гиподинамия уже в диапазоне 35–44 лет имели довольно высокие пиковые значения. Приверженность к употреблению алкоголя среди мужчин и её высокий стартовый уровень были отмечены уже в возрасте 20–24 лет. В старших возрастных группах отмечалось существенное снижение данной характеристики. Среди женщин был отмечен один пик в приверженности к алкоголю в возрастном диапазоне 25–34 лет. Далее отмечалось её прогрессивное снижение вплоть до регистрации единичных, статистически незначимых значений.

Выводы: Скрининговые исследования убедительно доказывают наличие высокой распространенности отдельных модифицируемых ФР в изучаемой популяции, как среди мужчин, (курение, употребление алкоголя, гиподинамия), так и среди женщин (хроническое психо-эмоциональное напряжение, АГ и избыточная масса тела). При этом выявляются не только существенные межполовые различия в их распространенности, но и связь их интенсивного показателя с возрастом.

0650 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Пучиньян Н.Ф., Фурман Н.В., Мухомтов В.В., Довгалецкий П.Я.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель. Оценить частоту развития атеротромботических осложнений у больных со стабильной стенокардией в зависимости от степени подавления агрегации тромбоцитов на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (АСК).

Методы исследования. В исследование включено 91 пациент, обратившихся в стационар со стенокардией напряжения II–III функциональных классов. Диагноз подтверждался по результатам тредмил-теста, данным коронароангиографии. С целью профилактики атеротромботических осложнений, всем пациентам в комплексной терапии было показано назначение АСК в дозе 125 мг/сутки. Всем пациентам проводился полный комплекс клинико-лабораторных исследований. У всех пациентов дополнительно производилась оценка функциональной активности тромбоцитов с помощью лазерного агрегометра. Оценивалось изменение способности тромбоцитов к агрегации на фоне приема АСК. В случае сохранения на фоне приема АСК суммирующего индекса агрегации тромбоцитов (при стимуляции 5 мкмоль/л АДФ) на уровне 50–70% констатировалась резистентность к АСК.

Развитие атеротромботических событий (сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда (ИМ), эпизоды нестабильной стенокардии (НС), инсульт) отслеживалось в течение 24–36 месяцев наблюдения.

Результаты. Частота резистентности к АСК, определенная на основе лабораторных методов, в данной выборке составила 22%.

Частота атеротромботических событий за период наблюдения составила в группе с резистентностью к АСК — 66% (из 21 человек у 14 отмечалось развитие ИМ или НС), в группе чувствительных к терапии АСК — 27% (из 70 человек у 19 ИМ или НС). Также резистентность к АСК была связана с большей частотой тромбоза установленных стентов или аорто-коронарных шунтов.

Выводы. Недостаточное ингибирование АСК агрегации тромбоцитов (резистентность к АСК) у больных стабильной стенокардией ассоциируется с увеличением в 2,45 раза риска развития атеротромботических осложнений и более высокой частотой тромбоза аорто-коронарных шунтов или стентов.

0651 ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Пушкарева О.В., Аникин В.В., Красенков В.Л.

ГОУ ВПО Тверская медицинская академия, Тверь; ФГУЗ ЦМСЧ-141 ФМБА, Удомля, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) оказывает большое влияние на структуру смертности и инвалидности среди лиц трудоспособного возраста. Кроме того, в России тревожность ситуации связана с низкой осведомленностью больных о наличии у них заболевания и неадекватностью терапии. Одним из наиболее перспективных способов повышения эффективности лечения больных АГ является внедрение образовательных программ в практику проводимых у них реабилитационных воздействий.

Цель работы: изучить влияние образовательных программ на динамику приверженности к лечению, изменения образа жизни у больных АГ, работающих на Калининской АЭС (г.Удомля).

Методом анкетирования обследовано 185 больных АГ трудоспособного возраста. Из них 125 человек прошло обучение в «Школе здоровья». 60 пациентов составили группу контроля. Всем больным исходно и через год наблюдения проведено полное клинико-диагностическое обследование, которое включало ЭКГ, ЭХО-КГ, СМ АД, определение уровня общего холестерина.

Образовательная программа «Школа здоровья» выполнялась согласно рекомендациям письма Минздрава России от 02.08.02 «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения» и предусматривала ежедневные 1,5-2 часовые занятия в течение 5 дней в группах по 7-10 человек. Кроме того, по результатам клинико-диагностического обследования в основной и контрольной группах проведен индивидуальный подбор гипотензивной терапии. В основной группе все пациенты были обучены методике измерения АД.

При анкетировании пациентов основной группы через год статистически достоверно выросла их информированность о целевых уровнях АД (с 55% до 86%) и таких факторах риска, как избыточное потребление соли (с 32,8% до 82%), курение (с 26% до 79%), злоупотребление алкоголем (с 38% до 81%), гиподинамия (с 45% до 87%), высокий уровень холестерина (с 40% до 74%). Повышение информированности, в свою очередь, привело к изменению образа жизни: 17% пациентов бросили курить, 28% больных, изменив характер питания и увеличив физические нагрузки, снизили массу тела, появилась тенденция к снижению холестерина. Значительно увеличилось число пациентов, ежедневно измеряющих АД (с 24% до 72%) и регулярно принимающих гипотензивные препараты (с 34,5% до 79%). Повысилось число больных, эффективно контролируемых АД (с 29% до 71%).

В контрольной группе эти изменения не были столь существенными.

Таким образом, обучение пациентов позволяет не только повысить приверженность к лечению, но и сформировать мотивацию к ведению здорового образа жизни. Это в свою очередь приводит к увеличению числа эффективно контролируемых АД больных и тем самым к снижению степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

0652 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Пьянков В.А., Чужова Ю.К.

МУЗ «Северная больница», МУЗ Городская больница №2, Киров, Россия

Цель: Оценить распространенность сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) и ассоциированных клинических состояний (АКС) у больных бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы: Обследованы госпитальные популяции больных БА (168 человек, средний возраст 48,8±15,4 лет, 26,8% мужчины, 73,2% женщины) и ХОБЛ (134 человека, средний возраст 64,0±10,2 лет, 100% мужчины). Всем пациентам проводились измерение артериального давления, антропометрических параметров (рост, вес, окружность талии и бедер), лабораторные анализы (холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, глюкоза крови) и инструментальные методы исследования (эхокардиография, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов и артерий нижних конечностей, велоэргометрический стресс-тест по показаниям).

Результаты: Артериальная гипертензия (АГ) была диагностирована у 61,9% пациентов с БА (стадия II у 47%, стадия III у 14,9%) и у 36,5% пациентов с ХОБЛ (стадия II у 27,6%, стадия III у 8,9%). Активными табакокурщиками были 100% пациентов с ХОБЛ и только 4,8% больных БА. Дислипидемия была выявлена у 29,8% больных БА и 12,7% больных ХОБЛ. Абдоминальное ожирение было выявлено у 33,3% больных БА и у 2,9% больных ХОБЛ. ИБС (инфаркт миокарда в анамнезе или стенокардия напряжения) были выявлены у 6,5% больных БА и 9,7% больных ХОБЛ. Симптомное поражение артерий нижних конечностей было выявлено у 5,4% больных БА и 2,2% больных ХОБЛ. Сахарный диабет был диагностирован у 6,5% больных БА и 2,2% больных ХОБЛ.

Выводы: Проведенное исследование показало высокую распространенность сердечно-сосудистых ФР и АКС в обследованных госпитальных популяциях больных ХОБЛ и БА. Диагностика и коррекция ФР, а также лечение АКС у больных ХОБЛ и БА позволит уменьшить число неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и улучшить прогноз для данной группы пациентов.

0653 ВЛИЯНИЕ ОКИСЛЕННОГО ФИБРИНОГЕНА НА ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИБС И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рагино Ю.И., Баум В.А., Полонская Я.В., Громов А.А., Баум С.Р., Никитин Ю.П.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Окислительный стресс, являясь патогенетическим компонентом сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, включая ИБС и инфаркт миокарда (ИМ), приводит к патологической окислительной модификации биологических молекул, в том числе белков.

Целью исследования было изучить взаимосвязь окисленомодифицированного фибриногена с нарушениями гемостаза, функции эндотелия и активностью процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при ИБС и остром ИМ.

Материалом исследования была плазма крови 87 мужчин в возрасте 35-65 лет. В группу пациентов с ИБС и острым ИМ, верифицированным по совокупности критериев, утвержденных Европейским обществом кардиологов и Американской коллегией кардиологов (2000г.), были включены 32 мужчины. Группу пациентов с ИБС и ИМ в анамнезе 6-12 месяцев составили 28 мужчин, контрольную группу — 27 мужчин без ИБС. В исследование не включались мужчины с сахарным диабетом. Между группами не было значимых различий по возрасту и по распространенности курения и артериальной гипертензии. Из показателей гемостаза в плазме оценивались лейкоцитарно-тромбоцитарная агрегация (ЛТА), параметры гемолизат-агрегационного теста, уровни фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), антитромбин III, активность Хагеман-зависимого фибринолиза (ХЗФ), ПТИ и МНО. Исследовали уровень продуктов ПОЛ в плазме по концентрации ТБК-реактивных продуктов, окисленные белки плазмы, окислительную модификацию фибриногена собственным методом (патент РФ). Из параметров эндотелиальной функции оценивали в плазме уровни метаболитов NO, фактора Виллебранда и эндотелина-1 методом ИФА.

Уровень фибриногена плазмы был одинаково повышен при ИБС и при ИМ в 1,1 раза ($p < 0,05$) в сравнении с контролем. С другой стороны, при остром ИМ окислительная модификация фибриногена была наиболее высока, выше в 1,3 раза ($p < 0,05$), чем при ИБС и в 1,5 раза ($p < 0,01$), чем в контроле без ИБС. Повышенный уровень окисленного фибриногена коррелировал с повышенными уровнями продуктов ПОЛ, фактора Виллебранда, продуктов деградации фибрина, с ускоренной ЛТА и сниженным уровнем метаболитов NO плазмы. Не обнаружено корреляционных связей окислительной модификации фибриногена с содержанием фибриногена и окисленных белков плазмы. Регрессионный анализ показал независимые ассоциации окислительной модификации фибриногена с ИМ, со скоростью ЛТА, активностью ХЗФ, уровнями РФМК, фактора Виллебранда и метаболитов NO.

Таким образом, повышенная окислительная модификация фибриногена является более значимой и характерной для острого ИМ, чем повышенная концентрация фибриногена плазмы. Выявлены независимые ассоциации окисленного фибриногена с инфарктом миокарда и с характерными для него тромбогенными и гиперкоагуляционными нарушениями гемостаза и функции эндотелия.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ № МД-539.2007.7.

0654 ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ

Рагино Ю.И.¹, Чернявский А.М.², Полонская Я.В.¹, Волков А.М.², Семаева Е.В.², Воевода М.И.¹

¹ ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; ² ФГУ ННИИПК Росздрава, Новосибирск, Россия

Пусковым механизмом тромбообразования на эндотелиальной поверхности атеросклеротического очага, приводящего к окклюзии артерии, ишемии и некрозу, является нарушение целостности эндотелия на участке изъязвления или деструкции покрышки нестабильной атеросклеротической бляшки.

Целью исследования было изучить изменения активности воспалительно-деструктивных процессов, влияющие на стадийное развитие атеросклеротического очага «неизменная ткань интимы-липидное пятно-бляшка стабильная молодая-бляшка с фиброзом/кальцинозом стабильная — бляшка нестабильная», оценить изменения в разных типах нестабильных бляшек.

Материалом исследования были образцы интимы/меди коронарных артерий, забранные во время выполнения энтертеректомии по интраоперационным показаниям в ходе операции аортокоронарного шунтирования у 23 мужчин с коронарным атеросклерозом. Гистологический анализ образцов проводился после окраски гематоксилин-эозином и Ван Гизон. Из 75 образцов неизменная ткань интимы была определена в 7 случаях, липидное пятно/полоска — в 8, атеросклеротическая бляшка стабильная молодая — в 14, бляшка с фиброзом/кальцинозом стабильная — в 26, бляшка нестабильная со склонностью к изъязвлению или разрыву — в 20. Были определены типы нестабильных бляшек: липидный — 5 образцов, воспалительно-эрозивный — 7 образцов, дистрофически-некротический — 8 образцов. После гомогенизации замороженных в жидком азоте образцов в них были определены: содержание белка по Лоури, уровни фактора некроза опухоли (ФНО- α), антагониста рецептора интерлейкина-1 (ИЛ-1-РА), ИЛ-6, ИЛ-8, С-реактивного протеина (СРП), матриксных металлопротеиназ (ММП-3, ММП-9), тканевого ингибитора металлопротеиназа (ТИМП-1).

В нестабильных атеросклеротических бляшках коронарных артерий выявленная воспалительная активность характеризовалась повышенными уровнями ИЛ-6, ИЛ-8 и СРП, но не ИЛ-1 и ФНО- α , уровни которых были повышены на более ранних стадиях формирования атеросклеротического очага. Деструктивная активность в виде сниженного уровня ТИМП-1 и повышенного уровня ММП-3 была отмечена в стабильных и нестабильных бляшках в сравнении с неизменной тканью интимы и липидными пятнами, в то время как повышенный уровень ММП-9 —

только в нестабильных бляшках. Повышенная воспалительная активность была выявлена в нестабильных бляшках воспалительно-эрозивного (сниженный ИЛ-1-РА и повышенный СРП) и липидного типа (повышенные ИЛ-6, ИЛ-8 и СРП), повышенная деструктивная активность — в бляшках дистрофически-некротического типа (повышенный ФНО- α и сниженный ТИМП-1). Различий в уровнях ММП-3 и ММП-9 между 3-мя типами нестабильных бляшек не было выявлено. Между параметрами воспалительных и деструктивных изменений в атеросклеротических очагах выявлены множественные корреляционные связи.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ № МД-539.2007.7.

0655 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ГОРОДЕ БИШКЕК

Раджапова З.Т., Джумагулова А.С., Полупанов А.Г.

НЦКТ имени академика Мирсаида Миррахимова, КРСУ, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить фармакоэпидемиологию гипотензивных препаратов (ГП) в условиях реальной практики.

Методы: проведен ретроспективный анализ 300 амбулаторных карт пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) за 2005 год, наблюдавшихся в трех центрах семейной медицины города Бишкек.

Результаты: в выборке 217 (72,3%) пациентов составили женщины, остальные 83 (27,7%) — мужчины ($p < 0,001$). Большинство (72,5%) пациентов были в возрасте старше 60 лет, средний возраст составил $66,2 \pm 9,9$ лет, максимальный — 84 года, минимальный — 37 лет. 71,1% пациентов были со II и III степенью АГ очень высокого риска. В клинической практике из ГП ингибиторы АПФ использовались в 45,0% случаев, антагонисты кальция (АК) — в 22,3%, бета-адреноблокаторы (БАБ) и диуретики — в 14,6% и 13,3% соответственно, комбинированные препараты — у 4,8% пациентов. Большинство (73,0%) пациентов получали комбинированную терапию. Из ингибиторов АПФ чаще использовались эналаприл (70%), реже — лизиноприл (18%), каптоприл (11%), моэксиприл (1%). Среди группы АК чаще назначались нифедипин-SR (51,1%), амлодипин (24,2%) и верапамил (22,3%), реже — верапамил-SR (0,6%), дилтиазем (1,2%) и нифедипин короткого действия (0,6%). Из группы БАБ чаще применялся атенолол (93,2%), реже — бисопролол (3%), карведилол (1,9%), пропранолол (1,9%). Из диуретиков чаще назначался гидрохлортиазид (79%), реже — спиронолактон (12%) и индапамид (9%). Из комбинированных препаратов в основном назначались комбинации ингибитора АПФ и диуретика (97%). У 94,3% пациентов применялись генерические ГП. Анализ приверженности врачей по дозам ГП показал, что врачи в большинстве случаев использовали рекомендуемые терапевтические дозы: эналаприл 10-20 мг/сут. (84%), лизиноприл 10-20 мг/сут. (65%), каптоприл 50-75 мг/сут. (54%), моэксиприл 7,5 мг/сут. (100%), атенолол 25-100 мг/сут. (96%), бисопролол 5 мг/сут. (67%), карведилол 12,5 мг/сут. (50%), нифедипин-SR 30-60 мг/сут. (66%), верапамил-SR 120 мг/сут. (100%), амлодипин 5-10 мг/сут. (94%), гидрохлортиазид 12,5-50 мг/сут. (96%), спиронолактон 25-50 мг/сут. (91,5%), индапамид 2,5 мг/сут. (100%). Нецелесообразные комбинации препаратов наблюдались в 2,7% случаев. Целевой уровень АД в соответствии с рекомендациями JNC VII был достигнут у 25,0% больных.

Выводы: в выборке основное количество пациентов составили женщины пожилого возраста с АГ очень высокого риска; из ГП чаще использовались ингибиторы АПФ, затем АК, БАБ и диуретики, реже — комбинированные препараты; отмечается недостаточный охват целевого уровня АД.

0656 ТРАНСДУКЦИЯ EX VIVO КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА МЫШИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ НА ОСНОВЕ ЛЕНТИВИРУСА HIV

Радюхина Н.В., Ильинская О.П., Власик Т.Н., Козлов А.В., Арефьева Т.И., Руткевич П.Н., Рыбалкин И.Н., Гурская Т.Х., Шевелев А.Я., Шишкина В.С., Тарарак Э.М.

РКНПК Росздрава, Москва, Россия; МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель. Создание оптимальной системы трансдукции гемопоэтических клеток-предшественников генетической конструкции, полученной на основе лентивируса человеческого иммунодефицита HIV ex vivo.

Методы. Объект исследования: мыши-гибриды первого поколения CBAx C57/B16.

Из клеток костного мозга мыши, методом магнитной сепарации, выделена субпопуляция, обогащенная гемопоэтическими клетками-предшественниками с фенотипом Lin-c-Kit+ (LK). Последняя охарактеризована с помощью анализа клеток, предварительно окрашенных антителами против антигенов c-Kit, Sca-1 и CD34 (BD), на поточном цитофлуориметре. LK-клетки in vitro инкубировали в течение 24 часов с псевдовиральными частицами, полученными на основе вируса человеческого иммунодефицита (HIV), содержащими ген красного флуоресцентного белка dsRed под промотором вируса мышиных стволовых клеток (MSCV). После трансдукции клетки культивировали в течение недели, а затем проводили анализ экспрессии в них dsRed методом поточной цитофлуориметрии. Для получения селезеночных колоний самок мышей подвергали летальной дозе облучения. После этого им вводили по 3x10⁴ трансдуцированных LK-клеток самцов. Через 10 дней часть селезенки химерных животных использовали для морфологического анализа. Из другой части изолировали отдельные колонии и проводили FACS-анализ экспрессии dsRed клетками колоний. Анализ ДНК клеток отдельных колоний на присутствие Y-хромосомного маркера и фрагмента генома выстроившегося провируса проводили с помощью ПЦР. Для длительного восстановления кровотока в селезенке облученным самкам внутривенно вводили по 2x10⁵ трансдуцированных LK-клеток самцов. Через 1 и 4 месяца проводили анализ клеток костного мозга химерных животных методом цитофлуориметрии в потоке.

Результаты. Через неделю после трансдукции 21% культивируемых клеток экспрессировали dsRed. Морфологический анализ показал, что полученные селезеночные колонии были недифференцированного типа. Клетки большинства колоний экспрессировали dsRed. Внутри отдельных колоний количество флуоресцирующих клеток варьировало от 0,5 до 78%. ДНК клеток всех селезеночных колоний химерных животных содержала Y-хромосомный маркер, а ДНК клеток большинства колоний — фрагмент встроенного провируса. Анализ клеток костного мозга химерных животных показал, что через месяц после введения LK-клеток 3% клеток, а через 4 месяца — 1,5% клеток экспрессировали dsRed.

Выводы. Генетическая конструкция, созданная на основе лентивируса HIV, способна стабильно и эффективно трансдуцировать гемопоэтические предшественники с фенотипом Lin-c-Kit+ in vitro и ex vivo. LK-клетки, содержащие трансген, способны образовывать полноценные, селезеночные колонии морфологически недифференцированного типа in vivo. Исследование поддержано Роснаукой, Гос. Контракты №02.445.11.7486 и №02.512.11.2049.

0657 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ

Рассказова О.В.; Закирова А.Н.

ГОУ ВПО «Башкирский Государственный Медицинский Университет», Уфа, Россия

Цель: Оценка влияния карведилола на показатели внутрисердечной гемодинамики, функциональное состояние эндотелия у больных хронической

сердечной недостаточностью с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: Обследовано 73 больных хронической

сердечной недостаточностью (ХСН) I-III ФК с метаболическим синдромом (МС). Больные рандомизированы в две группы:

I группа составили 36 больных, которые получали карведилол (акридиллол ОАО «Акрихин») в дополнение к базисной терапии.

Во II группу вошли 37 больных, получавших метопролол (эгилок «Эгис»). Длительность лечения составила 24 недели. В работе использовали тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ); определение индекса массы тела (ИМТ); состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали методом Эхокардиографии с определением конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ); в динамике изучали уровень гликемии натощак, постпрандиальную гликемию; о состоянии функции эндотелия судили по эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД), уровень эндотелина-1 (ЭТ-1).

Результаты исследования: при длительной терапии [3-блокаторами на фоне базисной терапии отмечена положительная динамика клинического состояния больных, улучшилось качество жизни больных, увеличилась дистанция лз ТШХ более значимо у больных получавших карведилол по сравнению с данными пациентами из II группы (43,2; 25,7% p<0,05). В группе карведилола выявлена тенденция к снижению уровня гликемии натощак и постпрандиальной гликемии (9,9; 6,7%); установлено положительное влияние на липидный спектр; выявлена тенденция к снижению уровня исходно повышенных показателей триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности. Одновременно при применении карведилола произошло снижение ИМТ на 18,7%. В то же время длительный прием метопролола не приводил к улучшению липидного и углеводного обмена. На фоне приема карведилола отмечено уменьшение показателей КДР, КСР (6,7; 5,2%); повысилась ФВЛЖ на 20,1%; ММЛЖ в группе приема карведилола уменьшилась на 14,49%. Изменения внутрисердечной гемодинамики при использовании метопролола не являлись значимыми. Установлено существенное влияние карведилола на функцию эндотелия: ЭТ-1 снизился на 16,8%; ЭЗВД плечевой артерии повысилась на 34,2%. Метопролол не влиял на эндотелиальную функцию.

Выводы: Установлено, что длительная терапия карведилолом больных ХСН I -III ФК с метаболическим синдромом улучшает качество жизни больных, благоприятно влияет на углеводный, липидный обмен, улучшает показатели внутрисердечной гемодинамики и благоприятно влияет на функцию эндотелия.

0658 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ КОМИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА В СРАВНЕНИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ РЕГИСТРАМИ

Рауш Т.А., Палаткина Т.И., Ильиных Е.И., Овечкин А.О.**

ГУ РК Кардиологический диспансер; *Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Сыктывкар, Россия; **Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар, Россия

Цель: оценить степень выполнения рекомендации по ведению больных инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в условиях реальной клинической практики.

Методы: проанализирована база данных 1432 пациентов с ОКС (нестабильной стенокардией и ИМ), находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии №1 Коми Республиканского кардиологического диспансера в 2006 году. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST при поступлении был диагностирован у 247 пациентов (17% от всех ОКС и 46% от всех инфарктов).

Результаты: тромболитическая терапия проводилась 97 пациентам (39% от всех случаев ИМ с подъемом сегмента ST), в регистре GRACE — в 49% случаев. Догоспитальный тромболитизис проводился в 25% случаев. При проведении догоспитального тромболитизиса медиана времени от начала инфаркта до введения тромболитика составила 120 мин, при госпитальном тромболитизисе — 155 мин (p=0,006). Первичная ангиопластика не проводи-

лась. Спасительная ангиопластика была проведена 6 пациентам после неэффективного тромболитического лечения. В регистре GRACE первичная ангиопластика проводилась в 25% случаев ИМ. Аспирин, бета-блокаторы и ИАПФ назначались в 98, 86 и 86% случаев, соответственно. Частота назначения аспирина, бета-блокаторов и ИАПФ по данным регистра GRACE составила 98,6, 93,1 и 73%. Использование статинов в госпитальном периоде было низким и составило всего 8%, при выписке статины рекомендовались 87% пациентам. Частота использования статинов в госпитальном периоде ИМ по данным регистра GRACE — 58%. Нитраты назначались в госпитальном периоде в 50% случаев, в Российском регистре — в 84% случаев, в международном регистре EHS ACS — в 50,6%. Коронарография проводилась в 53% случаев, в Российском регистре — в 3%, в регистре GRACE — в 60%. Ангиопластика была проведена в 16% случаев, в Российском регистре — в 2%, в регистре GRACE — в 22%.

Выводы: ведение пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST в условиях Коми Республиканского кардиодиспансера по таким показателям, как частота использования тромболитического лечения и назначения базисной терапии (аспирин, бета-блокатор, ИАПФ) приближается к данным международного регистра GRACE. Проведение догоспитального тромболитического лечения более, чем на 30 мин уменьшает время задержки до начала введения тромболитика. Использование статинов в госпитальном периоде ИМ остается крайне низким, что требует поиска ресурсов для возможности обеспечения статинами пациентов с ИМ в стационаре. Частота использования инвазивного лечения ИМ приближалась к данным регистра GRACE. Отсутствие возможности проведения первичной ангиопластики пациентам с ИМ в условиях кардиодиспансера также требует пересмотра существующей практики.

0659 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Рауш Т.А., Палаткина Т.И., Ильиных Е.И.*, Овечкин А.О.**

ГУ РК Кардиологический диспансер; *Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Сыктывкар, Россия; **Институт физиологии Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар, Россия

Цель: сравнение течения инфаркта миокарда (ИМ) и используемых методов лечения у пациентов среднего возраста и пожилых пациентов.

Методы: проанализирована база данных 531 пациента с ИМ, лечившихся в отделении неотложной кардиологии №1 Кардиологического диспансера в 2006 году. В первую группу вошло 252 пациента моложе 65 лет, во вторую группу 279 пациентов 65 лет и старше. Различия по качественным признакам оценивали по критерию χ^2 , по количественным — по критерию Манна-Уитни.

Результаты: в группе пожилых пациентов с ИМ отмечалось преобладание женщин (157 из 279) по сравнению с пациентами среднего возраста (95 из 252), $p < 0,05$. Группы не различались по времени задержки от начала симптомов ИМ до госпитализации, при этом только 50,1% пациентов поступили в течение первых 6 часов. Показатель госпитальной смертности у пожилых пациентов был в 3 раза выше, чем у пациентов среднего возраста (13 и 4% соответственно, $p < 0,01$). Течение ИМ у пожилых больных характеризовалось большей частотой ОЛЖН: 22 (8,7%) пациента среднего возраста и 66 (23,6%) пациентов пожилого возраста ($p < 0,01$). Разрывы миокарда в 4 раза развивались чаще у пожилых больных (9 и 2 случая), но из-за небольшого числа наблюдений различия не достигли статистической значимости ($p = 0,09$). Частота других осложнений была сопоставима. Тромболитическая терапия была проведена 53 пациентам среднего возраста (в 44% от всех случаев ИМ с подъемом сегмента ST) и 44 пациентам пожилого возраста (34%) ($p > 0,05$). Время от начала симптомов инфаркта до введения тромболитика в группе пожилых пациентов оказалось больше (медиана — 160 мин), чем у пациентов среднего возраста (медиана — 140 мин), $p < 0,05$. Тяжелых геморрагических осложнений не было ни в одной возрастной группе. Назначение аспирина, бета-блокаторов и ИАПФ было высоким: 99,6, 95,2 и 95,2% соответственно у пациентов среднего возраста и 97,8, 83,5 и 86,4% у пожилых пациентов. Использование статинов в госпитальном периоде было низким и у

молодых (5%) и у пожилых (3%) пациентов. Коронарография была проведена у 6% пожилых пациентов и в 45% у пациентов среднего возраста ($p < 0,05$). Ангиопластика и стентирование были выполнены у 5 (1,8%) пациентов пожилого возраста и 36 (14,3%) пациентам среднего возраста ($p < 0,05$).

Выводы: течение госпитального периода ИМ у пожилых пациентов характеризуется большей частотой развития ОЛЖН и разрывов миокарда. Показатели госпитальной смертности у пожилых пациентов в 3 раза выше, чем у пациентов среднего возраста. Частота использования тромболитической терапии у пожилых пациентов была сопоставима с группой пациентов среднего возраста при большем времени задержки до начала введения тромболитика. Базисная лекарственная терапия ИМ аспирином, бета-блокаторами и ИАПФ проводилась в полном объеме, не зависимо от возраста пациентов при меньшем использовании инвазивного лечения у пожилых пациентов.

0660 АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Рахимов З. Я.

Ассоциация кардиологов Республики Таджикистан, ТИППМК, Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить вклад национальных руководств клинической практики (РКП), основанных на принципах доказательной медицины (ЕВМ), на качество оказания помощи больным с кардиоваскулярной патологией на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) Республики Таджикистан (РТ).

Методы: на основе скрининговых исследований ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) изучена динамика их распространенности. Осуществлен анализ официально опубликованных статистических показателей по первичной заболеваемости. С помощью инструмента AGREE осуществлена оценка существующих РКП по АГ, стабильной стенокардии и атеросклерозу. Начато внедрение вновь пересмотренных РКП на уровне ПМСП в отдельных пилотных районах Республиканского Подчинения. Одновременно осуществляется реализация образовательной программы по ЕВМ и рациональному использованию основных лекарственных средств применительно к новым протоколам лечения.

Результаты: ежегодными скрининговыми исследованиями и мониторингом факторов риска ИБС доказано, что в отдельных регионах РТ продолжается рост как первичной заболеваемости, так и распространенности АГ, ИБС, а также их ведущих факторов риска. Так, если в 2003 году в РТ показатель распространенности ИБС составил в расчете на 100000 взрослого населения 905,4, то в 2004-ом году этот показатель уже составил 939,8, а в 2006-ом — 998,4. При этом особенно высокими в эти же годы были показатели по стенокардии напряжения: 11416, 11950 и 13466 зарегистрированных новых случаев соответственно. В то же время количество зарегистрированных больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) снизилось с 1656 (2004г) до 1407 (2006г), что указывает на имеющиеся успехи в ранней диагностике и лечении «промежуточных» форм ИБС, прежде всего, на уровне ПМСП. Повысился также показатель «эффективности/стоимость» лечения больных с ОКС, метаболическим синдромом и безболевой ишемией миокарда при методологической и финансовой поддержке министерства здравоохранения РТ, ВОЗ, Фармацевтов Без Границ (Гуманитарный Офис Европейского Союза), Проекта ЗдравПлюс (USAID), института семейной медицины и др. Благодаря методологической и гуманитарной помощи международных организаций на уровне госпитальной службы внедряются новые технологии по эндоваскулярным вмешательствам, а также современные клинические рекомендации по неотложной кардиологии.

Выводы: успешное внедрение ЕВМ в клиническую практику через реализацию образовательной программы способствует совершенствованию РКП, прежде всего на уровне ПМСП, повышает качество лечебно-профилактической деятельности практикующих врачей, а также оптимизирует конечные результаты лечения и

профилактики наиболее проблемных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

0661 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ

Рахматуллоев Ф. К., Беляева Ю. Б., Бибарсова А. М.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность кордарона по предупреждению пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ИБС в сочетании с эутиреоидным зобом.

Методы исследования. Обследованы 36 больных с частыми ПФП на фоне сочетания ИБС с эутиреоидным зобом. Возраст больных составил в среднем $47,2 \pm 4,6$ года. Длительность аритмического анамнеза колебалась от 4 до 7 лет. Всем больным проводились ЭКГ, эхокардиография, чреспищеводная электрокардиостимуляция, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов крови. Для предупреждения пароксизмов ПФП больным назначался кордарон в первые 10 дней по 600 мг/сут, вторые 10 дней — по 400 мг/сут, в последующем поддерживающая доза препарата составила 200–400 мг/сут пять дней в неделю. С целью своевременного выявления структурных и функциональных расстройств щитовидной железы на фоне лечения кордароном один раз в три месяца проводилось УЗИ щитовидной железы и определялся уровень тиреоидных гормонов.

Результаты. У 21 (58,3%) пациента на фоне лечения кордароном в течение в среднем $22,5 \pm 6,4$ месяца структурные изменения щитовидной железы не прогрессировали и наблюдалась хорошая антиаритмическая эффективность кордарона. У 15 (41,7%) больных развивалась рефрактерность пароксизмов аритмии к кордарону. У 3 из них (8,3%) — на фоне синусовой брадикардии, при отсутствии отрицательной динамики со стороны щитовидной железы. Уменьшение дозы кордарона до 100 мг в сутки и его комбинация с аллапирином позволили добиться антиаритмического эффекта. У 7 (19,4%) пациентов увеличение объема щитовидной железы в среднем на 23,8% ($p < 0,05$), сопровождалось рефрактерностью ПФП к кордарону. После уменьшения дозы кордарона до 100 мг в сутки и его комбинации с аллапирином в среднем через 6 месяцев достигнуто восстановление объема щитовидной железы и чувствительности ПФП к кордарону. У 5 (13,8%) пациентов лечение кордароном в среднем через $11,1 \pm 2,4$ месяца привело не только к увеличению объема щитовидной железы, в среднем на 26,2% ($p < 0,05$), но и к развитию субклинической дисфункции щитовидной железы. У двух больных диагностирован субклинический тиреотоксикоз, у трех — субклинический гипотиреоз, на фоне которых наблюдалась рефрактерность пароксизмов аритмии к кордарону. Следует отметить, что у всех больных отсутствовали клинические проявления нарушения функции щитовидной железы. Учитывая нарушение функции щитовидной железы, кордарон был отменен.

Вывод. Кордарон обладает сравнительно высокой антиаритмической эффективностью по предупреждению пароксизмов фибрилляции предсердий независимо от наличия у больного эутиреоидного зоба, однако требует исследования структурно-функциональных показателей щитовидной железы до назначения препарата и на фоне проводимой терапии, особенно у пациентов, проживающих в зонах йододефицита.

0662 ОБ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛАПИРИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Рахмонов Т. Ш., Пирназаров М. М.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Лечение нарушения ритма сердца (НРС) в ранних стадиях острого инфаркта миокарда (ОИМ) представляет значительные сложности. Активная терапия антиаритмическими препаратами (ААП) не принята, используется выжидательная тактика. Однако у части больных, при появлении желудочковых НРС высоких градаций необходимости в антиаритмической терапии (ААТ) возникает. В исследованиях, проведенных в республике, была показана высокая антиаритмическая эффективность (ААЭ) ААП аллапинина (А.) у больных в острой стадии ОИМ. Представлялось важным изучить ААЭ и безопасность применения аллапинина в сочетании с бета-адреноблокаторами (БАБ) в острой стадии ОИМ.

Цель: Изучение структуры НРС, ААЭ и безопасности применения А у больных ОИМ на фоне современного стандарта лечения, включающего бета-адреноблокаторы (БАБ).

Материал и методы: Обследовано 106 больных (72,6% мужчин и 27,4% женщин), госпитализированных в реанимационное отделение в первые 48 часа ОИМ. Средний возраст больных составил $56,9 \pm 10,9$ лет. Случайным образом больные разделены на 2 группы: 1-группа на фоне базисной терапии, включающей антиагреганты, БАБ-бисопролол, статины, антикоагулянты, ингибиторы АПФ, принимали А. в дозе 75–150 мг/сутки. Больные 2-группы принимали базисную терапию. Средняя доза бисопролола составила $4,3 \pm 2,2$ против $4,1 \pm 1,5$ мг/сут в 1- и 2-й группах соответственно ($p > 0,05$). По клиническим характеристикам группы достоверно не отличались. Всем больным в течение первых 3 суток проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Результаты: Частота регистрации желудочковой экстрасистолы (ЖЭ) была в 1,6 раз ($p = 0,029$), а с ЖЭ высоких градаций (ЖЭВГ) в 4,4 раза достоверно ($p = 0,001$) больше во 2-й группе: 31,0% против 7,1%. Частота ЖЭ IVA класса составила $0,025 \pm 0,11$ против $0,45 \pm 1,65$ комп/час, а частота ЖЭ IVB класса составила $0,008 \pm 0,05$ против $0,42 \pm 1,52$ комп/час в 1- и 2-группах соответственно ($p < 0,05$). 1-сутки ОИМ характеризовались большей частотой ЖЭ: $5,78 \pm 12,04$ против $34,45 \pm 69,8$ комп/час в 1- и 2-группах. При этом количество больных с ЖЭ было в 1,5 раза (56% vs 83%), а количество больных с ЖЭВГ в 4 раза достоверно ($p = 0,001$) меньше (15% vs 62%) в 1-группе в сравнении с 2-й. Анализ регистрации суправентрикулярных нарушений ритма сердца (СВНРС) в 1-сутки ОИМ показал: частота СВНРС и пароксизмальных СВНРС в 1-группе была достоверно меньше ($p < 0,05$), в сравнении с 2-й. Из побочных эффектов А отмечалась сухость во рту у 4 (7,8%) больных против 2 (3,6%) и головокружение у 3 (5,9%) против 1 (1,8%) в 1- и 2-группах соответственно ($p > 0,05$). Осложнений, требующих отмены препарата на фоне приема А, не было.

Заключение: Дополнительное включение А к стандартной терапии достоверно уменьшает частоту ЖЭ, в том числе ЖЭВГ, и СВНРС. При этом А не вызывает увеличения частоты побочных эффектов, требующих отмены препарата.

0663 ХАРАКТЕР ЛИПИДНОГО СПЕКТРА БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА

Рашид М. А., Карпова Н. Ю., Ядров М. Е., Шостак Н. А., Быкова А. Ю.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А. И. Нестерова ГОУ ВПО «Российский Государственный медицинский университет» Росздрава, Москва, Россия

Цель: Изучить особенности липидного спектра у больных аортальным стенозом в пожилом возрасте.

Методы: Обследовано 59 больных кальцинированным аортальным стенозом дегенеративного генеза (КАСДГ), включая его раннюю стадию — аортальный склероз (центральное фокальное уплотнение и утолщение створок клапана аорты без гемодинамической обструкции), и 50 пациентов контрольной группы, сопоставимых по полу и возрасту, у которых отсутствовали изменения клапана по данным дуплексного эхокардиографического исследования. Изучалась концентрация 6 параметров липидного спектра: общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), липопротеин (а) (ЛПА), с расчетом в последующем индекса атерогенности (ИА).

Результаты: Сравнение абсолютных значений липидов в группах КАСДГ и контроле достоверных различий не выявило. В обеих группах основными типами дислипидемий (ДЛ) явились Па и Пб по Фридрихсену. Частота ДЛ была достоверно выше в контроле (92,0% и 59,3%; $p=0,0001$), за счет ДЛ Па (68,0% и 33,9%; $p=0,0005$). В группе КАСДГ ДЛ Па в структуре всех дислипидемий составила 57,1%, а ДЛ Пб 42,9%; для больных контрольной группы — 73,9% и 26,1% соответственно. Избыточная масса тела, определяемая значениями индекса массы тела (ИМТ) более 25, отмечена у 67,8% больных основной и 71,5% контрольной групп ($p=0,08$), однако факт ее наличия, а также возраст не влияли на значения липидов. В группе КАСДГ отмечено повышение значений ОХ в 59,3%, ТГ — 39,0%, ХС ЛПНП — 64,4%, ЛПА — 54,3%, ИА — 69,5%, а также снижение концентрации ХС ЛПВП в 50,9% случаев. Сравнение групп аортального склероза ($n=14$), аортального стеноза ($n=45$) и контроля ($n=50$) выявило достоверно большие значения атерогенных фракций (ОХ, ХС ЛПНП, ТГ и ИА) в первой группе, что сочеталось с максимальной концентрацией случаев артериальной гипертензии, перенесенных инфарктов миокарда и ОНМК.

Выводы: полученные данные не позволяют считать дислипидемии обязательным признаком аортального стеноза в пожилом возрасте, но позволяют рассматривать возможность назначения липидоснижающей терапии на ранней стадии аортального порока.

0664 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ревенко В., Гриб Л., Оксиор В., Даскал Ж.

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Н. Тестемицану», Кишинёв, Молдова

Цель: Определение метаболических изменений у больных с артериальной гипертензией и ожирением.

Методы: В исследование были включены 119 больных в возрасте от 30 до 65 лет (средний возраст $49 \pm 0,6$ лет). Из обследованных 52 (43,7%) составили мужчины и 67 (56,3%) — женщины. Критерием включения в исследование послужило артериальная гипертензия (АД) I-II степени и ожирение. Критерием исключения были случаи тяжелой артериальной гипертензии, нормальная масса тела, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность III-IV степени, аритмии. Мы определили индекс массы тела и окружность талии. Показателем абдоминального ожирения послужило окружность талии ≥ 102 см у мужчин и ≥ 88 см у женщин. Изменения углеводного спектра оценивались в соответствии с рекомендациями ВОЗ 1999 года.

Результаты обследования: Комплексное обследование больных показало, что артериальная гипертензия I степени была выявлена у 10,1% и II степени — у 89,9% больных. Систолическое артериальное давление составило $156 \pm 0,9$ мм рт.ст., диастолическое артериальное давление — $94,8 \pm 0,6$ мм рт.ст., частота сердечных сокращений — $77,8 \pm 0,65$ у/мин. По данным индекса массы тела повышенная масса тела была обнаружена у 12 (10,1%) больных, ожирением I степени страдало 43 (36,1%) больных, II степени — 40 (33,6%) больных, III степени — 24 (20,2%) больных. Отмечалась высокая частота ожирения абдоминального типа, выражающаяся более высокими уровнями объема талии у больных с инсулинорезистентностью (у мужчин $117,3 \pm 1,7$ vs $99,8 \pm 0,3$; $p < 0,001$, у женщин $111,3 \pm 2,56$ vs $86,7 \pm 1,33$; $p < 0,001$). Комплексная оценка больных, установила что группа неоднородна: у 52,9% выявлена инсулинорезистентность (22,7% — сахарный диабет II типа, 12,6% — нарушение толерантности к глюкозе, 17,6% — гиперинсулинемия), у 47,1% не отмечались изменения углеводного спектра. Установлено что у больных гипертонической болезнью и ожирением инсулинорезистентность ассоциируется чаще с дислипидемией, проявляющейся снижением HDL — холестерина ($0,7 \pm 0,05$ vs $1,0 \pm 0,05$; $p < 0,001$), увеличением LDL — холестерина ($4,4 \pm 0,1$ vs $3,9 \pm 0,1$; $p < 0,05$) и триглицеридов ($2,7 \pm 0,1$ vs $1,8 \pm 0,1$; $p < 0,001$).

Выводы:

1. Комплексная оценка установила неоднородность группы больных с артериальной гипертензией в сочетании с ожирением: у 52,9% выявлена инсулинорезистентность (22,7% — сахарный диабет II типа, 12,6% — нарушение толерантности к глюкозе,

17,6% — гиперинсулинемия), и у 47,1% не отмечались изменения углеводного спектра.

2. Анализ липидного спектра выявил снижение HDL — холестерина увеличение LDL — холестерина и триглицеридов.

0665 ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Резник И.И., Кисляк С.В., Идов Э.М., Зайцева Л.Н., Беликов Е.С.

Областная клиническая больница № 1, Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель. Проследить эволюцию клинического течения первичного и вторичного инфекционного эндокардита (ИЭ) за 32-летний период (1975 — 2006 гг.).

Методы. Проанализировано 1004 случая ИЭ (722 — клинический материал, 282 — аутопсийный).

Результаты. По клиническим наблюдениям первичный ИЭ диагностирован в 70-80-е годы у 28,7%, в 90-е — у 38,2%, в 2000-е у 43,3%. По результатам аутопсий — первичный ИЭ в 80-е годы в 45% случаев, в 90-е — у 44%, в 2000-е в 46,8%.

В этиологии первичного ИЭ лидирующим остается золотистый стафилококк, доля которого в 70-80-е годы составила 46,8%, в 90-е — 48%, а в 2000-е — 51,2%. Далее следует эпидермальный стафилококк, соответственно — 19%, 31% и 26,4% и на третьем месте — грамотрицательная флора — 6,5%, 14%, 17,2%. Доля стрептококка снизилась с 27,7% до 5,2%. При вторичном ИЭ основной патогенный агент — эпидермальный стафилококк: в 70-80-е годы у 59,7%, в 90-е у 61% и в 2000-е у 57,8%, на втором месте грамотрицательная флора, соответственно у 14,7%, 22,5%, 27,5%, и на третьем месте — золотистый стафилококк (18,6%, 11%, 10,6% соответственно). В 90-е и 2000-е годы стали регистрироваться бактериально-грибковые ассоциации, чего не наблюдалось в 70-80-е.

При вторичном ИЭ отмечено достоверное уменьшение ИЭ на ревматической основе (с 80% в 80-е годы до 51,5% в 2000-е), увеличилась роль врожденных пороков сердца (с 10,2% до 19,3%), среди них 72% (!) — это двустворчатый аортальный клапан. Увеличилось также число больных с пролапсом митрального клапана (с 10,7% до 17,3%).

Тромбозамболии (ТЭ) были выявлены у 80% пациентов в 70-80-е годы, в 63% в 90-е, и в 52,4% в 2000-е. В 90-е годы преобладающей мишенью ТЭ были почки и селезенка, а в 2000-е увеличилась частота ТЭ в жизненно важные органы, в частности в головной мозг. В 2000-е годы отмечен двукратный рост числа пиемических очагов в селезенке и трехкратный — в головном мозге.

Выводы. За последние 2 десятилетия выявлен достоверный рост первичного ИЭ, при котором ведущей микрофлорой остается золотистый стафилококк, в то время как при вторичном лидирует эпидермальный. При обеих формах ИЭ наблюдается отчетливый рост грамотрицательной флоры и остается низким удельный вес стрептококка. В структуре фоновых состояний вторичного ИЭ отмечается уменьшение доли ревматических пороков, нарастание частоты двустворчатого аортального клапана и пролапса митрального клапана. Регистрируется изменение структуры ТЭ синдрома с увеличением частоты ТЭ в жизненно важные органы. Отмечается рост числа пиемических очагов во внутренних органах.

0666 ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Репина Е.А.

ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия

Цель: оценка эффективности симвастатина и некоторых производных аминокислотазола как соединений коррекции нарушений липидного обмена при аллоксановом сахарном диабете (СД) и экзогенной гиперхолестеринемии (ЭГ).

Материалы и методы: исследование проводилось на 78 белых нелинейных крысах массой 200 ± 20 г. СД моделировался внутриб-

ружинным введением аллоксана в дозе 135 мг/кг, ЭГ введением рег ос суспензии холестерина в дозе 40мг/кг. Контрольные животные 14 дней получали симvastатин в дозе 1 мг/кг. Экспериментальным животным одновременно с симvastатином в/м вводили про-изводные аминбензотиазола под лабораторными шифрами ЭАБТИ, ГАБТИ 3 и ГАБТИ 5 в дозах 25 и 50мг/кг. В сыроворотке крови исследовали: гликемию, содержание общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), β -липопротеидов (β -ЛП), холестерина липо-протеидов высокой плотности (ХС ЛПВП).

Результаты: Моделируемая патология способствовала разви-тию выраженной гликемии (с $5,42 \pm 0,1$ ммоль/л до $21,0 \pm 0,4$ ммоль/л). Комбинация симvastатина с ЭАБТИ в изучен-ных дозах способствовала достоверному снижению степени глике-мии на 43,7% и 54,2% соответственно, а ГАБТИ-3 и ГАБТИ-5 в изу-ченных дозах снижению гликемии на 52,9% и 51,3%; и 56,9% и 48,6% соответственно в сравнении с уровнем серии контроля.

Введение ЭАБТИ, ГАБТИ 3 и ГАБТИ 5 потенцировало гипопо-липидемический эффект симvastатина. Так, уровень ОХ в группе контроля составил $1,73 \pm 0,12$ ммоль/л, сочетание с ЭАБТИ в дозах 25 и 50 мг/кг способствовало снижению данного показателя до зна-чений $1,0 \pm 0,1$ ммоль/л и $1,15 \pm 0,3$ ммоль/л, т.е. на 33,5% и 42,2% соответственно; также отмечалось снижение уровня β -ЛП на 30,8% и 65,1% соответственно. В условиях моделируемой патологии за-фиксирован рост уровня ТГ на фоне снижения содержания антиа-терогенной фракции ХС ЛПВП. На фоне введения симvastатина уровень данных показателей составил $1,17 \pm 0,6$ ммоль/л и $0,28 \pm 0,01$ ммоль/л соответственно, которые отличались от значе-ний контроля, но не достигли уровня интактных животных. Введе-ние ЭАБТИ в большей степени корригировало возникшие нару-шения, уровень ТГ снижался на 31,8% и 58,2% на фоне роста уров-ня ХС ЛПВП на 21,4% и 82,1% соответственно. Уровень ОХ в груп-пе животных получающих ГАБТИ- 3 и ГАБТИ- 5 в изученных до-зах снижался на 27,2%, 34,7% и 32,7%, 33,5% соответственно, отно-сительно уровня серии контроля. Введение ГАБТИ 3 в дозах 25 и 50 мг/кг способствовало снижению уровня ТГ на 58,1% и 55,6%, а ГАБТИ 5 в тех же дозах на 40,2% и 45,3% соответственно значений группы контроля. Уровень β -ЛП на фоне введения ГАБТИ 3 в до-зах 25 и 50 мг/кг снизился на 45,2% и 37,56%, а в группе ГАБТИ 5 в тех же дозах на 46,6% и 36% соответственно. Уровень ХС ЛПВП на фоне введения ГАБТИ 3 в изучаемых дозах возрос на 92,8% и 64,3%, а в группе животных получающих ГАБТИ 5 в тех же дозах на 75% и 125% соответственно.

Выводы: Таким образом, комбинация с симvastатином препа-ратов с антиоксидантным типом действия способствует потенци-рованию гипополипидемического эффекта симvastатина и более полной коррекции, возникающих обменных нарушений при СД.

0667 ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Рехтина Л.В., Дьячкова-Рехтина Н.Н.

Санаторий «Белокуриха», Белокуриха, Алтайский край, Рос-сия

С целью оптимизации послеоперационной реабилитации больных ИБС обследовано в динамике 210 мужчин в возрасте от 41 до 58 лет (средний возраст $46,5 \pm 2,7$ года), поступивших в санаторий на 8-14-ый день после операции (в среднем через $11,9 \pm 3,1$ дня).. В дооперационном периоде 124 больных (59,2%) имели стенокардию напряжения II ФК, 45 (21,1%) — III ФК, 4 (1,9%) — IV ФК, нестабильную стенокардию — 37 (17,8%). Ин-фаркт миокарда в анамнезе с зубцом Q имели — 82 (39,1%) чел., без зубца Q — 24 (11,4%) чел. В исследование не включались больные, перенесшие острый ИМ. Операция баллонной анги-опластики была выполнена 142 (67,6%) пациентам, один стент установлен 45 (21,5%), два стента и более — 23 (11,0%) больным. Программа обследования больных включала клинико-функ-циональные, лабораторные и психологические методы. В связи с тем, что группа больных не является однородной, возникает не-обходимость разделения пациентов на подгруппы с учетом ос-новных синдромно-патогенетических вариантов течения забо-

левания в послеоперационном периоде с целью оптимального распределения их по вариантам реабилитационной программы. 15,9% больным, имеющим сниженную ТФН, сохраняющуюся стенокардию в послеоперационном периоде, сниженный коро-нарный резерв в дополнение к традиционной программе реби-литации назначался курс велотренировок по индивидуальной программе (мощность нагрузок 75-50% от пороговой). Именно при такой реабилитации отмечено в динамике большее увели-чение МПН (с $74,5 \pm 23,8$ Вт до $115,5 \pm 25,1$ Вт; $P < 0,05$), объема выполненной работы, двойного произведения. 45,7% больным с выявленной психологической дезадаптацией дополнительно применялись индивидуальные и групповые психотерапевтиче-ские методы воздействия, обучение в «Школе кардиологических больных». Основной целью являлась коррекция психологичес-ких нарушений, обучение приемам релаксации и самовнуше-ния, достижение сознательного и активного участия больных в процессе реабилитации, а также в мероприятиях по вторичной профилактике ИБС. Под влиянием дополнительных психоте-рапевтических вмешательств отмечено улучшение не только психологического, но и клинического состояния пациентов, выразившееся в достоверном снижении уровня тревоги, скры-той депрессии, повышении активности и переносимости физи-ческих нагрузок. У большего числа больных отношение к болез-ни стало носить адекватный характер. Третий вариант реабили-тационной программы (у 26,7% больных) дополнительно вклю-чал комплекс мероприятий, направленных на коррекцию мета-болических нарушений и избыточной массы тела (гипокало-рийная диета, кардиотренировки, аппаратная физиотерапия, бальнеолечение, адекватная медикаментозная терапия). В ре-зультате отмечена более выраженная положительная динамика показателей липидного и углеводного обмена, снижение массы тела, более выраженный прирост МПН. У 11,9% больных не выявлено ведущего синдромакомплекса, так как приступы сте-нокардии у них не возникали, ТФН была высокой, нарушений психологической адаптации и выраженных метаболических на-рушений не отмечалось. Эти больные могут, на наш взгляд, пе-реводиться сразу из стационара на амбулаторно-поликлиниче-ский этап реабилитации, а программа санаторного этапа вполне может быть ограничена проведением вторичной профилактики ИБС.

Таким образом, дифференцированное применение методов физической, психологической реабилитации, обучающих про-грамм, проведение метаболической коррекции на основе син-дромно-патогенетического подхода позволяет индивидуализиро-вать и существенно повысить эффективность санаторного этапа реабилитации, улучшить прогноз и качество жизни пациентов с ИБС, перенесших операции коронарной ангиопластики и эндо-васкулярного стентирования.

0668 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН МАТЕРИ – ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ризванова Е.В.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский уни-верситет Росздрава», Кафедра общей врачебной практики №1, Казань, Россия

Цель: изучить взаимосвязь функционального состояния кле-точных мембран (КМ) у женщин с массой тела (МТ) их детей при рождении.

Методы: обследованы 82 женщины (средний возраст 26 ± 5 лет), из них: группа 1 — 48 женщин, чья беременность (Б) ослож-нилась гестозом (Г), одним из проявлений которого была артери-альная гипертензия (АГ); группа 2 — 34 женщины с неосложнен-ным течением Б. Г, проявлением которого была изолированная АГ (ИАГ), отмечен у 24 женщин (50%), АГ в сочетании с протеи-нурией (АГП) — также у 24 (50%). Было прослежено течение Б до родов, течение родов. Фиксировали МТ детей при рождении. Женщинам определяли функциональное состояние КМ по ско-рости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -противотранспорта в мембране эритроцита ($\text{vNa}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ}$) дважды: во время Б (после 20 недель Б, в среднем

в 32 ± 5 недель) и через 6 месяцев после родов. Результаты по $vNa^+-Li^+-ПТ$ были оценены сравнением средних величин и при помощи квартильного анализа (разделения признака на 4 равных диапазона (Д)). Границы Д $vNa^+-Li^+-ПТ$ для женщин русско-татарской популяции определены в соавторстве с О.В. Богоявленской, В.Н. Ослоповым и др. (2004): I Д 78–193, II Д 194–265, III Д 266–342, IV Д 343–730 микромоль Li на литр клеток (эритроцитов) в час (мкМ Li).

Результаты: У женщин при Б средняя $vNa^+-Li^+-ПТ$ составила 440 ± 123 мкМ Li , после родов — 261 ± 84 мкМ Li ($p < 0,01$). Выявлено: 1) При Б, осложненной АГП, средняя $vNa^+-Li^+-ПТ$ была выше, чем при Б, осложненной ИАГ (501 ± 53 и 413 ± 66 мкМ Li , $p < 0,05$), и выше, чем в группе 2 (501 ± 53 и 457 ± 26 мкМ Li , $p < 0,05$). 2) При оценке МТ всех детей: чем меньше показатель снижения $vNa^+-Li^+-ПТ$ после родов, тем меньше вес новорожденного, и это было более выраженным у женщин, перенесших Г ($r = 0,33$, $p < 0,05$). 3) При анализе средней МТ детей женщин групп 1 и 2 в зависимости от того, в каком Д $vNa^+-Li^+-ПТ$ они оказывались после родов: у женщин, перенесших Г, МТ ребенка уменьшалась с увеличением номера Д. При этом у женщин, оставшихся после родов в IV Д $vNa^+-Li^+-ПТ$, средняя МТ ребенка при рождении была достоверно ниже, чем у женщин, оказавшихся после родов во II Д $vNa^+-Li^+-ПТ$ ($p < 0,05$). У женщин группы 2 и после родов находившихся в разных Д $vNa^+-Li^+-ПТ$, средняя МТ их детей была практически одинаковой ($p > 0,05$). 4) У матерей группы 1, оставшихся после родов в IV Д $vNa^+-Li^+-ПТ$, имеется наибольшее количество детей с малой МТ при рождении и их в 2 и 3 раза больше, чем таких детей, родившихся у матерей, находящихся после родов соответственно в III и во II Д $vNa^+-Li^+-ПТ$. У матерей, оказавшихся после родов в I Д $vNa^+-Li^+-ПТ$, низкососредоточенных детей не было.

Выводы: 1) Активность $vNa^+-Li^+-ПТ$ при Б является предиктором развития гестоза, проявлением которого является АГП. 2) Динамика $vNa^+-Li^+-ПТ$ у женщин при Б и после родов является предиктором рождения детей с малой массой тела.

0669 РОЛЬ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ И ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА ABCA1 ТРАНСПОРТЕРА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ

Родыгина Т.И.¹, Демина Е.П.¹, Зверева В.В.¹, Шейдина А.М.¹, Курьянов П.С.², Вавилов В.Н.³, Денисенко А.Д.³

¹ПИЯФ РАН, Санкт-Петербург, Россия; ²СПбГМУ им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; ³ИЭМ РАН, Санкт-Петербург, Россия

Значительную роль в патогенезе атеросклероза артерий (АА) играет нарушение обратного транспорта холестерина (ОТХ) из периферических тканей в печень. Ключевым белком ОТХ является АТФ-связывающий кассетный транспортер А1 (ABCA1), переносящий холестерин на частицы липопротеинов высокой плотности. Мы предположили, что полиморфные маркеры гена ABCA1, как и варианты уровня экспрессии гена ABCA1, могут приводить к развитию АА.

Цель исследования: установить корреляцию между полиморфными маркерами R219K, insG319, C69T, C(-17)G гена ABCA1 и тяжестью атеросклеротических повреждений и корреляцию между уровнем экспрессии гена ABCA1 и АА.

Методы. Исследование выполнено в группе пациентов с АА, диагностированным методом рентгеновской ангиографии (108 человек, возраст первых клинических проявлений $47,87 \pm 7,05$ лет). Геномную ДНК выделяли из лейкоцитов венозной крови фенол-хлороформным методом. Генотипирование полиморфных аллелей R219K, insG319, C69T, C(-17)G гена ABCA1 проводили с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) и последующего рестрикционного анализа. Анализ корреляции исследуемых аллельных вариантов со степенью тяжести атеросклероза был произведен с использованием программы SPSS v.10.5, one-way Anova.

Для измерения уровня экспрессии гена ABCA1 мы выделили кДНК из лейкоцитов крови у части пациентов с атеросклерозом (N=9) и лиц, составивших контрольную группу (N=5) и разработали метод, основанный на количественной ПЦР в режиме реального времени.

Результаты: носительство аллеля G (insG319) гена ABCA1 коррелировало с меньшей степенью артериального стеноза по сравнению с отсутствием аллеля G 319 ($p < 0,05$). Обнаружено двукратное снижение уровня мРНК гена ABCA1 в группе больных АА по сравнению с контрольной группой. Средние уровни экспрессии для группы пациентов и контрольной группы составили 0,47 и 0,928 соответственно ($p = 0,007$).

Выводы. Полученные результаты указывают на возможное протективное влияние носительства аллеля G (insG319) гена ABCA1 в отношении степени атеросклеротических повреждений сосудов. Уровень экспрессии гена ABCA1 является значительным фактором риска развития АА.

Работа поддержана грантом РФФИ № 06-04-49609.

0670 СПЕЦИФИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Рождественская Т.В., Крючков А.Н., Кавелина В.С.
Военно-медицинский институт, Саратов, Россия

Накопление холестерина и воспалительная реакция в стенке сосуда считаются ведущими причинами развития атеросклеротических изменений коронарных артерий. Явления воспаления сопровождаются изменениями всех звеньев иммунной системы, образованием аутоиммунных комплексов, развитием вторичного иммунодефицита.

Целью настоящей работы являлось изучение значения происходящих иммунных трансформаций у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения различных функциональных классов (ФК).

Материалы и методы. В исследование были включены 124 пациента мужского пола в возрасте от 41 до 50 лет, с наличием лабораторно верифицированной гиперлипидемии классов D и E в соответствии с Европейской классификацией гиперлипидемий и стенокардией напряжения I-IV ФК. 29 мужчин, не имевших лабораторно верифицированного нарушения липидного обмена, составили группу сравнения, т.е. «здоровых».

Оценка состояния иммунной системы производилась по трем звеньям иммунного ответа: клеточному, гуморальному и неспецифическому. Значение иммунных показателей рассчитывалось по методу математического анализа состава клеток периферической крови (Мышкина А.К. с соавт., 1999).

Результаты. Установлено, что одним из важных лабораторных показателей нарастания тяжести клинических проявлений ИБС является диспротеинемия в виде снижения уровня альбуминов и нарастания содержания глобулинов. При этом диагностическое значение имеет уровень альбумина ниже $38,0$ г/л и величина альбумино-глобулинового коэффициента менее 1,2. Увеличение концентрации глобулинов отражает активацию иммунной системы, проявляющуюся при функциональных классах стенокардии напряжения последовательным усилением работы неспецифического, гуморального и клеточного звеньев иммунного ответа.

Математический анализ выявил высокие корреляционные отношения, как между различными звеньями иммунитета, так и внутри них, нарастающие по мере утяжеления течения ИБС. В результате нарастания клинических проявлений и функционального класса стенокардии напряжения происходит усиление активности неспецифического звена иммунной системы, что имело место у больных со стенокардией напряжения I ФК. У пациентов со стенокардией напряжения II ФК установлена активация гуморального звена иммунной системы без изменения в клеточной системе. На фоне клинических проявлений стенокардии напряжения III ФК выявлено усиление активности клеточного звена по В-клеточному типу. Стенокардия напряжения IV ФК характеризуется активацией клеточного звена иммунной системы по Т-клеточному типу.

Выводы. Таким образом, иммунологическая реактивность организма больных ИБС имеет свои особенности при различных функциональных классах стенокардии напряжения. Осуществление контроля иммунного статуса при ИБС необходимо для

определения характера течения заболевания и компенсаторных резервов организма.

0671 АССОЦИАЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Ушакова Т.И.

ГОУ ВПО Российский Государственный Медицинский Университет Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: Изучить показатели мочевой кислоты у соматически здоровых пациентов в зависимости от наличия инсулинорезистентности (ИР).

Методы: Исследование было проведено в клинике ОАО «Медицина», Москва. Объектом исследования явились 152 пациента, 74 мужчины и 78 женщин в возрасте 35–55 лет без сахарного диабета, нарушенной толерантности к глюкозе и тяжелой соматической патологии, обратившихся в 2006 г. для прохождения профилактического осмотра. В сыворотке крови натощак определяли глюкозу, иммунореактивный инсулин (ИРИ) и мочевую кислоту. Верхнюю квартиль распределения ИРИ (более 11,7 мкЕД/мл) для группы с нормогликемией считали признаком наличия ИР в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999).

Результаты: В группе пациентов с ИР (n=46) показатели мочевой кислоты были достоверно выше, чем в группе инсулиночувствительных пациентов (n=106) — $370,5 \pm 16,6$ ммоль/л и $305,2 \pm 9,7$ ммоль/л ($p=0,001$) соответственно, причем эта закономерность прослеживалась как среди женщин, так и среди мужчин. В группе женщин с ИР (n=20) средние показатели мочевой кислоты были достоверно выше, чем в группе пациенток с нормальной чувствительностью к инсулину (n=58) — $286,8 \pm 17,3$ ммоль/л и $248,1 \pm 8,6$ ммоль/л ($p=0,03$) соответственно. У женщин без ИР гиперурикемия наблюдалась в 5,2% случаев, а с ИР достоверно чаще — в 15% случаев ($p=0,02$). В группе мужчин с ИР (n=26) показатели мочевой кислоты также были достоверно выше, чем в группе пациентов без ИР (n=48) — $434,8 \pm 18,1$ ммоль/л и $374,3 \pm 13,3$ ммоль/л ($p=0,009$) соответственно. У мужчин с нормальной чувствительностью к инсулину гиперурикемия отмечалась в 27,1% случаев, а при наличии ИР — в 50% случаев.

Выводы: Нарушения пуринового обмена в виде повышения мочевой кислоты достоверно чаще развиваются у пациентов с ИР даже при нормальной толерантности к глюкозе. Хотя данные о целесообразности включения гиперурикемии в понятие синдрома ИР остаются противоречивыми, определение уровня мочевой кислоты необходимо проводить всем пациентам с подозрением на наличие ИР с целью оптимизации профилактических мероприятий.

0672 О РОЛИ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Роккина С.А., Белякова Н.А., Старцев А.Л.

ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», Тверь, Россия; ГУЗ ОКБ, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности артериальной гипертензии (АГ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) в зависимости от уровня потребления ими поваренной соли (ПС) с пищей.

Методы: обследовано 130 больных СД 2 с сопутствующей АГ (мужчин — 32, женщин — 98; средний возраст $57 \pm 2,7$ лет). Выделено 2 группы: 1-я — без диабетической нейропатии (46; 35,4%), 2-я — с нейропатией (84; 64,6%). У всех обследованных определялась суточная экскреция ионов натрия с мочой, исследовался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: в среднем суточная экскреция натрия с мочой составила 248 ± 45 ммоль/сут.; у больных 1-й и 2-й групп соответственно $219,2 \pm 9,76$ и $263,9 \pm 9,30$ ммоль/сут. ($p<0,01$). При перес-

чете на поваренную соль потребление ее с пищей соответствовало 7 и 12 г/сут. Исследование ПВЧПС показало, что у больных 2-й группы он был выше, чем 1-й ($p<0,05$). Среднее систолическое АД во 2-й группе было на 6,4% выше ($p>0,05$), а диастолическое АД — на 11,5% ($p<0,05$), чем в 1-й. По данным СМАД степень ночного снижения АД (СНС АД) в соответствующих группах составила в среднем $11,1 \pm 0,91\%$ и $10,5 \pm 1,90$ ($p>0,05$) соответственно. В обеих обследованных группах были выделены лица с низкой (до $250 \pm 4,7$ ммоль/сут.) и высокой ($300 \pm 5,0$ и более ммоль/сут.) экскрецией натрия. Установлено, что не зависимо от наличия нейропатии, больные с высокой экскрецией натрия с мочой (повышенным потреблением ПС) предъявляли больше жалоб сердечно-сосудистого и неврологического характера, чаще имели указание на отягощенную по АГ наследственность, течение АГ у них чаще осложнялось гипертоническими кризами. Во 2-й группе СНС АД у больных с высокой экскрецией Na была на 38% меньше, чем с низкой и составила соответственно $6,4 \pm 2,0$ и $10,2 \pm 1,0\%$ ($p<0,05$). Во 1-й группе была выявлена такая же закономерность и разность СНС АД составила 37% ($7,9 \pm 1,81$ и $12,4 \pm 0,91$ соответственно; $p<0,05$).

Выводы: таким образом, АГ у больных СД 2, потребляющих повышенное количество ПС с пищей, имеет особую клиническую картину, не зависимо от наличия у них диабетической нейропатии. Последняя, в свою очередь, способствует повышенному потреблению ПС с пищей. Полученные результаты необходимо учитывать при составлении дифференцированных диетических рекомендаций больным СД 2 с сопутствующей АГ.

0673 АПРОБАЦИЯ И ОЦЕНКА СТАНДАРТИЗОВАННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА, КАК МЕТОДА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ СОТРУДНИКОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г.ИВАНОВО

Романенко Т.С., Омеляненко М.Г., Концевая А.В.*, Калинин А.М.*

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; *ФГУ ГНИЦ ПМ Росздрава, Москва, Россия

Сложившаяся в настоящее время неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по сердечно-сосудистой патологии диктует необходимость внедрения в реальную клиническую практику, в первую очередь в организованных коллективах, комплексной модели профилактического скрининга.

Цель: установить эффективность комплексной модели профилактического скрининга, направленного на раннюю диагностику сердечно-сосудистых заболеваний и выявление основных факторов риска среди сотрудников высших учебных заведений (ВУЗов) г. Иваново с целью определения потребности в профилактической медицинской помощи.

Методы: исследование проводилось на базе поликлиники ОКД в рамках диспансеризации работающего населения. Обследование каждого пациента включало: анкету, разработанную ФГУ ГНИЦ ПМ Росздрава, автоматизированную компьютерную систему «Выявление заболеваний и оценка риска» (ВЗОР), объективное обследование с проведением антропометрии, двукратным измерением артериального давления и лабораторное обследование (уровня холестерина и глюкозы крови).

Результаты: из 234 опрошенных сотрудников ВУЗов г. Иваново поражение сердечно-сосудистой системы наблюдалось у 95 человек (40,6%). Артериальная гипертензия выявлена у 80 участников исследования (34,2%). Только у 56 из них (23,9%) заболевание было ранее диагностировано. Высокая вероятность и подозрение на ИБС имеется у 15 участников исследования (6,4%), при этом у 11 из них (73,3%), диагноз ранее не устанавливался. При анализе распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний установлено, что 63 человека (26,9%) ха-

рактизовались частым потреблением алкогольных напитков, 37 человека (15,8%) — курением, превышение предельно допустимых значений отношения ОТ/ОБ среди опрошенных лиц наблюдалось у 121 человека (51,7%), гиподинамия — у 118 человек (50,4%), гиперхолестеринемия и гипергликемия обнаружены у 45,3% и 1,7% опрошенных, соответственно. Высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений имеют более половины (52,6%) сотрудников ВУЗов трудоспособного возраста.

Выводы: разработанная и апробированная научно-обоснованная организационная модель профилактического скрининга дает возможность оценить объемы и направления превентивных медицинских мероприятий, включающие более детальное обследование респондентов с подозрением на сердечно-сосудистую патологию и проведение коррекции имеющихся факторов риска у лиц целевой группы населения с высоким уровнем риска наличия сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

0674 ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И РЕАКЦИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У ЮНОШЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Романова Н.П.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить вкусовую чувствительность к поваренной соли у юношей с мягкой артериальной гипертонией (АГ) и их реакцию на психоэмоциональный стресс в зависимости от уровня порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС).

Методы. Исследовано 126 юношей (средний возраст 17.2 ± 0.1 года) с АГ: систолическое артериальное давление (АД) — 140–159 мм рт.ст., диастолическое — 90–99 мм рт.ст. Исследовались вкусовая чувствительность к поваренной соли по методике R.J.Henkin и соавт. (1963). Для создания психоэмоционального стресса применялась методика с выполнением задания в условиях дефицита времени. В качестве основных показателей, характеризующих реакцию сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональное напряжение использовались изменения АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и проводился подсчет двойного произведения (ДП). Контрольную группу составили 90 юношей (средний возраст 16.9 ± 0.3 года) с АД менее 130/85 мм рт.ст.

Результаты. У юношей с нормальным АД средний ПВЧПС составил 0.14 ± 0.01 раствора хлорида натрия, тогда как у больных АГ выше ($0.21 \pm 0.013\%$; $P < 0.001$). В контроле высокий и средний ПВЧПС выявлялся в 58,9%, тогда как низкий — в 41,1% ($P > 0.05$). Напротив, у больных АГ низкий ПВЧПС реже выявлялся, чем средний и высокий (соответственно 13,5%; 86,6%, $P < 0.001$). Последние чаще досаливали готовую пищу. Уровень диастолического АД у больных с мягкой АГ и высоким и средним ПВЧПС был выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС (соответственно 82.7 ± 1.4 ; 82.9 ± 1.2 и 73.2 ± 2.5 мм рт.ст.; $P < 0.01-0.001$).

У лиц с нормальным АД и высоким ПВЧПС наблюдалась «предстартовая» реакция — уровень диастолического АД перед пробой превышал аналогичный таковой у юношей с низким ПВЧПС (соответственно 76.1 ± 1.6 и 71.6 ± 1.4 мм рт.ст.; $P < 0.05$). У лиц с АГ абсолютные значения диастолического АД на 5-й и 10-й минутах стресс-нагрузки были достоверно больше у юношей с высоким ПВЧПС, чем с низким (соответственно 88.0 ± 1.2 и 81.7 ± 2.6 мм рт.ст.; 89.2 ± 1.5 и 80.2 ± 5.4 мм рт.ст.; все $P < 0.01$). Однако у первых прирост диастолического АД был в 2 раза меньше, чем у вторых (соответственно $12.73 \pm 1.40\%$ и $22.59 \pm 4.62\%$; $P < 0.01$). У лиц с АГ и высоким ПВЧПС прирост ЧСС в процессе стресс-пробы был меньше, чем у обследованных с низким ПВЧПС (соответственно $12.83 \pm 1.59\%$ и $20.85 \pm 3.69\%$; $P < 0.01$). Выявлена обратная зависимость прироста ЧСС и ПВЧПС ($r = -0.33$; $P < 0.01$). У юношей с высоким ПВЧПС на 10-й минуте стресс-нагрузки значения ДП были меньше, чем у лиц с низким ПВЧПС (соответственно 113.7 ± 3.5 и 128.0 ± 5.76 усл.ед.; $P < 0.01$). При этом прирост ДП у лиц с высоким ПВЧПС был меньше, чем с низким (соответственно 14.2 ± 2.1 и $26.1 \pm 5.8\%$; $P < 0.01$).

Выводы. У юношей с мягкой АГ повышение ПВЧПС наблюдается в 2,3 раза чаще, чем у здоровых лиц. Реакция сердечно-сосудистой системы на стресс у юношей с мягкой АГ связана с уровнем ПВЧПС, что необходимо учитывать.

0675 БАРОРЕФЛЕКТОРНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ

Ротарь О.П., Свиричев Ю.В., Звартай Н.Э., Конради А.О., Калинин А.Л.*

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росздрава», Санкт-Петербург, Россия; *Городская больница № 83, Москва, Россия

Цель: Целью настоящего исследования явилась оценка спонтанной барорефлекторной чувствительности и ее изменений при провокационных тестах в группах пациентов с наличием и отсутствием синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ во сне (СОАГС), сопоставимых по возрасту, индексу массы тела (ИМТ) и уровню артериального давления (АД).

Методы: В исследование приняли участие 25 больных с артериальной гипертензией (АГ) (средний возраст составил 54.3 ± 7.4 лет), у которых по данным опросника, разработанного сотрудниками сомнологической лаборатории 83 клинической больницы города Москвы, имелись признаки нарушения дыхания во сне. Всем пациентам выполнялась диагностическая полисомнография с помощью портативной диагностической системы Эмблетта (Австралия). Диагноз СОАГС устанавливался при значениях индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) более 5. Для оценки спонтанной барорефлекторной функции использовался метод последовательностей с постоянным «beat-to beat» мониторингом АД. Измерение АД в режиме «beat-to beat» (Finometer, TNO, Amsterdam, Netherlands) осуществлялось по принципу объемного клемпа с помощью пальцевой надуваемой манжеты со встроенным фотоэлектрическим плетизмографическим датчиком. В качестве провокационной пробы использовалась проба с пассивным ортостазом.

Результаты: По результатам полисомнографического исследования 18 больных АГ (средний возраст 54.1 ± 7.4 лет) имели СОАГС различной степени тяжести (ИАГ составил 45.3 ± 28.5 за час сна) и 7 пациентов с АГ (средний возраст 53.6 ± 7.6 лет) имели «привычный храп» с ИАГ менее 5. Длительность АГ (12.3 ± 9.2 и 12.9 ± 11.6 лет, соответственно) и ИМТ (36.3 ± 6.2 и 35.1 ± 6.2 кг/м², соответственно) в обеих группах достоверно не различались. Офисные цифры АД также не различались и составляли, соответственно, 160.8 ± 7.4 и 141.5 ± 8.6 мм рт.ст. для систолического АД, и 100.2 ± 7.2 и 97.8 ± 8.6 мм рт.ст. для диастолического АД. Пациенты с СОАГС в сравнении с пациентами без нарушений дыхания во сне имели достоверно сниженную спонтанную барорефлекторную чувствительность (5.35 ± 3.2 и 8.96 ± 6.2 , соответственно $p < 0.02$) и повышенную частоту сердечного ритма (70.3 ± 11.2 и 59.9 ± 7.2 , соответственно $p < 0.04$) в покое, что может свидетельствовать о нарушении барорефлекторного контроля при наличии СОАГС вследствие повышенной активности СНС. Это подтверждается также достоверно более низкой величиной барорефлекса после ортостаза (3.64 ± 1.42 и 5.84 ± 2.03 , соответственно, $p = 0.02$) и тенденцией к снижению спонтанного барорефлекса (5.67 ± 2.64 и 8.47 ± 2.60 , соответственно, $p = 0.09$) у пациентов с СОАГС по сравнению с пациентами без нарушений дыхания во сне.

Выводы: Нарушение барорефлекторной чувствительности является маркером высокого сердечно-сосудистого риска у пациентов с ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом и, возможно, указывает на повышенный кардиоваскулярный риск у пациентов с СОАГС. Повышенная активность СНС вследствие повторных эпизодов гипоксии во время апноэ приводит к нарушению барорефлекторного контроля, а сниженная величина артериального барорефлекса способствует дальнейшей стимуляции симпатической активности и прогрессированию поражения органов-мишеней.

0676 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ β -БЛОКАТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рубеш И.П., Некрутенко Л.А., Агафонов А.В., Ларина Ю.В.
ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить влияние карведилола в сравнении с метопрололом на качество жизни, толерантность к физическим нагрузкам, показатели ремоделирования миокарда и сосудов, а также состояние эндотелиального моноослоя у больных ХСН постинфарктного генеза.

Методы: обследовано 40 больных в возрасте $50,8 \pm 1,64$ лет, в том числе 26 мужчин (65%), со стабильным течением постинфарктной ХСН II-III ФК. Продолжительность синдрома составила $5,6 \pm 0,69$ лет. При этом у 17 человек (42,5%) диагностирована ХСН II ФК, а у 13 (57,5%) — III ФК. Клиническое обследование проводилось в динамике — до и после программной 4-месячной терапии с использованием ингибиторов АПФ, диуретиков, антагонистов альдостерона, статинов, аспирина, а также β -адреноблокаторов: в основной группе ($n=25$) — карведилола (Макизфарма, Россия), а в контрольной — метопролола сукцината ($n=15$). Доза препаратов на фоне основной программы лечения титровалась пошагово и составила для карведилола $32,9 \pm 2,94$ мг, а для метопролола — $47,6 \pm 3,8$ мг. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника Миннесотского университета (MLHFQ) для больных с ХСН. Для определения толерантности к физическим нагрузкам использовалась проба с 6-минутной ходьбой. Структурно-функциональную характеристику миокарда изучали по данным эхокардиографии на аппарате «Philips Envisor HDC». Оценка структуры сосудистой стенки проводилась измерением величины комплекса интима-медия (КИМ) в дистальном участке общих сонных артерий в В-режиме. Функция эндотелиального моноослоя определялась по уровню микроальбуминурии (МАУ) методом иммуноферментного анализа.

Результаты: на фоне проведенной 4-месячной терапии в обеих группах отмечено улучшение качества жизни пациентов со снижением количества баллов по MLHFQ в основной группе — на 20,56% ($p=0,02$), а в группе контроля — на 17,9% ($p=0,036$), выявлено повышение толерантности к физическим нагрузкам: среднее расстояние, пройденное при выполнении 6-минутного теста при использовании карведилола, возросло на 16,8% ($p=0,023$), а метопролола на 17,3% ($p=0,031$). Динамика эхокардиографических показателей в обеих группах характеризовалась значимым улучшением морфологического и функционального состояния левых отделов сердца. В то же время на фоне терапии с применением карведилола отмечено достоверное уменьшение как величины КИМ сонных артерий на 7% ($p=0,01$), так и МАУ — на 44% ($p=0,003$) соответственно, тогда как при использовании метопролола значимых признаков обратного ремоделирования крупных артерий и почек не выявлено.

Выводы: и карведилол, и метопролола сукцинат, включенные в программную терапию ХСН, способствуют процессам обратного ремоделирования миокарда, протекающим на фоне значимого улучшения качества жизни и повышения толерантности к физическим нагрузкам. Наряду с этим карведилол положительно влияет на структуру сосудистой стенки и функциональные показатели эндотелия, что делает перспективным использование его с органопротективной целью.

0677 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРАВООСТОРОННЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ИССЛЕДУЕМЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТНЫХ УРОВНЕЙ

Руденко Р.И.

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова при Кыргызинздраве, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить состояние глобальной правожелудочковой диастолической функции при правосторонней гипертрофической кардиомиопатии у исследуемых пациентов, проживающих на различных высотных уровнях.

Методы: объект исследования 54 больных (средний возраст $42,4 \pm 3,5$ лет) правосторонней гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) из низкогогорья (до 1000 м над уровнем моря) и 26 (средний возраст $41,5 \pm 5,06$ лет) — из среднегорья (2020, м Тянь-Шань) и высокогорья (ВГ) (≥ 3000 м, Памир), у 13 из них (средний возраст $34,2 \pm 2,4$ лет) ЛАДср. оказалось нормальным, и у остальных же (средний возраст $50,1 \pm 7,7$ лет) обнаружена умеренная легочная артериальная гипертензия (ЛГ) (ЛАД ср. $31,0 \pm 3,1$ мм рт.ст.). За повышенный уровень ЛАДср принимали значения, превышающие 25 мм рт.ст. Выделены необструктивная: верхушечная (соответственно, у 39 и 17 чел.) и обструктивные: асимметричная (у 2 и 4 чел.) и сигмовидная (у 13 и 6 чел.) формы ПГКМП. Использованы методы: ЭКГ, ФКГ, ВКГ, 2-Д и пульс Доплер-Эхо-КГ транстрикуспидального потока. Изучены пиковые скорости раннего наполнения (VE, см/с) и предсердного сокращения (VA см/с.), скорость—время интегральные и их отношение (соответственно E/A и E/AI), временные показатели: длительность раннего наполнения (E, ms), в том числе время его замедления (deceleration time, ms) (DT), предсердного сокращения (A, ms), фракция право-предсердного наполнения (%), сократимость правого предсердия (по формуле: $\% \alpha S \text{ ПП} = (KSP - KDP) : KSP \cdot 100\%$, где KSP и KDP — конечная систолическая и диастолическая площади правого предсердия], время изоволюмического расслабления (IVRT, ms) ПЖ. Контролем служили данные, полученные у 10 здоровых сходного возраста лиц.

Результаты: при ПГКМП на фоне проявления гипертрофии миокарда сердца мы находили у исследуемых из низкогогорья, средне- и высокогорья нарушения диастолической функции ПЖ сердца, характеризовавшиеся ригидным (соответственно у 25 и 14 чел.) и псевдонормальным (соответственно у 29 и 12 чел.) типами дисфункции. Ригидный тип диастолического расслабления проявлялся снижением отношения пиковых скоростей раннего и позднего (за счет предсердного сокращения) наполнения ($E/A < 1$) ($p < 0,0001$), замедлением времени изоволюмического расслабления (IVRT) ПЖ ($p < 0,0001$), а при обструктивных формах ПГКМП — право-предсердной диастолической дисфункцией ($p < 0,001$). Что касается псевдонормального типа дисфункции миокарда, то она отражалась в нарастании отношения $E/A (> 1)$, укорочении продолжительности E, что оказались более существенными у горцев ($p < 0,05$). Обнаружено также уменьшение показателей сократимости правого предсердия, что в большей степени проявляется у горцев ($p < 0,01$).

Выводы: представленные данные свидетельствуют об отягчающем воздействии пожизненной экзогенной гипоксии на проявления правожелудочковой дисфункции на фоне ПГКМП.

0678 СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Руденко Е.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Оценить состояние дистального кровотока у больных артериальной гипертензией (АГ) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД) и реактивность микрососудов в ответ на ишемическую (манжеточную) пробу.

Материал и методы. Обследовано 40 больных АГ I-II стадии с сопутствующим СД 2 типа (мужчины, средний возраст 55 лет, средняя длительность заболевания $10,6 \pm 1,39$ лет). Им проводилась ультразвуковая непрерывноволновая доплерография микроциркуляторного русла (аппарат «Минимакс-Допплер-К») и ишемическая проба. Исходно и на фоне пробы измерялись и сравнивались значения линейных скоростных показателей артериального кровотока: систолической максимальной скорости кровотока (V_s , см/с), средней скорости за средний цикл кровотока (V_m , см/с), диастолической максимальной скорости (V_d , см/с), усредненной средней скорости кровотока (V_{am} , см/с).

Контрольная группа: 28 практически здоровых мужчин (средний возраст 47 лет).

Результаты исследования. У практически здоровых лиц линейные скоростные показатели были исходно выше, чем у обследованных больных: $V_s - 13,6 \pm 0,71$ и $9,7 \pm 0,44$; $V_m - 9,3 \pm 0,71$ и $6,1 \pm 0,37$; $V_d - 6,4 \pm 0,41$ и $3,6 \pm 0,39$; $V_{am} - 1,4 \pm 0,22$ и $0,4 \pm 0,08$; все $p < 0,001$. Через 1 мин после прекращения пережатия плечевой артерии в обеих группах отмечалась тенденция к увеличению V_s в ответ на ишемию. Степень прироста составила 7,4% в группе здоровых и 9,3% у больных АГ с СД. Относительное восстановление скорости кровотока до исходных значений у здоровых лиц было отмечено на 5-ой минуте после пробы: $V_s - 13,2 \pm 0,76$, $V_m - 8,0 \pm 0,01$, $V_d - 5,8 \pm 0,01$ и $V_{am} - 0,9 \pm 0,25$. В группе больных АГ с СД это зафиксировано лишь на 8-ой минуте ($p < 0,001$). Значения показателей составили соответственно: $V_s - 10,5 \pm 0,64$; $V_m - 5,9 \pm 0,46$; $V_d - 2,2 \pm 0,25$; $V_{am} - 0,3 \pm 0,07$ и были достоверно ниже таковых у здоровых лиц (все $p < 0,001$). Максимальный прирост кровотока в постишемическом периоде составил в систолу у здоровых лиц 32,9%, а в группе больных — 16,4%.

Выводы. У больных АГ I-II стадии с сопутствующим СД 2 типа линейные скоростные показатели в микроциркуляторном русле исходно снижены по сравнению с практически здоровыми лицами. Период реституции после ишемии в группе больных АГ с СД значительно увеличен, а прирост кровотока в постишемическом периоде существенно снижен, что позволяет думать о нарушении у них реактивности артериол и наличии эндотелиальной дисфункции.

0679 ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕАКТИВНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Руженцова У.Ю.

Нижегородская Государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия;

Медицинский Университет, отделение гипертензиологии и нефрологии, Эссен, Германия

Введение. Цель исследования — оценить эндотелий-зависимую и эндотелий-независимую вазодилатацию и изучить взаимосвязь между периферической сосудистой реактивностью и уровнями интерлейкина-1 β (IL-1 β), интерлейкина-6 (IL-6) и фактора некроза опухоли α (TNF- α) у больных легочной гипертензией (ЛГ) и системной склеродермией (ССК).

Методы и материалы исследования. Исследование открытое, контролируемое и выполнено согласно критериям Хельсинкской декларации по этике. В исследование включены 22 больных ССК и ЛГ (19 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 36 до 73 лет (средний возраст $49 \pm 2,4$ лет). Длительность заболевания составляла $9,6 \pm 1,2$ лет. Критериями исключения служили больные ССК, получающие терапию простагландином, ингибиторами фосфоэстеразы, с дисфункцией щитовидной железы, хроническими обструктивными заболеваниями легких, тяжелыми нарушениями ритма и проводимости, хронической почечной и печеночной недостаточностью. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых, сопоставимых по возрасту и полу.

Для оценки базальной периферической микроциркуляции мы использовали лазерную доплерографию с применением аппарата (moor LDI V.3.0, Axminster, Devon, Великобритания). За единицу перфузии (PU) принимали величину потока эритроцитов в единицу времени через единицу объема. Для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации проводилась проба с 1% раствором ацетилхолина (Ach), эндотелий-независимой вазодилатации — с 0,01% раствором нитропруссид натрия (NaNP), вводимыми методом ионтофореза. Содержание IL-1 β , IL-6 и TNF- α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка результатов проводилась непараметрическими методами. Определялись величина средней (M) и стандартное отклонение (m) различий между группами.

Результаты исследований. Выявлено достоверное снижение базального периферического кровотока у больных ЛГ в сравнении с контрольной группой ($56 \pm 3,6$ PU vs. $108 \pm 2,4$ PU; $p < 0,0001$, соответственно). В группе больных ЛГ регистрировалось сниже-

ние реактивности периферических сосудов кожи на фоне аппликации Ach и NaNP, проявляющееся более медленным развитием вазодилаторной реакции, снижением ее продолжительности и уменьшением амплитуды. Средние максимальные значения на фоне Ach составляли: 119 ± 9 PU vs. 194 ± 8 PU; $p < 0,0001$; NaNP: 99 ± 9 PU vs. 138 ± 5 PU, $p < 0,0001$ в сравнении с группой контроля, соответственно). Наличие корреляционных взаимоотношений между уровнями провоспалительных цитокинов и показателями периферической перфузии на фоне аппликации Ach (IL-1 β : $r = -0,75$, $p < 0,0001$; IL-6: $r = -0,46$, $p < 0,001$; TNF- α : $r = -0,66$, $p < 0,0001$ (рис.3) позволяет говорить о системности нарушений микроциркуляции в организме при ЛГ.

Выводы.

1. У больных ЛГ выявлено снижение эндотелий-зависимой и эндотелий-независимой периферической вазодилатации в сравнении с группой практически здоровых.

2. Показатели Ach-индуцированной вазодилатации в периферическом кровотоке коррелируют с содержанием провоспалительных цитокинов.

0680 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Румянцев М.И., Кратнов А.Е., Демьянкова Ю.О., Королев А.В., Углов Е.С., Попов С.А., Третьяков С.В.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Известно, что более высокая частота сердечных сокращений (ЧСС) в покое связана с увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

Цель исследования — изучение кислород-зависимого метаболизма и антиоксидантной защиты в нейтрофилах у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при поступлении в стационар в зависимости от ЧСС в покое и исхода в течение года наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 43 пациента ИБС, среди которых было 24 больных с нестабильной стенокардией и 19 — с инфарктом миокарда. Наблюдение за больными проводилось в течение года с момента поступления в стационар. За период наблюдения умерли от сердечно-сосудистых причин 4 больных. При поступлении пациентов в блок интенсивной терапии кардиологического отделения стационара у них бралась для исследования периферическая кровь. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался спонтанный и стимулированный тест восстановления нитросинего тетразолия, определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата и пероксида водорода.

Результаты и обсуждение. У больных ИБС, умерших в течение года, в отличие от пациентов, оставшихся в живых, при поступлении в стационар наблюдалось достоверно более низкое содержание в нейтрофилах пероксида водорода ($0,1 \pm 0,03 < 0,3 \pm 0,2$ ед. опт. пл.; $p = 0,0002$). Выявленное уменьшение образования в клетках пероксида водорода, являющегося источником для наиболее реакционно-способного гидроксил-радикала, сопровождалось снижением активности в клетках антиоксидантных ферментов — каталазы ($213,1 \pm 75,3 < 375,4 \pm 343,2$ мкат/л) и глутатионредуктазы ($40,2 \pm 18,9 < 73,7 \pm 68,6$ нмоль х л-1 х сек-1). Уменьшение метаболической активности фагоцитов наблюдалось на фоне увеличения ЧСС ($111,3 \pm 32,7 > 68,4 \pm 25,3$ сок. в мин; $p = 0,01$) в покое и удлинения скорректированной дисперсии интервала QT ($222,1 \pm 281,3 > 82,3 \pm 31,7$ мс; $p = 0,01$), а также достоверного роста содержания в сыворотке крови циркулирующих иммунных комплексов ($375 \pm 352,3 > 138,8 \pm 113,7$ ед. опт. пл.; $p = 0,01$). Между ЧСС в покое и уровнем пероксида водорода наблюдалась обратная корреляция ($r = -0,56$; $p = 0,008$).

Заключение. Более высокая ЧСС в покое при поступлении в стационар у больных ИБС, у которых в течение года наступил смертельный исход, по сравнению с оставшимися в живых пациентами, сопровождается снижением метаболической (оксидантной и антиоксидантной) активности нейтрофилов.

0681 СИНДРОМ ЭНДОТЕЛИОЗА И ЛИМФОЦИТАРНО – ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Руцкина Е.А., Говорин А.В., Соколова Н.А., Бойко Е.В., Затулин В.Н.

ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава, Чита, Россия

Цель. Изучить функцию эндотелия и лимфоцитарно-тромбоцитарную адгезию у больных с острым отравлением уксусной кислотой (ООУК) в разные сроки и момента отравления.

Методы и материалы исследования. Обследовано 48 пациентов с ООУК: 28 пациентов со средней и 20 пациентов с тяжелой степенью отравления. Средний возраст составил $32,6 \pm 5,3$. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц. Всем пациентам оценивали функциональное состояние эндотелия по показателю активности фактора фон Виллебранда (ФВ) и количеству десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ) в периферической крови. Активность ФВ определяли методом ристоцетин-кофакторной активности способом флюктуации светового потока при помощи лазерного анализатора агрегации тромбоцитов <Биола> (модель LA230). Количество ДЭЦ определяли по методу Hladovets. Подсчет лимфоцитарно-тромбоцитарных комплексов (ЛТК) производился по методике Витковского Ю.А. (1999г.). Исследования проводили на 1-е, 5-е и 10-е сутки с момента ООУК. Результаты. При определении активности ФВ выявлено, что при отравлении тяжелой степени в 1-е сутки активность данного показателя увеличивалась практически в 2 раза ($205,8 \pm 17,6\%$) по сравнению с показателями здоровых лиц (в норме активность ФВ составляет 50-150%, $p < 0,01$) и сохранялась высокой на протяжении всего периода наблюдения. Нами установлено, что у больных с отравлением средней и тяжелой степени повышается содержание ДЭЦ в периферической крови. Наибольшее их количество зарегистрировано в 1-е сутки отравления и составило $3,2 \pm 0,3$ и $6,6 \pm 0,5$ соответственно, что имело достоверные различия по сравнению с контролем ($2,2 \pm 0,2$; $p < 0,01$ и $p < 0,001$, соответственно). У пациентов с тяжелой степенью отравления на 5-е и 10-е сутки количество ДЭЦ сохранялось повышенным и составило $5,6 \pm 0,4$ и $2,9 \pm 0,3$ соответственно, однако, отмечалась тенденция к снижению данного показателя. Несмотря на это различия с контрольной группой были достоверны ($2,2 \pm 0,2$; $p < 0,001$ и $p < 0,005$, соответственно). При анализе лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии установлено, что увеличение количества ЛТК отмечалось у пациентов с ООУК тяжелой степени на протяжении всего периода наблюдения и составило $28,0 \pm 3,6\%$, $22,9 \pm 3,3\%$, $19,3 \pm 2,7\%$, что имело достоверные различия по отношению к контролю ($12,3 \pm 3,6\%$; $p < 0,001$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$, соответственно).

Выводы. У больных с ООУК выявлена эндотелиальная дисфункция, выраженность

которой зависит от степени тяжести отравления. При тяжелой степени отравления увеличение количества ЛТК в периферической крови возрастает по мере повышения активности ФВ и числа ДЭЦ.

0682 ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ КРОТКИХ (ПЯТИМИНУТНЫХ) ЗАПИСЕЙ ЭКГ

Рыбак О.К., Булака А.Н., Каткова Л.А., Лазарева Е.В., Раковский М.Е.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Целью работы явилось изучение зависимости интервала QT от интервала RR по данным регрессионного анализа коротких записей одного отведения ЭКГ у практически здоровых лиц (ПЗЛ) и больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Были обследованы больные ИБС (41 человек), имеющие гемодинамически значимый стеноз ($\geq 75\%$) хотя бы одного сосуда по данным коронароангиографии. В группу сравнения вошли 17 ПЗЛ в возрасте от 36 до 60 лет. Всем обследуемым утром в состоянии фи-

зического покоя проводилась регистрация ЭКГ во II-ом стандартном отведении в течение 5 минут, которое и служило для измерения показателей variability ритма сердца и построения регрессионного уравнения. Измерение длительности интервалов RR и QT проводилось в автоматическом режиме с помощью технических и программных средств, разработанных совместно с фирмой «Микто-интех» (регистрационное удостоверение Росздрава №ФС 02262005/1537-05 от 07.04.05г., сертификат типа средств измерений Госстандарта РФ RU.C. 39.026.A №21419 от 01.09.05г.).

Для оценки зависимости продолжительности интервалов QT от предшествующих интервалов RR было выбрано уравнение линейной регрессии. Оказалось, что величина α , отражающая крутизну наклона графика регрессии, имела небольшое числовое значение, что было обусловлено отсутствием значительных колебаний частоты сердечных сокращений за короткий промежуток регистрации ЭКГ. У 2 ПЗЛ (14,5%) величина α оказалась статистически недостоверной. В группе больных ИБС у 18 человек (44%) зависимость интервалов QT от предыдущих интервалов RR носила достоверный и выраженный характер. Однако, 23 пациента (56%) продемонстрировали отсутствие закономерных колебаний продолжительности интервала QT, что могло быть обусловлено статусом вегетативной регуляции. В ходе проверки данной гипотезы с помощью спектрального анализа сердечного ритма обнаружено достоверное отличие указанных групп больных ИБС по показателю LF/HF: $1,4 \pm 0,2$ и $2,55 \pm 0,72$, соответственно.

Таким образом, у части больных ИБС со стабильным течением заболевания отсутствует должная зависимость интервалов QT от предшествующих интервалов RR, что может свидетельствовать о нарушениях автономной регуляции сердечного ритма в условиях/или вследствие усиления симпатического влияния на миокард желудочков. Усиление временной неоднородности частотной зависимости интервала QT от RR может быть фактором, определяющим электрическую нестабильность миокарда.

0683 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ: СЕМЕЙНАЯ АГРЕГАЦИЯ ФЕНОТИПОВ И ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ

Рябиков А.Н.¹, Малютин С.К.¹, Рябиков М.Н.¹, Кузнецова Т.В.^{1,2}, Staessen J.², Шахтштейн Е.В.¹, Воевода М.И.¹, Никитин Ю.П.¹

¹ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия;

²Hypertension and Cardiovascular Rehabilitation Unit, University of Leuven, Leuven, Belgium

Цель: Анализ наследуемости фенотипов толщины интимо-медиального комплекса (ТИМ) сонных артерий и эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и ассоциаций с полиморфизмом генов-кандидатов сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы: В рамках Европейского проекта по генетике артериальной гипертензии (ЕРОГН) в Новосибирске была обследована случайная семейно-популяционная выборка (81 ядерная семья, 129 родителей и 157 детей в возрасте $52,4 \pm 0,49$ и $26,3 \pm 0,40$ лет, соответственно). ТИМ сонных артерий, ЭЗВД плечевой артерии и наличие каротидных бляшек оценивали ультразвукографически. Рассчитывали коэффициенты внутрикласовой корреляции в мультивариантных моделях. Анализировали ассоциации ТИМ с полиморфизмом генов апополипротеина Е (APOE, e2/e3/e4), ангиотензин-превращающего фермента (ACE, I/D), рецептора-1 типа ангиотензина II (AT1R, A1166C), β 1-адренорецептора (β -1ADR, A145G), хемокинового рецептора CCR2 (64V/64I).

Результаты: В мультивариантных моделях коэффициент внутрикласовой корреляции для ТИМ составил 0,27 ($p = 0,042$) в парах сибсов и был недостоверен между супругами и в парах родители-дети. Поло-специфические корреляции были статистически значимы в парах мать-ребенок и мать-дочь. Коэффициент внутрикласовой корреляции для ЭЗВД составил 0,29 ($p = 0,049$) в парах сибсов и не отличался от нуля для супругов и в парах родители-дети. Поло-специфические корреляции были достоверны в парах отец-дети и отец-сын. Не обнаружено ассоциаций ТИМ и каротидного атеросклероза с полиморфизмом генов ACE и AT1R. Выявлены ассоциации атеросклеротического поражения

сонных артерий с полиморфизмом гена CCR2 (OR=2,3 для генотипов с аллелем 64I), гена β -1ADR (OR=5,64 для G145 гомозигот) и полиморфизмом гена APOE. Для генотипов APOE, содержащих аллель e2, OR=2,1; для генотипов с аллелем e4 OR=2,13, и эта ассоциация была контекст-зависимой от фактора регулярного курения.

Выводы: Нами обнаружена семейная агрегация фенотипа ЭЗВД и подтверждена семейная агрегация фенотипа ТИМ сонных артерий. Поло-специфическая оценка показала преимущественный вклад отцовских факторов в вариабельность ЭЗВД у детей и преобладающий материнский вклад в вариабельность ТИМ. Атеросклеротическое поражение сонных артерий ассоциируется с полиморфизмом генов APOE, β -1ADR, CCR2. Полученные данные могут быть использованы для выявления целевых групп профилактического вмешательства, в том числе, на семейном уровне.

Исследование поддержано грантом РФФИ (06-04-49671).

0684 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЬЮТЕРНОЙ АПЕКСКАРДИОГРАФИИ, СФИГМОГРАФИИ И РЕОГРАФИИ

Рябов А.Е., Гаранин А.А., Солдатова О.А., Рябова Е.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель работы. Изучить возможность применения компьютерной апекс-кардиографии, сфигмографии и реографии для оценки функции сердечно-сосудистой системы в целом, а также эндотелия артерий мышечного типа у лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 55 человек, средний возраст 25 лет; из них 20 человек некурящих (группа 1 — контрольная), 20 — курящих (в среднем 10 сигарет в день) (группа 2), 10 — с мягкой артериальной гипертензией (АГ) (группа 3) и 5 — с компенсированным сахарным диабетом I типа (группа 4). Все группы изучались при помощи компьютерной апекс-кардиографии, сфигмографии и реографии (легочной артерии и конечностей). Оценка функции эндотелия проводилась с помощью компьютерной сфигмографии локтевой артерии. Показатели (длительность фаз сосудистого цикла, скорость, ускорение и работа сосудистой стенки) изучались в состоянии покоя, после проведения манжеточной пробы (эндотелий-зависимая вазодилатация — ЭЗВД) и пробы с нитроглицерином (эндотелий-независимая вазодилатация — ЭНВД).

Полученные результаты. Выявлено увеличение средней скорости в систолу предсердий в группе 2 на 50%, в группе 3 — в 3 раза по сравнению с контролем. Кроме того, в группе 3 повышались основные параметры биомеханики и в систолу, и в диастолу сердца. На а.сotis работа сосудистой стенки была выше на 50-60% в группах 2-4 в фазы притока крови, на периферических артериях динамика показателя была выражена меньше. При оценке ЭНВД зафиксирован прирост работы в систолу а.ulsaris в группе 3, а при исследовании ЭЗВД эти же процессы прослеживаются и в группах 2 и 4.

Выводы. По нашему мнению, обнаруженные изменения являются следствием формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) у лиц с такими факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии, как курение и сахарный диабет, добавлением к ЭД других механизмов при развитии АГ и становлением при этом гиперкинетического состояния системы кровообращения.

0685 СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПОЧВЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ИМЕЕТ ЛИ ОНО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Сабиров И.С., Сарыбаев А.Ш., Акунов А.Ч., Хан Т.В.

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучить диастолической функции ЛЖ у больных с гипоксической легочной гипертензией (ГЛГ).

Материал и методы исследования: мы обследовали 40 мужчин в возрасте от 36 до 64 лет, страдающих ХОЗЛ, у которых заболевание осложнилось ЛГ. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 17 больных с ГЛГ и без признаков ГПЖ (средний возраст $57,1 \pm 1,5$ лет). Ко 2-й группе были отнесены 23 больных с ЛГ и признаками ГПЖ (средний возраст $57 \pm 1,8$ лет). Контрольную группу составили 10 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Обследованные не имели сопутствующих заболеваний. За неделю до включения в исследование отменялись все вазодилататоры. Легочная гемодинамика и диастолическая функция ЛЖ оценивались с помощью двумерной и доплер-эхокардиографии. Сравнимые группы не различались по значениям сердечного выброса, систолической функции ЛЖ, системного артериального давления, показателей функции внешнего дыхания, содержанию гемоглобина, насыщению крови кислородом.

Результаты: у больных ХОЗЛ с ГЛГ и ГПЖ наблюдаются изменения диастолического наполнения ЛЖ (отношение максимальных скоростей трансмитрального потока — $1,3 \pm 0,02$ в контрольной группе и $1,2 \pm 0,02$ и $0,83 \pm 0,03$ в 1-й и 2-й группах соответственно; фракция наполнения в предсердную систолу — $28,4 \pm 0,8$ в контрольной группе и $36,5 \pm 1,4$ и $29,4 \pm 0,6$ в 1-й и 2-й группах соответственно).

Выводы: Нарушения диастолической функции левого желудочка у больных ХОЗЛ ассоциируется с гипертрофией и дилатацией правого желудочка и связаны с нарушением нормального движения межжелудочковой перегородки.

0686 ЗНАЧЕНИЕ ГЕОМЕТРИИ ПОЛОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Сабиров И.С., Сарыбаев А.Ш., Юсупов С.А., Хан Т.В.

Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: изучение особенности геометрии полости, систолической и диастолической функции правого желудочка у больных с ХОЗЛ осложненной легочной гипертензией (ЛГ) и хроническим легочным сердцем (ХЛС) при проведении острой гипоксической пробы — ОГП.

Материал и методы: Обследованы 45 больных ХОЗЛ с ЛГ в период ремиссии. В контрольную группу были включены 16 здоровых мужчин сопоставимых по возрасту. Проба проводилась посредством вдыхания через маску гипоксической смеси, содержащей 10% кислорода ($FiO_2=10\%$) в течение 15 минут. Систолическая и диастолическая функции правого желудочка и легочная гемодинамика оценивались с помощью доплер-эхокардиографии. Больные в зависимости от реакции изменения геометрии полости правого желудочка на ОГП разделились на две группы: 1 группа — больные ХОЗЛ осложненные ЛГ, которые реагировали на ОГП лунообразным изменением полости ПЖ, 2 группа — больные ХОЗЛ с ЛГ и ГПЖ, реагировавшие на ОГП шарообразным изменением полости ПЖ. В 3 группу были включены больные с ХОЗЛ с ЛГ и признаками гипертрофии и дилатации ПЖ, имеющие исходно низкую ФВПЖ, которым не проводилась ОГП. Фракция выброса правого желудочка (ФВПЖ) определялась по Gibson (1985г.) и Levine (1984г.). Все пациенты с ЛГ имели гипертрофический тип диастолической дисфункции правого желудочка.

Результаты. Были получены следующие результаты изменения фракции выброса правого желудочка: контрольная группа фон $57,0 \pm 0,8\%$ и гипоксия $69 \pm 1,2\%$; 1-я группа фон $54,6 \pm 0,9\%$ и гипоксия $56,5 \pm 0,9\%$; 2-я группа фон $50,9 \pm 1,5\%$ и гипоксия $36,5 \pm 1,2\%$; 3-я группа $36,7 \pm 1,5\%$.

Выводы. Таким образом, установлено, что шарообразное изменение полости правого желудочка в ответ на острую экзо-

генную гипоксическую нагрузку, рассматривается как ранний признак скрытой правожелудочковой сердечной недостаточности.

0687 ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Садреева Д.С., Крюков Н.Н.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования. Изучить картину психологического состояния и качества жизни (КЖ) больных, страдающих АГ, проживающих в различных населенных пунктах Самарской области.

Материалы и методы. В исследование участвовало 636 пациентов, в возрасте от 27 до 76 лет, преимущественно с АГ I и II степени, которые были разделены на 4 группы по месту проживания и получения медицинской помощи. Первая группа — 253 пациента из 26 сел 16 районов области; 2 группа — 73 больных 5 отделения Самарского областного клинического кардиодиспансера (СОККД); 3 группа — 254 пациента ГП № 6 г. Самара; 4 группа — 56 стационарных больных Центра АГ ДКБ ст. Самара (возраст 30–56 лет, 62,5% мужчин, работники Куйбышевской железной дороги). Пациенты 2, 3, 4 групп исследовались на этапе до и после проведения обучающей программы «Школа артериальной гипертензии» (ШАГ). Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36. Психодиагностическое обследование предполагало — клиническую беседу; тест Спилберга; тест Фолстена (изучение когнитивной сферы); тест ЛОБИ (оценка типа психического реагирования на заболевание).

Результаты исследования. Психологическое обследование в 1 группе показало, что преобладают «тревожные», «ипохондрические» и «неврастенические» типы психического реагирования. Расстройства в виде тревоги и страхов имеют 58% больных. Личностную тревожность — 60%, 45% — ситуационную тревожность; когнитивные расстройства определены у каждого второго обследованного; 2/3 опрошенных указали на ухудшение качества жизни за последнее время. Исследование КЖ данной группы по опроснику SF-36 подтвердило низкие показатели жизненной активности, ролевого социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования. По мнению респондентов, это связано с спецификой организации медицинской помощи в сельских районах, с недостаточной доступностью её для сельских жителей, низким уровнем профилактической работы, слабой приверженностью больных к лечению и выполнению медицинских рекомендаций. На этапе начала исследования КЖ в 2, 3 и 4 группах пациентов достоверно не различалось и соответствовало картине, представленной в 1 группе. Данные пациенты получали адекватную гипотензивную терапию, прошли обучающие программы ШАГ в городской поликлинике, в СОККД и Центре АГ. Психологическое обследование, проведенное в этих группах на момент завершения обучения в ШАГ, показало, что в 2 и 3 группах типы психологического реагирования на АГ распределились следующим образом (в %): «тревожный» — 28, «ипохондрический» — 22, «неврастенический» — 20, «гармоничный» — 9, «апатический» — 6, «меланхолический», «сенситивный», «эгоцентрический», «эйфорический», «обсессивно-фобический» — по 3. В 4 группе — «гармоничный» тип определен у 55,4%, «ипохондрический» — 16,2%, «тревожный» — 16%, «меланхолический» у 12,4% респондентов. Когнитивные расстройства определены у 14,2%. Личностную тревожность отметили 42,8%, ситуационную тревожность — 34% пациентов. Данная группа больных с учетом специфики труда ежегодно проходит медицинский осмотр, диспансеризацию, регулярно получает качественную медицинскую помощь. По оценке КЖ в этой группе улучшились показатели жизненной активности, ролевого социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,05$), уменьшилась частота и выраженность головной боли, повысилась работоспособность.

Выводы. Активное внедрение и проведение обучающих программ — ШАГ для сельских и городских жителей должны способствовать улучшению качества медицинской помощи, активизировать профилактическую работу и повышать роль самого пациента в управлении своим заболеванием. Улучшение показателей качества жизни и психологического статуса больных АГ являются чувствительными критериями эффективности проводимых профилактических мероприятий.

0688 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТЧНОГО ИММУНИТЕТА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Садырова Ж.А., Джусупов А.К.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить показатели клеточного иммунитета и провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли- α , интерлейкина-1 β) у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС), осложненной сердечной недостаточностью.

Материал и методы. Обследовано 36 больных, мужского и женского пола, с ХРБС, осложненной сердечной недостаточностью II–III функционального класса (ФК) по NYHA. Средний возраст обследуемых составил $47,3 \pm 2,5$ лет. В зависимости от ФК больные были поделены на группы. 1 группу ($n=18$) составили пациенты с СН II ФК, 2 группу ($n=18$) — с СН III ФК. Определение популяций и субпопуляций лимфоцитов проводили методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием реактивов фирмы «Сорбент» (Россия). Цитокины определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы «Протеиновый контур» (Россия). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что общее количество CD3+ T-лимфоцитов в периферической крови было достоверно сниженным у всех обследуемых пациентов в сравнении с показателями практически здоровых лиц. Изучение хелперно — индукторных клеток — CD4+ и супрессоров — киллеров — CD8+ выявило достоверное изменение этих субпопуляций в сторону снижения в первой и во второй группах в среднем на 64% и 75% по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,01$). Количество естественных киллеров — CD16+ в периферической крови больных хронической ревматической болезнью сердца с сердечной недостаточностью II и III функционального класса было на 52% и 59% ниже показателей практически здоровых лиц ($p < 0,05$). Содержание CD72+ В-лимфоцитов в обеих группах имело тенденцию к повышению, в среднем на 19%, достоверно не отличаясь от нормальных значений. Исследование уровня фактора некроза опухоли- α в сыворотке крови у обследуемых больных показало достоверное его увеличение до $94,5 \pm 5,4$ пг/мл в первой и $118,6 \pm 6,5$ пг/мл во второй группах по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,01$). Изучение содержания интерлейкина-1 β выявило его увеличение в обеих группах в среднем на 39% и 57% по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$).

Выводы. У больных ХРБС выявлен дисбаланс в иммунной системе, проявляющийся изменениями клеточного иммунитета. Исследование уровня провоспалительных цитокинов свидетельствует о нарастающей их активности по мере прогрессирования сердечной недостаточности.

0689 МАРКЁРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сажина Е.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

В последние годы в медицине достигнут большой прогресс в изучении патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН), осложнившей течение ишемической болезни сердца (ИБС). Наряду с гиперактивацией симпатно-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем огромное значение стало уделяться повышению продукции цитокинов и дисфункции эндотелия.

Цель работы. Определить клиническое и диагностическое значение выраженности воспаления и изменений антитромбогенной активности эндотелия стенки сосудов у больных ИБС, осложнённой ХСН для объективизации тяжести состояния пациентов и оценки эффективности терапии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 пациентов с ИБС, осложнённой ХСН. Все больные разделены на две группы, соответствующие II и III функциональным классам (ФК) ХСН. Для объективизации ФК ХСН проводился тест 6-минутной ходьбы и оценивалось клиническое состояние пациентов по шкале оценки клинического состояния при ХСН. В каждой группе были выделены две подгруппы: в первой подгруппе больные получали стандартную терапию, включавшую иАПФ (эналаприл) в дозе 10 мг/сутки и аспирин в дозе 100мг/сутки, во второй подгруппе больные получали стандартную терапию, включавшую иАПФ (эналаприл) в дозе 10мг/сутки без аспирина. Уровни цитокинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Уровень СРБ плазмы крови определяли фотометрическим турбидиметрическим методом. Исследовали антиромбогенную активность стенки сосудов (антиагрегантную (ААСС), антикоагулянтную (АКАСС) и фибринолитическую (ФАСС)). Для статистического анализа данных применялась программа Microsoft Excel XP. Во всех процедурах статистического анализа принимался уровень значимости $p < 0,05$.

Полученные результаты. У пациентов со II и III ФК ХСН на фоне стандартной терапии выявлена более выраженная положительная клиническая динамика, чем на фоне стандартной терапии в комбинации с аспирином. На фоне стандартной терапии у пациентов со II и III ФК ХСН установлено снижение уровней всех исследуемых провоспалительных цитокинов и СРБ, в то время как на фоне стандартной терапии в комбинации с аспирином одновременное снижение уровней анализируемых показателей отсутствовало, а нередко наблюдалось их возрастание. У пациентов со II и III ФК ХСН на фоне стандартной терапии установлено повышение ФАСС при сохраняющихся в течение всего периода наблюдения сниженных ААСС и АКАСС.

Выводы. На фоне стандартной терапии у пациентов со II и III ФК ХСН установлено повышение фибринолитической активности стенки сосудов и снижение уровней всех исследуемых провоспалительных цитокинов и СРБ, в то время как на фоне стандартной терапии в комбинации с аспирином одновременное снижение уровней анализируемых цитокинов отсутствовало.

0690 ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НАГРУЗОЧНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Саидова М.А., Ботвина Ю.В., Шитов В.Н.

ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва, Россия

Цель. Сравнительный анализ диагностических возможностей различных видов нагрузочной эхокардиографии (стресс-Эхо-КГ) в выявлении ишемии миокарда у больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы. В исследование были включены 155 больных с артериальной гипертензией и 119 больных без АГ. Всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ). 118 больным выполнена стресс-Эхо-КГ с велоэргометрией (СЭхо-КГ+ВЭМ), 64 больным стресс-Эхо-КГ с добутином (СЭхо-КГ+доб.), 48 больным с дипиридамолом (СЭхо-КГ+дип.) и 72 пациентам проводилась нагрузочная эхокардиография с чреспищеводной электрокардиостимуляцией (СЭхо-КГ+ЧПЭС): из них у 32 боль-

ных использовался стандартный протокол проведения ЧПЭС (ЧПЭС1-с достижением субмаксимальной ЧСС по возрасту) и у 40-модифицированный протокол ЧПЭС (ЧПЭС 2- с достижением максимальной ЧСС по возрасту).

Результаты. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность стресс-Эхо-КГ+ВЭМ и стресс-Эхо-КГ+добутамина были достоверно ниже у больных АГ по сравнению с контрольной группой: для СЭхо-КГ+ВЭМ 77%, 73%, 75% против 85%, 82%, 83%, соответственно, ($p < 0,01$); для СЭхо-КГ+доб. -76, 80%, 78%-против 80%, 86%, 82%, соответственно, ($p < 0,05$). Достоверных отличий в информативности метода СЭхо-КГ+дип. у больных АГ по сравнению с контрольной группой получено не было. Использование модифицированного протокола ЧПЭС повышало диагностическую ценность метода по сравнению со стандартным протоколом (ЧПЭС2: 85%, 82%, 85% — против ЧПЭС1: 76%, 80%, 71%, $p < 0,05$).

Выводы. У больных с артериальной гипертензией для выявления скрытой ишемии миокарда наиболее предпочтительным является использование стресс-Эхо-КГ с дипиридамолом и стресс-Эхо-КГ с модифицированным протоколом ЧПЭС.

0691 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ ОМЕГА-3 И АТОРВАСТАТИНА НА СОСТАВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИБС

Салахова Л.Р., Галевич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучение изменения концентрации жирных кислот в капиллярной крови больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне терапии аторвастатином и препаратом омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (n-3 ПНЖК).

Методы. Объект исследования — 48 пациентов с ИБС и дислипидемией. Из инструментальных методов исследования проводилось ультразвуковое исследование сердца и сонных артерий, ЭКГ, проба с физической нагрузкой, суточное мониторирование ЭКГ. Всем участникам был определен липидный спектр крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицериды). 20 больным (9 мужчинам и 11 женщинам) в возрасте от 47 до 74 лет (средний возраст составил $57,4 \pm 6,7$ лет) назначили аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. 28 участников исследования, 17 мужчин и 11 женщин, средний возраст которых составил $59,5 \pm 7,6$ лет, получали препарат n-3 ПНЖК, с общим содержанием эйкозапентаеновой и докозагексаеновой кислот не менее 90%, в дозе 1 г в сутки. Концентрацию жирных кислот в капиллярной крови оценивали методом газовой хроматографии до начала лечения, а также через 4 недели терапии обоими препаратами.

Результаты. Полностью лечение аторвастатином завершили 18 человек из 20. Два пациента выбыли в течение первого месяца исследования из-за причин, не связанных с приёмом лекарственного препарата. При лечении n-3 ПНЖК отмена препарата потребовалась у 3 человек из 28 (1 мужчины и 2 женщин): из-за побочного эффекта в виде сыпи — у 2 человек, у 1 человека — из-за обнаружения тяжёлого сопутствующего заболевания. В обеих группах пациентов было идентифицировано 8 жирных кислот: пальмитиновая и стеариновая (насыщенные), олеиновая (моновенасыщенная), линолевая и арахидоновая (n-6 ПНЖК), эйкозапентаеновая, докозагексаеновая и альфа-линоленовая (n-3 ПНЖК). На фоне терапии аторвастатином у больных ИБС статистически достоверно увеличилась концентрация арахидоновой кислоты (с $5,67 \pm 1,76\%$ до $8,02 \pm 2,00\%$, $p = 0,034$). Достоверных различий в содержании других жирных кислот выявлено не было. В результате лечения препаратом n-3 ПНЖК произошло достоверное увеличение концентрации n-3 ПНЖК в крови (с $4,18 \pm 2,01\%$ до $6,26 \pm 2,22\%$, $p = 0,004$), при этом отмечали снижение концентрации насыщенных жирных кислот ($49,61 \pm 3,23\%$ до $48,28 \pm 1,81\%$ после лечения, $p = 0,043$) преимущественно за счёт пальмитиновой кислоты (с $34,86 \pm 3,78$ до $32,96 \pm 1,95\%$, $p = 0,004$).

Выводы. Назначение препарата n-3 ПНЖК через 4 недели привело к увеличению уровня n-3 ПНЖК. Аторвастатин существенно не влиял на метаболизм жирных кислот крови, приводя

только к увеличению концентрации арахидоновой кислоты. Для коррекции нарушений липидного обмена, включая метаболизм жирных кислот, необходимо назначение и аторвастатина, и препаратов, содержащих n-3 ПНЖК.

0692 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сальцева М.Т., Аминова Н.В., Боровков Н.Н., Бердникова Л.В., Попова Е.А.

ГОУ ВПО «НиЖГМА Росздрави», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучение психологического статуса пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза, и эффективности афобазола в лечении тревожно-депрессивных расстройств у этой категории больных.

Методы: обследовано 49 больных (25 женщин и 24 мужчины) стабильной стенокардией П-Ш ФК и ХСН П-IV ФК. Средний возраст составил 60,8 лет.

Диагноз устанавливался на основании клиники, шкалы оценки клинического состояния, теста 6-минутной ходьбы, ЭКГ и ЭКГ-мониторирования, доплер-эхокардиографии. Психический статус пациентов оценивался с использованием шкалы Гамильтона и шкалы самооценки депрессии, разработанной в НИИ им. Бехтерева. Терапия осуществлялась с применением стандартизованных алгоритмов ведения пациентов стабильной стенокардией и ХСН. Для лечения тревожно-депрессивных расстройств у 11 человек использовали селективный небензодиазепиновый анксиолитик Афобазол в дозе 10 мг три раза в сутки. Группу сравнения составили 7 аналогичных больных, которым афобазол не назначался.

Результаты: при анализе данных статистически выверенных групп установлено, что больные с депрессией составляют 59% от всей выборки. При этом у 39% был зарегистрирован малый, а у 20% — большой депрессивный эпизод. Тревожно-депрессивные расстройства в большей степени проявлялись у женщин и нарастали с возрастом (старше 65 лет). Прослеживалась прямая корреляционная зависимость уровня депрессивных расстройств от функционального класса ХСН и тяжести стенокардии. Под влиянием лечения афобазолом через две недели уровень депрессии по шкале Гамильтона снизился с 18,4 баллов до 9,9 баллов, а по шкале самооценки депрессии — с 53,7 баллов до 48,1 баллов. В группе сравнения также наблюдалось улучшение психоэмоционального состояния пациентов, но выраженное в меньшей степени. Положительная динамика в психическом статусе у больных этой группы, вероятно, была обусловлена эффективным лечением ХСН.

Выводы: 1. Тревожно-депрессивные расстройства выявляются более чем у 50% больных ХСН. 2. Наблюдается достоверная взаимосвязь между уровнем депрессии и функциональным классом ХСН, стенокардии, женским полом и возрастом пациентов. 3. В лечении больных ХСН с психоэмоциональными нарушениями целесообразно использовать афобазол.

0693 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ПРЕПАРАТА МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДКМП

Санина Н.П., Гуревич М.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Целью настоящего исследования являлось изучение возможности коррекции нарушений процессов программированной гибели (апоптоза) активированных лимфоидных клеток препаратом милдронат. Исследование выполнено на 15 больных ДКМП, иммунный статус которых оценивали до и после двухнедельного лечения милдронатом в суточной дозе 750 мг.

В процессе исследования у больных с помощью моноклональных антител определялось содержание в периферической крови лимфоцитов, экспрессирующих антигены CD3, CD4, CD8, CD72, CD25, CD71, CD95 и HLA-DR.

В нашем исследовании показано, что иммунный статус больных ДКМП характеризуется приростом экспрессии позднего (HLA-DR) активационного маркера лимфоцитов и ранних маркеров активации (CD25 и CD71), а также нарушением процессов программированной гибели (апоптоза) активированных лимфоидных клеток. Это проявляется отсутствием прироста экспрессии маркера апоптоза CD95, пропорционального уровню иммуноактивации. При этом нарушаются соотношения CD25/CD95 и HLA-DR/CD95.

Доля CD25+ клеток снижается с $16,32 \pm 2,22\%$ до $8,06 \pm 0,78\%$ ($p < 0,01$). Доля CD71+ лимфоцитов до лечения милдронатом составляла $16,52 \pm 3,04\%$, а на фоне лечения — $12,87 \pm 1,45\%$. Экспрессия маркера поздней активации лимфоцитов HLA-DR снизилась с $26,01 \pm 2,04\%$ до $18,45 \pm 2,40\%$ ($p < 0,05$). Милдронат практически не влияет на популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови больных ДКМП. Лечение милдронатом приводит к значительному снижению количества клеток, экспрессирующих как ранние, так и поздний маркер активации.

Изучение состояния системы CD95-опосредованной активационной гибели лимфоцитов показало, что под влиянием лечения милдронатом наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа CD95+ лимфоцитов ($5,40 \pm 1,24\%$ до $7,80 \pm 1,25\%$ соответственно). При этом соотношения CD25/CD95 и HLA-DR/CD95 практически достигали нормальных величин за счет параллельного снижения экспрессии активационных маркеров лимфоцитов. Так, соотношение CD25/CD95 снижалось под влиянием лечения милдронатом с $6,84 \pm 1,74$ до $1,84 \pm 0,37$ ($p < 0,01$), у здоровых людей величина этого показателя составляет $1,2 \pm 0,14$. Соотношение HLA-DR/CD95 также уменьшалось с $23,99 \pm 9,44$ до $5,72 \pm 1,54$ (норма $3,23 \pm 0,63$).

Таким образом, лечение милдронатом оказывает выраженное нормализующее влияние на состояние иммунной системы у больных ДКМП, способствуя переходу лимфоидных клеток от состояния активации к реализации апоптотической программы. С учетом положительного влияния милдроната на клиническое состояние пациента, показатели гемодинамики и качества жизни, полученные результаты исследования позволяют рекомендовать назначение этого препарата в составе комплексной терапии при лечении больных с ДКМП.

0694 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «АРИФОН-РЕТАРД» У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Сапожникова И.Е.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», Киров, Россия

Цель исследования: оценить эффективность гипотензивной терапии препаратом «Арифон-ретард»® («Servier») у женщин с метаболическим синдромом (МС), нарушениями углеводного обмена (нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарный диабет (СД) типа 2) и гипертонической болезнью (ГБ). В исследование включались пациентки, у которых исходный уровень АД превышал целевые значения.

Методы исследования: в исследование включались только лица женского пола. Обследована 21 пациентка в возрасте от 33 до 65 лет ($51,61 \pm 7,78$ лет) с ГБ (1-й и 2-й степеней повышения АД) и МС (нарушения углеводного обмена, абдоминальное ожирение, атерогенная дислипидемия). У 14 (66,6%) пациенток имелся СД типа 2 (в том числе у 4 — впервые выявленный), у 7 (33,4%) — нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Проводился сбор анамнеза, оценка объективного статуса, показателей углеводного и липидного обмена. В качестве гипотензивного препарата пациенткам назначался «Арифон-ретард»® 1,5 мг в сутки однократно (утром): как в монотерапии, так и (по показаниям) — в режиме комбинированной гипотензивной терапии. Уровень АД, оценка гипотензивной терапии пациентками и их приверженность к терапии препаратом «Арифон-ретард»® оценивались у всех пациенток перед выпиской из стационара (через 2-3 недели) и через 3 месяца, а также через 1 год (у 9 пациенток).

Результаты исследования. На фоне терапии препаратом «Арифон-ретард»® (как в монотерапии, так и при комбинации с другими гипотензивными препаратами) у всех пациенток отмечено снижение АД. За время пребывания в стационаре целевой уровень АД достигнут у 17 (80%) пациенток. Через 3 месяца терапии уровень АД, не превышающий 130/80 мм рт.ст. выявлялся у 20 (95,2%) пациенток. Все пациентки оценили эффективность проводимой им гипотензивной терапии как «высокую», а режим приема «Арифон-ретард»® как «очень удобный». Все пациентки отметили улучшение эмоционального фона, что было связано ими с достижением целевого уровня АД при удобном режиме лечения. Через год гипотензивную терапию препаратом «Арифон-ретард»® продолжали все 9 опрошенных пациенток. Отмечены поддержание АД на целевом уровне, высокая приверженность и хорошая переносимость терапии.

Выводы:

- 1) Использование гипотензивного препарата «Арифон-ретард»® в группе пациенток с МС и нарушениями углеводного обмена привело к достижению целевого уровня АД.
- 2) Все пациентки отметили удобство терапии препаратом «Арифон-ретард»® и продемонстрировали высокую приверженность к приему препарата на амбулаторном этапе лечения.
- 3) Поддержание оптимального гипотензивного контроля на фоне приема препарата «Арифон-ретард»® в группе женщин с метаболическим синдромом и нарушениями углеводного обмена сохраняется в течение длительного времени.

0695 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT

Сапожникова И.Е.¹, Тарловская Е.И.¹, Тарловский А.К.², Соболев А.А.²

Кировская государственная медицинская академия, Кировский областной эндокринологический диспансер, Кировская областная клиническая больница, Киров, Россия

Цель работы: изучение связей между метаболическими нарушениями, особенностями ремоделирования и выраженностью гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) и дисперсии интервалов QT и JT у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), в том числе с наличием сахарного диабета (СД) типа 2.

Методы исследования: обследовано 62 пациента с ГБ 1-2 степеней повышения артериального давления (АД). В 1-ю группу вошло 30 пациентов с СД типа 2, ГБ, дислипидемией (ДЛП) и абдоминальным ожирением (АО). Во 2-ю группу вошло 32 пациента с ГБ без избыточного веса. Исследовались углеводный и липидный обмен, проводились велоэргометрия, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), Эхо-КС, расчет дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ. Из исследования исключались пациенты с ИБС.

Результаты исследования: по данным ХМЭКГ нарушения ритма сердца (НРС) выявлены у 94,7% обследованных пациентов 1-й группы, из них у 52,6% — желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) 1-3 градаций по Low; у 32% пациентов 2-й группы (ЖЭС у 16%). В 1-й группе были достоверно больше масса тела, индекс массы тела, окружность талии (ОТ), а также уровни общего холестерина и триглицеридов, гликемии и гликозилированного гемоглобина. В 1-й группе, по сравнению со 2-й, определялись достоверно более высокие показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ. По данным Эхо-КС выявлено, что, при сравнимом уровне АД, в 1-й группе гипертрофия и ремоделирование ЛЖ встречались достоверно чаще, были больше ММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, а также чаще регистрировались неблагоприятные варианты ремоделирования сердца: концентрическая ГЛЖ и концентрическое ремоделирование. Нарушения диастолической функции миокарда ЛЖ выявлены у 100% обследованных пациентов с ГБ и СД типа 2.

Выводы: 1) У обследованных пациентов сочетание ГБ с СД типа 2 сочеталось с более значительной распространенностью суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии.

2) У обследованных пациентов в случае ассоциации ГБ и СД типа 2 гипертрофия миокарда ЛЖ была более выражена;

3) У обследованных пациентов с ГБ и СД типа 2 достоверно чаще формировались неблагоприятные варианты ремоделирования: концентрическая гипертрофия и концентрическое ремоделирование, а также нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ.

4) У пациентов с ГБ, сочетающейся с СД типа 2 были достоверно выше показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT.

0696 КАРДИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ВЫЯВЛЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сапранов Б.Н.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель: выявление значимости кардиометрических показателей в выявлении сердечной недостаточности по обзорному снимку грудной клетки.

Методы: анализ обзорных рентгенограмм грудной клетки у больных с патологией лёгких с определением признаков право- и левожелудочковой недостаточности по следующим кардиометрическим показателям: индекс Люпи, индекс ВПВ (верхней полой вены), показатель КТИ.

Результаты: обследовано 76 больных в возрасте 45-75 лет, находящихся на лечении с хроническим бронхитом. У всех больных имелась сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь I-II ст. — 37, атеросклеротический кардиосклероз — 25, постинфарктный кардиосклероз — 8. В разработку брались только качественные по физико-техническим условиям рентгенограммы с целью исключения скалиогических погрешностей при интерпретации лёгких и сердца. Неверно выбранные физико-технические условия рентгенографии могут повлиять на качество оценки легочного кровотока, на степень пневматизации легочной ткани, на гипо- или гипердиагностику диссеминаций, на размеры сердечной тени. При анализе рентгенограмм, помимо определения кардиометрических показателей, обращалось внимание на состояние костного скелета (выявление признаков гиперпневматизации лёгких), на характер прикорневого и периферического легочного рисунка (разграничение сосудистых и интерстициальных структур), состояние диафрагмы и паракостальных пространств (выявление малого выпота), соотношение правых и левых границ сердца. Признаки сердечной недостаточности были выявлены у всех больных с патологией сердца: венозный застой в лёгких выявлен в 54% случаях, интерстициальный отёк — в 32%, гипостаз лёгких — в 8%, легочная артериальная гипертензия — в 48%, малый выпот — у 4 пациентов. Признаки левожелудочковой недостаточности — венозный застой, интерстициальный отёк, гипостаз, увеличение индекса Люпи, малый выпот корректировали с клиническими признаками сердечной недостаточности в 72% случаях, то есть в 28% случаях рентгенологические данные были приоритетными, а признаки правожелудочковой недостаточности — увеличение индексов ВПВ и Люпи — в 74%. Показатель КТИ оказался увеличенным лишь в 38% случаях и, по нашим данным, оказался неинформативным по следующим причинам: вздутие лёгких при хроническом бронхите II-III ст., согласно законам скалиогии, уменьшает тень сердца на рентгенограмме, а жировые отложения вокруг сердца (завуалированность кардиодиафрагмальных углов, «исчезновение» контура верхушки сердца), наоборот, увеличивают тень сердца, поэтому определение КТИ у этой группы больных некорректно.

Выводы: интерпретация рентгенограммы грудной клетки с определением кардиометрических индексов на первом этапе клинического обследования больных с предполагаемой патологией сердца достаточно информативно выявляет признаки сердечной недостаточности.

0697 КОРРЕКЦИЯ ИМПАЗОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Саттаров Ш.З., Муталова Э.Г., Нигматуллина А.Э., Комлев Д.С.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования: Оценить эффективность препарата Импаза в лечении эректильной и эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: Обследовано 64 больных АГ с эректильной дисфункцией (ЭД) в возрасте от 32 до 55 лет (средний возраст — $47,3 \pm 1,8$ лет). Эректильная дисфункция подтверждалась с помощью Международного индекса эректильной функции (МИ-ЭФ) и по вопроснику СФМ (сексуальная формула мужская). Для выявления эндотелиальной дисфункции всем пациентам с АГ и ЭД, включенным в исследование, была проведена оценка вазорегулирующей функции эндотелия по методике Celermajer и соавт. В течение 12 недель Импаза назначалась в дозе 1 таблетка в день сублингвально и 1 таблетка за 1 час до полового акта. Оценка клинической эффективности проводилась через 4 и 12 недель после начала лечения. При этом под «отличным эффектом» понимали возрастание показателя «эректильная функция» более чем на 50% или достижения значения шкалы > 25 баллов, под «хорошим» — возрастание показателя на 30-50%, «удовлетворительным» — на 10-30%, «без эффекта» — изменение показателя на $\pm 10\%$, «ухудшением» — снижение показателя на 10% и более.

Результаты: При изучении функции эндотелия показатели оказались следующими: исходный диаметр артерии $4,1 \pm 0,3$ мм; дилатация, вызванная потоком крови (эндотелий-зависимая вазодилатация) составила $7,2 \pm 1,4\%$, вызванная нитроглицерином (эндотелий-независимая вазодилатация) — $13,7 \pm 1,2\%$; изменение скорости кровотока в ответ на реактивную гиперемию составило $194,1 \pm 12,6\%$, то есть у больных с АГ и ЭД была выявлена сниженная эндотелий-зависимая вазодилатация. У 18% больных при проведении пробы с реактивной гиперемией определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция, которая свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия. Положительный ответ на лечение ЭД к 4 и 12 неделе был выявлен у 57,8% и 71,9% пациентов соответственно, средний прирост показателя ЭФ составил $3,4 \pm 0,5$ к 4 неделе и $4,5 \pm 0,6$ — к 12 неделе. Нормальная ЭФ на 4 неделе была достигнута у 17,2% больных, на 12 неделе — у 18,8% пациентов. Доля пациентов, оценивших эффективность как «отличную» или «хорошую» составила 56,3% и 64,1% через 4 и 12 недель соответственно. За весь период лечения у больных не наблюдалось побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с гипотензивными препаратами. Также в результате комплексного лечения выявлено достоверное увеличение прироста диаметра плечевой артерии на $15,5 \pm 1,6\%$ при пробе с реактивной гиперемией ($p < 0,02$), что может свидетельствовать о положительной динамике эндотелий-зависимой вазодилатации, а, следовательно, об улучшении функции эндотелия.

0698 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сафронова В.В., Максимов Н.И., Кузелин Ю.Л.

ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск; ГОУ ВПО «ИГМА», Ижевск, Россия

Цель: Изучение особенностей суточного профиля артериального давления, оценка влияния эпросартана на суточный профиль артериального давления и уровень микроальбуминурии у пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: Обследовано 32 пациента с АГ 1-2 степени в возрасте 18-25 лет (средний возраст $20,2 \pm 0,12$). Всем пациентам назначался эпросартан в дозе 150-300 мг/сутки. Антигипертензивную активность оценивали с помощью аппарата суточного мониторирования артериального давления (СМАД) Кардиотехника-4000АД (фирма ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Оценивался стандартный набор показателей циркадного ритма артериального давления (АД). СМАД проводилось исходно и через 12 недель терапии эпросартаном. Уровень суточной микроальбуминурии

(МАУ) определялся иммунотурбидиметрическим методом. Достоверность показателей определялась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты: Исходно среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) в группе составило $166,1 \pm 3,6$ мм рт.ст.; диастолическое артериальное давление (ДАД) $98,2 \pm 4,1$ мм рт.ст. При анализе показателей СМАД в 59,4% случаев (19 пациентов) определялось нарушение variability АД, из них у 79,3% регистрировалось нарушение суточного профиля АД: у 31,1% non-dipper, у 48,2% over-dipper. В группе с нормальной variability (13 пациентов) нарушение суточного профиля отмечалось у 40,0% пациентов: у 25,0% non-dipper, у 15,0% over-dipper. Нарушение variability как САД, так и ДАД в основном отмечалось в дневные часы. У пациентов с суточным ритмом non-dipper характерно нарушение по САД, при over-dipper — по САД и ДАД в равной степени. Терапия эпросартаном привела к достоверному снижению среднесуточного и дневного САД (на 21,8 и 19,2 мм рт.ст. $p < 0,01$). Достигнуто достоверно значимое снижение среднего пульсового АД ($13,4$ мм рт.ст. $p < 0,01$). Индекс времени САД за сутки уменьшился на 33,3% ($p < 0,01$). Отмечено снижение variability САД и ДАД в дневные часы. Исходный уровень МАУ составил 31,5 мг/л, терапия эпросартаном сопровождалась достоверным снижением МАУ до $15,5 \pm 2,2$ мг/л ($p < 0,01$). Была выявлена прямая корреляционная связь между исходными показателями variability САД в дневные часы и уровнем МАУ. Целевые значения АД достигнуты у 26 пациентов (81,3%). В ходе исследования отмечена хорошая переносимость препарата с отсутствием побочных явлений.

Выводы: Почти у каждого второго пациента с АГ 1-2 степени в молодом возрасте выявлено нарушение variability АД, преимущественно в дневное время суток и зависит от суточного профиля АД. Терапия эпросартаном позволила достичь целевого уровня артериального давления у 81,3% пациентов. Эпросартан оказывает многоплановое корректирующее влияние на показатели суточного профиля артериального давления, достоверно снижает средние значения САД в дневные часы, улучшает суточные ритмы АД, снижает скорость утреннего подъема АД, обладает нефропротективным действием.

0699 ВЕГЕТАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Свишлык Г.В., Дутка Р.Я., Гарбар М.О., Нечай О.В., Файнык А.Ф., Перепелица М.В.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель. Выявить особенности изменений спектральных показателей variability ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST (ОИМ ST), подвергшихся тромболитической терапии, и определить их значимость в оптимизации лечебной тактики.

Методы. Обследовано 29 мужчин с ОИМ ST в возрасте от 40 до 60 лет; 15 из них была проведена фармакологическая реперфузия миокарда (1-я группа), 14 пациентов по разным причинам лечились без применения тромболитических препаратов (2 группа). Больных с повторным инфарктом миокарда и сопутствующей патологией в обследование не включали.

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ (на 4-5 сутки заболевания и в день выписки из стационара) с определением высокочастотных (HF) и низкочастотных (LF) колебаний ритма сердца, а также соотношения LF/HF — симпатовагального индекса.

Результаты. У больных 1 группы активный период суток в первые дни после проведения тромболитической терапии характеризовался повышением симпатовагального индекса ($LF/HF = 3,86 \pm 0,22$, $p = 0,047$), обусловленным выраженным увеличением обоих компонентов спектра с преобладанием низкочастотных волн ($LF = 1161,32 \pm 128,02$ мс², $p = 0,046$). В тоже время у пациентов 2 группы рост соотношения LF/HF ($3,27 \pm 0,17$, $p = 0,045$) вначале заболевания был вызван достоверным умень-

шением уровня высокочастотного компонента спектра ($HF=245,81 \pm 16,38$ мс², $p=0,020$). Данная закономерность прослеживалась и пассивный период суток в обеих группах пациентов.

В процессе лечения у всех больных регистрировалось увеличение параметров и высокочастотного, и низкочастотного компонентов спектра (в дневное и ночное время суток) с тенденцией к нормализации симпато-вагального индекса, более выраженной у пациентов 2 группы: соотношение LF/HF днем было равно $3,53 \pm 0,17$ и $2,92 \pm 0,14$ соответственно у пациентов 1 и 2 групп. Важно отметить, что параметры LF ($1326,30 \pm 189,74$ мс²) к концу стационарного периода у больных, подвергшихся тромболитической терапии, значительно превышали значения LF ($978,48 \pm 60,61$ мс²) пациентов 2 группы.

Выводы. 1. Течение ОИМ ST| сопровождается развитием дисбаланса вегетативной нервной системы с формированием состояния симпатикотонии, более выраженной на фоне применения тромболитиков.

2. Преобладание симпатических влияний на сердечный ритм у больных с ОИМ ST| требует дифференцированного подхода к назначению адекватных доз β -адреноблокаторов.

3. Оценка состояния вегетативной нервной системы у больных с ОИМ ST| при помощи спектрального анализа сердечного ритма имеет большое значение для оценки характера течения заболевания, определения его прогноза и выбора оптимальных схем патогенетической терапии.

0700 ТРЁХМЕРНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ — НОВОЕ ВИДЕНИЕ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Седов В.П., Сыркин А.Л., Стоногин А.В., Катков А.И.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: Оценить диагностические возможности трёхмерной эхокардиографии (Эхо-КГ) у пациентов, имеющих выраженные функционально-структурные изменения сердца при различной кардиальной патологии.

Материал и методы исследования: из 186 пациентов с разнообразной кардиальной патологией, выявленной при стандартной двухмерной Эхо-КГ(2D), отобраны 36 больных с хорошей акустической доступностью, позволившей провести трёхмерную Эхо-КГ (3D). Использовался ультразвуковой аппарат "Vivid 7" (GE) со специальным датчиком (3V). 14 пациентам потребовалась хирургическая коррекция выявленной патологии. У 8 — операция проводилась под контролем чреспищеводной эхокардиографии. Информативность трёхмерной эхокардиографии оценивалась по двум критериям: 1) появление дополнительной визуальной информации на трехмерных изображениях, в том числе перед операцией; 2) расширение представления кардиолога о характере структурно-функциональных изменений сердца при различной кардиальной патологии.

Результаты. Анализ трёхмерной Эхо-КГ выявил дополнительные особенности геометрической формы камер сердца в норме и при дилатации и позволил правильно ориентировать поперечные 2D срезы левого желудочка (ЛЖ) для оценки сегментарной сократимости. Получена дополнительная визуальная информация о пространственном расположении папиллярных мышц в ЛЖ; морфометрических особенностях стенозированного митрального отверстия, как со стороны левого предсердия, так и со стороны левого желудочка; пролапсе митрального клапана; пространственном расположении миксомы левого предсердия и тромбов в полости ЛЖ; локальной гипертрофии верхушки ЛЖ при гипертрофической кардиомиопатии; двусторонним аортальным клапаном; пространственной сепарации листков перикарда при выпотном перикардите; вегетациях при инфекционном эндокардите; некомпактном миокарде. Впечатление усиливалось различием трёхмерной акустической плотности анализируемых структур и пограничных тканей. Общим мнением оперировавших хирургов, видевших трёхмерные изображения сердца до операции, было значительное улучшение качества и детализации визуальной информации о структурно-пространственных соотношениях нормальных и патологически изменённых тканей

в зоне интереса, что нашло свое подтверждение в ходе операции. Тем не менее, дополнительную информацию можно было получить лишь при хорошей акустической доступности сердца.

Выводы. Трёхмерная эхокардиография обладает лучшей анатомической наглядностью изображений по сравнению с двухмерной и является полезным инструментом для изучения анатомо-функциональных особенностей внутрисердечных структур работающего сердца в норме и патологии. Данный режим позволяет осуществить более точную навигацию при получении поперечных срезов работающего сердца для оценки сегментарной сократимости ЛЖ.

0701 ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ, ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сеидова Г.Б., Беляков Н.А., Дорофеев В.И., Желтышева Ж.А.
ГОУ ДПО СПб МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Ожирение и лептинорезистентность рассматривается сегодня как ключевое звено менопаузального метаболического синдрома, способствующего на фоне дефицита эстрогенов развитию дислипидемии.

Цель работы: — выявить распространенность ожирения, лептинорезистентности и нарушений липидного профиля у больных ИБС и без ИБС женщин в пре- и постменопаузе.

Материал и методы: исследование по разработанной нами схеме было проведено у 281 женщины, из которых 198 страдали ИБС — основная группа и 83 женщины без ИБС, аналогичного возраста — контрольная группа. Средний возраст пациенток в основной группе составил $51,5 \pm 5,4$ года (минимальный возраст 38 лет, максимальный 68 лет), в контрольной $49,8 \pm 5,03$ года (минимальный возраст 39 лет, максимальный 65 лет).

Исследование включало определение индекса массы тела (ИМТ), объема талии (ОТ), отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), проводилось фенотипирование липидов, оценивался уровень лептина плазмы крови.

Результаты: распространенность ожирения среди исследуемой группы женщин с использованием показателя индекса массы тела (ИМТ кг/м²) была следующей: нормальная масса тела в основной группе у 59(35%), в контрольной у 46 (55%) женщин; избыточная масса тела у пациенток основной группы у 69 (35%), в контрольной у 21 (26%); ожирение 1 степени в основной у 38 (18%), в контрольной у 12 (14%); ожирение 2 степени имело у 29(15%) основной и у 4 (5%) контрольной; ожирение 3 степени было выявлено у 3(1%) пациенток основной группы.

Таким образом, среди женщин, страдающих ИБС находящихся в пре- и постменопаузе у 139(70%) имела место различная степень ожирения, а в контрольной группе у 37 (40%). При распределении по типам ожирения, в зависимости от отношения ОТ/ОБ, в основной группе у 115 женщин имелся андройдный тип ожирения, а 24 имели гиноидный тип ожирения, в контрольной группе соответственно у 32 — андройдный и 5 — гиноидный.

При анализе липидного профиля распределение обследуемых пациенток по типам дислипидемии было следующим: в основной группе IIa тип был у 49 (25%), IIb — у 58(30%), IV — у 4(2%), гипо α у 18(8%); в контрольной группе IIa тип был у 16 (20%), IIb — у 7(8%), гипо α у 5(6%).

Средние показатели концентрации лептина в плазме крови (мкг/л) в группах с нормальной массой тела составили: в контрольной группе $4,9 \pm 0,41$, индекс лептин/ ИМТ $0,21 \pm 0,02$; в основной $5,8 \pm 0,48$ и $0,22 \pm 0,03$ соответственно, разница показателей достоверна; с ожирением в контрольной группе концентрация лептина составила $8,7 \pm 1,54$, индекс лептин / ИМТ $0,26 \pm 0,03$; в основной $12,7 \pm 1,61$, индекс лептин / ИМТ $0,36 \pm 0,04$, при достоверной разнице показателей ($p < 0,05$).

Таким образом, с увеличением индекса массы тела отмечен и рост концентрации лептина плазмы крови и индекса лептин/ИМТ, а также увеличение количества пациенток с дислипидемией, особенно это выражено в основной группе, где больных с ожирением больше, чем в контрольной группе.

0702 ГИПЕРУРИКЕМИЯ – КАК КОМПОНЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ИБС И БЕЗ ИБС

Сеидова Г.Б., Беляков Н.А., Дорофеев В.И., Желтышева Ж.А.
ГОУ ДПО СПб МАПО, Санкт-Петербург, Россия

В многочисленных исследованиях была выявлена независимая связь между уровнем сывоточной мочевой кислоты и риском заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии у женщин, чаще в постменопаузальном периоде.

Цель исследования выявить наличие гиперурикемии и изучить ее взаимосвязи с компонентами метаболического синдрома у женщин, страдающих ИБС и без ИБС в пре- и постменопаузе.

Материалы и методы. Исследование по разработанной нами схеме было проведено у 281 женщины, из которых 198 страдали ИБС – основная группа и 83 женщины без ИБС, аналогичного возраста – контрольная группа. Средний возраст пациенток в основной группе составил $51,5 \pm 5,4$ года, в контрольной $49,8 \pm 5,03$ года. Наряду с клиническими и функциональными методами, определялся индекс массы тела (ИМТ $\text{кг}/\text{м}^2$), объем талии (ОТ), отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), изучалось содержание глюкозы и уровень базального инсулина в плазме крови натощак и их динамика при оральной глюкозотолерантной тесте (ОГТТ), уровень мочевой кислоты, проводилось фенотипирование липидов.

Результаты исследования. При анализе полученных данных по уровню концентрации мочевой кислоты среди женщин, страдающих ИБС, была выявлена тенденция к ее увеличению, по сравнению с женщинами без ИБС. Так средняя концентрация мочевой кислоты в плазме крови исследуемой группы составила $335,0 \pm 26,8$ мкмоль/л, а в контрольной $298,5 \pm 29,4$ мкмоль/л. Частота встречаемости гиперурикемии среди больных с метаболическим синдромом составила 56,7%, у лиц без метаболического синдрома 25,2%.

При проведении корреляционного анализа зависимости концентрации мочевой кислоты в плазме крови с компонентами метаболического синдрома, установлено, что достоверная прямая корреляция имела место между величиной концентрации мочевой кислоты с одной стороны и показателями, отражающими степень ожирения с другой (ИМТ, ОТ/ОБ) ($p < 0,01$). Кроме того, концентрация мочевой кислоты плазмы крови достоверно прямо коррелировала с триглицеридами ($p < 0,001$), уровнем гликемии ($p < 0,01$), базального инсулина ($p < 0,01$), ХС ЛПНП ($p < 0,05$) и артериальной гипертензией ($p < 0,05$). Зависимость степени гиперурикемии от показателей индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и ХС ЛПВП не носила достоверного характера. Наличие более тесной связи с триглицеридами предполагает, что они являются промежуточным звеном между гиперурикемией и повышением уровня холестерина.

Таким образом, анализируя эти связи, можно предположить, что при патологических изменениях в организме, приводящих к развитию метаболического синдрома, а в дальнейшем и ИБС происходит паритетное изменение концентраций этих регуляторов метаболизма. У женщин с ИБС в пре- и постменопаузе, уровень сывоточной мочевой кислоты достоверно коррелирует с другими компонентами менопаузального метаболического синдрома, такими как, ожирение, нарушение липидного и углеводного обмена, что позволяет расценивать гиперурикемию как ее диагностический критерий.

0703 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Сейидов В.Г., Либензон Р.Т., Ермолаева Н.А., Полонова А.И., Ертнова Т.М., Жукова О.Н., Черноярлова Т.В., Гонохова В.А., Калягина Е.А., Воробьев Д.В.

Владивостокский государственный медицинский университет, поликлиника г.Владивостока, Владивосток, Россия

Цель. Изучить влияние антагониста кальция, пролонгированного действия (нормодипина) на течение гипертонической болезни (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Метод. В исследование включены 169 больных: из них мужчин – 92 (54%), женщин – 77 (46%), средний возраст которых составил 56 лет. С диагнозом ГБ первой стадии было 23 человека; основную группу составили больные второй стадии и 96 больных в сочетании ГБ и ИБС. Больным проводилось традиционное клиническое обследование: анализы мочи, крови, УЗИ почек; ЭХКГ, ЭКГ, консультация окулиста, измерение АД аускультативным методом до и на фоне терапии.

Средний уровень систолического артериального давления (САД) до лечения нормодипином в группе больных ГБ первой стадии составил 154 мм рт.ст., а диастолического (ДАД) – 96 мм рт.ст.; а у больных с ГБ второй стадии – 167 и 115 мм рт.ст. соответственно.

До назначения нормодипина больные получали гипотензивные препараты: ингибиторы АПФ, или диуретики, или бетаадреноблокаторы. Нормодипин добавили через две недели при неэффективности предыдущего лечения. Больным с первой стадией ГБ, которые не получали других гипотензивных средств, был назначен нормодипин в дозе 5 мг, остальным – 10 мг в сутки в один прием.

Результаты. Через две недели от начала приема нормодипина монотерапия была эффективна у 22 больных первой стадии; у одного больного отмечались тахикардия, покраснение лица – препарат был отменен, артериальное давление было в пределах нормы. У больных со второй стадией САД снизилось до 152 мм рт.ст. и ДАД – 100 мм рт.ст. Через четыре недели отмечалась стабилизация АД как САД, так и ДАД на цифрах 142 и 92 мм рт.ст. соответственно.

Побочные эффекты отмечались у 10 больных (6%): отек лодыжек, головная боль, чувства жара, тахикардия. Отменить препарат пришлось у 6 больных.

Со снижением АД все пациенты отмечали улучшение состояния здоровья, что проявлялось значительным уменьшением головных болей, головокружения, отсутствия ощущения «тяжелой, несвежей головы», меньше беспокоили боли в сердце.

Наши результаты подтверждают мнение других исследователей об эффективности антагонистов кальция пролонгированного действия в лечении кардиологических больных.

0704 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ГОМОЦИСТЕИН

Сейсембеков Т.З., Исакова Б.К., Мукаров М.А., Кенжина З.З.

Казахская государственная медицинская академия, Национальный научный медицинский центр, Астана, Казахстан

Цель исследования – изучить особенности гипергомоцистеинемии (ГГЦ), взаимосвязь с маркерами воспаления, эндотелиальной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и возможности фармакологической коррекции ГГЦ фолиевой кислотой (ФК).

Под наблюдением находилось 173 больных ИБС обоего пола (средней возраст – $54,6 \pm 7,2$ лет). Из них 106 со стабильной стенокардией (СТ) и 66 больных с острым коронарным синдромом (ОКС): инфарктом миокарда (ИМ) – 31, нестабильной стенокардией (НС) – 36 человек. Исходно и в динамике наблюдения проведено общеклиническое обследование с определением показателей: гомоцистеина (ГЦ), липидного спектра крови, С-протеина, ключевых цитокинов, межклеточных молекул адгезии и функциональных (ЭхоКГ, мониторингирование ЭКГ, нагрузочные пробы) исследований. У 101 пациента ИБС подтверждена ангиографически.

Установлено, что ГГЦ имеет место у 71,7 % больных: 55,7% больных СТ и 97,2% больных ОКС. При этом в группе с ГГЦ преобладали пациенты, имеющие умеренную ($15,0-30,0$ мкмоль/л) и выраженную ($30,0-100,0$ мкмоль/л) степени ГГЦ. Причем, при СТ достоверно чаще отмечалась умеренной степени ГГЦ (83,6%), тогда как при ОКС – выраженная, в том числе при ИМ (87,1%) и НС (77,8%) случаях. При ОКС уровень ГЦ оказался также выше в случаях развития осложненной патологии и наличии сопутствующего сахарного диабета. Выявлена корреляция выраженной степени ГГЦ с высоким содержанием атерогенных фракций липидов: ХС ЛПНП ($r=0,52$), АпоВ ($r=0,43$). При ГГЦ установлено повышение содержания маркеров воспаления в

плазме крови: С-протеина, интерлейкина (ИЛ)-1b, ИЛ-6, TNF- α и угнетение иммунной защиты, сопровождающейся снижением противовоспалительного цитокина — ИЛ-10 ($p < 0,05$). В условиях ГГЦ повышена экспрессия межклеточных молекул адгезии — ICAM-1 и E-селектина ($p < 0,05$). Эти изменения более выражены у больных с тяжелым клиническим течением заболевания, что свидетельствует о развитии эндотелиальной дисфункции и хронического воспаления в сосудистой стенке.

С целью коррекции ГГЦ больным ИБС на фоне общепринятой антиангинальной терапии назначали фолиевую кислоту (ФК) 5 мг/сут в течение 3-х месяцев. Контрольная группа была сопоставима по полу, возрасту и тяжести ИБС. К исходу 4 недели терапии уровень ГЦ в плазме крови у 68,9 % больных ИБС снизился, при полной нормализации у 35,2% больных. Это сопровождалось и улучшением общего состояния больных и повышением толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, ГГЦ является фактором риска в прогрессировании ИБС. Влияние гипергомоцистеинемии на клиническую дестабилизацию ИБС может реализовываться через неспецифическое воспаление, эндотелиальную дисфункцию, что создает благоприятные условия для «дестабилизации» атеросклеротической бляшки с развитием атеротромбоза — основного патогенетического механизма ОКС. Применение ФК является эффективным способом вторичной профилактики ИБС в группе больных с гипергомоцистеинемией.

0705 ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ТРЕХЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Селезнев С.В., Якушин С.С.

ГОУ ВПО «РязГМУ Росздрава», Рязань, Россия

Цель работы: изучение трехлетней выживаемости больных ишемической кардиомиопатией (ИКМП).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 40 больных ИКМП. Состояние больных оценивалось дважды: за исходные данные принимался статус больных на 2003 г (по истории болезни, другой медицинской документации) и через трехлетний интервал (методом телефонных контактов оценивалась выживаемость/летальность, причины смерти). Для диагностики ИКМП мы использовали следующие критерии: наличие документированной ИБС (атеросклероз коронарных артерий по данным коронароангиографии, и/или ЭКГ-признаки крупноочаговых рубцовых изменений в миокарде (зубец q), положительные результаты нагрузочных проб, и/или данные Холтеровского мониторирования ЭКГ, свидетельствующие об ишемии, и/или типичный для стенокардии болевой синдром), кардиомегалия (КДР ЛЖ > 70 мм и/или ФВ ЛЖ < 35% (по Тейхольцу)). Диагноз ИКМП исключали при наличии: ревматических, врожденных пороков клапанов сердца, протезированных клапанов, неишемических кардиомиопатий, аневризмы левого желудочка.

Результаты: среди анализируемых больных было 36 мужчин и 4 женщины, средний возраст $60,7 \pm 7,6$ лет. Типичный синдром стенокардии имел место у $87,5 \pm 5,2\%$, его эквиваленты — у $5 \pm 10\%$ больных. $87,5 \pm 5,2\%$ пациентов перенесли инфаркт миокарда. Гипертонической болезнью страдали $87,5 \pm 5,2\%$ больных. ХСН IIa стадии имела место у $35,0\%$ больных, IIb — у $57,5\%$, III — у $7,5\%$. СД 2 типа страдали $22,5 \pm 13,9\%$ пациентов. Анализ ЭКГ показал следующие нарушения ритма и проводимости: у $32,5\%$ пациентов наблюдалась ФП, в том числе у $25,0\%$ постоянная форма), у $20,0\%$ имелись нарушения проводимости в системе ЛНПГ. Желудочковая экстрасистолия фигурировала в анамнезе у 65% пациентов, в том числе у 10% — полиморфная, у 5% — по типу аллоритмии. Крупноочаговые изменения в миокарде различной локализации выявлялись у $64,5\%$ пациентов, в том числе у 10% циркулярные.

Данные Эхо-КГ: ЛП $4,9 \pm 0,6$ см, КДР ЛЖ $7,1 \pm 0,5$ см, КСР ЛЖ $5,6 \pm 0,6$ см, ФВ ЛЖ $35 \pm 6\%$. Патологические потоки в полостях: митральная регургитация 2, 3, 4 степеней соответственно: $37,5\%$, $52,5\%$, $7,5\%$, аортальная регургитация: 1 степени — $12,5\%$, 2 степени — $27,5\%$, трикуспидальная регургитация 1 степени — $32,5\%$, 2 степени 30% , 3 степени — 10% , 4 степени — $2,5\%$. Легоч-

ная гипертензия выявлялась у $42,5\%$ пациентов. У $72,5\%$ определялись зоны снижения локальной сократимости. Лечение: 95% пациентов получали ИАПФ, $62,5\%$ — β -блокаторы, рекомендованные при ХСН, 20% — тиазидные диуретики, 50% — петлевые диуретики, $42,5\%$ — антагонисты альдостерона, $32,5\%$ — статины. Трехлетняя выживаемость у наблюдаемых нами больных составила $35,7\%$, что, сопоставляя с данными литературы, в которых показатель колеблется от 5 до 35% , позволяет оценить наши результаты как наиболее благоприятный прогноз при ИКМП.

Выводы: ишемическая кардиомиопатия — серьезное заболевание с плохим прогнозом. Необходимо уточнение критериев диагностики ишемической кардиомиопатии.

0706 ГИПЕРГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Семакина С.В.¹, Сайгитов Р.Т.², Глезер М.Г.²

¹Городская клиническая больница №7, Москва, Россия; ²Городская клиническая больница №59, Москва, Россия

Цель: изучить изменение концентрации глюкозы плазмы (ГП) крови у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ).

Методы: сплошное проспективное исследование, включено 198 больных, стабилизированных после ИМ (мужчин 52% , Q тип ИМ у 54% больных). Учитывали уровень ГП, зарегистрированный при поступлении в стационар, а также на 6-7 сутки госпитального наблюдения.

Результаты: исходно, гипергликемия (ГП $\geq 6,1$ ммоль/л) была зарегистрирована у 71 (36%) больного, 34 (33%) мужчин и 37 (39%) женщин ($p=0,407$). В 31 (44%) случае повышение концентрации глюкозы было связано с сахарным диабетом (СД) 2-го типа, причем у женщин случаи гипергликемии (ГГ), ассоциированные с СД, регистрировались вдвое чаще (60% в сравнении с 27% у мужчин, $p<0,01$). Медиана концентрации глюкозы у больных с изолированной ГГ (без СД в анамнезе) составила $6,7$ ($6,7$; $7,6$) ммоль/л, с СД — $7,7$ ($7,0$; $8,7$) ммоль/л ($p<0,001$). Указанные группы были сопоставимы по возрасту (медиана 68 и 69 лет, $p=0,276$), срокам госпитализации (в первые 24 часа поступили 79 и 83% больных, $p=0,937$), типу ИМ (Q тип у 70 и 52% , $p=0,181$), частоте перенесенного в прошлом ИМ (20 и 23% , $p=1,000$). В то же время, в группе больных с изолированной ГГ было больше мужчин (62% в сравнении с 29% в группе больных с СД, $p<0,01$). Накануне коронарного события инсулин получали 68% больных с СД. На 6-7 сутки наблюдения у больных с изолированной ГГ, зарегистрированной при поступлении, концентрация ГП снизилась на 23% (-31 ; -18) или $1,5$ ($-2,1$; $-1,2$) ммоль/л ($p<0,001$), у больных с СД не использовавших в регулярной терапии инсулин — на 20% (-28 ; 16) или $1,3$ ($-2,7$; $1,0$) ммоль/л ($p=0,139$), у больных с СД ранее применявших инсулин — на 11% (-28 ; -1) или $0,8$ ($-2,5$; $-0,1$) ммоль/л ($p=0,003$). При этом, у больных с изолированной ГГ снижение концентрации глюкозы, как относительное ($p=0,005$), так и абсолютное ($p=0,061$), было более выраженным, чем у больных с СД. Кроме того, нормогликемия (ГП $< 6,1$ ммоль/л) на 6-7 сутки была отмечена у 95% больных с исходной изолированной ГГ и только у 33% больных с СД не применявших инсулин и у 19% его использовавших ($df=2$, $p<0,001$). Многофакторный регрессионный анализ показал, что величина изменения концентрации глюкозы у больных с изолированной ГГ зависела от исходного уровня глюкозы ($r=-0,408$; $p=0,009$) и числа тромбоцитов ($r=-0,385$; $p=0,014$). У больных с СД — от исходного уровня глюкозы ($r=-0,543$; $p=0,006$) и числа эритроцитов ($r=0,399$; $p=0,035$). Изменение в ходе наблюдения концентрации глюкозы у больных с изолированной ГГ не было связано с изменением какой-либо другой биохимической, либо гематологической характеристики текущего заболевания. Напротив, у больных с СД изменение концентрации глюкозы происходило параллельно с изменением уровня мочевины крови ($r=0,459$; $p=0,016$).

Выводы: гипергликемия при поступлении регистрируется у каждого третьего больного с острым ИМ. Только в половине случаев, а у мужчин лишь у каждого четвертого, факт гипергликемии связан с СД 2-го типа. Нормализация значений глюкозы отмечается у большинства больных с изолированной гипергликемией, причем величина снижения у них существенно выше, чем

у больных с СД. Инсулиноterapia больных с СД при остром ИМ позволяет добиться компенсации только в каждом пятом случае. Наименьший эффект от введения инсулина следует ожидать у больных с СД, использовавших инсулин ранее в регулярной терапии заболевания.

0707 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНОМ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ФАКТОРЫ РОСТА АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Семёнова А.Е.

ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздздрав», Москва, Россия

Цель: изучить влияние терапии розувастатином и эндоваскулярной реваскуляризации миокарда (коронарной ангиопластики со стентированием) на факторы роста ангиогенеза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: исследовано 2 группы больных ИБС: 1-ая группа — пациенты, перенёвшие реваскуляризацию миокарда, 2-ая группа — пациенты, получавшие розувастатин в течение 3-х месяцев. В крови здоровых добровольцев и пациентов до и через 6 дней после реваскуляризации определялся уровень сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF), рецепторов VEGF (sVEGF-R1) и трансформирующего фактора роста β (TGF- β 1). До и через 3 месяца приёма розувастатина были измерены уровни VEGF и фактора роста фибробластов (bFGF), а так же уровни общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина 6 (ИЛ-6), поток-зависимой вазодилатации. Результаты, полученные у больных 1-ой группы, сравнивались со здоровыми добровольцами.

Результаты: уровень VEGF не отличался, а уровень TGF- β 1 оказался значительно ниже у больных ИБС по сравнению со здоровыми добровольцами, $11,0 \pm 4,9$ пг/мл и $120,0 \pm 32,4$ пг/мл соответственно ($p < 0,0001$). Реваскуляризация миокарда привела к увеличению уровня VEGF от $192,4 \pm 166,1$ пг/мл до $264,7 \pm 226,6$ пг/мл ($p = 0,0066$), не повлияв на динамику уровней TGF- β 1 и VEGF-R1 через 6 дней. Наблюдались положительные изменения в липидном спектре крови, снижение СРБ и ИЛ-6, уменьшение эндотелиальной дисфункции и снижение уровня VEGF от 382 ± 249 пг/мл до 297 ± 220 пг/мл ($p = 0,006$) через 3 месяца от начала терапии розувастатином (уровень bFGF не изменился).

Выводы: т.о. состояние хронической ишемии миокарда вследствие недостаточности кровоснабжения ведёт к снижению уровня TGF. Повышение уровня VEGF после реваскуляризации отражает транзиторную ишемию и потенциально может способствовать возникновению гемодинамической нестабильности, обусловленной стимуляцией неоваскуляризации атеросклеротической бляшки. Усиление терапии статинами в ранние сроки после реваскуляризации, вероятно, позволит стабилизировать атеросклеротическую бляшку, в том числе и за счёт снижения VEGF. А уменьшение дозы статинов до низкой терапевтической после стабилизации создаст наиболее благоприятные условия для ангиогенеза и, возможно, сделает более эффективными экзогенные попытки его стимуляции.

0708 ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 3-ГИДРОКСИПИРИДИНА НА АДРЕНАЛИНОВОЙ МОДЕЛИ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ

Семенова Е.В., Инчина В.И., Семенов А.В., Смирнов Л.Д.

Мордовский ГУ им. Н.П. Огарева, Саранск; ИБХФ им. Н.П. Эммануэля, Москва, Россия

Цель исследования: изучение кардиопротекторного действия новых производных 3-гидроксипиридина (3-ГП) на адреналиновой модели внезапной коронарной смерти. Исследуемые соединения, гемифумарат 3-ГП, гемисукцинат 3-ГП и ацетилцистеин-

нат 3-ГП, были синтезированы в ИБХФ им. Н.П. Эммануэля РАН и МГУ им. Н.П. Огарева.

Материал и методы: исследование проведено на 54 половозрелых белых мышах обоего пола массой 18–20 г. Внезапную коронарную смерть моделировали внутримышечным введением адреналина в дозе 10 мг/кг (0,2 мл 0,1% раствора) однократно. Животных разделили на группы по 9 мышей в каждой группе: 1-я группа — контрольная, животным 2-й группы за 30 мин до моделирования внутрибрюшинно вводили препарат сравнения — мексидол в дозе 50 мг/кг, 3-й, 4-й, 5-й и 6-й групп — исследуемые соединения — гемифумарат 3-ГП, гемисукцинат 3-ГП и ацетилцистеинат 3-ГП соответственно в дозах, равных $1/10$ LD50. Подопытных животных наркотизировали уретаном. В ходе опыта проводилась регистрация ЭКГ во II стандартном отведении: исходные параметры ЭКГ до введения адреналина, через 30 секунд после введения указанной дозы адреналина, и далее соответственно на 1-й, 3-й, 5-й, 7-й, 10-й, 12-й, 15-й, 20-й, 22-й, 25-й, 27-й и 30-й минуте (либо до наступления асистолии, максимально до 50 минут). Животные на протяжении всего эксперимента находились на самостоятельном дыхании. Оценка эффективности соединений проводилась с учетом времени наступления умеренной и выраженной брадикардии и асистолии.

Результаты: Установлено, что гемифумарат и гемисукцинат 3-ГП, как и препарат сравнения, отсрочивали время наступления умеренной и значительной брадикардии, а также удлинляли время жизни животных при введении гистотоксических доз адреналина, причем гемисукцинат 3-ГП уступал по данным характеристикам препарату сравнения, а гемифумарат 3-ГП превосходил его. Гемифумарат 3-ГП удлиннял время развития выраженной брадикардии, а также время наступления асистолии более чем в 2 раза по сравнению с соответствующими показателями контрольной группы. Кроме того, он снижал летальность подопытных животных на данной модели со 100% до 70%.

Выводы: таким образом, можно заключить, что гемифумарат 3-ГП, мексидол, а также в меньшей степени гемисукцинат 3-ГП проявляют кардиопротекторную активность на адреналиновой модели внезапной коронарной смерти.

0709 РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА ГРУДНОЙ АОРТЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Семенова Л.Н., Морова Н.А.

ООКБ, Омск, Россия

В клинической практике процент диагностических ошибок расслаивающей аневризмы аорты (РАА) остается высоким. Проблема РАА до настоящего времени является актуальной, в связи с трудностью диагностики и плохим прогнозом.

Цель исследования: Анализ клинических особенностей расслаивающей аневризмы восходящего отдела аорты в когорте пациентов «Омского кардиологического центра».

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 31 истории болезни пациентов с РАА I и II типа, лечившихся в стационаре в течение 11 лет (1995–2006 гг.). Инструментальное исследование включало эхокардиографию (Эхо-КГ), рентгенографию органов грудной клетки, аортографию (АГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) аорты, мульти-спиральную компьютерную томографию (МСКТ), электрокардиографию (ЭКГ).

Полученные результаты: Из 31 пациента лиц мужского пола было 18 чел. (58,1%). Средний возраст всех больных, взятых на исследование, равнялся $51,4 \pm 14,7$ годам (размах отмечался от 21 года до 74 лет). Преобладала возрастная группа старше 50 лет — 17 чел. (54,8%). РАА I типа отмечена у 12 больных (38,7%), а II типа — у 19 (61,3%). Анамнез артериальной гипертонии имелся у 23 пациентов (74,2%). Давность АГ составила $13 \pm 7,3$ г. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы находили ранее у 17 (54,8%) пациентов.

Клиническая картина отмечалась большим разнообразием, что крайне затрудняло своевременную диагностику РАА.

Боль в груди была первичным симптомом у 30 (96,6%) пациентов. Из них 20 (64,5%) — описывали ее как давящую, 8 (25,8%) — как рвущую. У 26 (83,9%) пациентов болевой синдром локализовался за грудиной, у 9 (29%) — в эпигастрии. Внезапный характер

боли отмечали 24 больных (77,4%), связь с физической нагрузкой — 27 (87,1%). Первоначальный диагноз острого коронарного синдрома (ОКС) в исследуемой группе был установлен у 15 (48,4%) пациентов: у 11 (35,5%) — острый инфаркт миокарда, у 4 (12,9%) — нестабильная стенокардия.

У 3-х больных (9,7%) установлен диагноз ИБС: стенокардии III ФК.

Иррадиацию боли в позвоночник отмечали 11 человек (35,5%), в руку — 6 (19,4%).

В группе больных с РАА II типа внезапная давящая, рвущая боль в грудной клетке имела переднюю локализацию (94,7%); при расслоении I типа она чаще иррадиировала в спину и межлопаточную обл. (83,2%) или локализовалась в животе (66,7%).

Заключение: Проведенный анализ подтверждает, что РАА является сложным и полиморфным по клинической картине заболеванием. Основой диагностики является оценка всех клинических симптомов. Основой своевременного диагноза служит настороженность врачей. При подозрении на РАА целесообразно проведение МСКТ — метода с наибольшей разрешающей способностью. Своевременно начатое медикаментозное и хирургическое лечение — фундамент изменения естественного течения РАА. Выживаемость больных при РАА в настоящее время может быть значительно увеличена, благодаря своевременной диагностике и раннему лечению этого грозного состояния.

0710 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Семернин Е.Н., Рыбакова М.Г., Гудкова А.А., Крутиков А.Н., Клемина И.С., Боткин С. Н., Киреев И.С., Шляхто Е.В.

Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова и ФГУ «Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова» Санкт-Петербург, Россия

Цель: Установить частоту выявления маркеров амилоидоза у больных с прогрессирующим хронической сердечной недостаточностью (ХСН), осложненной фибрилляцией предсердий (ФП).

Методы: С использованием ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, Эхо-КГ, скintiграфии легких обследовано 97 пациентов дилатацией сердца различного генеза (с участием генетических, токсических, воспалительных механизмов), осложненной ХСН III-IV ФК NYHA. Наличие амилоида у больных с ХСН подтверждено с помощью исследования легких цепей иммуноглобулинов типа каппа и лямбда в крови и моче, а также при исследовании в поляризованном свете препаратов миокарда и слизистых оболочек, окрашенных Конго Рот. Больные с вторичным амилоидозом, миеломной болезнью, злокачественными новообразованиями исключены.

Результаты: У 29 из 97 (29,9%) пациентов с тяжелой ХСН зарегистрированы различные формы ФП. При этом у 14 (у 11 постоянная и у трех пароксизмальная) из 29 (48,3%) пациентов с ХСН III — IV ФК NYHA осложненной ФП, обнаружены маркеры амилоидоза. Морфологическое подтверждение наличия амилоида в миокарде получено у 8 из 14 пациентов. Возраст больных с ХСН III — IV ФК NYHA осложненной ФП, ассоциированной с маркерами амилоидоза варьировал от 48 до 75 лет ($60,0 \pm 3,7$). В 2 семьях документировано схожее течение рефрактерной к терапии ХСН: (семья 1 — у двух кровных братьев, семья 2 — отца и сына). Во всех 14 случаях выявлено ремоделирование миокарда по дилатационному типу (дилатация ЛЖ и ЛП в сочетании или без увеличения правых отделов сердца). При этом у 9 из 14 пациентов дилатация сердца сочеталась с увеличением толщины МЖП и ЗСЛЖ. В четырех случаях имело место истончение стенок ЛЖ и у одного больного нормальная толщина стенок ЛЖ. При наличии маркеров амилоидоза у всех пациентов с ХСН и ФП при суточном мониторировании ЭКГ выявлялись желудочковые экстрасистолы, короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. Тяжесть желудочковых нарушений ритма соответствовала III-V градации по Lown. У одного пациента выявлена атриовентрикулярная блокада I степени, у другого синоаурикулярная блокада II степени. В 2 случаях полная блокада левой

ножки пучка Гиса и в одном наблюдении блокада передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса. Важной особенностью течения ХСН, осложненной ФП при наличии маркеров амилоидоза является Эхо-КГ — феномен спонтанного контрастирования и наличие рецидивирующей тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.

Заключение: примерно у 50% пациентов с ХСН, осложненной фибрилляцией предсердий обнаружены маркеры амилоидоза: крови, моче, слизистых оболочках. Своевременное выявление основных этиопатогенетических факторов прогрессирования ХСН является неотъемлемой частью алгоритма диагностики, оптимизации врачебной тактики и прогноза. Это новые данные о высокой частоте выявления маркеров амилоидоза в российской популяции среди больных с прогрессирующим течением ХСН и фибрилляцией предсердий.

0711 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРИТМИЯМИ СЕРДЦА

Семернин Е.Н., Рыбакова М.Г., Крутиков А.Н., Гудкова А.А., Шляхто Е.В.

Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова и ФГУ «Центр сердца, крови и эндокринных органов им. В.А.Алмазова» Санкт-Петербург, Россия

Цель: Установить частоту выявления маркеров амилоидоза в сыворотке крови, миокарде и слизистых оболочках у больных с тяжелой ХСН и аритмиями сердца.

Методы: С использованием ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, Эхо-КГ, скintiграфии легких обследовано 91 пациент с ХСН IV ФК NYHA. Вклад амилоидоза в прогрессирующее течение ХСН подтвержден с помощью исследования легких цепей иммуноглобулинов типа каппа и лямбда в крови и моче, и/или при исследовании в поляризованном свете препаратов миокарда и слизистых оболочек, окрашенных Конго Рот.

Результаты: У 15 (мужчины) из 91 (16,5%) пациента с тяжелой ХСН обнаружены маркеры амилоидоза. В 2 семьях обнаружен наследственный амилоидоз: документировано схожее течение рефрактерной к терапии ХСН у двух кровных братьев, а также у отца и сына. Во всех четырех наблюдениях выявлено отложение амилоида в строме миокарда.

В 10 случаях (67%) выявлено ремоделирование миокарда по дилатационному типу (дилатация ЛЖ и ЛП в сочетании или без увеличения правых отделов). При этом у 7 из 10 пациентов дилатация сердца сочеталась с увеличением толщины МЖП и ЗСЛЖ, у одного больного с нормальной толщиной стенок ЛЖ и в двух случаях имело место истончение стенок ЛЖ. У всех пациентов с дилатацией сердца зарегистрирована постоянная (8) и пароксизмальная (2) форма фибрилляции предсердий, на фоне которой выявлялись короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. У одного пациента выявлена а-в блокада I степени, в 2 случаях полная блокада левой ножки пучка Гиса и в одном наблюдении блокада передне-верхнего разветвления левой ножки пучка Гиса.

У 5 (33%) пациентов с тяжелой ХСН выявлена дилатация предсердий и выраженная симметричная «гипертрофия» миокарда (толщина МЖП и ЗСЛЖ превышает 13 мм), при этом размер полости ЛЖ был уменьшен или соответствовал нормальному. У всех пяти больных имел место низковольтажный тип ЭКГ, синусовый ритм и короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии.

Важной особенностью течения ХСН при наличии маркеров амилоидоза является гипотония, Эхо-КГ — феномен спонтанного контрастирования и наличие рецидивирующей тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии, которая явилась причиной смерти 5 из 7 умерших.

Выводы: Приблизительно у каждого пятого пациента с тяжелой ХСН и нарушениями сердечного ритма и проводимости обнаружены маркеры амилоидоза. Своевременная диагностика амилоидоза позволит оптимизировать врачебную при ХСН.

0712 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семченкова М.Ю., Козырев О.А., Изотов А.М., Тришина В.Н., Гурова Н.В.

Кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов ГОУ ВПО СГМА Росздрава, НУЗ «Отделенческая больница ст.Смоленск ОАО «РЖД», ГУЗ КБСМП, Смоленск, Россия

Цель: изучить различия в структурно-функциональных показателях и показателях вариабельности ритма сердца у женщин репродуктивного возраста г.Смоленска с различным тиреоидным статусом.

Материалы и методы: Обследовано 49 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, считающих себя практически здоровыми и не принимающих каких-либо лекарственных препаратов. Определены уровни базального тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (fT4). В нашем исследовании значения $\text{ТТГ} > 2,0 \text{ мМЕ/л}$ рассматривается как минимальная тиреоидная дисфункция. Показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР) определяли по показателям суточного мониторирования ЭКГ с использованием показателей: функции разброса ритма сердца, показатель концентрации ритма сердца, показатель уровня парасимпатических влияний на ритм сердца и циркадный индекс. Допплер-эхокардиографии проводилась в соответствии со стандартами на аппарате «Sonos 4500» с определением следующих критериев: скорость быстрого диастолического наполнения ЛЖ — критерий E, скорость поступления остаточного объема крови из левого предсердия в ЛЖ — критерий A, показатель времени замедления потока раннего диастолического наполнения (DTE) и время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT). Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов статистического анализа (критерия χ^2 , критерия Манна-Уитни).

Результаты: В зависимости от уровня тиреотропного гормона исследуемые женщины были разделены на две группы: 1 гр (36 чел) ТТГ 0,6–2,0 мМЕ/л ($1,22 \pm 0,38$), Т4св- $15,92 \pm 2,09 \text{ нг/дл}$; 2 гр (13 чел) ТТГ 2,0–4,0 мМЕ/л ($2,62 \pm 0,59$), Т4св- $15,91 \pm 1,87 \text{ нг/дл}$. У женщин 2й гр медиана пика E достоверно выше по сравнению с таковой у женщин 1й группы и достоверно большее значение медианы показателя DTE ($p=0,04$). Большие значения пика A отмечено в группе с минимальной тиреоидной недостаточностью ($p=0,07$). Различия в показателях времени изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT) между группами не выявлено ($p=0,15$). Пролапс митрального клапана I ст одинаково часто встречается в обеих группах. Различия между группами выявлены в дневных показателях ВСР: достоверно меньшие показатели SDNN ($p=0,032$), SDANN ($p=0,034$) и SDNNidx ($p=0,04$) в группе с $\text{ТТГ} > 2,0$ в дневное время. Близким к достоверно меньшему оказались показатели концентрации ритма gMSSD во 2гр ($p=0,055$). Достоверно меньшим в группе женщин с минимальной тиреоидной дисфункцией оказался показатель парасимпатических влияний на сердце pNN50 в дневные часы ($p=0,035$). При этом различия в циркадном индексе между группами не выявлено.

Выводы: у женщин при уровне $\text{ТТГ} > 2,0 \text{ мМЕ/л}$ выявлена тенденция к нарушению диастолической функции левого желудочка и снижению парасимпатических влияний и повышением симпатического обеспечения в дневное время.

0713 ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ – ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Сенчихин В.Н., Лямина С.В. *

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; *ФГУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет Росздрава, Саратов, Россия

Целью исследования явилось изучение вазомоторной и секреторной функции эндотелия у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией (АГ) имеющих гиперхолестеринемию и нарушение жирового обмена.

Обследовано 37 мужчин с АГ (ср. возраст $34,1 \pm 2,1$). I группу составили пациенты с избыточной массой тела ($\text{ИМТ} = 27,2 \pm 2,4$; АД – $135,48/86,71 \text{ мм рт.ст.}$), II группу – пациенты с ожирением I степени ($\text{ИМТ} = 32,2 \pm 1,4$; АД – $152/97,55 \text{ мм рт.ст.}$). АГ верифицирована по клинико-анамнестическим данным и результатам суточного мониторирования артериального давления. Контрольную группу составили здоровые мужчины с нормальной массой тела сопоставимые по возрасту, ($n=15$). Исследовался уровень вазоактивных агентов – эндотелина-1 (ЕТ-1), продукция оксида азота (NO) по суммарной концентрации его стабильных метаболитов – нитратов и нитритов в плазме (Moshage H., 1995г.), липидный спектр крови. Вазомоторная функция эндотелия оценивалась по результатам пробы с реактивной гиперемией по стандартному протоколу (Celermajer D.S., 1993г.). У всех пациентов определялись антропометрические данные (ИМТ).

При анализе результатов было получено, что пациенты I группы характеризовались более высоким уровнем холестерина ($222,5 \pm 3,6 \text{ мг/дл}$), который на 23% превышал этот показатель пациентов II группы, склонностью к вазоспазму, что отражалось в наиболее низком содержании метаболитов NO ($4,5 \pm 0,2 \text{ ммоль/дл}$), высоком уровне ЕТ-1 ($10,8 \pm 1,1 \text{ фмоль/мл}$) и низкой вазомоторной функции эндотелия ($6,95 \pm 1,2\%$). Пациенты II группы имели, в тоже время, снижение метаболитов NO на 35% по сравнению со здоровыми, но превышали этот показатель на 64% у пациентов с избыточной массой тела, а показатели ЕТ-1 наоборот были выше и этому соответствовала более высокая вазомоторная функция эндотелия ($10,7 \pm 1,1\%$).

Таким образом, выявлено, что у лиц молодого возраста с АГ и нарушением жирового обмена определяется нарушение как секреторной, так и вазомоторной функции эндотелия и доминирующим фактором, влияющим на функцию эндотелия, оцениваемую по уровню эндотелиальных вазоактивных агентов (NO и ЕТ-1) и вазомоторной функции эндотелия, является гиперхолестеринемия.

0714 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КОРРЕКТОРАМИ МЕТАБОЛИЗМА НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сергиенко И.В., Кухарчук В.В., Габрусенко С.А., Малахов В.В., Бугрий М.Е.

ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава», Москва, Россия

Цель: Оценить эффективность препарата милдронат у пациентов с недостаточностью кровообращения (НК) I–III ФК по NYHA и его влияния на параметры центральной гемодинамики.

Методы: В исследование включено 60 пациентов (52 мужчины и 8 женщин, средний возраст $60 \pm 7,8$ лет) с наличием НК I–III ФК по NYHA и снижением ФВ ЛЖ менее 40%. Все больные рандомизированны на две равные группы по 30 человек в каждой. Больные первой группы (основная группа) получали терапию милдронатом в дозе 1000 мг в сутки на протяжении 6 недель в комбинации с основной стандартной терапией. Больные второй группы (группа сравнения) продолжали приём подобранной стандартной терапии.

Всем больным выполнялись следующие исследования: сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, ЭКГ, эхокардиография.

Во всех случаях выполнена четырёхмерная равновесная радионуклидная вентрикулография миокарда левого и правого желудочков (4D РВГ). Оцениваемыми параметрами были ФВ ЛЖ, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, а также пиковая скорость изгнания (peak ejecting rate – PER) и пиковая скорость наполнения (peak filling rate – PFR) ЛЖ и ПЖ, среднее время наполнения ЛЖ и ПЖ (mean filling rate – MFR/3), пиковая скорость наполнения по 2-му пику (peak filling rate 2 – PFR/2) и время до пикового уровня наполнения ЛЖ и ПЖ (time to peak filling – TTPF).

Результаты: По данным 4D РВГ у пациентов группы сравнения не выявлено достоверных изменений объемов желудочков и их ФВ, а также временных параметров диастолы ЛЖ.

В основной группе отмечалось достоверное увеличение ФВ ЛЖ с $37,9 \pm 20,1$ до $46,0 \pm 16,6\%$ ($p < 0,01$), PER с $-1,9 \pm 1,0$ до $-2,4 \pm 1,1$ КДО/сек (увеличение по модулю, $P < 0,01$), PFR с $1,6 \pm 0,7$ до $1,9 \pm 0,6$ КДО/сек ($p < 0,05$). Выявлено достоверное уменьшение ТТРФ с $279,3 \pm 167,9$ до $164,1 \pm 36,3$ мсек ($p < 0,001$). КСО ЛЖ достоверно уменьшился с $101,2 \pm 55,1$ до $87,5 \pm 44,2$ мл ($p < 0,05$), КДО ЛЖ достоверно не изменился — $153,4 \pm 53,7$ и $159,3 \pm 54,1$ мл соответственно.

Таким образом, терапия милдронатом в течение 6 недель у больных ИБС и НК привела не только к увеличению фракции выброса левого желудочка, но и к положительным сдвигам таких временных параметров работы левого желудочка как PER, PFR, ТТРФ.

Выводы: Использование метода 4D РВГ позволило подтвердить возможность применения корректоров метаболизма для терапии больных с НК на фоне стандартной терапии. Можно предположить, что терапия корректорами метаболизма не окажет существенного влияния на прогноз данной категории больных, однако она может быть использована для компенсации явлений НК, при подготовке к оперативному лечению и для проведения терапии, направленной на усиление коронарного ангиогенеза.

0715 ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СИНДРОМАХ ТИРЕОТОКСИКОЗА И ГИПОТИРЕОЗА

Серебрякова О.В., Говорин А.В., Просняк В.И., Бакиеева Е.В.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: оценить типы геометрии левого желудочка у пациентов с синдромом тиреотоксикоза и гипотиреоза в зависимости от степени тяжести заболевания.

Методы: обследовано 65 пациентов с гиперфункцией и 48 с гипофункцией щитовидной железы. Средний возраст больных составил $37,87 \pm 11,5$ лет и $38,7 \pm 10,5$ лет, соответственно. Степень тяжести заболеваний установлена согласно рекомендациям ЭНЦ РАМН (1998г). Группу с манифестом заболевания составили 51 пациент с тиреотоксикозом и 25 больных с гипотиреозом. Осложненное течение заболевания выявлено у 14 пациентов с гиперфункцией и у 24 с гипофункцией щитовидной железы. Синдромы тиреотоксикоза и гипотиреоза были подтверждены путем определения тиреоидного спектра. Эхо-КГ — исследование проводилось на аппарате «Acuson-Sequoia»-512. Идентификация геометрии левого желудочка осуществлялась при анализе показателей индекса относительной толщины стенки левого желудочка и индекса массы миокарда левого желудочка.

Результаты: установлено, что у больных с синдромом тиреотоксикоза нормальная геометрия левого желудочка выявляется в 56,9% случаев манифестного и в 28,6% осложненного течения заболевания. При гипофункции щитовидной железы неизменная архитектура левого желудочка наблюдалась у 20,9% больных с манифестом и у 29,2% — с осложненным гипотиреозом. Эксцентрическая гипертрофия чаще отмечалась в группе с тиреотоксической кардиомиопатией — 50% и у больных с манифестной формой гипотиреоза — 33,3%. Концентрическое ремоделирование встречалось значительно реже практически во всех группах обследованных. Так, при тиреотоксикозе с манифестом заболевание оно выявлено у 9,2%, при осложненной форме — 7,1%. При гипотиреозе с манифестом заболевания концентрическое ремоделирование отмечено в 8,3% случаев, при осложненной форме — 12,5%. Частота встречаемости концентрической гипертрофии составила при гипотиреозе 37,5% как при манифестной, так и при осложненной форме. При манифестном тиреотоксикозе эта форма геометрии выявлялась у 7,8% больных, при тиреотоксической кардиомиопатии — у 14,3%.

Выводы: у пациентов с синдромами тиреотоксикоза и гипотиреоза выявлено влияние степени тяжести заболевания на формирование типа архитектуры левого желудочка. При синдроме тиреотоксикоза наиболее часто выявлялась эксцентрическая гипертрофия, при гипотиреозе концентрический вариант гипертрофии левого желудочка.

0716 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Середенко Н.Н., Туев А.В., Мишланов В.Ю., Мухамадиев И.С., Жижелева О.А.

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

Цель: изучить влияние терапии симвастатином на эффективность оперативного лечения больных атеросклерозом магистральных артерий.

Методы: обследовано 13 больных, средний возраст которых $56,2 \pm 7,6$ лет. Среди оперированных 12 мужчин. Методом рандомизации пациенты разделены на 2 группы: 1-я из 7 человек в течение 3 месяцев одновременно принимали антиагреганты (аспирин, трентал) и симвастатин в дозе 20 мг в сутки; 2-я группа (6 человек) получали только антиагреганты. Методы обследования были общеклиническими и специальными, в том числе доплерография нижних конечностей, а также определение липидвысвобождающей способности лейкоцитов (ЛВСЛ) по методу А.В.Туева, В.Ю.Мишланова (Патент РФ № 2194995 от 20.12.2002).

Результаты: в первой группе пациентов сочетанное и двустороннее атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей выявлено у 4 пациентов (57%), одностороннее поражение нижних конечностей — у 3 больных (43%). Через 3 месяца после оперативного лечения в этой группе перемежающаяся хромота рецидивировала у 2 человек (29%), повторное оперативное вмешательство по поводу атеросклероза другой локализации проведено у 1 пациента (14%), 4 человека (57%) чувствовали себя удовлетворительно или без изменений. Уровень ЛВСЛ более 150 ммоль/л в этой группе наблюдался в 43%, в процессе лечения снижение показателя выявлено в 43% случаях среди всей группы больных, а увеличение — в 29%. По результатам доплерографии лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) в этой группе снизился у 50% пациентов. Во второй группе сочетанное и двустороннее атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей выявлено у 4 пациентов (67%), одностороннее поражение нижних конечностей — у 2 больных (33%). Через 3 месяца в этой же группе перемежающаяся хромота рецидивировала у 2 человек (17%), повторное оперативное вмешательство по поводу атеросклероза другой локализации проведено у 2 пациентов (33%), 3 человека (50%) чувствовали себя удовлетворительно или без изменений. Уровень ЛВСЛ более 150 ммоль/л в этой группе наблюдался у 17%, через 3 месяца лечения снижение показателя имело место в 17% случаев, увеличение в 29%. ЛПИ в этой группе снизился у 100% пациентов.

Выводы: прием симвастатина в дозе 20 мг в сутки в течение 3 месяцев оптимизирует течение послеоперационного периода у больных атеросклерозом артерий нижних конечностей, улучшая как клиническую, так и доплерографическую картину заболевания, а также способствует снижению липидвысвобождающей способности лейкоцитов.

0717 ИЗМЕНЕНИЕ ЦИРКАДИАННОГО И УЛЬТРАДИАННОГО РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сидоренкова Н.Б., Манукян А.В., Лаврентьев А.В., Журавлева А.Н., Волкова А.С.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Россия

Цель. Изучение влияния пролонгированных антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда на циркадианный и ультрадианный ритмы артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска.

Материалы и методы. В открытое проспективное рандомизированное исследование включено 120 пациентов (64 мужчины и 56 женщин) с артериальной гипертонией 1-2 степени и высоким кардиоваскулярным риском (ВНОК, 2004). Средняя длительность артериальной гипертонии составила $7,2 \pm 3,1$ лет. Пациентам первой группы был назначен амлодипин в дозе 5-10 мг, пациентам второй группы — верапамил SR в дозе 120-360 мг. Исходно и в конце 12-недельного периода наблюдения проводили суточное мониторирование артериального давления (АД), оценивали параметры циркадианного ритма, а также показатели ультрадианного ритма АД методом Фурье.

Результаты. В исходном состоянии у пациентов с АГ высокого риска было выявлено повышение средних показателей систолического и диастолического АД, нагрузки давлением, а также вариабельности АД. У 44,2% больных имелся «неопределенный» (диспропорциональный) суточный ритм АД с отставанием снижения систолического АД от диастолического и повышением ночного пульсового АД. У остальных пациентов имелся «определенный» суточный ритм: «dippers» — у 14%, «non-dippers» — у 30%, «night-peakers» — у 5% больных. Применение амлодипина и верапамила SR приводило к статистически значимому снижению среднесуточных показателей систолического АД на 10,9% ($p < 0,001$) и 12,6% ($p < 0,001$), а также диастолического АД — на 9,5% ($p < 0,001$) и 10,8% ($p < 0,001$) соответственно. На фоне лечения верапамилем SR и амлодипином уменьшилась диспропорциональность ритма АД с 43,4% до 27,0% ($p < 0,01$) и с 45% до 29,0% ($p < 0,001$) соответственно. Число пациентов типа «dippers» возросло при использовании верапамила SR на 23,1% ($p < 0,01$), амлодипина — на 26,6% ($p < 0,01$). У пациентов с артериальной гипертонией высокого риска выявлен различный процентный вклад составляющих ультрадианного диапазона в хроноструктуру циркадианного ритма. Под влиянием верапамила SR происходило статистически значимое увеличение вклада 12-часового ритма в суточный ритм систолического и диастолического АД на фоне уменьшения влияния высокочастотных гармоник. Амлодипин вызывал уменьшение мощности околополусуточного ритма систолического артериального давления.

Вывод. Пролонгированные антагонисты кальция амлодипин и верапамил SR обладают сопоставимой гипотензивной эффективностью, уменьшают диспропорциональность двухфазного ритма и нормализуют нарушенный циркадианный ритм АД у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска. Верапамил SR приводит к увеличению вклада 12-часового периода в суточный ритм АД, стабилизирует ультрадианный ритм и уменьшает степень хронобиологической дезадаптации.

0717 ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАЗ СТРЕССА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сидоренко Г.И., Комиссарова С.М.
РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель. Разработка количественного объективного метода определения стрессовой реакции, пригодного для применения в клинической практике.

Метод исследования. Использован психоэмоциональный тест Струпа в компьютеризованном варианте, позволяющий количественно оценивать когнитивную функцию и внимание. При этом оценивались быстрота и точность переработки конгруэнтной и неконгруэнтной информации. Для оценки вызванных стрессом нейровегетативных нарушений использовано определение вариабельности сердечного ритма (ВСР) за 5-минутный отрезок с анализом временных, спектральных характеристик и индекса напряжения (ИН). Уровень стресса оценивали по шкале Reeder L.C.

Обследуемые были разделены на две группы: I группа — представители профессий, часто подвергающихся стрессу ($n = 35$; возраст $44,3 \pm 2,32$ года); II группа — сотрудники медицинских учреждений ($n = 22$; возраст $43,06 \pm 1,93$ года). Показатели ВСР в течение 5 минут определяли до и после психоэмоционального тестирования с использованием Струп-теста.

Результаты. В исходном состоянии для испытуемых I группы

были характерны более высокие значения показателей (ИН > 100 усл.ед, $LF > 50\%$, $LF/HF > 1,5$) по сравнению с группой II, что свидетельствовало о более высокой активности симпатического тонуса. На психоэмоциональное тестирование 15 испытуемых I группы (42,8%) реагировали еще более выраженным увеличением симпатической компоненты ВСР (ИН > 150 усл.ед, $LF > 55\%$, $LF/HF > 2,5$) при сохраненной активности парасимпатического тонуса ($HF > 30\%$), что отражало фазу тревоги стрессовой реакции. Тест Струпа у этой категории испытуемых показал снижение скорости ($V3 = 1,34 \pm 0,02$ бит/с) при сохранении качества ($n = 0$) переработки неконгруэнтной информации.

В фазу резистентности у 10 (28,5%) испытуемых выявлена дезадаптивная реакция на психоэмоциональное напряжение: усиление симпатикотонии (ИН > 250 усл.ед, $LF > 55\%$, $LF/HF > 2,5$) сопровождалось уменьшением парасимпатического тонуса ($HF < 30\%$). Струп-тест показал снижение скорости и качества переработки конгруэнтной ($V_{cp} < 2,12$ бит/с, $n > 3$ ошибок) и неконгруэнтной информации ($V3 < 1,22$ бит/с, $n > 5$ ошибок).

В фазе истощения стрессовой реакции у 10 испытуемых (28,5%) отмечено снижение ИН < 100 усл.ед., $LF < 30\%$, $LF/HF < 1$, $HF < 20\%$. При проведении Струп-теста резко снижалась скорость переработки конгруэнтной ($V_{cp} < 1,0$ бит/с) и неконгруэнтной информации ($V3 < 1,0$ бит/с) и увеличивалось число ошибок ($n > 5$).

Выводы. Анализ ВСР при выполнении Струп-тесте позволяет определить фазы стрессовой реакции у человека (фазу тревоги, резистентности и истощения). Это может быть использовано в клинической и спортивной кардиологии, при экстремальных состояниях, при оценке лечебного и реабилитационного эффектов.

0718 ТРОМБЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА#

Сидоров С.А.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашей работы было изучение эхокардиографических особенностей тромбов левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Нами было обследовано 324 пациента (средний возраст $63,4 \pm 2,1$ года) с впервые возникшим Q-инфарктом миокарда. Эхокардиографическое исследование выполнялось на 1-2-е и 7-е сутки заболевания. У пациентов с тромбами ЛЖ повторное исследование проводили на 20-21 сутки, а также через 3 и 6 месяцев. Кроме стандартных эхокардиографических показателей, измеряли размеры тромбов, оценивали их форму, подвижность, структуру. Основную группу составили пациенты с тромбами ЛЖ, группу сравнения пациенты без выявленных тромбов.

Результаты. Тромбы ЛЖ были выявлены у 36 пациентов с инфарктом миокарда (11,1%). В 34 случаях образование тромбов произошло у больных с передними и передне-перегородочными инфарктами, в 2-х случаях — на фоне нижнего инфаркта миокарда.

В основной группе наблюдались большие, чем в группе сравнения площадь пораженного миокарда ($42,8 \pm 1,5\%$ против $31,2 \pm 0,8\%$, $p < 0,01$) и индекс локальной сократимости ($1,93 \pm 0,04$ против $1,66 \pm 0,05$, $p < 0,01$). У пациентов с тромбами ЛЖ оказались большие конечно-диастолический ($5,83 \pm 0,15$ см против $5,06 \pm 0,05$ см, $p < 0,01$) и конечно-систолический размеры ($4,02 \pm 0,16$ см против $3,46 \pm 0,05$ см, $p < 0,05$). Кроме того, у пациентов с тромбами ЛЖ отмечалось статистически значимое снижение систолической функции ЛЖ (ФВ $40,2 \pm 2,3\%$ против $50,1 \pm 0,8\%$, $p < 0,01$).

Все тромбы локализовались в области верхушки ЛЖ. Средние размеры тромбов составили $23,2 \pm 2,4$ см на $22,8 \pm 2,0$ см. У 32 пациентов (88,9%) тромбы были округлой формы, выступающие в полость ЛЖ, у 4 пациентов (11,1%) серповидной формы, выступающие область рубца. 33 тромба (91,7%) имели неровный контур и были неоднородными по структуре, 3 тромба (8,3%) имели противоположные характеристики. У 32 пациентов (88,9%) тромбы были подвижными, у 4 (11,1%) — неподвижными. При наблюдении в динамике у пациентов с тромбами ЛЖ были зафиксированы 1 летальный исход и 2 тромбоэмболичес-

ких осложнения (ишемический инсульт). В обоих случаях инсультов тромбы были подвижными, выступающими в полость ЛЖ. У 14 пациентов (38,9%) произошел лизис тромбов, 11 из них (78,6%) принимали непрямые антикоагулянты. У 18 больных (50%), из которых 4 получали антикоагулянты, тромбы в ЛЖ сохранились, но произошло уменьшение их размеров. Наконец, у 3 пациентов не было отмечено динамики.

Выводы. Предикторами образования тромбов у пациентов с инфарктом миокарда являются большая площадь поражения, увеличение размеров ЛЖ, нарушение его систолической функции. При отсутствии противопоказаний терапия антикоагулянтами должна быть рекомендована всем пациентам с тромбами ЛЖ. «Свежие» тромбы имеют ряд эхокардиографических особенностей (неровный контур, подвижность, неоднородность), которые можно использовать для оценки вероятности тромбоэмболических осложнений и выбора оптимальной терапии.

0719 ПРИМЕНЕНИЕ НОЛИПРЕЛА-ФОРТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Силютин М.В., Усков В.М.

Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко; МУЗ ГО «Городская клиническая больница №3», Воронеж, Россия

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы; а также по данным ЭПОХА-ХСН, одной из основных причин, приводящих к формированию хронической сердечной недостаточности (ХСН). Частота ХСН в Европейской части России составила 8,9% случаев.

Примерно половина больных с ХСН умирают в течение первых 4-х лет с момента постановки диагноза. Основную долю больных ХСН составили лица в возрасте от 60 до 79 лет (65,6%).

Основные цели лечения больных ГБ заключаются в достижении целевых уровней артериального давления (АД), это может быть достигнуто путем применения оригинальных препаратов длительного действия, тем самым достигается снижение вероятности развития ХСН у больных АГ.

Цель работы: изучение влияния 3-х месячного лечения пациентов с АГ, осложненной ХСН I-III, ф. кл. по NYHA, препаратом нолипрел (периндоприл 2 мг, индапамид 0,625 мг) на уровень АД, уменьшение симптомов декомпенсации ХСН, улучшение качества жизни. В исследование не были включены больные с симптоматическими гипертензиями.

Материал и методы: В группу исследования были включены 30 пациентов с ГБ, осложненной ХСН I-III, ф. кл. по NYHA в возрасте от 62 до 78 лет.

Для изучения показателей центральной гемодинамики применялся метод эхокардиографии, а для изучения суточного профиля АД — метод амбулаторного суточного мониторирования АД (См АД). Для оценки качества жизни использовался миннесотский опросник. Обследование проводилось до и после 3-х месячного курса лечения.

Результаты: К окончанию курса монотерапии нолипрелом у большинства больных (80%) отмечалось улучшение состояния: исчезли жалобы на сердцебиение, головные боли, головокружение, одышка — пациенты с ГБ I-III, ф. кл. по NYHA. Исходно у больных был выявлен гиперкинетический тип центральной гемодинамики с повышенной фракцией выброса (ФВ) и ударным объемом (УО) левого желудочка и пониженным общим периферическим сопротивлением (ОПСС). После лечения препаратом АД снизилось за счет уменьшения ФВ (на 10,9%), УО (на 7,5%), $p < 0.05$; ОПСС достоверно не изменилось. Снизился уровень АД: среднесуточные САД на 14,2%. Соответственно, уменьшилась и «нагрузка давлением» САД и ДАД за сутки, день и ночь.

Выводы: Таким образом, можно рекомендовать комбинированный препарат нолипрел для лечения больных ГБ, осложненной ХСН, пожилого и старческого возраста.

0720 ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Силютин М.В., Усков В.М.,

Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко; Воронежский Государственный технический университет; МУЗ ГО «Городская клиническая больница №3», Воронеж, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых часто встречаемых причин развития хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. По данным ЭПОХА-ХСН распространенность ХСН в Европейской части России составила 8,9% случаев. Основную долю больных ХСН составили лица в возрасте от 60 до 79 лет (65,6%).

Таким образом, медикаментозное лечение больных с АГ пожилого и старческого возраста, наряду с устранением факторов риска, лежит во главе угла профилактики ХСН как одной из самых частых причин смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: Повысить приверженность пациентов с АГ пожилого и старческого возраста медикаментозной терапии на этапе стационарного звена путем структурированного обучения. Изучить влияние данного обучения на качество жизни данной категории пациентов.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 30 пациентов с АГ, осложненной ХСН II – III функционального класса (ф.кл) по NYHA в возрасте от 62 до 78 лет.

Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Во время исходной госпитализации по поводу усиления симптомов АГ и ХСН больных рандомизировали в группы активного вмешательства и контроля. В группе вмешательства с больными проводились структурированные беседы о сущности АГ, роли диетического питания, ограничения поваренной соли, контроля веса, пульса, АД. Разъяснялась сущность адекватной гипотензивной терапии: лечение препаратами длительного действия.

После выписки из стационара проводилось еженедельное собеседование по телефону, визиты, коррекция лечения.

В группе контроля обучение проводилось; но после выписки из стационара пациенты находились в реальном режиме оказания амбулаторной помощи.

Всем больным исходно- и после стационара определялась толерантность к физическим нагрузкам по тесту 6 ходьбы, данным эхокардиографии до начала лечения и через 3, 6 месяцев после выписки из стационара. Для оценки качества жизни использовался миннесотский опросник, шкала клинического состояния по В.Ю. Марееву. Лечение проводилось оригинальными препаратами длительного действия: диуретиками, ИАПФ, β -блокаторами.

Результаты: В группе вмешательства отмечена тенденция к уменьшению частоты повторных госпитализаций ($p=0,0001$); а также, по данным эхокардиографического контроля статистически достоверно улучшились показатели, характеризующие систолическую (ФВ) и диастолическую функцию левого желудочка. В группе вмешательства было отмечено достоверное увеличение дистанции ходьбы при 6 тесте по сравнению с исходным с $283 \pm 85,1$ до $325 \pm 69,1$ ($p=0,004$). В контрольной группе этот показатель не изменился: $263,2 \pm 92,1$ м и $274 \pm 83,1$ м исходно и через 6 месяцев соответственно.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют в пользу проведения структурированного обучения на этапе стационарного звена с последующим мониторингом состояния пациентов на амбулаторном этапе.

0721 ГЕМОСТАЗ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗЕ

Симерзин В.В., Кириченко Н.А., Рубаненко О.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель: изучить показатели липидного обмена и гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) при применении гиполипидемической, дезагрегантной терапии и плазмафереза.

Материалы и методы. С 2004г. по настоящее время в центре профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий было обследовано: в 2004г.- 186 больных, в 2005г.-126 больных, в 2006г.-127 больных, в 2007-2008гг.- 120 больных. У всех больных уровень общего холестерина был более 5,0 ммоль/л. Исследовался липидный спектр (общий холестерин, триглицериды, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, К/А), показатели гемостаза (тромбоцитарный и плазменный гемостаз), проводилась УЗДГ БЦС, ЭХОКГ. Около 200 больных постоянно принимают статины на фоне соблюдения гиполипидемической диеты. 39 больным с выраженными нарушениями липидного обмена на фоне недостаточно эффективной гиполипидемической, дезагрегантной терапии были проведены сеансы плазмафереза с последующим определением показателей липидного спектра и системы гемостаза. Курс плазмафереза составил от 2 до 5 сеансов с интервалом в 1-2 дня на установках «Autopheresis- C» и «НАЕМОНЕТИС».

Результаты. До лечения плазмаферезом у больных ИБС и ГБ отмечалось повышение уровня триглицеридов более 2 ммоль/л у 18 (46%) больных, повышение ЛПНП более 3 ммоль/л — у 23 (60%) больных, снижение уровня ЛПВП менее 1 ммоль/л — у 22 (56,4%) больных, повышение к/а более 4 — у 15 (38,4%) больных. Изменения со стороны системы гемостаза у больных с дислипидемиями носили разнонаправленный характер: у 10 больных (25,6%) наблюдалась тенденция к гиперкоагуляции, у 26 (66,7%) — нормокоагуляция, у 3 (7,7%) — гипокоагуляция. У 39 больных после проведения сеансов плазмафереза наряду с положительным клиническим эффектом отмечалось улучшение показателей липидного обмена: снижение уровня общего холестерина с 6,8 ммоль/л до 5,1 ммоль/л, ХС ЛПНП с 4,2 ммоль/л до 2,87 ммоль/л, триглицеридов с 3,5 ммоль/л до 3,1 ммоль/л, коэффициента атерогенности с 5,5 до 4,87 ммоль/л. У 13,7% больных гиперкоагуляция сменилась нормокоагуляцией. В результате проведения плазмафереза осложнений со стороны системы гемостаза не было выявлено. Наиболее чувствительными тестами, отражающие изменения системы гемостаза больных ИБС и ГБ с дислипидемиями в ходе плазмафереза, являются АЧТВ, потребление протромбина, ПТИ, МНО, ПДФ, РФМК.

Выводы. Включение плазмафереза в комплексную терапию больных с дислипидемиями тяжелого течения и наклонностью к гиперкоагуляции при отсутствии эффекта от гиполипидемической терапии позволит в короткие сроки добиться снижения тромбогенного и атерогенного потенциалов крови, что позволит уменьшить риск возникновения коронарных событий и улучшить качество жизни. Диспансерное наблюдение больных в центре профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий позволит определить длительность гиполипидемического эффекта комплексной терапии, а также прогнозировать сроки проведения повторных сеансов плазмафереза.

0722 ПРИЗНАКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Синицын П.А., Щербакова М.Ю., Петрайкина Е.Е.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; МДГКБ, Москва, Россия

Понятие «метаболический синдром» (МС) включает в себя: инсулинорезистентность (ИР) и гиперинсулинемию (ГИ), абдоминально-висцеральное ожирение, первичную артериальную гипертензию (АГ), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарный диабет второго типа (СД II типа), дислипидемию, гиперурикемию (ГУ). На сегодняшний день, в качестве объединяющей основы проявлений МС рассматривается первичная ИР.

Изучение данной проблемы в ракурсе педиатрии, является актуальной и своевременной задачей, так как уже в детском возрасте отмечаются многие проявления МС, присущие взрослым людям, и угрожающие дальнейшим развитием характерных для МС осложнений.

Цель нашей работы — установление характера, частоты и взаимосвязей между нарушениями обмена веществ у детей с ожирением.

нием.

Работа проводилась на базе Морозовской больницы (МДГКБ). Критерием отбора являлась избыточная масса тела/ожирение. Были обследованы дети в возрасте от 7 до 17 лет: 60 мальчиков и 23 девочки.

В методику обследования было включено: оценка антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность талии (ОТ), коэффициент окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ), индекс массы тела (ИМТ)), измерение артериального давления (АД), оценка липидного спектра (ОХС, ТГ, ХС ЛПНП), обмена углеводов и пуринов (в виде мочевой кислоты). Оценка показателей осуществлялась по центильным и сводным таблицам для детей.

По нашим данным, ожирение I степени имели 9 человек (10,8%), II — 35 (42,1%), III — 34 (40,9%), IV — 5 (6%). Более 2/3 пациентов имели превышение по значениям ОТ (78%) и ОТ/ОБ (67%). Периодическое повышение АД отмечалось у 42 детей (50,6%), а стойкое — у 13 (15,6%). Нарушения липидного обмена выявлены у 42 человек (50,6%) в виде: повышения уровня ОХС — 27 человек (32,5%), преимущественно за счет увеличения ХС ЛПНП, увеличения содержания ТГ — у 15 детей (18%). Сочетание ТГ + ОХС отмечено у 11 человек (13,2%). У 13 детей (15,6%) была впервые выявлена гипергликемия. ГУ имели 14 человек (23,3%). Сочетание 3-4-х компонентов в различных комбинациях обменных и регуляторных нарушений определено у 33 детей (39,7%). У одного ребенка (мальчик 14 лет с IV степенью ожирения) обнаружен полный вариант МС. Отмечено, что с увеличением степени ожирения нарастает и частота встречаемости АГ в комплексе с другими облигатными компонентами МС.

Таким образом, видно, что уже в детском возрасте при наличии ожирения, выявляются сопутствующие нарушения обмена липидов, углеводов и пуриновых оснований, сопровождающиеся АГ и формирующие основу для серьезных осложнений, характерных для МС. Следовательно, изучение особенностей течения и проявлений МС именно в детском возрасте и разработка способов его диагностики является приоритетной задачей, необходимой для создания методов ранней профилактики проявлений и осложнений МС.

0723 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Синкевич Д.А., Дзизинский А.А., Протасов К.В., Михайлова М.Н.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: с помощью ортостатической пробы (ОП) изучить и выявить предикторы развития барорефлекторной дисфункции (БРД) у больных артериальной гипертензией (АГ). Создать вероятностную математическую модель оценки ОП.

Методы: в исследование были включены 160 пациентов обоих полов в возрасте от 60 до 86 лет (в среднем, 75,0±6,0 лет), страдающих АГ.

Всем больным проводилась ОП по стандартной методике. Результаты пробы считались положительными при падении систолического артериального давления (САД) в ортостазе более чем на 10 мм рт.ст. Для выявления предикторов БРД анализировали: показатели суточного мониторирования артериального давления (аппарат CardioTens-01, Meditech), липидограммы, толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии (аппарат LOGIQBook, GeneralElectric) и жесткость аорты путем определения скорости распространения пульсовой волны на каротидно-феморальном сегменте (аппарат PulseTracePWV, MicroLab). Рассчитывали интегральный показатель общего сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE и уровень пульсового артериального давления (ПАД) в положении лежа. Анализ полученных данных проводился с использованием критерия Mann-Whitney, прямой пошаговой логистической регрессии для непараметрических данных с помощью пакетов статистического анализа Statistica 6.0 и SPSS 11.5 (США).

Результаты: множественный логистический регрессионный анализ показал, что независимыми предикторами положительной

ОП являются уровень ПАД лежа ($b_1=0,064$; $p<0,0001$), SCORE ($b_2=-0,166$; $p=0,018$), временной индекс САД (ВИСАД) ($b_3=-0,02$; $p=0,02$), суточный индекс САД (СИСАД) ($b_4=-0,054$; $p=0,029$). Учитывая полученные данные, была создана вероятностная математическая модель исхода ОП. Конечное уравнение регрессии выглядит следующим образом: $z=-3,266+0,064*ПАД-0,166*SCORE-0,02*ВИСАД-0,054*СИСАД$. Полученная модель прогноза достаточно точно позволяет предсказать до 80,7% правильных результатов ($R^2=0,3$; $p=0,05$). Беря во внимание выявленную прогностическую значимость ПАД и СИСАД, была изучена ортостатическая реакция САД при исходном ПАД больше и меньше 60 мм рт.ст., а также в зависимости от степени ночного снижения САД. Оказалось, что наибольшее снижение САД в ОП было при высоком ПАД ($-4,0$ (ИИ $-12,0 - 2,0$) мм рт.ст и $0,0$ (ИИ $-8,0 - 10,0$) мм рт.ст., $p=0,003$, соответственно) и при ночном повышении САД по сравнению с нормальным снижением САД ($-10,0$ (ИИ $-20,0 - -4,5$) и 15 (ИИ $3,0 - 20,0$), $p=0,018$, соответственно).

Выводы: независимыми факторами риска барорефлекторной дисфункции у больных АГ пожилого и старческого возраста являются ПАД в положении лежа, уровень общего сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, временной и суточный индексы САД. На основе чего была разработана вероятностная математическая модель исхода ОП. Наибольший риск развития барорефлекторной дисфункции имеется у больных с высоким ПАД и отсутствием ночного снижения САД.

0724 ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ

Синягина Н.В., Марцевич С.Ю., Колтунов И.Е.
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

В последние годы разработаны различные национальные и международные рекомендации по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза.

Цель: проанализировать соответствие полученных результатов опроса национальным и международным рекомендациям по диагностике атеросклероза и его коррекции.

Методы: в октябре 2006 года было проведено анкетирование по некоторым вопросам диагностики и коррекции атеросклероза 48 врачей г. Уфы, из которых 19—терапевты, 15—кардиологи, 12—врачи различных терапевтических специальностей. Изучалась информированность врачей о целевых цифрах общего холестерина (ОХС) и основных принципах лечения атеросклероза.

Результаты: из всех опрошенных врачей целевой уровень ОХС определили правильно — при ишемической болезни сердца (ИБС) 39,6%, при сахарном диабете (СД) 45,8%, у здоровых 35,4%. Показания, при которых врачи назначают холестерин-снижающие препараты, следующие: ИБС (33,3%), перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) (12,5%), СД (33,3%), наличие факторов риска (18,7%), гипертоническая болезнь (12,5%), дислипидемия (29,2%), метаболический синдром (12,5%), атеросклеротические изменения сосудов (8,3%), церебро-васкулярные заболевания (6,2%), по 4,2%—неэффективность диеты, ожирение, хроническая почечная недостаточность. Статинам отдают предпочтение 89,6% опрошенных врачей; 29,2%—препараты аторвастатина, 22,9%—симвастатина, 2,1%—розувастатина, 2,1%—ловастатина. Назначая статины, врачи руководствуются наличием суммарного риска (72,9%), эффективностью этих препаратов (70,8%), материальными возможностями пациента (58,3%), наличием у больного СД (56,2%), перенесенным ИМ (45,8%). При оценке препаратов по коммерческим названиям оказалось, что чаще всего назначают вазилип (27,1%), тулип (16,7%), липримар (12,5%), зокор (10,4%). Из числа опрошенных 83,3% рекомендуют пациентам принимать их регулярно, 14,6%—курсом. По мнению врачей из всех наблюдающихся у них пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями принимают статины только в 29,2% случаях, из них регулярно—25%. Контроль липидов крови во время терапии статинами осуществляют 95,8% опрошенных, биохимических показателей крови (трансаминазы, КФК)—60,4%. 75% врачей отмечают, что высокая стоимость этих препаратов вынуждает больных отказаться от их приема, другими причинами являются повыше-

ние трансаминаз, КФК (16,7%), риск развития рабдомиолиза (8,3%). При анкетировании проанализировано знание врачами различия между оригинальными препаратами и дженериками, положительно ответили 87,5%, ответ «сомневаюсь» зарегистрирован у 8,3%, 4,2% не ответили на этот вопрос вовсе.

Вывод: на основании полученных данных можно предположить, что реальная практика диагностики и коррекции атеросклероза существенно отличается от международных и национальных рекомендаций по атеросклерозу.

0725 СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ВИДЕОБИОМИКРОСКОПИИ СОСУДОВ БУЛЬБАРНОЙ КОНЬЮНКТИВЫ

Сиротин Б.З., Жмеренецкий К.В., Крыжановский С.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

Цель: изучить особенности микроциркуляции у больных с фибрилляцией предсердий по данным компьютерной видеобиомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы.

Методы: Обследовано 53 больных с фибрилляцией предсердий (средний возраст $57,1 \pm 3,9$ года): 14 (26,4%) больных с пароксизмальной формой, 20 (37,7%) больных с персистирующей формой, 19 (35,9%) больных с хронической формой по классификации Американской ассоциации сердца и Европейского кардиологического общества (2006). Микроциркуляция изучена методом компьютерной видеобиомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы на современной установке с использованием щелевой лампы ШЛ-2Б, цифровой видеокамеры PANASONIC NV-GS500 (Япония) и системы анализа видеоизображений Видеотест-Динамика 4.0. (Санкт-Петербург). Артериальная гипертензия I-II ст., II-IV ст. риска имела место у 41 (77,3%) пациента, стенокардия напряжения II-III ФК — у 27 (50,9%), перенесли инфаркт миокарда в прошлом 5 (9,4%), инсульт — 4 (7,5%), сердечная недостаточность I-III класса по NYHA — у 39 пациентов (73,6%). В качестве контроля обследована группа из 51 больного с синусовым ритмом, сопоставимая с основной по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Критериями исключения были другие аритмии, инфаркт миокарда, пороки сердца, алкогольная миокардиодистрофия, тиреотоксикоз.

Результаты: У больных с фибрилляцией предсердий по сравнению с больными с синусовым ритмом выявлены выраженные и распространенные нарушения микроциркуляции в виде спастического состояния артерий (средний диаметр артериол составил $12,86 \pm 0,29$ против $16,3 \pm 0,4$ мкм в контроле, $p<0,05$), увеличения степени внутрисосудистой агрегации эритроцитов (средняя площадь эритроцитарных агрегатов $958 \pm 22,07$ против $327 \pm 12,63$ мкм², в контроле, $p<0,05$), замедления вплоть до блокады микроваскулярного кровотока, уменьшения объема нутритивного кровообращения (средняя площадь плазматического кровотока $827 \pm 12,36$ против $215 \pm 9,84$ мкм² в контроле, $p<0,05$) и значительная rareфикация капиллярного русла (количество функционирующих капилляров $2,35 \pm 0,47$ против $3,7 \pm 0,07$ на 1 мм² в контроле, $p<0,05$). Существенное нарушение динамических параметров микроциркуляции у больных с фибрилляцией предсердий приводило к капилляротрофической недостаточности на уровне микроциркуляторного русла, о чем свидетельствовал распространенный периваскулярный отек конъюнктивального пространства. Особенно выражены динамические нарушения микроциркуляции были у пациентов с персистирующей и хронической формами фибрилляции предсердий.

Выводы: у больных с ФП по данным видеобиомикроскопии сосудов бульбарной конъюнктивы выявлены существенные динамические нарушения на уровне системы микроциркуляции. Указанные нарушения могут обуславливать циркуляторные расстройства на тканевом уровне и негативно сказываться на прогнозе у больных с фибрилляцией предсердий.

0726 ДИНАМИКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.

КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: оценить влияние различных вариантов терапии на основные параметры ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: В исследование были включены 104 пациента с диастолической ХСН в возрасте от 42 лет до 71 года. Общеклиническое обследование, ЭКГ и нагрузочные пробы (ЧПЭС) позволили диагностировать у 53 (55,1%) больных гипертоническую болезнь (ГБ), у 51 (44,9%) — сочетание ГБ и ИБС.

Систолическую, диастолическую функции и основные параметры ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) оценивали эхокардиографически («Combison 420», США). Определяли фракцию выброса (ФВ) ЛЖ, толщину стенок, размеры левых отделов сердца, массу миокарда (ММ) и индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ.

После обследования больные были рандомизированы на 3 группы: 1-я группа (30 пациентов) получала ингибитор АПФ (иАПФ) эналаприл (ренитек, «MSD», США) в дозе от 10 до 20 мг/сутки и антагонист рецепторов ангиотензина II (АРА) лозартан (козаар, «MSD», США) 50 мг/сутки; 2-я группа (32 человека) — эналаприл и антагонист алдостерона (АА) спиронолактон (альдактон, «SEARLE», США) 25 мг/сутки; 3-я группа (42 пациента) — эналаприл, лозартан и спиронолактон. Через 12 месяцев лечения проводилось повторное обследование больных.

Результаты исследования проанализированы с использованием пакета программ «Statistica 5.0» методами непараметрической статистики.

Результаты: Через 12 месяцев на фоне лечения эналаприлом и лозартаном ФВ увеличилась с 66% до 69%, что составило 4,2% ($p = 0,015$). При использовании эналаприла и спиронолактона ФВ достоверно ($p = 0,001$) возросла на 6,6% — с 64% до 66%. На фоне трехкомпонентной терапии наблюдалось наибольшее увеличение ФВ — на 8,5% (с 59,5% до 64,5%; $p = 0,001$).

Терапия эналаприлом и лозартаном сопровождалась уменьшением как ММ, так и ИММ ЛЖ на 11,9%, эналаприлом и спиронолактоном — на 12,8% и 12,6% соответственно. Изменение этих показателей было недостоверным в группах двухкомпонентной терапии. На фоне применения трехкомпонентной комбинации отмечалось достоверное уменьшение толщины как задней стенки ЛЖ, так и межжелудочковой перегородки на 9,1% ($p < 0,001$). Кроме того, статистически значимо уменьшились ММ и ИММ ЛЖ на 17% и 17,2% соответственно ($p < 0,001$).

Выводы: 1. Применение комбинации эналаприла, лозартана и спиронолактона сопровождается наиболее выраженным улучшением систолической функции ЛЖ в сравнении с двухкомпонентными вариантами лечения. 2. Трехкомпонентная терапия способствует достоверному улучшению основных показателей ремоделирования ЛЖ в сравнении с другими вариантами лечения.

0727 ПРОТЕИНУРИЯ — ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Скибицкий В.В., Шухардина Е.Л.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить значение протеинурии как фактора риска острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при гипертонической болезни (ГБ) в постменопаузе.

Методы исследования: обследовано 100 женщин в возрасте 58 (48-60) лет, проходивших стационарное лечение по поводу ОНМК в неврологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Все женщины, включенные в исследование, страдали ГБ, впервые проявившейся в постменопаузальном пе-

риоде, длительность постменопаузы и ГБ не превышала 10 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: 1я — с ишемическим ОНМК (88 пациенток), 2я группа — с геморрагическим ОНМК (12 женщин). Оценивались возможные факторы риска ОНМК: возраст, длительность ГБ и постменопаузы, уровень артериального давления (АД), приверженность к антигипертензивному лечению в период предшествующий ОНМК, наличие абдоминального ожирения, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), протеинурии, дислипидемии, нарушения углеводного обмена, а также их наиболее устойчивые сочетания. Статистическая обработка проведена методами непараметрической статистики (программа SPSS 12.0).

Полученные результаты: сравниваемые группы достоверно не различались по возрасту, уровню АД, длительности ГБ и постменопаузы. У женщин в возрасте до 60 лет чаще наблюдался ишемический тип ОНМК ($p=0,037$). В обеих группах отмечалась крайне низкая приверженность к лечению.

В 1 группе у всех женщин наблюдалась дислипидемия (100%), у 60 (68,2%) — абдоминальное ожирение, из них — у 55 (62,5%) — ГЛЖ, в 23 (26,1%) случаях она сочеталась с протеинурией, из них — у 7 (7,95%) сочеталась с сахарным диабетом, у 2 (2,27%) — с базальной гипергликемией.

Во 2й группе у всех женщин отмечалось сочетание протеинурии, ГЛЖ, дислипидемии ($W=1,0$; $p=0,001$). У 2 женщин определялся сахарный диабет.

Сравниваемые группы достоверно различались только по частоте выявления протеинурии ($p=0,022$). У пациенток с протеинурией признаки хронической или острой почечной недостаточности не выявлялись.

Выводы: при ГБ в постменопаузе протеинурия является значимым фактором риска развития геморрагического ОНМК, особенно при сочетании с дислипидемией, ГЛЖ, 2-3 степенью артериальной гипертонии (по классификации ВНОК, 2005) на фоне низкой приверженности к регулярной антигипертензивной терапии.

0728 ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Скибицкий В.В., Шухардина Е.Л.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить значение протеинурии как фактора риска острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при гипертонической болезни (ГБ) в постменопаузе.

Методы исследования: обследовано 100 женщин в возрасте 58 (48-60) лет, проходивших стационарное лечение по поводу ОНМК в неврологическом отделении больницы скорой медицинской помощи. Все женщины, включенные в исследование, страдали ГБ, впервые проявившейся в постменопаузальном периоде, длительность постменопаузы и ГБ не превышала 10 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: 1я — с ишемическим ОНМК (88 пациенток), 2я группа — с геморрагическим ОНМК (12 женщин). Оценивались возможные факторы риска ОНМК: возраст, длительность ГБ и постменопаузы, уровень артериального давления (АД), приверженность к антигипертензивному лечению в период предшествующий ОНМК, наличие абдоминального ожирения, гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), протеинурии, дислипидемии, нарушения углеводного обмена, а также их наиболее устойчивые сочетания. Статистическая обработка проведена методами непараметрической статистики (программа SPSS 12.0).

Полученные результаты: сравниваемые группы достоверно не различались по возрасту, уровню АД, длительности ГБ и постменопаузы. У женщин в возрасте до 60 лет чаще наблюдался ишемический тип ОНМК ($p=0,037$). В обеих группах отмечалась крайне низкая приверженность к лечению.

В 1 группе у всех женщин наблюдалась дислипидемия (100%), у 60 (68,2%) — абдоминальное ожирение, из них — у 55 (62,5%) — ГЛЖ, в 23 (26,1%) случаях она сочеталась с протеинурией, из них — у 7 (7,95%) сочеталась с сахарным диабетом, у 2 (2,27%) — с базальной гипергликемией.

Во 2й группе у всех женщин отмечалось сочетание протеинурии, ГЛЖ, дислипидемии ($W=1,0$; $p=0,001$). У 2 женщин определялся сахарный диабет.

Сравниваемые группы достоверно различались только по частоте выявления протеинурии ($p=0,022$). У пациенток с протеинурией признаки хронической или острой почечной недостаточности не выявлялись.

Выводы: при ГБ в постменопаузе протеинурия является значимым фактором риска развития геморрагического ОНМК, особенно при сочетании с дислипидемией, ГЛЖ, 2-3 степенью артериальной гипертензии (по классификации ВНОК, 2005) на фоне низкой приверженности к регулярной антигипертензивной терапии.

0729 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ХИРУРГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ

Скибицкий В.В., Медведева Ю.Н., Скибицкая С.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: изучить особенности артериальной гипертензии у женщин в хирургическом климаксе.

Методы: обследовано 214 человек в хирургическом климаксе (ХК) — после операции удаления матки и придатков — медиана возраста 52 (48–55) года, медиана длительности менопаузы 20 (6,5–84) месяцев. До наступления менопаузы ни у одной из женщин не было артериальной гипертензии (АГ). Всем больным проводили физикальное обследование с контролем офисных значений артериального давления (АД). Осуществляли антропометрические измерения. Определяли липидный спектр, уровень инсулина натощак. Индекс инсулинорезистентности рассчитывали по формуле Каро. Глюкозотолерантный тест оценивали стандартно. Регистрировали ЭКГ, проводили нагрузочные пробы, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию. Статистическую обработку осуществляли с применением методов непараметрической статистики. Корреляционный анализ проводили с вычислением коэффициента Спирмана (r) с уровнем значимости $p \leq 0,05$.

Результаты: Артериальная гипертензия зарегистрирована у 173 (81%) женщин. У 110 (63,5%) обследованных АГ протекала в сочетании с другими кардиоваскулярными заболеваниями: стенокардия или нарушение ритма сердца. У 63 (36,5%) пациенток АГ не сочеталась с какой-либо другой патологией сердечно-сосудистой системы. Формирование АГ в ХК начинается в первый год после операции. К концу 3 года после хирургического вмешательства АГ развилась у всех пациенток, у которых за время наблюдения было зафиксировано повышение АД. В ХК у 129 (74,5%) женщин регистрировались высокие скорость и величина утреннего подъема АД, которые были связаны с уровнем инсулина ($r=0,800$; $p \leq 0,001$), глюкозы ($r=0,750$; $p \leq 0,001$), отношением ОТ/ОБ ($r=0,900$; $p \leq 0,001$). Величина, скорость утреннего подъема САД и ДАД и вариабельность АД у пациенток в ХК также были повышены. Нами выявлено достоверное преобладание суточной кривой АД типа «Over-dipper» (18%) и «Non-dipper» (64%) у обследованных в ХК. У 90 (52%) обследованных к концу 1 года наблюдения зарегистрирована эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ), сопровождавшаяся диастолической дисфункцией. ЭГЛЖ развивалась при сочетании АО, инсулинорезистентности, типа суточной кривой АД «Non-dipper» и гипокинетического варианта гемодинамики, что подтверждается данными корреляционного анализа. Следовательно, женщины в ХК представляют группу риска по формированию ЭГЛЖ и в дальнейшем — сердечной недостаточности. Концентрическая ГЛЖ регистрировалась у 67 (38,7%) пациенток, имевших АО, гиперинсулинемию, профиль АД «Night-peaker» и гиперкинетический тип гемодинамики.

Выводы: У подавляющего большинства пациенток в хирургическом климаксе в раннем периоде (первые 3 года после операции) развивается АГ. Параметры СМАД и ГЛЖ тесно взаимосвязаны с метаболическими нарушениями. Эти особенности диктуют необходимость раннего наблюдения данного контингента больных кардиологом и назначения профилактических мероп-

приятий, направленных на предотвращение формирования АГ и метаболических сдвигов.

0730 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СОЧЕТАНОЙ ПАТОЛОГИИ

Скибицкий В.В., Породенко Н.В., Айвазова О.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: выявление различий в суточном профиле артериального давления (АД) и структурно-функциональном состоянии левого желудочка (ЛЖ) при сочетании гипертонической болезни (ГБ) с астмой или хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы исследования. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и эхокардиография выполнены у 111 пациентов, в том числе — у 55 с сочетанием ГБ с ХОБЛ и 56 — с сочетанием ГБ с астмой.

Результаты исследования. У больных ГБ в сочетании с ХОБЛ, в сравнении с пациентами с ГБ и астмой, выявлены достоверно более низкие значения величины конечного диастолического объема (на 4,7%), показателей, характеризующих систолическую функцию ЛЖ (фракция выброса (ФВ) и степень переднезаднего укорочения ЛЖ в систолу (ΔS)) на 10% и 5,5% соответственно, величины отношения пиков Е/А (на 1%). При ГБ и ХОБЛ более высокими, чем при ГБ и астме, оказались значения относительной толщины стенки ЛЖ (на 6,8%) и величины миокардиального стресса ЛЖ (на 11,6%). По величине индекса массы миокарда ЛЖ группы достоверно не различались.

Гипертрофия ЛЖ встречалась у 71% при ГБ с астмой и 76% при ГБ с ХОБЛ. С одинаковой частотой (в 36% случаев) при ГБ с астмой встречались концентрические варианты геометрии ЛЖ (концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия ЛЖ) и эксцентрическая ГЛЖ. У половины больных ГБ в сочетании с ХОБЛ (50%) выявлена тенденция к снижению размеров полости ЛЖ — развитие концентрического ремоделирования (КР) и концентрической ГЛЖ. При ГБ в сочетании с ХОБЛ в 4 раза чаще, чем при ГБ и астме, встречались пациенты с КР ($\chi^2=7,3$). При исследовании функционального состояния сердечно-сосудистой системы выявлено развитие «ригидного» варианта нарушения трансмитрального кровотока в 100%.

При изучении параметров СМАД выявлена высокая частота встречаемости патологических профилей АД у больных с сочетанной патологией. При этом у 46% пациентов с ГБ и астмой регистрировался наиболее благоприятный тип суточной кривой «Dipper». С одинаковой частотой в обеих группах наблюдалось отсутствие адекватного снижения АД — у 34% пациентов. Обращает на себя внимание, что у 20% больных ГБ с ХОБЛ встречался патологический профиль АД «Night-peaker».

Выводы. Выявлено различие в структурно-функциональном состоянии ЛЖ при сочетанной патологии различного генеза бронхиальной обструкции, проявляющееся у больных ГБ с ХОБЛ уменьшением размеров полости ЛЖ, развитием концентрических вариантов ремоделирования, более выраженными нарушениями систолической функции ЛЖ и частой встречаемостью патологических профилей АД. У больных ГБ в сочетании с астмой чаще наблюдалось развитие эксцентрической ГЛЖ, отсутствие изменений систолической функции ЛЖ, выявление в 100% случаев диастолической дисфункции ЛЖ.

0731 ЗНАЧЕНИЕ hs-CRP В РАЗВИТИИ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СВЯЗИ С ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Слезко И.В., Сафиуллина З.М., Шалаев С.В.

Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, Областной кардиологический диспансер, Тюменская областная клиническая больница, Тюмень, Россия

Цель исследования: Изучить значение предпроцедурного уровня hs-CRP для развития миокардиального повреждения в связи с проводимыми чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ) у больных ИБС.

Материалы и методы: В исследование было включено 76 больных стабильной ИБС (средний возраст 53±7,8 лет, мужчин 88%, женщин 12%), которым проводились ЧКВ. По данным коронароангиографии (КАГ) у 30 (39%) пациентов было выявлено поражение одной, у 26 (34%) — двух, у 20 (27%) — трех коронарных артерий, при этом у 3 (4%) пациентов отмечалось поражение ствола левой коронарной артерии.

Всем пациентам были проведены ЧКВ со стентированием коронарных сосудов. У 38 (50%) пациентов использовались стенты с лекарственным покрытием, у 38 (50%) — стенты без лекарственного покрытия. 25 (33%) больных имплантировали 1 стент, 2 и более стентов были имплантированы 51 (67%) пациенту.

Во всех случаях определяли исходный уровень hs-CRP, МВ-КК исходно, через 8–12–24 часов после проведения ЧКВ.

Результаты: Исходный уровень hs-CRP составил $1,0 \pm 0,26$ мг/л.

Общая частота сердечно-сосудистых осложнений составила 3,9%, у 3 больных в первые сутки отмечалось развитие мелкоочагового инфаркта миокарда, подтвержденного клиникой, закономерными изменениями ЭКГ, повышением уровня маркера миокардиального повреждения (МВ-КК).

Корреляционный анализ Спирмена выявил положительную взаимосвязь между предпроцедурным уровнем hs-CRP и содержанием МВ-КК, определяемым через 12 и 24 часа после проведения эндоваскулярного лечения (соответственно $r=0,47$, $p=0,033$; $r=0,45$, $p=0,048$).

Выводы: Интракоронарные вмешательства сопряжены с увеличением риска перипроцедурного повреждения миокарда, которое может быть следствием системного воспалительного ответа. При использовании высокочувствительного метода детекции исходный уровень hs-CRP был связан с развитием миокардиального повреждения, диагностируемого по повышению кардиоспецифичного фермента — МВ-КК после интракоронарных вмешательств у больных ИБС.

0732 АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А.

ГУЗ РОККД, ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, Рязань, Россия

Цель: Анализ распространенности некоторых ФР среди мужчин и женщин, страдающих АГ в Рязанской области по данным репрезентативной выборки.

Материал и методы: Обследована репрезентативная выборка Рязанской области — 2098 человек, средний возраст $44,8 \pm 0,4$ лет. Изучались социально-демографические характеристики, анамнез, данные клинического обследования на момент осмотра, сведения о принимаемых препаратах, результаты измерения пульса, артериального давления, роста и веса. У пациентов АГ проанализирована роль ФР: возраста, пола, курения, злоупотребления алкоголем, солью, ожирения, отягощенной наследственности, низкой физической активности.

Результаты: Распространенность АГ в Рязанской области составляет 36,6% (среди мужчин 33,9%, среди женщин — 38,2%). Женщины, страдающие АГ достоверно старше мужчин. Как у мужчин, так и у женщин отмечается увеличение АГ с возрастом. Женщины, страдающие АГ, по сравнению с мужчинами лучше информированы о наличии заболевания (90,8% против 75,3%), чаще лечатся (74,1% против 49,3%) и в 2,5 раза чаще лечатся эффективно (17,5% против 7,1%). Возраст и пол как ФР (женщины старше 65 лет и мужчины старше 55 лет) имели место у 40,7% пациентов АГ, что достоверно выше по сравнению с лицами без АГ и в репрезентативной выборке в целом (9,5% и 20,8% соответственно). Не выявлено достоверных различий в злоупотреблении солью между пациентами с АГ, без АГ и в популяции (48,0%, 44,6% и 45,9% соответственно). Присутствие данного ФР не

уменьшается и в группе эффективно леченых пациентов (53,4%). Курят 18,6% больных АГ, что достоверно меньше, чем в популяции (25,1%) и среди пациентов без АГ (28,9%). Частота курения как ФР имеет обратную зависимость от тяжести АГ — при утяжелении степени АГ число курящих снижается. Ожирение как ФР встречается у лиц с АГ достоверно чаще, чем в популяции (35,9% против 18,8%), при увеличении степени тяжести АГ число пациентов с данным ФР увеличивается. Среди женщин с АГ ожирение встречается достоверно чаще по сравнению с мужчинами (43,3% против 22,9%). Злоупотребляют алкоголем 8,2% обследованных (18,6% мужчин и 0,7% женщин). Среди пациентов АГ злоупотребляют алкоголем 7,4%. С увеличением степени тяжести АГ число злоупотребляющих алкоголем лиц уменьшается. Эффективно леченые пациенты злоупотребляют алкоголем в два раза меньше, чем все больные АГ. Наличие отягощенной наследственности выявлено у 53,3% пациентов, страдающих АГ, что достоверно выше по сравнению с лицами без АГ (38,0%) и популяцией в целом (43,6%). Данный ФР увеличивает риск развития более тяжелой степени АГ. Уделяют внимание физическим упражнениям 19,9% пациентов с АГ, что достоверно меньше, чем в популяции (34,2%). По отношению к физической активности у пациентов АГ выявлена обратная зависимость: с увеличением степени АГ уменьшается количество лиц, уделяющих внимание физическим упражнениям. Гиподинамия более свойственна женщинам.

Выводы: Наиболее важными ФР у пациентов АГ являются возраст, женский пол, ожирение, отягощенная наследственность и низкая физическая активность. С утяжелением степени АГ частота таких ФР как ожирение, наследственность, гиподинамия возрастает.

0733 ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОПРАНОЛОЛА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ

Смирнова Т. П., Бартош Л. Ф., Бартош Ф. Л., Мельникова Л. В., Дорогова И. В.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия; Городская клиническая больница №4, Пенза, Россия

Цель работы: Оценить особенности последовательного действия определенных доз пропранолола на показатели кардиогемодинамики у больных с постоянной фибрилляцией предсердий и нормальными размерами левого желудочка в остром лекарственном тесте.

Материал и методы исследования. В исследование включено 20 пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий (средний возраст $69,3 \pm 7,4$; ХСН $1,7 \pm 0,56$; КДР ≤ 55 мм).

Пациенты вначале исследования получали пропранолол в дозе 40 мг. Затем, на пике действия препарата, пропранолол давался повторно в той же дозе. В последующем, пациентам проводилась эхокардиография с помощью ультразвукового аппарата SIM 5000 D PLUS «Рос — Биомедика» с доплеровской приставкой.

Изучались: конечно-диастолический (КДР), конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка; фракция выброса (ФВ); размеры левого предсердия (ЛП); частота сердечных сокращений (ЧСС); показатели трансмитрального кровотока: интеграл линейной скорости кровотока (FVI), время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (PHT), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) — в 25–30 последовательных сердечных циклах, с последующим определением среднего значения.

Результаты и их обсуждение: После первого приема препарата наблюдалось урежение ЧСС: с $85,6 \pm 16$ до $72,7 \pm 20$ ($p < 0,05$), увеличение КДР ЛЖ: от $47,1 \pm 3,5$ до $49,1 \pm 4,4$ ($p < 0,05$), увеличение КСР ЛЖ: от $35,2 \pm 4,04$ до $37,9 \pm 5,2$ ($p < 0,05$) и снижение ФВ: от $50,8 \pm 7,2$ до $46,3 \pm 8,1$ ($p < 0,05$); достоверное увеличение FVI: с $0,095 \pm 0,02$ до $0,105 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) и PHT: от $0,064 \pm 0,01$ до $0,072 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). При повторном приеме пропранолола в до-

зе 40 мг наблюдалось дальнейшее урежение ЧСС: с $85,6 \pm 16$ до $69,7 \pm 17$ ($p < 0,05$); увеличение FVI: от $0,095 \pm 0,02$ до $0,108 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), и PHT: от $0,064 \pm 0,01$ до $0,076 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) в сравнении с исходом; уменьшение КСР: с $37,9 \pm 5,3$ до $34,1 \pm 5,6$ ($p < 0,05$), в сравнении с предыдущим значением. Время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) осталось без изменения у всех больных.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что применение пропранолола приводит к закономерному урежению частоты сердечных сокращений. Первая доза пропранолола приводит к некоторому увеличению размеров сердца, снижению систолической и улучшению диастолической функции левого желудочка, в результате отрицательной инотропной функции бета-блокаторов, и улучшения перфузии миокарда за счет удлинения диастолы. При последующем приеме наблюдается обратная реакция — уменьшение размеров левого желудочка; и дальнейшее улучшение диастолической функции левого желудочка.

0734 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Смирнова Т. П., Бартош Л. Ф., Бартош Ф. Л., Мельникова Л. В., Шерняев С. Г.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия; Городская клиническая больница №4; ГУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн», Пенза, Россия

Цель работы: Оценить особенности действия карведилола на показатели кардиогемодинамики у больных с постоянной фибрилляцией предсердий и сниженной систолической функцией левого желудочка.

Материал и методы исследования. В исследование включено 50 пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий (20 мужчин и 30 женщин; средний возраст $68 \pm 7,4$; ХСН $1,8 \pm 0,6$; ФВ $< 50\%$).

Пациентам назначался карведилол в титруемой дозе от 12,5 до 50 мг/сут. Доза препарата подбиралась индивидуально в зависимости от веса пациента, частоты сердечных сокращений (ЧСС), функционального класса (ФК) сердечной недостаточности. Курс лечения продолжался 2 недели. Вначале и в конце исследования проводилась эхокардиография с помощью ультразвукового аппарата SIM 5000 D PLUS «Рос — Биомедика» с доплеровской приставкой. Использовался аннулярный датчик 3,5 МГц.

Изучались: конечно-диастолический (КДР), конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка; фракция выброса (ФВ); размеры левого предсердия (ЛП); частота сердечных сокращений (ЧСС); показатели трансмитрального кровотока: интеграл линейной скорости кровотока (FVI), время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (PHT), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) — в 25–30 последовательных сердечных циклах, с последующим определением среднего значения. Полученные результаты подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ «Excel», «STATGRAPHICS Plus 3.0». Для оценки достоверности различий показателей использовался t-критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: После короткого курса лечения карведилолом наблюдалось закономерное урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) от $112,2 \pm 7,8$ до $89,6 \pm 6,9$ ($p < 0,05$). Размеры левого желудочка уменьшились: КДР от $58,1 \pm 4,9$ до $56,9 \pm 5,2$ ($p < 0,05$); КСР от $41,6 \pm 6,2$ до $38,6 \pm 5,8$. Фракция выброса (ФВ) достоверно увеличилась: от $45,8 \pm 6,2$ до $52,4 \pm 5,6$ ($p < 0,05$). Таким образом, даже непродолжительный прием карведилола сопровождался у больных с фибрилляцией предсердий и пониженной ФВ ЛЖ, ростом сократительной способности миокарда. Увеличился интеграл линейной скорости кровотока (FVI) от $0,095 \pm 0,009$ до $0,115 \pm 0,01$ ($p < 0,05$); PHT также увеличился от $0,064 \pm 0,01$ до $0,072 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). Время изоволюмического рас-

слабления левого желудочка (IVRT) осталось без изменения у всех больных.

Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что короткий курс лечения карведилолом в средних терапевтических дозах у больных с фибрилляцией предсердий и сниженной ФВ ЛЖ приводит к улучшению систолической и диастолической функции миокарда. Подобный эффект, вероятно, во многом определяется отрицательным хронотропным действием, увеличением перфузии миокарда за счет удлинения диастолы, снижению потребления миокардом кислорода.

0735 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ПРОПРАНОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ

Смирнова Т. П., Бартош Л. Ф., Бартош Ф. Л., Мельникова Л. В., Шиготарова Н. В.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия; Городская клиническая больница №4; ГУЗ «Пензенский областной госпиталь для ветеранов войн», Пенза, Россия

Цель работы: выявление особенностей действия различных доз пропранолола на показатели кардиогемодинамики у больных с постоянной фибрилляцией предсердий и нормальными размерами левого желудочка в остром лекарственном тесте.

Материал и методы исследования. В исследование включено 40 пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий и нормальными размерами сердца. Первая группа (22 человека: 12 женщин и 10 мужчин; средний возраст $65,4 \pm 8,3$ г; ХСН $1,9 \pm 0,6$ ФК) получила 10 мг пропранолола; вторая (18 человек: 10 женщин и 8 мужчин; средний возраст $65,6 \pm 9,2$ г; ХСН $1,7 \pm 0,9$ ФК) — 20 мг пропранолола соответственно. Доза препарата подбиралась индивидуально в зависимости от веса пациента, частоты сердечных сокращений (ЧСС), функционального класса (ФК) сердечной недостаточности.

Всем пациентам проводилась эхокардиография с помощью ультразвукового аппарата SIM 5000 D PLUS «Рос — Биомедика» с доплеровской приставкой. Использовался аннулярный датчик 3,5 МГц.

Изучались: конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса (ФВ), размеры левого предсердия (ЛП), средняя частота сердечных сокращений (ЧСС), а также показатели трансмитрального кровотока: интеграл линейной скорости кровотока (FVI), время полуспада градиента давления между левыми камерами сердца (PHT), время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT), рассчитываемые путем нахождения средней величины в 25–30 последовательных циклах. Полученные результаты подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ «Excel», «STATGRAPHICS Plus 3.0». Для оценки достоверности различий показателей использовался t-критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: В 1 группе, за исключением урежения частоты сердечных сокращений (от $95,8 \pm 12,3$ до $87 \pm 11,3$ ($p = 0,001$)) достоверных изменений сердечной гемодинамики не получено. Во 2 группе отмечалось урежение ЧСС: от $90 \pm 13,4$ до $79,3 \pm 12,6$ ($p < 0,05$). Увеличился КДР: от $47,4 \pm 4,3$ до $51,7 \pm 3,9$ ($p < 0,05$). Фракция выброса (ФВ) уменьшилась: от $54,2 \pm 5,8$ до $51,4 \pm 4,9$ ($p < 0,05$). Улучшилась диастолическая функция ЛЖ: FVI увеличился: от $0,093 \pm 0,011$ до $0,099 \pm 0,009$ ($p < 0,05$); PHT увеличился: от $0,072 \pm 0,01$ до $0,076 \pm 0,02$ ($p < 0,05$).

Время изоволюмического расслабления левого желудочка (IVRT) осталось без изменения у всех больных.

Выводы: Таким образом, в 1 группе, принимавшей 10 мг пропранолола, отмечено только урежение ЧСС. Тогда как во 2 группе отмечается помимо отрицательного хронотропного эффекта, ухудшение систолической и улучшение диастолической функции левого желудочка.

0736 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТЛИЧИЯ ЮНЫХ ГРЕБЦОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Смоленский А.В., Михайлова А.В., Золичева С.Ю., Камаев К.А.

Кафедра спортивной медицины Российского государственного университета физической культуры спорта и туризма, Москва, Россия

Повышение уровня артериального давления встречается у спортсменов чаще, чем у молодых лиц, не занимающихся спортом. По данным ряда отечественных и зарубежных авторов процент лиц с повышенным артериальным давлением в популяции спортсменов составляет 6,7-11,07%. Но существуют виды спорта, в которых этот процент выше: это тяжелая атлетика (21,2%), футбол (16,6%), конькобежный спорт (14,2%), среди них и академическая гребля (13,6%). Данный факт требует пристального анализа с целью профилактики возможных негативных последствий.

Цель исследования: изучение морфо-функциональных особенностей сердечно-сосудистой системы у юных гребцов с повышенным уровнем АД.

Материалы и методы: обследовано 47 спортсменов молодежной сборной России по академической гребле, 26 юношей и 21 девушка, в возрасте 15-17 лет, спортивный стаж: 2-7 лет, спортивная квалификация: от I взрослого разряда до КМС. Применялись следующие методы исследования: антропометрические измерения, биоимпедансометрия, измерение артериального давления, ЭКГ, Эхо-КГ, определение ЧСС и АД восстановительного периода после комбинированного теста на тренажере «Concept2».

По результатам измерения АД в покое, и в соответствии с современной классификацией ВОЗ уровней артериального давления гребцы были поделены на 2 группы: I группа — спортсмены с высоким нормальным и АД, соответствующим артериальной гипертензии I степени (4 и 14 человек соответственно), II группа — спортсмены с нормальным АД (29 человек).

Результаты исследования: при сравнении антропометрических показателей гребцы с повышенными цифрами АД превосходят группу с нормальным давлением по длине тела, массе тела, индексу массы тела, соотношению талия/бедро.

Спортсмены с повышенным уровнем АД отличались более высокими показателями величины двойного произведения.

По данным Эхо-КГ спортсмены I группы имели большие значения индекса массы миокарда левого желудочка: 89,07 г/м² против 74,64 г/м² во II группе.

Выводы: В ходе проведенного исследования получены данные по проценту юных гребцов, имеющих высокие цифры артериального давления. В 29,8 % случаев выявлена АГ I ст., в 8,6 % — высокое нормальное АД при отсутствии изменений на глазном дне.

Гребцы с повышенным уровнем АД отличаются превосходящими антропометрическими показателями, более высокими значениями индекса ММЛЖ при сохранной диастолической функции левого желудочка, менее экономичной сердечной деятельностью, как в покое, так и при физической нагрузке.

0737 ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС, ИШЕМИЯ МИОКАРДА, НЕЙРОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ КРОВИ И ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ КСХ

Соболева Г.Н.¹, Горельцева С.Ю.¹, Федорова В.И.², Пухальская Т.Г.³, Погорелова О.А.¹, Кудрин В.С.³, Клодт П.М.³, Рогоза А.Н.¹, Балахонова Т.В.¹, Рябыкина Г.В.¹, Карпов Ю.А.¹

ФГУ РКНПК Росздрав¹, Московская медицинская академия им. М.М.Сеченова², Институт фармакологии РАМН³, Москва, Россия

Цель: изучить состояние психовегетативного статуса, ишемии миокарда, вазомоторной функции эндотелия, нейрохимического состава крови и их взаимосвязь у больных КСХ.

Методы: В исследование включали пациентов с приступами стенокардии, у которых по данным ангиографии выявлялись интактные коронарные артерии, а при проведении ВЭМ-пробы

или суточного мониторирования ЭКГ по Holter (ХМ-ЭКГ) — ишемия миокарда в виде депрессии сегмента ST более 1мм и признаками тревожно-депрессивных расстройств по данным психометрического тестирования. В день включения проводили физикальный осмотр, психометрическое тестирование, ВЭМ-пробу, ХМ-ЭКГ, оценивали вазомоторную функцию эндотелия и забирали кровь для определения ее нейрохимического состава. Психовегетативный статус пациентов оценивали по тестам Спилберга, Бэка, ММРІ. Вызванную потоком эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии определяли во время реактивной гиперемии после окклюзии плечевой артерии, изменения диаметра плечевой артерии оценивали с помощью линейного датчика 7 МГц с фазированной решеткой УЗ-системы Acuson 128хР10 (США); ЭЗВД оценивали как разницу между ее диаметром при гиперемии и в покое, соотношенную к диаметру в покое, и выражали в процентах. Для изучения нейроиммунного обмена определяли содержание норадреналина (НА), адреналина (АД), дофамина (ДА), дигидроксифенилуксусной кислоты (ДОФУК), 5-ОТ, 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) в плазме крови (пл) и тромбоцитах(тр) методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией.

Результаты. В исследование было включено 42 больных (35 женщин, 7 мужчин, средний возраст 52,5±1,7 лет). Вазомоторная функция эндотелия у больных КСХ снижена по сравнению с нормальными показателями и составляет 7,4±1,2%; у всех пациентов выявлены полиморфные вегетативные расстройства, отмечен высокий уровень личностной (52,5±0,9 балла) и реактивной тревожности (45±1,5 баллов), по тесту БЕКА легкая и умеренная степень депрессии отмечена у 57% больных, выраженная — у 43% больных. Уровень ДА, НА, АД был в пределах нормальных значений у большинства больных, в то время как нормальный уровень 5-ОТпл и тр отмечался только у 26% больных КСХ. Группа больных с наличием преходящей ишемии миокарда отличалась более высоким уровнем 5-ОТпл, более высоким уровнем норадреналина и дофамина, сниженным ЭЗВД и более длительной ишемией миокарда по данным ХМ-ЭКГ.

Выводы: КСХ, развивающийся на фоне тревожно-депрессивных расстройств, характеризуется снижением ЭЗВД и нарушением метаболизма серотонина.

0738 ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ТЕМПЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.

Соколов И.М., Карабалиева С.К.

ГОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет, Саратов, Россия

Цель исследования: изучение отдаленных результатов включения в терапию периода нестабильной стенокардии метода гипербарической оксигенации (ГБО) у пациентов с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы: Проводился ретроспективный анализ 84 клинических случаев нестабильной стенокардии (НС) пациентов обоего пола (средний возраст 61,4±9,2), срок наблюдения составил в среднем 4,6 лет. Среди пациентов, включенных в исследование, 40 человек после рандомизации получили курс ГБО в барокамере ОК-МТ, по одному сеансу ежедневно со 2-3 суток болезни в следующем режиме: компрессия -3-5 минут, изопрессия — 1,3 атм, при экспозиции 30 минут, декомпрессия — 8-10 минут, длительность курса — 3-5 дней. В последующий период в течение всего срока наблюдения 79% больных получали терапию ингибиторами АПФ, бета-блокаторами и диуретиками. 42 больных НС составили группу сравнения, сопоставимую по полу, возрасту, длительности наблюдения, сопутствующей патологии, вместе с тем заместительная гипероксигенация не была включена в терапию данной когорты пациентов. Оценка сократительной способности миокарда проводилась посредством ДЭхоКГ. В конце срока наблюдения проводился контроль состояния наблюдаемых больных. Конечные точки: смерть от кардиальных

причин, повторные инфаркты миокарда, признаки развития и прогрессирования сердечной недостаточности (функциональный класс по NYHA, фракция выброса, размеры полостей сердца), стенокардия напряжения с оценкой функционального класса. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (U) для несвязанных выборок. Достоверность коэффициента корреляции и различий принималась при $p < 0,05$.

Результаты. В отношении смерти от кардиальных причин, количества повторных ИМ, функционального класса стенокардии напряжения в конце периода наблюдения различий между группами выявлено не было. У больных с НС, получавших ГБО в качестве одного из методов терапии, выявлено достоверно меньшее увеличение функционального класса ХСН в конце срока наблюдения по сравнению с группой сравнения ($R=0,28$; $p=0,02$). Кроме того, уменьшение величины фракции выброса в данной группе достоверно ниже (в 2,3 раза, $R=0,39$; $p=0,02$). В отношении темпов формирования и выраженности синдрома ремоделирования в группе, получавших гипербаротерапию отмечалась тенденция к достоверно меньшему увеличению размеров левых отделов сердца ($R=0,49$; $p=0,007$), чем в группе сравнения. Причем, отмеченные закономерности ассоциировались с более высоким классом нестабильной стенокардии по Brounwald.

Выводы: Таким образом, активная заместительная гипероксигенация, проводимая пациентам НС, по всей видимости, может оказать влияние на отдаленные результаты лечения этой патологии, прежде всего в отношении темпов и выраженности развития синдрома ремоделирования сердца и ХСН у пациентов с высоким классом нестабильной стенокардии по Brounwald.

0739 РОЛЬ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Солодилова М.А.¹, Иванов В.П.¹, Полоников А.В.¹, Катаргина Л.Н.², Хорошая И.В.¹, Кожухов М.А.³, Колесникова О.Е.³

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; ²Больница скорой медицинской помощи, Курск, Россия; ³Областная клиническая больница, Курск, Россия

Активные формы кислорода (АФК) играют важную роль в физиологии сосудов. Окислительный стресс, развивающийся при избыточной генерации АФК под действием прооксидантов и/или на фоне недостаточной активности ферментов антиоксидантной системы (АОС), способен усиливать пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов, фагоцитарную инфильтрацию сосудистой стенки и изменять сосудистый тонус. Окислительный стресс рассматривается как один из пусковых механизмов, инициирующих повреждение сосудистой стенки и вызывающих дисрегуляцию тонуса сосудов при гипертонической болезни (ГБ). Одним из классов ферментов АОС являются глутатион-S-трансферазы, играющие ключевую роль в обеспечении резистентности клеток к продуктам перекисного окисления липидов (ПОЛ), свободным радикалам, а также в защите белков от алкилирования. Целью настоящего исследования явилось изучение связи полиморфизма генов семейства глутатион-S-трансфераз GSTM1 (+/del), GSTT1 (+/del) и GSTP1 (I105V и A114V) с предрасположенностью к ГБ в популяции русских жителей Центрального Черноземья. Материалом исследования послужила выборка больных ГБ ($n=203$), находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях ЛПУ г. Курска в период с 2003 по 2004 год. Контрольную группу составили 202 относительно здоровых добровольца. Генотипирование полиморфизма генов GSTM1 (+/del), GSTT1 (+/del) проводили мультиплексной ПЦР и ПДАФ, гена GSTP1 (I105V и A114V) — методами ПЦР-ПДРФ анализа согласно протоколам, описанным в литературе. Различия в частотах аллелей и генотипов между группами оценивали с помощью критерия χ^2 и расчета отношения шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI). Сравнительный анализ частот аллелей и генотипов полиморфизмов +/del GSTM1, +/del GSTT1 и I105V GSTP1 между группами здоровых и больных ГБ не выявил статистически значимых ассоциаций с предрасположенностью к заболеванию. Частота вариантного аллеля

114V гена GSTP1 у больных ГБ была существенно ниже, чем у здоровых индивидов ($OR=0,14$; 95%CI 0,05-0,37; $p=0,00001$). Кроме того, установлено, что гетерозиготный генотип 114AV GSTP1 ассоциировался с пониженным риском развития ГБ ($OR=0,13$; 95%CI 0,05-0,36). Полиморфизмы I105V и A114V гена GSTP1 находились в неравновесии по сцеплению друг с другом ($p < 0,0001$). Гаплотип 105V/114V встречался в 10 раз реже у больных ГБ (0,014082), чем у здоровых индивидов (0,103625) ($\chi^2=27,86$; $p=0,000004$; $df=3$). В связи с тем, что аллель 105V более активен, чем аллель 105I, дефицит функционально важного генотипа 114AV GSTP1 у больных ГБ может способствовать избыточному накоплению продуктов ПОЛ и активации окислительного стресса в сосудистой стенке. В рамках настоящего исследования ассоциация полиморфизма A114V гена GSTP1 с предрасположенностью к гипертонической болезни установлена впервые.

0740 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КАТФ И КСА КАНАЛОВ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ

Солодков А.П., Майорова С.С., Лазуко С.С.

Учреждение образования «Витебский государственный орден Дружбы народов медицинский университет», Витебск, Беларусь

Цель исследования: выяснить влияние блокатора КСа-каналов тетраэтиламмония и КАТФ-каналов глутамида (ГЛБ) на ауторегуляцию коронарного потока, выраженность реактивной гиперемии, величину коронарного расширительного резерва и сократительную функцию миокарда в изолированных сердцах крыс, перенесших 6-часовой иммобилизационный стресс.

Материалы и методы. Объемную скорость коронарного потока (ОСКП) и сократительную функцию миокарда изучали на 38 препаратах изолированного сердца крыс — самок, перфузируемых в условиях постоянного давления, в полость левого желудочка которого вводили латексный баллончик постоянного объема. На первом этапе эксперимента сердце перфузировали раствором Кребса — Хензеляйта, на втором — этим же раствором, но с добавлением ГЛБ (10мкМ) или тетраэтиламмония (ТЭА, 1 мМ). В ходе опыта перфузионное давление (ПД) ступенчато повышали от 40 до 120 мм рт. ст. в шагом в 20 мм рт. ст. (коронарная ауторегуляция). Функциональную активность калиевых каналов определяли как процент изменения ОСКП, вызванного введением в перфузионный раствор ГЛБ или ТЭА. Все животные были подразделены на 2 группы: 1-ую — контрольную ($n=21$), во 2-ую — сердца крыс, перенесших 6-часовую иммобилизацию ($n=17$). Цифровой материал обработали общепринятыми методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента и программы "Statistica 6.0".

Результаты исследования. В изолированных сердцах крыс, перфузируемых раствором Кребса-Хензеляйта, содержащим ГЛБ, ОСКП снижалась при всех уровнях ПД в среднем на 27-30%, а под влиянием ТЭА только в области ауторегуляции (80-120 мм рт.ст.) — на 23% ($p < 0,05$). При блокаде КАТФ — или КСа-калиевых каналов индекс ауторегуляции увеличивался на 34 и 42%, а МГКП снижался на 33% и 21% соответственно. При этом коронарный расширительный резерв в обеих группах не изменялся. Развиваемое внутрисердечное давление снижалось на 29% только под влиянием ГЛБ. Однако количество перфузионной жидкости, приходящейся на единицу развиваемого давления (интенсивность перфузии) было таким же, как и в контроле. После перенесенного стресса ОСКП увеличился на 15-29%, индекс ауторегуляции уменьшался на 17-40%, МГКП не изменялся, а коронарный расширительный резерв снижался на 10-12%. Развиваемое внутрисердечное давление уменьшалось на 33-28%, а интенсивность перфузии увеличилась на 54%, что свидетельствовало о развитии явления гиперперфузии миокарда, вызванной постстрессорным нарушением способности сосудов сердца к ауторегуляции. Введение в коронарное русло стрессированных крыс ГЛБ сопровождалось снижением ОСКП и увеличением индекса ауторегуляции, как и в контроле. Введение же ТЭА, при разных уровнях ПД оказывало достоверно меньший эффект на ОСКП, чем до стресса. После иммобилизации МГКП под влия-

нием ГЛБ и ТЭА, снижался в меньшей степени, чем в контроле. Коронарный расширительный резерв, как и в контроле не изменялся. Следовательно, стресс уменьшал влияние ГЛБ только при ответе на снижение ПД, в то время как, эффект ТЭА ослаблялся как при ответе на повышение, так и на снижение ПД. Подобная закономерность наблюдалась и в действии ГЛБ на сократительную функцию миокарда крыс, перенесших стресс.

Заключение (1) Стресс снижает функциональную активность как КАТФ-, так и КСа каналов гладкомышечных клеток коронарных сосудов. (2) Уменьшение эффективности действия ТЭА на способность сосудов сердца отвечать сужением на повышение ПД и расширением на его снижение доказывает большую стресс-чувствительность КСа, чем КАТФ-каналов.

0741 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРТОВОЙ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Сорока Н.В., Россиха О.А., Тихонова В.М., Федорченко А.Н., Туликун Р.С., Корж Д.А., Шелестова И.А., Космачева Е.Д.

Краевая клиническая больница N 1. им. проф. С. В. Очаповского, ЦГХ, Краснодар, Россия

Цель: эхокардиографический анализ результатов эндоваскулярного лечения ГКМП.

Методы: В период исследования с 2004 по 2006г. 20 пациентам с обструктивной формой гипертрофии миокарда ЛЖ выполнена спиртовая абляция септальных ветвей ПНА и ДВ1. Из них 14 (70%) мужчин и 6 (30%) женщин (средний возраст 49,6±8 лет). Решение о целесообразности вмешательства принималось на основании клиники (эпизоды потери сознания, нарушения ритма сердца, снижение толерантности к физической нагрузке), УЗ — данных о форме и степени гипертрофии МЖП, максимальном и среднем градиентах давления в ВТЛЖ (в покое и после нагрузки) и сопоставлении их с данными КАГ и инвазивным измерением градиента давления. Всем больным проводилась Эхо-КГ по стандартной методике перед аблацией, перед выпиской и в динамике (через 6 мес, 1 год и 2 года после аблации). Критерием эффективности процедуры являлось снижение градиента обструкции при инвазивной монометрии и по результатам Эхо-КС, а также УЗ — динамика уменьшения в отдаленном периоде толщины и амплитуды движения МЖП вследствие инфаркта.

Результаты. У пациентов при Эхо-КС толщина МЖП составила 21,9±3,4мм, задней стенки ЛЖ — 13,5±1,6мм. Отмечалась преимущественная гипертрофия среднего и базального сегментов МЖП. Макс. градиент давления в ВТЛЖ при Эхо-КС до аблации от 58 до 200 мм Hg (101,15±28,8 мм Hg) практически во всех случаях соответствовал инвазивному градиенту давления. После аблации только у 8 чел. отмечалось снижение градиента давления непосредственно в операционной или в течение первых суток. Через 6–12 мес. у 12 чел. (60%) отмечался хороший результат аблации со снижением градиента давления в ВТЛЖ до 19,8±12,2 мм Hg (на 79%) (p<0,001), у 6 чел. (30%) — снижение градиента давления до 56,3±8,0 мм Hg (на 54,5%) (p<0,001). В отдаленном периоде (через 1 год) уменьшение толщины МЖП до 18,0±3,9 мм (на 16,7%) (p=0,001). В 2 случаях (10%) абляция оказалась неэффективной за счет рассыпного типа септальных ветвей ПНА и перетока между 1 и 2 СВ ПНА. Из послеоперационных осложнений: летальность — 0%, у 1 чел. — гематома в месте пункции правой ОБА, у 2 чел. — развитие АВ блокады 3 степени с последующей имплантацией ЭКС, у 5 — БПНПГ, у 2 — нарушения ритма в виде СВТ, ЖЭ и ФП. В динамике после аблации у большинства пациентов повысилось толерантность к физической нагрузке, отсутствие рецидивов синкопе.

Выводы: 1. Эндоваскулярное лечение ГКМП является эффективной процедурой, достоверно снижающей выраженность обструкции выходного тракта ЛЖ за счет уменьшения толщины и амплитуды движения МЖП.

2. Снижение градиента обструкции и уменьшение толщины базального сегмента МЖП у большинства происходит через 6–12 месяцев.

3. Необходим отбор пациентов на абляцию с учетом особен-

ностей КАГ и Эхо-КГ.

4. Из осложнений после спиртовой аблации могут отмечаться АВ блокады 3 степени, БПНПГ, нарушения ритма.

0742 ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНОСИВШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Спирина В.В., Матвеева С.А., Лазарева Г.Н., Груздева И.М., Крысанова О.А., Алексеева О.А., Потапова Е.Л., Моторина М.В.

РОККД; ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — анализ результатов реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Методы исследования. В течение 2,5 лет проведено динамическое наблюдение 137 больных в возрасте 29–78 лет. Первичный ИМ выявлен у 119 (86,9%) больных, повторный ИМ у 16 (13,1%). ИМ локализовался в передней стенке левого желудочка — у 78 (56,9%), нижней стенке у 56 (40,9%) и циркулярный ИМ у 3 (2,2%). Q-ИМ был диагностирован у 81 (59,1%) больных, неQ-ИМ у 56 (40,9%) пациентов. Программа динамического наблюдения включала сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное (общеклинические анализы, ферменты, углеводный, липидный), инструментальное (ЭКГ, мониторинг ЭКГ, Эхо-КГ, коронароангиография) исследования, консультации офтальмолога.

Полученные результаты. Реабилитация включала диету, медикаментозную терапию (β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты, ингибиторы АПФ, гиполипидемические средства, антиагреганты, антиаритмические средства, диуретики, ЛФК, рекомендации офтальмолога, невролога, психотерапевта. Хирургическое лечение атеросклероза коронарных артерий (АКШ, стентирование коронарных артерий) проведено 16 (13,4%) пациентам. Повторный Q-ИМ развился у 3 (2,5%), неQ-ИМ — у 3 (2,5%), передней стенки у 4 (3,4%), нижней — у 2 (1,7%). Аневризма левого желудочка определялась в двух (1,7%) случаях. У 19 (16,0%) больных выявлялись впервые возникшие нарушения ритма: политопная желудочковая экстрасистолия — у 15 (12,6%), фибрилляция предсердий — у 2 (1,7%), блокада левой ножки пучка Гиса — у 2 (1,7%), блокада правой ножки пучка Гиса — у 3 (1,3%). Госпитализация в связи с прогрессированием стенокардии напряжения отмечалась в 47 (39,5%) случаях. Увеличение функционального класса стенокардии напряжения выявлялось у 19 (16%), уменьшение у 15 (12,6%), без динамики (стенокардия напряжения III ФК) больных. Летальность составила три (2,5%) случая, из них у двух больных развился повторный ИМ и у одного — острая коронарная недостаточность.

Выводы. Реабилитация пациентов, перенесших ИМ, в течение 2,5 лет наблюдения способствовала стабилизации течения ишемической болезни сердца у большинства больных, повторный ИМ развился в 6 случаях (5%), летальность составила три (2,5%).

0743 M235T ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Срождинова Н.З., Елисеева М.Р., Жмырко Е. *, Мухаммедов Р.С. *

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан; *Институт генетики и экспериментальной биологии растений АН Республики, Узбекистан, Ташкент

Цель: Изучить распространенность генотипов и аллелей M235T полиморфизма гена ангиотензиногена у больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) и здоровых лиц узбекской национальности; оценить взаимосвязь между M235T полиморфизмом гена ангиотензиногена и уровнем АД, органами поражениями при ЭГ.

Методы: В исследование были включены 154 больных мужчин узбеков с ЭГ и 58 здоровых лиц. Средний возраст больных составил 46,2±9,3 лет, длительность ЭГ 6,1±5,1 лет. Полиморфный участок гена ангиотензиногена амплифицировали с помощью ПЦР. Для идентификации аллелей применялась рестриктаза TthI11I. Всем больным проведено ЭХОКГ с доплерографи-

ей в М- и В-режиме. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) устанавливали при $\text{ИММЛЖ} \geq 124 \text{ г/м}^2$. Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭВД) оценивали в тесте с реактивной гиперемией. Толщина КИМ определялась с помощью ультразвука высокого разрешения. Уровень МАУ определяли с помощью тест полосок Micral-test.

Результаты: Распределение частот генотипов M235T-полиморфного маркера гена ангиотензиногена среди больных ЭГ было следующим: MM-генотип в 16,2% случаев ($n=25$), MT-генотип в 68,2% ($n=105$), TT-генотип в 15,6% случаев ($n=24$), $\chi^2=125,25$; $p=0,000$. Распределение аллелей было равномерное: М-аллель — в 50,3% случаев, Т-аллель — в 49,7% случаев, $\chi^2=0,006$; $p=0,93$. Соотношение MM : MT : TT — генотипов у здоровых было следующим: 13,8%, 60,3% и 25,9% при $\chi^2=30,46$, $p=0,000$, а частоты М и Т — аллелей: 44% и 56% соответственно, $\chi^2=2,91$, $p=0,09$.

Больные ЭГ — носители MM-, MT-, TT- генотипов между собой не различались по уровню САД ($155,2 \pm 8,7$ vs $158,6 \pm 13,7$ vs $160,2 \pm 14,6$ мм рт.ст.) и ДАД ($99,6 \pm 6,1$ vs $100,8 \pm 8,4$ vs $101,9 \pm 9,4$ мм рт.ст.). Носители Т-аллеля имели достоверно более высокий ИММЛЖ по сравнению с носителями М-аллеля: $165,1 \pm 38,6$ vs $156,4 \pm 38,9$ г/м², $p=0,048$. При этом у больных с гомозиготным состоянием по TT-генотипу выраженность ГЛЖ была более значимой, чем при наличии гомозиготного MM-генотипа: $168,0 \pm 31,9$ vs $140,8 \pm 27,6$ г/м², $p=0,002$.

Анализ показал, что носительство различных генотипов и аллелей M235T полиморфного маркера гена ангиотензиногена не сопровождалось достоверными различиями в ЭВД. Толщина КИМ и уровень МАУ также не различались между группами.

Выводы: У больных ЭГ узбекской национальности имеет место накопление MT-генотипа M235T полиморфного маркера гена ангиотензиногена. Носительство Т-аллеля и TT-генотипа M235T полиморфного маркера гена ангиотензиногена ассоциируется с ГЛЖ у больных ЭГ.

0744 ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И ЕЕ РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старченко Т.Г., Шкапо В.Л.

ГУ „Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины“, Харьков, Украина

Цель работы — изучить состояние перекисного окисления липидов и определить его роль в формировании различных типов геометрии левого желудочка у больных, страдающих гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа в сравнении с больными гипертонической болезнью и нормальным углеводным обменом.

Материал и методы: обследовано 48 больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа и 34 больных гипертонической болезнью без нарушений углеводного обмена. Контрольную группу составили 14 здоровых человек. Все группы были сопоставимы по возрасту и полу. Структурные показатели сердца изучали с помощью эхокардиографического исследования по стандартной методике. Изучение модифицированных липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) проводили по урону малонового диальдегида (МДА) фотометрическим методом. Результаты оценивали в нмоль МДА на 1 г белка.

Результаты: изучение конечных продуктов перекисного окисления липидов по уровню МДА позволило выявить, что у больных как с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа, так и при наличии гипертонической болезни без нарушений углеводного обмена отмечается активация процессов перекисного окисления липидов. Так, при гипертонической болезни и сахарном диабете 2 типа уровень МДА составил ($19,68 \pm 0,87$) нмоль/мг белка, что существенно отличалось от такового в контрольной группе — ($1,48 \pm 0,08$) нмоль/мг белка ($p < 0,001$). В случае гипертонической болезни без сахарного диабета уровень МДА составил ($12,38 \pm 0,87$) нмоль/мг белка, что также достоверно отличалось от такового в группе здоровых ($p < 0,001$). Анализ про-

цессов перекисного окисления липидов в группах больных позволил установить также, что у пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа в сравнении с больными без сахарного диабета уровень МДА был существенно выше ($p < 0,001$). Возможно, активация процессов перекисного окисления липидов при гипертонической болезни в сочетании с нарушенным углеводным обменом может быть обусловлена снижением антиоксидантных механизмов. У этой же категории больных наиболее высокие показатели МДА наблюдались при концентрической и эксцентрической гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ). У больных гипертонической болезнью без сахарного диабета максимальная активность перекисного окисления липидов наблюдалась только при концентрическом типе ремоделирования левого желудочка.

Выводы: способность ЛПНП к окислению возрастает у больных гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, что имеет значение в формировании гипертрофических типов ремоделирования сердца, в то время как при гипертонической болезни, лишь при концентрической ГЛЖ.

0745 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНХИБЕЙСОМ И АМЛОТОПОМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Стаценко М.Е., Землянская М.М.

Волгоградский Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние комбинированной терапии инхибейсом и амлопотом на суточный профиль артериального давления (АД) и качество жизни (КЖ) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. В открытое проспективное исследование включено 22 пациента (16 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $58 \pm 1,3$ лет) с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией I и II степени тяжести. Всем больным в течение 16 недель проводилась терапия цилазаприлом (Инхибейс, Ф.Хоффманн — Ля Рош Лтд., Швейцария) в дозе 2,5–10 мг 1 раз в день утром и амлодипином (Амлопот, Маккиз-Фарма, Россия) в дозе 5–10 мг однократно в сутки. Исходно и через 16 недель терапии всем пациентам проводили: определение показателей суточного профиля АД методом суточного мониторингирования АД и оценку КЖ с помощью опросника MOS SF-36.

Результаты. Через 16 недель терапии отмечено достоверное уменьшение среднесуточного, дневного и ночного систолического АД (САД) соответственно на 15,9%, 15,2% и 14,5%; диастолического АД (ДАД) — на 10,6%, 8,4% и 12,2%. ЧСС значимо не изменялась. Достоверно уменьшилась нагрузка давлением: индекс времени (ИВ) САД и ДАД снизился соответственно на 64,7% и 62,5%. Пульсовое АД (ПАД) статистически значимо уменьшилось на 23,8%. В зависимости от величины исходного суточного индекса (СИ) САД были выделены следующие группы больных: dippers — 7 человек, non-dippers — 9 пациентов, night-peakers — 4 больных, over-dippers — 2 человека; СИ ДАД: dippers — 7 пациентов, non-dippers — 6 больных, night-peakers — 3 больных, over-dippers — 6 человек. Через 16 недель для САД отмечено увеличение количества пациентов с суточным ритмом Dipper на 18% за счет уменьшения числа больных АГ с кривыми типа Over-dipper и исчезновения кривой типа Night-peaker. Для ДАД также выявлено достоверное увеличение количества пациентов с суточным ритмом Dipper на 31,3%, уменьшение числа больных с профилем Non-dipper и Over-dipper, исчезновение кривой типа Night-peaker. На фоне 4 месяцев применения инхибейса и амлопота значимо улучшилось КЖ больных — на 33%. Статистически достоверные изменения отмечены по шкале жизнеспособности — увеличение на 29,9%; психического здоровья — на 22% и физического здоровья — на 17,8%. 52,7% пациентов ($p < 0,05$) через 4 месяца терапии отметили уменьшение роли субъективных болевых ощущений в ограничении своей повседневной деятельности. Также на фоне комбинированной терапии достоверно улучшился показатель общего здоровья — на 16,2%.

Закключение. Комбинированная терапия инхибейсом и амлопидином эффективно снижает САД, ДАД, ПАД положительно влияет на суточный профиль АД и улучшает качество жизни больных с метаболическим синдромом.

0746 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Стаценко М.Е., Иванова Д.А., Спорова О.Е.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель исследования: анализ временных и спектральных характеристик вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: обследован 61 пациент на 20-30 сутки после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося развитием ХСН. Все больные были рандомизированы на 2 группы: в 1-й (n=30), согласно классификации GOLD (2003г.), у 18 пациентов выявлено среднетяжелое течение ХОБЛ ($50\% < \text{ОФВ1} < 80\%$, $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$) и у 12 тяжелое течение ($30\% < \text{ОФВ1} < 50\%$, $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} < 70\%$), во 2-ю (n=31) включены пациенты без нарушений показателей функции внешнего дыхания (ФВД) ($80\% < \text{ОФВ1}$, $\text{ОФВ1/ФЖЕЛ} > 70\%$). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и функциональному классу ХСН (NYHA). Параметры ВСР оценивали на коротких участках записи в утренние часы в положении «лежа» и во время активной ортостатической пробы (АОП) с использованием аппаратно-программного комплекса «Варикард-1.41». Учитывали следующие показатели: SDNN, SI, TP, IC, спектральные показатели: HF, LF, VLF.

Результаты и обсуждение: у пациентов 1-й и 2-й групп выявлено снижение SDNN, более выраженное у больных ХСН с сопутствующей ХОБЛ ($26,5 \pm 6,57$ мс и $31,98 \pm 3,4$ мс соответственно). Индекс напряжения (SI) регуляторных систем оказался повышенным в двух группах, больше у больных ХСН с нарушениями ФВД ($1736,36 \pm 653,31$ у.е. и $1073,52 \pm 337,75$ у.е. соответственно). Эта тенденция сохраняется и при проведении АОП, но разница между группами достигает достоверных значений (2909 ± 953 у.е. и $697,78 \pm 179,03$ у.е.; $p < 0,05$). Выполнение АОП выявило напряжение регуляторных систем и подавление активности автономного контура в большей степени у больных ХСН с ХОБЛ, чем во 2-ой группе. Это находит отражение в увеличении удельного веса медленных волн 2-го (VLF) порядка (на $14,76$ и $11,18\%$ в 1-й и 2-й группах соответственно), индекса централизации (IC) (на $8,52$ в 1-й и $2,22\%$ во 2-ой группах) и снижении медленных волн 1-го (LF) порядка (на $7,74$ и $4,16\%$ в группах ХСН с ХОБЛ и ХСН).

Выводы: у больных ХСН с сопутствующей ХОБЛ выявленные изменения временных и спектральных характеристик ВСР свидетельствуют о большем преобладании симпатического отдела вегетативной нервной системы в регуляции сердечной деятельности по сравнению с пациентами ХСН без нарушений ФВД.

0747 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Стаценко М.Е., Щербаклова Т.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №3, Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние индапамида и лизиноприла на функцию почек пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет с АГ I-II степени: 30 пациентов (средний возраст $67,1 \pm 0,8$ лет) вошли в I группу – терапия индапамидом (Индап) в суточной дозе 2,5 мг и 30 пациентов (средний возраст $68,1 \pm 0,9$

лет) во II группу – терапия лизиноприлом (Даприл), в суточной дозе 5–40 мг. Проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), определялся уровень креатинина сыворотки крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), почечный функциональный резерв (ФПР), микроальбуминурия (МАУ), канальцевая реабсорбция (КР) и реабсорбция натрия (RNa^+) исходно и через 12 недель терапии.

Результаты: Целевой уровень «офисного» АД достигнут через 12 недель у 86% и 73% пациентов, получавших индап и даприл соответственно. По результатам СМАД в обеих группах выявлено достоверное снижение систолического артериального давления (САД), диастолического АД (ДАД) в ночные часы в I группе и за все временные периоды во II группе. Отмечена тенденция к нормализации суточного профиля АД: прирост нормального суточного индекса (СИ) САД на $19,4\%$ в I-й и на 20% во II-й группе. Прием индапа сопровождался более благоприятным действием на суточный профиль ДАД: нормализация СИ в 11,5% случаев. Достоверных изменений уровня креатинина крови и СКФ в обеих группах не выявлено. СКФ у пациентов I группы исходно составила $81,4 \pm 4,8$, а после лечения $82 \pm 6,0$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Во II группе динамика СКФ представлена ее увеличением от $74,9 \pm 5,0$ до $77,9 \pm 5,8$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Снижение процента лиц со значением $\text{СКФ} < 60$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ в конце 12-недельной терапии было более выраженным в группе даприла – на 10%, по сравнению с пациентами I группы, где оно составило 3,3%. Встречаемость истощенного ФПР после лечения в группе индапа уменьшилась на 4,8%, а в группе даприла на 6,7%, что свидетельствует об улучшении внутриклубочковой почечной гемодинамики. В конце 12-недельного лечения зарегистрировано достоверное снижение уровня суточной МАУ в группе даприла от $179,5 \pm 16,1$ мг/сут. до $131,2 \pm 16,5$ мг/сут. ($p < 0,05$). В группе пациентов, леченных индапом, также наблюдалась положительная динамика значения МАУ (исходно – $163,5 \pm 26,0$ мг/сут., после лечения $135,7 \pm 20,8$ мг/сут.). Достоверного изменения КР в обеих группах терапии не зарегистрировано. Отмечено значимое уменьшение величины RNa^+ , более выраженное в группе индапа (различия между группами статистически достоверны).

Закключение. Индап и даприл обладают выраженным антигипертензивным действием у пожилых больных с АГ I-II степени. Нефропротективный эффект был отчетливее замечен в группе пожилых пациентов, принимавших даприл (достоверное снижение МАУ, тенденция к нормализации СКФ, прирост величины ФПР). Прием индапа также способствовал улучшению внутриклубочковой гемодинамики, снижал уровень МАУ.

0748 НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

Степченко М.А.

ГОУ ВПО «КГМУ Росздрава», Курск, Россия

Цель работы. Изучение показателей эндотелиальной функции у больных артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с истинной полицитемией (ИП).

Материалы и методы. Обследовано 126 больных АГ, обусловленной ИП, из них 69 мужчин и 57 женщин (средний возраст $52,4 \pm 1,44$ года). Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали по методу О.В.Ивановой с соавт. (1998), концентрацию циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов (ЦЭК) определяли по методу Hladovcs J. (1978), содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) изучали иммуноферментным методом (Amersham). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel и Windows XP.

Результаты исследования. Относительное расширение плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией у больных АГ II ст. было достоверно меньшим, чем в контрольной группе $5,4 \pm 1,7\%$ и $10,5 \pm 2,3\%$ соответственно, наименьший показатель ЭЗВД зарегистрирован у больных АГ на фоне ИП и составил $2,6 \pm 0,3\%$ ($p < 0,01$). Наименьшая величина ЭЗВД ($2,9 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$) определена в группе больных АГ на фоне II ст. ИП. Наибольшее нарушение сосудодвигательной активнос-

ти эндотелия сосудистого русла имело место у больных АГ с анамнезом ИП более 7 лет ($2,2 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$). Отмечено достоверное повышение концентрации ЦЭК в сыворотке крови больных АГ, обусловленной ИП в сравнении с контрольной группой ($3,4 \pm 0,5$ кл/мкл) и показателями больных эссенциальной АГ без ИП ($6,6 \pm 0,7$ кл/мкл). Наиболее высокое содержание ЦЭК имело место у больных АГ на фоне II ст. ИП с миелоидной метаплазией селезенки с анамнезом ИП более 7 лет ($14,8 \pm 0,8$ кл/мкл).

Достоверно более высокий уровень содержания ЭТ-1 в сыворотке крови определен у больных АГ на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки ($11,8 \pm 1,6$ нг/л, $p < 0,01$). Установлено нарастание концентрации ЭТ-1 параллельно длительности ИП. Максимальный уровень ЭТ-1 ($12,98 \pm 0,7$ нг/л, $p < 0,05$) выявлен у больных АГ при длительности ИП более 7 лет. Определена обратная корреляционная зависимость между величиной ЭЗВД, уровнем ЭТ-1 и ЦЭК в сыворотке крови больных АГ на фоне ИП ($r = -0,78$, $p < 0,001$; $r = -0,57$, $p < 0,05$ соответственно).

Выводы. У больных АГ, ассоциированной с ИП имеет место эндотелиальная дисфункция, характеризующаяся нарушением вазорегулирующей функции эндотелия, гиперпродукцией ЭТ-1, повышением уровня эндотелиоцитемии, прогрессирование данных нарушений сопряжено с тяжестью и длительностью ИП.

0749 ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И УРОВЕНЬ НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ

Степченко М.А., Князева Л.И., Горайнов И.И., Князева Л.А., Новиков М.В., Прасолов А.В., Лукашов А.А., Безгин А.В., Алтунин А.В., Стряжкова Г.И.

ГОУ ВПО «КГМУ Росздрава», Курск, Россия

Цель работы. Изучение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и содержания неоптерина (НП) крови у больных артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с истинной полицитемией (ИП).

Материалы и методы. Обследовано 85 больных ИП, из них 38 мужчин и 47 женщин в возрасте 39–64 лет (средний возраст $52,4 \pm 1,44$ года). У 22 больных с сочетанной патологией диагностирована I стадия ИП, у 63 пациентов — II стадия, из них у 33 человек определена миелоидная метаплазия селезенки (Wassermann L.R. et al., 1966). Группу сравнения составили 34 больных эссенциальной АГ I–II степени. АГ определяли по классификации ВОЗ/МОГ (1999 г.). Группу контроля была представлена 30 здоровыми донорами.

Эндотелий-зависимую вазодилатацию оценивали по методу О.В. Ивановой (1998). Неоптерин (НП) крови определяли методом иммуноферментного анализа (BRAHMS, Германия). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel и Windows XP.

Результаты исследования. Оценка сосудодвигательной активности плечевых артерий ультразвуковым методом установила уменьшение относительного расширения плечевой артерии у больных АГ на фоне I ст. ИП (в среднем на $35,5\%$, $p < 0,05$) в сравнении с больными эссенциальной АГ и контрольной группой ($10,5 \pm 2,3\%$). При изучении вазорегулирующей функции эндотелия у больных АГ в зависимости от тяжести ИП установлено, что наименьшая величина ЭЗВД ($2,2 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$) определена в группе больных АГ на фоне эритремической стадии ИП с миелоидной метаплазией селезенки.

Изучение содержания НП показало достоверное повышение его концентрации в сыворотке крови у больных АГ, обусловленной ИП, по сравнению с группой контроля и пациентами эссенциальной АГ. Наибольшее содержание НП определено у пациентов АГ на фоне II Б ст. ИП (эритремическая стадия с миелоидной метаплазией селезенки). Уровень НП в этой группе составил $19,8 \pm 2,4$ нмоль/л ($p < 0,01$).

Корреляционный анализ выявил наличие обратной связи между величиной ЭЗВД и концентрацией неоптерина ($r = -0,72$, $p < 0,01$), что указывает на значимость активации моноцитарно-

макрофагального звена иммунитета в прогрессировании вазорегулирующей дисфункции сосудистой стенки у больных АГ, обусловленной ИП.

Выводы. У больных АГ, ассоциированной с ИП, имеет место нарушение вазорегулирующей функции эндотелия и повышение уровня неоптерина крови. Прогрессирование выявленных нарушений у больных АГ сопряжено с тяжестью ИП.

0750 ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ

Столбова М.В., Шестакова М.А.

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: сравнительная оценка клинической и фармакоэкономической эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в условиях стационара на дому и круглосуточного стационара.

Методы: было обследовано 20 больных из стационара на дому (СНД) с ХСН IIА–IIБ ст. и сопутствующей стабильной стенокардией II–III ФК, артериальной гипертензией II–III ст. и 20 больных из круглосуточного стационара (КС) со схожей патологией. Больные сопоставлялись по возрасту, полу, условиям жизни, сопутствующим заболеваниям. Всем больным, помимо общеклинического обследования, проводилось: ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (оценивались толщина стенок левого желудочка (ЛЖ), индекс массы миокарда (ИММЛЖ), фракции выброса (ФВ) и диастолическая функция). Оценка качества жизни больных с ХСН осуществлялась по Миннесотскому опроснику (1987). Лечение всех больных проводилось в соответствии с Рекомендациями Европейского Общества Кардиологов (2005) и было идентичным. Эффективность лечения оценивалась по клиническому состоянию, по показателям качества жизни, по частоте повторных госпитализаций и по данным эхокардиографии: через 3 месяца и через год.

Результаты: у всех больных удалось достичь клинического улучшения. Уменьшение ИММЛЖ и увеличение ФВ через 3 месяца наблюдалось у 10 человек из СНД и 11 из круглосуточного стационара, но через год у 13 человек из СНД и 14 — из КС произошло уменьшение ФВ и ухудшение диастолической функции. Частота повторных госпитализаций оказалась одинаковой при лечении в СНД и КС. Качество жизни, изначально, было выше у больных, лечившихся в СНД, поскольку лечение проводилось в домашней обстановке, отсутствовала оторванность от близких и друзей, исключались негативные стороны госпитализации. На фоне лечения через 3 месяца у всех больных наблюдалось улучшение качества жизни, более значимое у пациентов, лечившихся в СНД. Через год показатели качества жизни снизились как у больных лечившихся в СНД, так и в КС. Поскольку эффективность лечения оказалась одинаковой, фармакоэкономический анализ проводился с помощью метода «минимизация затрат». Стоимость одного койко-дня в СНД оказалась меньше, чем в КС в 4,5 раза (по данным за декабрь 2005г. стоимость одного койко-дня в КС по статьям расходов ОМС+бюджет составила 827,40 руб., в то время как в СНД 184,19 руб.).

Выводы: подтверждаются преимущества лечения больных в стационаре на дому: клинический эффект, сопоставимый с круглосуточным стационаром; более высокое качество жизни, в связи с исключением негативных сторон госпитализации, отсутствием оторванности от родных и друзей; значительный экономический эффект.

0751 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИЗААРА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Столбова С.А., Кляшев С.М., Прилепова А.А.

ГОУ ВПО Государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить влияние комбинированного препарата гизаар (лозартан калия 50мг/ гидрохлортиазид 12.5 мг, фирма MSD, USA) на церебральный кровоток у больных арте-

риальной гипертензией I и II ст. с клиническими проявлениями цереброваскулярных заболеваний. Обследовано 32 больных с диагнозом артериальная гипертензия (АГ), имеющих неврологические проявления дисциркуляторной энцефалопатии различной степени выраженности. Больные получали препарат гизаар в дозе 1 таб. в сутки в течение 8 недель. Клиническая эффективность лечения оценивалась по динамике неврологических проявлений, показателей офисного АД, проведения УЗДГ сосудов головного мозга до и после лечения. Оценивались следующие показатели: линейная скорость кровотока (ЛСК) в левой средней мозговой артерии в покое и при проведении функциональных нагрузочных тестов, конечно-диастолическая скорость кровотока, индекс цереброваскулярной реактивности.

Результаты. В исследуемой группе на фоне терапии отмечалось достоверное снижение офисного АД по сравнению с исходными данными для систолического АД (с 151,2±4,1 мм.рт.ст. до 137,1±2,3 мм.рт.ст.; $p<0,05$), диастолического АД (с 91,8±2,6 мм.рт.ст. до 83,8±1,9 мм.рт.ст.; $p<0,05$), регресс неврологической симптоматики. По данным УЗДГ: исходно сниженная ЛСК увеличивалась с 55,8±2,04 см/с до 72,2±2,55 см/с ($p<0,05$), исходно повышенная ЛСК снижалась с 156,2±2,06 см/с до 82,7±2,1 см/с ($p<0,05$); у 65% больных отмечалось повышение исходно сниженной конечно-диастолической скорости кровотока с 31,6±1,09 см/с до 40,2±2,3 см/с ($p<0,05$); индекс цереброваскулярной реактивности увеличивался с 39,6±2,9% до 56,0±2,5% ($p<0,05$).

Выводы. У больных артериальной гипертензией препарат гизаар эффективно снижал АД, улучшая состояние мозгового кровообращения, что может быть использовано для лечения артериальной гипертензии с сопутствующей цереброваскулярной патологией.

0752 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И НЕКОТОРЫХ СВЯЗАННЫХ С НИМ ФАКТОРОВ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Стронгин Л.Г., Панова Е.И., Круглова Н.Е.

ГОУ ВПО «НиЖГМА РосЗдрава», Нижний Новгород, Россия; МЛПУ «Городская клиническая больница № 5», Нижний Новгород, Россия

Цель работы: выявление некоторых факторов, влияющих на выживаемость больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД2), а также подтверждение отягощающего влияния СД2 на прогноз больных с кардиальной патологией.

Материалы и методы. Проведено обсервационное исследование когорты дожития, которую составили 135 пациентов, больные были разделены на 2 группы, из них I (основную) составили 67 пациентов с инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа, и II (контрольную) — 68 больных ИМ без сопутствующего СД2. Продолжительность наблюдения — 18 месяцев, исход — смерть от любых причин. Больным проводились ЭКГ, ЭХО-КС, исследовались липиды, гликемический профиль, HbA_{1c} , моча на микроальбуминурию, протеинурию. Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ Statistica 6.0. Анализ выживаемости проводился методом Каплана-Мейера. При исследовании влияния одного фактора на выживаемость использовался критерий Гехана-Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Кумулятивная выживаемость в когорте дожития составила $0,73\pm0,04$, 95% доверительный интервал (ДИ) — (0,8; 0,66). На выживаемость существенное влияние оказало наличие СД2. Кумулятивная выживаемость больных с СД2 составила $0,62$ (0,71; 0,6), без СД2 — $0,85$ (0,9; 0,6), $p=0,006$.

На выживаемость в когорте ИМ с СД2, существенное влияние оказало наличие диабетической нефропатии (ДН), кумулятивная выживаемость больных с ДН составила $0,31$ (0,43; 0,18), без ДН — $0,72$ (0,83; 0,61), $p=0,003$. На прогноз больных влияло состояние систолической функции левого желудочка, оцениваемое по величине фракции выброса (ФВ). Кумулятивная выживаемость больных с низкой ФВ составила $0,56$ (0,67; 0,45), с сохраненной ФВ — $0,81$ (0,98; 0,64), $p=0,05$. При наличии в остром периоде аритмических осложнений кумулятивная выживаемость

больных с аритмическими осложнениями составила $0,49$ (0,62; 0,36), без аритмий — $0,72$ (0,84; 0,6), $p=0,02$.

Выводы. Наличие СД2 оказывает существенное влияние на прогноз больных, перенесших ИМ, значительно ухудшая его. Диабетическая нефропатия, систолическая функция левого желудочка и аритмические осложнения в остром периоде инфаркта миокарда оказывают существенное влияние на прогноз больных с ИМ и СД.

0753 ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Струнина А.Н., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Шварц В.А., Довгалецкий П.Я., Радаева И.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии РосЗдрава, Саратов, Россия

Целью лечения артериальной гипертензии (АГ) является снижение персонального риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ПР), в первую очередь за счет достижения и поддержания целевого уровня артериального давления (АД).

Цель: оценить качество достижения и поддержания целевого уровня АД у больных АГ в первичном звене.

Материалы и методы: анализировались данные амбулаторных карт 451 пациента с АГ в двух поликлиниках г. Саратова. Критерии включения — амбулаторные карты (форма № 025/у-04) лиц возраста 18-74 лет, с отметкой о постановке на диспансерный учет по поводу АГ в рамках 01.01.2005 — 31.12.2006. Для анализа использовались следующие данные: уровень АД и дата его измерения в течение последнего года наблюдения; данные о наличии у пациента ассоциированных клинических состояний и поражений органов-мишеней. Исключались амбулаторные карты больных с данными о вторичной АГ, беременности. Отбор амбулаторных карт пациентов производился случайным образом. Достижение и поддержание целевого АД определялось в соответствии с положениями Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004г.) (НР). Считалось, что целевой уровень АД достигнут и поддерживается, если: 1) имеется не менее двух посещений в течение последнего года наблюдения; 2) интервал между визитами не более 6 месяцев и не менее 1 месяца; 3) нет визитов с уровнем систолического АД (САД) >160 мм.рт.ст. или диастолического АД (ДАД) >90 мм.рт.ст.; 4) за время наблюдения средний уровень САД ≤ 140 мм.рт.ст. и ДАД ≤ 90 мм.рт.ст. для всех больных АГ; при наличии сахарного диабета САД ≤ 130 мм.рт.ст. и ДАД ≤ 80 мм.рт.ст.

Результаты: В первой поликлинике в 2005г. целевой уровень АД поддерживался у 9,7% больных АГ, во второй поликлинике — у 3% пациентов. Причины неоптимального достижения и поддержания целевого АД: 1) отсутствуют измерения АД в течение последнего года у 15,7% пациентов в первой поликлинике и у 11,4% больных во второй поликлинике; 2) есть измерения АД в течение последнего года, но ни разу не зарегистрирован целевой уровень АД у 51% больных в первой поликлинике и у 60,2% больных во второй поликлинике; 3) целевое АД достигнуто, но отсутствуют повторные измерения у 12,7% больных в первой поликлинике и у 14,7% больных во второй поликлинике; 4) целевое АД достигнуто, но интервалы между визитами не соответствуют НР у 3,6% больных в первой поликлинике и у 5,1% больных во второй поликлинике; 5) целевой уровень АД не поддерживался после его достижения при оптимальной периодичности визитов у 7,3% больных в первой поликлинике и у 2,8% больных во второй поликлинике.

Выводы: В изучаемых поликлиниках у больных АГ выявлен низкий уровень поддержания целевого АД. Почти у половины пациентов лечение в условиях первичного звена не привело к достижению целевого АД. Главная причина неоптимального достижения и поддержания целевого АД — отсутствие оптимального динамического наблюдения за пациентами.

0754 СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У

БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Струтынский А.В., Бакаев Р.Г., Глазунов А.Б., Банзлюк Е.Н., Мошкова Н.К., Сивцева А.И., Кожемова И.С.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение структурных и функциональных изменений левого желудочка (ЛЖ) у больных ХОБЛ и хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Методы: Методом Эхо-КГ обследованы 98 больных ХОБЛ, в том числе 19 больных без признаков ХЛС (1-я группа), 41 пациент с признаками компенсированного ХЛС (2-я группа) и 38 больных с декомпенсированным ХЛС (3-я группа).

Результаты исследования: У пациентов ХОБЛ, не имеющих признаков ХЛС (1-я группа), диагностически значимых изменений систолической и диастолической функции ЛЖ не выявлено. У больных 2-й группы с компенсированным ХЛС было обнаружено умеренное увеличение КДО без изменения КСО, повышение индекса сферичности ЛЖ, увеличение систолического миокардиального стресса (МС), умеренное увеличение массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и толщины его стенок, в целом не достигающее степени диагностически значимой ГЛЖ ($p < 0,05$). У пациентов 3-й группы с декомпенсированным ХЛС отмечалось еще большее увеличение систолического МС, ММЛЖ, уменьшение ФВ (в среднем до $46,6 \pm 1,6\%$), УО, УИ ($p < 0,05$), а также увеличение КСО, КДО, КСР и КДР ЛЖ ($p < 0,001$), что указывало на снижение насосной функции ЛЖ. Установлено, что у больных с верифицированным ХЛС и признаками выраженной ГПЖ, особенно при наличии у больных полной блокады правой ножки пучка Гиса, закономерно развивается диастолическая дисфункция ЛЖ по рестриктивному типу, обусловленная нарушением межжелудочкового взаимодействия, усилением асинхронизма в работе правого и левого желудочков и парадоксальным диастолическим движением МЖП. Прогрессирующее ухудшение диастолического наполнения ЛЖ у больных ХОБЛ и ХЛС является важным фактором, способствующим изменению геометрической формы, росту систолического МС и ММЛЖ и нарушению его функции.

Выводы: Получены убедительные данные, указывающие на вовлечение ЛЖ в процесс ремоделирования сердца у больных ХОБЛ и ХЛС, что сопровождается диастолической и систолической дисфункцией ЛЖ и становится дополнительным фактором, ведущим к снижению качества жизни больных и повышению риска фатального исхода заболевания.

0755 ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Струтынский А.В., Глазунов А.Б., Банзлюк Е.Н., Кочетова С.И., Борискина Т.В., Голубева Г.Ю., Антонов Д.А., Рязова Е.Г.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение информативности велоэргометрического теста (ВЭМ), суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру (ХМ) с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС), многополосного поверхностного ЭКГ-картирования сердца и нагрузочной сцинтиграфии миокарда с ^{201}Tl (СМ) в диагностике ИБС у женщин в климактерическом и раннем постменопаузальном периодах.

Методы: Методом ВЭМ, ХМ и нагрузочных СМ и многополосного ЭКГ-картирования сердца обследованы 33 женщины в климактерическом и раннем постменопаузальном периодах в возрасте 42-55 лет. У всех женщин проведено суточное мониторирование АД (СМАД) и оценка ВРС.

Результаты: У всех женщин выявлена мягкая артериальная гипертензия с преобладанием неблагоприятных суточных профилей АД в виде недостаточного или чрезмерного снижения АД в ночное время и быстрого утреннего подъема давления. Степень подъема АД коррелировала с менопаузальным индексом Е.В.Уваровой и резким снижением ВРС, отражавшим повышенную активность симпатической нервной системы. У 21 пациентки (63,6%) имелся дискомфорт в области сердца, который до начала обследования расценивался как проявление дисгормональ-

ной кардиомиопатии. По данным СМ признаки локального нарушения перфузии миокарда левого желудочка (ЛЖ) выявлены у 25 женщин (75,7%). ВЭМ-тест оказался положительным только у 11 человек (33,3%), суточное ХМ – у 14 человек (42,4%). Низкую информативность этих тестов можно связать с локализацией ограниченного ишемического поражения миокарда ЛЖ, характерного для начальных стадий ИБС, вне зоны традиционного расположения прекардиальных электродов, а также с относительно низкой чувствительностью общепринятого критерия диагностики ишемии миокарда (депрессии сегмента ST больше 1,0 мм). При использовании разработанной нами методики многополосного ЭКГ-картирования сердца во время субмаксимальной физической нагрузки признаки локальной ишемии миокарда обнаружены у 21 женщины (63,6%), что приближается к результатам сцинтиграфии миокарда.

Выводы: Признаки ИБС выявляются более чем у 60-70% женщин в климактерическом и раннем постменопаузальном периодах, имеющих признаки мягкой артериальной гипертензии и высокой активности симпатической нервной системы. Клинические проявления ИБС в большинстве случаев не типичны и заключаются в появлении различной степени дискомфорта в грудной клетке. Наиболее информативными неинвазивными методами диагностики ИБС у женщин климактерического и раннего постменопаузального периода являются нагрузочная сцинтиграфия миокарда с ^{201}Tl и многополосное ЭКГ-картирование сердца. Традиционные исследования с использованием ВЭМ-теста и ХМ у женщин климактерического и раннего постменопаузального периода отличаются относительно низкой чувствительностью в диагностике локальной ишемии миокарда, вероятно, в связи с локализацией ограниченной зоны ишемии вне области расположения прекардиальных электродов.

0756 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Суворова А.А., Старкова Л.А., Чумакова Г.А.

Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель: изучить особенности клинической картины и диагностических мероприятий у женщин в остром периоде инфаркта миокарда

Методы: Проведен клиническо-статистический анализ 100 случаев стационарного лечения больных с острым инфарктом миокарда в условиях Алтайского Краевого Кардиологического Диспансера за январь-июль 2006г. В число анализируемых историй болезни вошло 50 мужчин и 50 женщин.

Результаты: Основой диагностики по-прежнему остается клиническое и электрокардиографическое исследование, которые проводятся у 100% больных. В то же время частота проведения лабораторных тестов на выявление маркеров некроза миокарда составила: определение тропонина Т 23% (26% у женщин, 30% у мужчин), креатинфосфокиназы (КФК) общей и МВ-фракции 34% (28% у женщин, 40% у мужчин). Диагностическая коронароангиография (КАГ) проведена в 53% случаев (32% у женщин, 60% у мужчин). При анализе болевого синдрома выявлено, что у мужчин боли чаще имели давящий (28%) и жгучий (32%) характер. У женщин давящие боли встречались в 36%, жгучие 22% случаев. Безболевого форма наблюдалась у 18% мужчин, 24% женщин и встречалась преимущественно у пожилых больных. Выявлена положительная корреляционная связь между наличием безболевых форм и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа ($r=0,4$, $p<0,05$). Установлена взаимосвязь уровня артериального давления (АД), частоты пульса и дыхания и развитием осложнений. Выявлена положительная корреляционная связь в группе больных с синусовой тахикардией и гипотензией и возникновением кардиогенного шока (для женщин $r=0,6$, $p<0,05$ для мужчин $r=0,54$, $p<0,05$). Установлена положительная корреляционная связь между наличием безболевых форм и развитием осложнений ИМ ($r=0,56$ $p<0,05$ и $r=0,66$, $p<0,05$ соответственно). Видимо, отсутствие болевого синдрома или его нетипичное проявление способствует поздней обращаемости пациентов, несвоевременному оказанию специализированной медицинской

помощи и запоздалой госпитализации. Установлено, что чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) проводилась у 70% мужчин и 56% женщин, у которых проводилась коронарография. Частота таких осложнений как кардиогенный шок и ФЖ у этих больных достоверно ниже, чем у больных, которым ЧТКА не проводилась ($p < 0.01$).

Выводы: Особенности клинической картины при инфаркте миокарда у женщин приводят к несвоевременной диагностике заболевания, а также более редкому использованию инвазивных методик. При наличии виде СД 2 типа велика вероятность безболевой формы инфаркта миокарда, особенно у пожилых женщин. Отсутствие болевого синдрома или его нетипичное проявление приводят к поздней обращаемости женщин и несвоевременному оказанию им специализированной медицинской помощи и запоздалой госпитализации, что способствует развитию осложнений. Проведение ТКБА в первые часы заболевания позволяют улучшить течение острого инфаркта миокарда и снизить частоту осложнений.

0757 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДАННЫХ ЦВЕТНОЙ И ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сумин А.Н.*, Архипов О.Г.**, Сницкая Н.А.**

* ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, Кемерово; **ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Топаз», Кемеровской область, Мыски, Россия

Методы исследования диастолической дисфункции, такие, как цветная и тканевая доплерометрия, применяемые при изучении левого желудочка (ЛЖ), могут быть использованы в диагностике патологии правого желудочка (ПЖ). Целью нашего исследования было изучение эхокардиографических показателей левых и правых отделов сердца у лиц с различной степенью легочной гипертензии (ЛГ).

Материал и методы: Нами обследован 101 больной с хроническим легочным сердцем ($59 \pm 0,8$ лет). Пациенты были разделены на 4 группы в соответствии со значениями среднего давления в легочной артерии (СДЛА) – ЛГ1 ($20-30$ mmHg, $n=50$), ЛГ2 ($30-40$ mmHg, $n=19$), ЛГ3 (>40 mmHg, $n=14$) и контрольная (<20 mmHg, $n=18$). При Эхо-КГ оценивали структурные показатели левых и правых отделов сердца, показатели систолической функции ЛЖ и ПЖ, градиент давления в правом предсердии (ПП), а также параметры трансмитрального и транстрикуспидального кровотока: время изоволюметрической релаксации (IVRT), пиковую скорость раннедиастолического потока (Е и Етр), потока предсердной систолы (А и Атр), их отношение (Е/А и Етр/Атр). В комбинированном цветном М-режиме оценивалась скорость распространения митрального и трикуспидального потоков (СРМП и СРТП). При проведении тканевой доплерометрии оценивались амплитудные показатели раннего (Еа) и позднего (Аа) диастолического движения митрального, трикуспидального кольца и дистальной части межжелудочковой перегородки, а также их отношение.

С нарастанием ЛГ было отмечено прогрессивное увеличение длины выносящего тракта ПЖ в диастолу ($с 63,5 \pm 1,2$ мм в контроле до $70,0 \pm 1,2$ мм в группе ЛГ3; $F=2,5$; $p=0,07$), снижение фракции выброса ПЖ ($с 54,4 \pm 2,2\%$ в контроле до $45,4 \pm 2,6\%$ в группе ЛГ3; $F=2,7$; $p=0,06$), увеличение IVRT с $84,4 \pm 4,1$ мсек в контроле до $105,7 \pm 7,2$ мсек в группе ЛГ3 ($F=3,1$; $p=0,03$), снижение отношения Етр/СРТП ($с 1,69 \pm 0,08$ в группе ЛГ1 до $1,38 \pm 0,09$ в группе ЛГ3; $F=3,17$; $p=0,02$). Был отмечен прирост волны Аа движения кольца митрального клапана ($11,0 \pm 0,7$ мм в контроле, $11,5 \pm 0,4$ мм в группе ЛГ1, $12,2 \pm 0,5$ мм в группе ЛГ2 и $23,0 \pm 7,8$ мм в группе ЛГ3. ($F=4,3$; $p=0,006$). При корреляционном анализе выявлены значимые взаимоотношения с СДЛА таких показателей, как толщина миокарда ПЖ в диастолу ($r=0,32$, $p=0,034$), размер правого предсердия ($r=0,36$, $p=0,017$), а так же систолической и диастолической длины левого желудочка ($r=0,44$; $p=0,03$ и $r=0,33$; и $p=0,003$, соответственно). С градиентом давления в ПП коррелировали: длина выносящего тракта ПЖ ($r=0,30$, $p=0,05$), IVRT ($r=0,31$, $p=0,05$), а так же скорость распростране-

ния трикуспидального потока и отношение к ней скорости раннего диастолического трикуспидального потока Ет/СРТП ($r=0,61$; $p=0,0001$ и $r=0,49$ и $p=0,001$, соответственно).

Таким образом, по мере нарастания легочной гипертензии происходит снижение диастолической функции прежде всего правого желудочка. По нашим данным, диастолическую дисфункцию правого желудочка лучше всего характеризуют показатели распространения потока его наполнения (СРТП и Етр/СРТП), что делает целесообразным их дальнейшее изучение и использование.

0758 МЫШЕЧНЫЙ СТАТУС У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖНО УЛУЧШИТЬ УЖЕ В СТАЦИОНАРЕ

Сумин А.Н.*, Байдина О.М.**, Безденежных А.В.**, Попова Т.А.**

*ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, г. Кемерово; **ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтёров», Ленинск-Кузнецкий, Россия

Функциональное состояние скелетных мышц имеют существенную связь с прогнозом у здоровых лиц среднего и пожилого возраста, у больных с хронической сердечной недостаточностью, и, как показано нами недавно, — у пожилых больных с инфарктом миокарда. Исходя из этого, выглядят логичными попытки улучшить мышечный статус на возможно более ранних этапах заболевания. Поэтому целью нашего исследования было изучить влияние пассивных физических тренировок на функциональное состояние скелетных мышц и толерантность к нагрузке при стационарном лечении больных инфарктом миокарда старших возрастных групп.

Нами обследовано 92 пациента с острым инфарктом миокарда старше 60 лет. Больные разделены на 4 группы: 2 основных (от 60 до 70 лет, $n=19$, средний возраст $65,5 \pm 2,2$ лет и старше 70 лет, $n=31$, средний возраст $76,2 \pm 3,6$ лет) и 2 контрольных тех же возрастов ($n=17$, средний возраст $65,1 \pm 2,8$ лет и $n=21$, средний возраст $75,0 \pm 3,6$ лет). В основной группе после стабилизации состояния проводился курс пассивных тренировок с помощью электростимуляции скелетных мышц (ЭМС) по 2 часа в день, в течение 10 дней. Пациенты контрольной группы проходили обычный курс стационарной реабилитации. За 1-2 дня до выписки проводилась оценка мышечного статуса с помощью статико-динамических и статических тестов на многофункциональном тренажере «Kettler». Дополнительно измеряли силу дыхательных мышц (СДМ). Толерантность к физической нагрузке оценивали с помощью тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) и проведения велоэргометрии (ВЭМ) по стандартному протоколу.

Результаты исследования: Курс пассивных тренировок хорошо переносился всеми пациентами основных групп. Перед выпиской из стационара у больных старше 70 лет в основной группе по сравнению с контролем были выше СДМ ($60 \pm 27,9$ и $34 \pm 28,6$ мм рт.ст.; $p=0,003$), дистанция при ТШХ ($225,9 \pm 99,3$ и $142,4 \pm 82,1$ м; $p=0,004$), пороговая мощность нагрузки при ВЭМ ($32,6 \pm 24,3$ и $20,3 \pm 18,8$ Вт; $p=0,09$). Также курс ЭМС привел в основной группе к улучшению силы нижних конечностей (для разгибателей колена поднятый груз составил $25,8 \pm 18,9$ кг, в контроле — $12,2 \pm 13,5$ кг; $p=0,01$). Существенно выше в группе ЭМС была сила мышц плечевого пояса (при тесте баттерфляй — $33,7 \pm 20$ кг по сравнению с $18,4 \pm 17,3$ кг в контроле; $p=0,01$; при тесте жим к груди — $32,3 \pm 12,1$ кг и $13,7 \pm 13,9$ кг, соответственно; $p=0,03$). Кроме того, в группе ЭМС старше 70 лет возросла и выносливость мышц нижней конечности при статической работе по удержанию груза по сравнению с контролем того же возраста ($p=0,005$). Среди больных от 60 до 70 лет также отмечалась тенденция к улучшению мышечного статуса после курса ЭМС, однако различия с контрольной группой не достигли статистически значимых показателей.

Таким образом, курс ЭМС приводит к увеличению силы дыхательных мышц, скелетной мускулатуры, толерантности к физической нагрузке. Эти различия наиболее заметны в группе больных старше 70 лет. Способны ли эти изменения мышечного статуса повлиять на прогноз после перенесенного инфаркта миокарда у этих больных мы планируем оценить при дальнейшем

проспективном наблюдении за пациентами.

0759 ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Сумин А.Н.*, Сницкая Н.А.**., Архипов О.Г.**

*ГУ НППЛ РХСС СО РАМН, Кемерово, **Центр реабилитации «Топаз», Кемеровской область, Мыски, Россия

Формирование хронического легочного сердца (ХЛС) у больных с патологией легких приводит к потере мышечной массы с развитием её дисфункции, аналогичные изменения происходят в скелетных мышцах и при хронической сердечной недостаточности. Обычные программы физических тренировок зачастую затруднены при ХЛС из-за выраженности дыхательной и сердечной недостаточности. Поэтому актуален поиск альтернативных методов улучшения функционального состояния этих пациентов. Соответственно, целью нашего исследования было изучение безопасности и эффективности курса электромиостимуляции скелетных мышц (ЭМС) у больных ХЛС.

Материал и методы: нами обследован 101 больной (59±1,1 лет) с хронической патологией дыхательной системы и признаками ХЛС. Пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы. В основной группе (n=54) дополнительно проводилась ЭМС, в контрольной (n=47) больные получали только обычную программу реабилитации. В начале и конце лечения оценивали данные спирометрии, Эхо-КГ, ВЭМ, тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), силу дыхательных мышц, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и ЭКГ (СМЭКГ) с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС). Статические и статико-динамические тесты (жим от груди, жим к груди, «баттерфляй», разгибание и сгибание ног) проводились на многофункциональном тренажере «WEIDER-8950». Для проведения ЭМС применяли аппарат «Миоритм-040», продолжительность тренировок составляла 30 минут по 2 раза в день в течение 10 дней.

Результаты. Курс ЭМС привел к существенному возрастанию толерантности к физической нагрузке на ВЭМ (с 42,9±2,7 до 66,5±3,3 Вт, p=0,000001), увеличению дистанции шестиминутного теста ходьбы (с 356,0±9,6 до 405,6±10,6 м; p=0,000002), а также увеличению силы (на 4-24% p<0,001) и выносливости (на 48-71%; p<0,001) скелетной мускулатуры при проведении статико-динамических тестов. В контрольной группе не удалось получить прироста дистанции при ТШХ (368,0±13,7 и 363,3±13,0 м; p=0,78), отмечалось незначительное возрастание толерантности к физической нагрузке при ВЭМ (с 46,0±3,4 до 51,3±3,1; p=0,014), никак не менялись сила и выносливость скелетных мышц. Кроме того, в основной группе отмечено возрастание жизненной емкости легких по результатам спирометрии (с 2,7±0,1 до 2,8±0,1; p=0,0019) и тенденция к снижению среднего давления в легочной артерии по ЭХОКГ (с 28,3±1,4 до 26,2±1,1 мм рт.ст.; p=0,0832). При анализе СМАД и СМЭКГ в основной группе отмечена тенденция к снижению среднесуточных САД и ДАД (САД с 126,6±1,6 до 123,1±1,7 и ДАД 76,4±1,2 до 73,8±1,5), индекса времени на 17,4%, (в контроле на 10,2%); выявлено урежение наджелудочковых (p<0,05) и желудочковых экстрасистол (p<0,001). При сравнении ВРС следует отметить положительные сдвиги вегетативного баланса только в основной группе (увеличение триангулярного индекса на 12,5%, SDNN на 7,2%, RMSSD на 18,5%, PNN50 на 68,8%, LF/HF на 4,9%). В контроле таких изменений не отмечено.

Таким образом, пассивные физические тренировки приводят не только к существенному приросту толерантности к физической нагрузке за счет повышения силы и выносливости скелетных мышц, но и к снижению давления в легочной артерии, благоприятному влиянию на суточный профиль АД и вегетативный статус. Данный метод заслуживает дальнейшего применения на санаторном этапе реабилитации больных с хронической патологией органов дыхания с формированием ХЛС в сочетании с сердечно-сосудистой патологией.

0760 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ С БИСОПРОЛОЛОМ ПРИ СТАБИЛЬ-

НОЙ СТЕНОКАРДИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Суровцева М.В., Скворцова Л.А., Ельцова М.А., Чернявина А.И., Козиолова Н.А.

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

Цель: показать эффективность и безопасность ивабрадина в комплексной терапии больной стабильной стенокардией (СС) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: приведен клинический случай амбулаторного ведения больной С., 65 лет. У больной ИБС дебютировала развитием инфаркта миокарда в 1988 году, после чего она стала отмечать появление приступов стенокардии при ходьбе на расстояние до 200 м, подъеме на 2 этаж. В анамнезе гипертоническая болезнь в течение 18 лет. Для объективизации наличия и тяжести ХСН использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС, модификация Мареева В.Ю., 2000), тест 6-минутной ходьбы, данные эхокардиографии (ЭхоКГ) с использованием аппарата SSA 660 А (TOSHIBA, Япония). В комплексную терапию, включавшую периндоприл 8 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки, аспирин 75 мг в сутки, симвастатин 20 мг в сутки, включен ивабрадин (кораксан, фирма «Servier») в дозе 5 мг 2 раза в сутки. Длительность терапии ивабрадином составила 6 недель.

Результаты: частота приступов стенокардии до лечения ивабрадином составила 7,22±0,82 в неделю, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 88 ударов в минуту. Исходная сумма баллов по ШОКС составила 7 баллов, дистанция по тесту 6-минутной ходьбы — 283 м, что соответствовало III функциональному классу ХСН. Во время проведения теста 6-минутной ходьбы при прохождении расстояния 240 м возник приступ загрудинных болей, купированный 2 вдохами изокета через 3 минуты. По результатам ЭхоКГ до лечения наблюдалась диастолическая дисфункция ЛЖ, характеризующаяся при оценке трансмитрального кровотока снижением пика Е до 0,45 м/с, DT до 0,147 м/с, увеличением IVRT до 180 м/с; при оценке кровотока через легочные вены отмечено снижение пика D до 36,8 м/с и увеличение S/D до 1,85. Через 6 недель лечения ивабрадином в комплексной терапии отмечено урежение приступов стенокардии до 1,05±0,81 в неделю, что составило 83,47±3,92 %, потребность в изокете снизилась с 13,84±2,21 до 2,41±0,98 вдохов в неделю (78,46±4,25 %). Сумма баллов по ШОКС, дистанция по тесту 6-минутной ходьбы через месяц лечения не изменились. Однако при проведении теста 6-минутной ходьбы приступа стенокардии не отмечено. Средняя ЧСС в неделю после лечения составила 54,32±2,64 ударов в минуту, процент снижения ЧСС составил 38,63±7,62. Побочные эффекты при приеме ивабрадина отмечены в виде незначительного усиления светоощущений при смене освещения, не потребовавшие отмены препарата.

Выводы: первый опыт применения ивабрадина в комплексной терапии, включающей бета-адреноблокатор — бисопролол, у больной СС в сочетании с ХСН показал высокую антиангинальную эффективность за счет достоверного снижения ЧСС при хорошей переносимости препарата в течение длительной терапии. Комбинированное лечение с ивабрадином в течение 6 недель не меняет клинический статус ХСН, но улучшает диастолическую функцию ЛЖ при оценке трансмитрального кровотока и кровотока через легочные вены по данным ЭхоКГ.

0761 ИНФАРКТ МИОКАРДА: ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА

Тавровская Т.В., Качесова А.А., Соколова О.А., Тимофеев А.В., Потешкина И.В.

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

Цель: оценить госпитальную летальность в зависимости от возраста, пола и использования тромболиза у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) давностью не более 12 часов.

Материал и методы: из компьютерной базы данных кардио-

инфарктного отделения за 1999-2005 гг. по кодам I21 — I22 (МКБ-10) отобраны пациенты с ИМ давностью к моменту поступления не более 12 часов. Исключены из анализа: пациенты, поступившие в крайне тяжелом состоянии и умершие в первый час госпитализации; пациенты, у которых при поступлении регистрировалась только депрессия ST-сегмента (код МКБ-10 I21.4); пациенты, переведенные в другой стационар для проведения экстренного эндоваскулярного вмешательства; пациенты с ИМ, развившимся после хирургических операций. В зависимости от использования тромболитической терапии пациенты были разделены на 2 группы: без тромболитической терапии (Гр. 1) и пациенты, в лечении которых использовался системный тромболитический стрептокиназой (Гр. 2). Госпитальная летальность оценивалась в возрастных группах: до 55 лет, 56-65 лет, 66-75 лет и старше 75 лет. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты: соответственно заданным критериям в Гр. 1 отобрано 435 больных: возраст — $67,0 \pm 11,3$ лет; 59% — мужчины; давность ИМ — $4,4 \pm 3,1$ час; срок пребывания в стационаре — $19,0 \pm 9,8$ дней. В Гр. 2 — 208 больных: возраст $60,8 \pm 11,7$ лет; 73% — мужчины; давность ИМ — $2,5 \pm 1,5$ час; срок пребывания в стационаре — $22,1 \pm 8,3$ дней. По всем указанным характеристикам группы оказались сопоставимы ($p < 0,05$). Госпитальная летальность по группам в целом составила 19,5% для Гр. 1 (23,2% — у женщин; 17,1% — у мужчин) и 8,7% — для Гр. 2 (17,5% — у женщин; 5,3% — у мужчин). В Гр. 1 в возрастных группах до 55 лет (77 чел.), 56-65 лет (91 чел.), 66-75 лет (170 чел.) и старше 75 лет (97 чел.) летальность составила соответственно 7,8%; 18,7%; 20,0%; 28,9%. В Гр. 2 в возрастных группах до 55 лет (66 чел.), 56-65 лет (64 чел.), 66-75 лет (61 чел.) и старше 75 лет (17 чел.) летальность составила соответственно 0%; 3,1%; 14,8%; 41,2%.

Выводы:

1. Системный тромболитический стрептокиназой ассоциируется со снижением госпитальной летальности у пациентов в возрасте до 75 лет и с ее увеличением в возрастной группе старше 75 лет.
2. Госпитальная летальность у женщин выше, чем у мужчин (при тромболитической — в 3,3 раза; без его использования — в 1,4 раза).

0762 ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ

Тавровская Т.В., Шатилло К.Г., Лих Н.А., Тимофеев А.В., Фиццева Н.С., Третьяков В.П.

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

Цель: оценить клиническую характеристику пациентов с впервые выявленной мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы: из компьютерной базы данных кардиологического отделения за период с октября 2006г. по март 2007г. по коду I48 (МКБ-10) отобраны пациенты с впервые выявленной МА. Соответственно порядку госпитализации в медицинские учреждения города, в анализ включались только пациенты в возрасте до 65 лет. Оценивались: пол и возраст пациентов; длительность аритмии к моменту госпитализации; время восстановления синусового ритма (СР) от момента госпитализации; используемая антиаритмическая терапия; показатели Эхо-КГ; наличие артериальной гипертензии (АГ), ИБС (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз), пороков сердца, ХСН > 2А стадии, гипертиреоза, злоупотребления алкоголем накануне развития МА. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: всего отобрано 77 больных, возраст — $55,3 \pm 8,4$ лет; 58% — мужчины. У 44 больных (57%) давность МА к моменту госпитализации была менее 24 часов, у 7 (9%) — от 1 до 10 дней, у 26 (34%) — неизвестной давности. АГ 2 и 3 степени выявлена у 65%, ИБС — у 14%, ХСН > 2А — у 27%. Из 33 пациентов, кому была определена функция щитовидной железы, гипертиреоз выявлен у 18%. МА возникла на фоне злоупотребления алкоголем у 10% больных, у 9% — на фоне пороков сердца (митральные пороки, дефект МПП, 2-створчатый аортальный клапан, тетрада Фалло). СР к моменту выписки был восстановлен у 83%, при этом в первые сутки госпитализации — у 45 больных (58%). У 33 пациентов (43%) СР восстановился без использования антиаритмических препара-

тов (ААП) I и III класса, у 28 (36%) — на фоне введения новокаинамида, хинидина или амиодарона; у 3 (4%) — электрической кардиоверсией. У пациентов с досуточной давностью МА восстановление СР без ААП I и III класса произошло у 43% лиц, преимущественно в первые 24 часа. У 6 пациентов (8%) во время госпитализации отмечались рецидивы аритмии. ЭХОКГ проведена 78% больных: размеры ЛП — $39,4 \pm 4,0$ мм; ФВ (по Тейхольцу) — $61,6 \pm 8,7\%$; МЖП — $10,8 \pm 1,5$ мм; ЗСЛЖ — $11,1 \pm 1,4$ мм; у 20% выявлен кальциноз митрального или аортального клапанов.

Выводы:

1. В возрастной группе до 65 лет мерцательная аритмия выявлена впервые преимущественно у 55-летних пациентов, чаще — у мужчин.
2. У большинства больных (57%) давность мерцательной аритмии составляла менее суток, у 34% — давность аритмии была неизвестна.
3. АГ выше I степени регистрировалась у 65% пациентов с впервые выявленной мерцательной аритмией, ХСН > 2А — у 27%, гипертиреоз — у 18%, ИБС — у 14%, злоупотребление алкоголем — у 10%, пороки сердца — у 9%. У каждого 5-го пациента выявлен кальциноз клапанов.
4. Синусовый ритм восстановлен у 83% лиц и преимущественно в первые сутки госпитализации. У 43% синусовый ритм восстановлен без использования ААП I и III класса.

0763 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тагильцева Н.В., Изможерова Н.В., Попов А.А., Козулина Е.В., Стрюкова О.Ю., Фоминых М.И., Гаврилова Е.И.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней № 2, Екатеринбург, Россия; Институт иммунологии и физиологии УрО РАН*, Екатеринбург, Россия

Наличие метаболического синдрома (МС) увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений в 3 раза. Однако критерии постановки диагноза МС существенно различаются. В период менопаузального перехода происходит накопление абдоминальной жировой ткани, следовательно, возникает необходимость заниматься первичной профилактикой ССЗ, для этого следует выделить категорию высокого риска.

Цель: оценить частоту МС по критериям АТР III (2001) и IDF (2005) у женщин в климактерическом периоде (КП).

В проспективное когортное исследование включены 573 женщины, обратившиеся на специализированный приём по менопаузе городского центра здоровья и планирования семьи г. Екатеринбурга в возрасте от 36 до 65 лет. Средняя продолжительность наблюдения составила 3,4 года. Оценены антропометрические параметры, показатели липидного и углеводного обмена, частота артериальной гипертензии (АГ), ИБС, хронической сердечной недостаточности (ХСН), инфаркта миокарда (ИМ), острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), нарушений углеводного обмена.

Диагноз МС исходно был поставлен по критериям IDF (2005) в 243 случаях, АТР III (2001) в 185, что значимо чаще ($\chi^2 = 12,116$; $df = 1$; $p < 0,001$). За время наблюдения аналогичная тенденция сохранилась и составила 346 человек и 268 соответственно ($\chi^2 = 20,801$; $df = 1$; $p < 0,001$). Частота АГ, ИБС, ХСН, ИМ, ОНМК и нарушений углеводного обмена у женщин в КП не зависела от использования критериев АТР III или IDF для постановки диагноза МС. Обращает на себя внимание, что у женщин с ИМТ $> 25 \text{ кг/м}^2 \leq 29,9 \text{ кг/м}^2$ диагноза МС по критериям IDF был поставлен значимо чаще и составила 44%, а по критериям АТР III 28,6% ($p < 0,001$). Напротив у женщин с ИМТ $> 30 \text{ кг/м}^2$ различий между критериями получено не было, частота постановки диагноза составила 70% и 61,8% соответственно ($p = 0,137$).

Таким образом, у женщин в КП целесообразно использовать критерии IDF, т.к. позволяют охватывать значимо большее количество пациенток с риском развития нарушений углеводного об-

мена и ССЗ.

0764 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Танатарова Г.Н., Каражанова Л.К., Масалимова А.Т., Мансурова Д.А.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Несмотря на достижения последних лет, патологии сердечно-сосудистой системы представляет основную опасность для здоровья населения, поскольку они занимают первое место среди причин заболеваемости, инвалидности и смертности.

В норме окислительный гомеостаз поддерживается за счет активности системы антиоксидантной защиты организма, состоящей из двух основных компонентов: ферментной и неферментной.

В свете современных данных становится все более очевидной ведущая роль тиоловых соединений в механизме антиоксидантной защиты, в связи с чем возникает возможность оценивать состояния антиоксидантной системы по величине тиодисульфидного соотношения.

Цель исследования: Оптимизация терапии сердечной недостаточности на основе комплексной оценки состояния показателей окислительного метаболизма.

У больных сердечной недостаточностью наблюдается угнетение активности неферментативного звена системы антиоксидантной защиты организма.

Применение метаболически активных цитопротекторов с различным механизмом действия (предуктал, пирасетам) на различных стадиях сердечной недостаточности обеспечивает снижение патологического воздействия ПОЛ на миокард и повышение активности сульфгидрильных и дисульфидных групп тиолового соотношения, способствуя тем самым уменьшению его повреждения, улучшению прогноза заболевания. Клиническая эффективность антиоксидантных препаратов и их комбинаций при сердечной недостаточности зависит от степени снижения интенсивности липопероксидации и восстановления активности антиоксидантной системы-тиолового соотношения.

Применение сочетания антиоксидантных препаратов приводит к улучшению клинического течения заболевания и прогноза больных в виде снижения летальности.

0765 ПРОИСХОЖДЕНИЕ КЛЕТОК НЕОИНТИМЫ У ХИМЕРНЫХ КРЫС С ГЕНЕТИЧЕСКИ МАРКИРОВАННЫМИ КЛЕТКАМИ КОСТНОГО МОЗГА

Тарарак Э.М., Ильинская О.П., Мишина В.А., Антропова Ю.Г., Радюхина Н.В., Андреева Е.Р.

РКНПК Росздрава, Москва, Россия; МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель. Доказать участие клеток костномозгового происхождения в образовании неинтимального утолщения (гиперплазии интимы) сонной артерии крысы после баллонной ангиопластики.

Методы. Использована модель экспериментальной интимальной гиперплазии у радиационных костномозговых химер между самцами и самками крыс линии Вистар. В качестве маркера клеток-предшественников костного мозга служила Y-хромосома самцов крыс, которые были донорами клеток для облученных самок. Для выявления Y-хромосомы использовали метод гнездовой ПЦР, позволивший провести ПЦР-анализ ДНК, выделенной из отдельной клетки, изолированной из артериальной стенки. Для идентификации гладкомышечных клеток использовали иммуноцитохимическое окрашивание гистологических срезов артерии моноклональными антителами против α -актина. На окрашенных срезах проводили лазерную микродиссекцию клеток неоинтимы, меди и адвентиции с помощью Laser Dissection Microscope (Zeiss) с микроманипулятором и лазерной установкой (PALM). После микродиссекции выбранных α -актин-положительных клеток, из них выделяли ДНК и анализи-

вали ее с помощью ПЦР на наличие специфического фрагмента Y-хромосомы.

Результаты. С помощью метода гнездовой ПЦР показано, что около 38% α -актин-позитивных клеток, изолированных из неоинтимы на 14-е сутки после проведения операции баллонной ангиопластики несли Y-хромосомный маркер, и, следовательно, имели донорское костномозговое происхождение. В меди процент таких клеток составил 32%. В адвентиции были обнаружены, в основном, α -актин-негативные клетки, около половины из которых оказались клетками костномозгового происхождения.

Выводы. В процессе репарации в поврежденную область артерии с током крови, наряду с гематогенными элементами, участвующими в ранней стадии воспаления, проникают циркулирующие в крови предшественники гладкомышечных клеток. Последние участвуют в репарации поврежденных оболочек артерий, где они пролиферируют и дифференцируются в зрелые элементы, формируя очаги интимальной гиперплазии.

Работа поддержана грантами Роснауки, Гос. Контракты №02.445.11.7486 и №02.512.11.2049.

0766 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НА РАЗМЕРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Тарасов Н.И., Кривоносов Д.С., Юркин Е.П.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемерово, Россия

Цель: Изучить влияние комбинированного использования тромболитической терапии, клопидогреля и аспирина на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на размеры инфаркта миокарда и показатели внутрисердечной гемодинамики.

Методы: включено 46 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST и давностью болевого синдрома менее 6 часов. Выделены две группы: А — из 24 пациентов, которым на догоспитальном этапе (ДГЭ) после приема аспирина (250 мг) был проведен системный тромболитизис стрептокиназой в дозе 750 000 МЕ болюсно и дополнительно назначен клопидогрель (Зилт, KRKA) в нагрузочной дозе (300 мг) с последующей поддерживающей дозой 75 мг в сутки; группа В из 22 пациентов, получивших ТЛТ и аспирин на ДГЭ, без назначения клопидогреля. Анализировали размер ишемизированного миокарда по ЭКГ (Sylvester & Wagner) и показатели систолического и диастолического объемов (КСО ЛЖ, КДО ЛЖ), фракцию выброса (ФВ ЛЖ) левого желудочка. По демографическим, клиническим и анамнестическим данным пациенты исследуемых групп статистически не различались.

Результаты: при оценке размера инфаркта миокарда в исследуемых группах по Sylvester & Wagner проведенной в госпитальный период, установлено, что средний размер очага некроза в группе В (ТЛТ без клопидогреля) составил 11,5 %; $m=3,2$; ДИ 9,0-15,0 %; в группе А (ТЛТ с клопидогрелем) $M=9,2\%$; $m=2,0$; ДИ 8,0-11,0 — различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Средние показатели ФВ ЛЖ в группах А и В составили 54 и 51,4% ($p < 0,05$); КСО ЛЖ — 67,6 и 71,9 мл ($p < 0,05$); КДО ЛЖ — 153,9 и 158,5 мл ($p > 0,05$) соответственно, что свидетельствует о меньшей степени систолической дисфункции и менее выраженном постинфарктном ремоделировании миокарда левого желудочка в группе с использованием комбинации ТЛТ+клопидогрель+аспирин на догоспитальном этапе в сравнении с больными, терапия которых не включала клопидогрель.

Выводы:

1. Использование комбинации тромболитической терапии, клопидогреля и аспирина на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST способствует значимому ограничению зоны некроза миокарда по сравнению с больными, лечение которых не включало клопидогрель.

2. Добавление клопидогреля к ТЛТ и приему аспирина на догоспитальном этапе способствует уменьшению выраженности процессов постинфарктного ремоделирования левого желудочка.

0767 ВОЗМОЖНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Тарасов Н.И., Юркин Е.П., Кривоносов Д.С., Землянухин Э.П.
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»; Городская клиническая станция скорой медицинской помощи, Кемерово, Россия

Цель: Изучить эффективность и безопасность комбинированного использования тромболитической терапии, клопидогреля и аспирина на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Методы: включено 46 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST и давностью болевого синдрома менее 6 часов. Выделены две группы: А — из 24 пациентов, которым на догоспитальном этапе (ДГЭ) после приема аспирина (250 мг) был проведен системный тромболитизис стрептокиназой в дозе 750 000 МЕ болюсно и дополнительно назначен клопидогрель (Зилт, KRKA) в нагрузочной дозе (300 мг) с последующей поддерживающей дозой 75 мг в сутки; группа В из 22 пациентов, получивших ТЛТ и аспирин на ДГЭ, без назначения клопидогреля. По демографическим, клиническим и анамнестическим данным пациенты исследуемых групп статистически не различались.

Результаты: среднее время появления признаков эффективной реперфузии миокарда (смещение сегмента ST к изолинии более 50% и максимальной активности креатинфосфокиназы) в группе В (без клопидогреля) составило 105,8±51,1 мин от начала ТЛТ, в группе А (с клопидогрелем) — 66,5±34,8 мин ($p=0,0004$). Отсутствие признаков эффективной ТЛТ в группе В регистрировали у 18,2±7,4%, в группе А случаев не эффективной ТЛТ не было ($p=0,03$). Не осложненное течение ИМ в группе В регистрировали у 31,8±13,1% пациентов, в группе А — у 54,2±21,5%; у 13,6±5,4% пациентов группы В диагностировали АВ блокаду выше I ст., в группе А (ТЛТ с клопидогрелем) указанного осложнения отмечено не было; блокады ножек пучка Гисса отмечались в группах А и В у 8,3±3,1% и 18,2±7,4 больных соответственно; доля рецидивов ИМ в группах А и В составила 4,2±1,5% и 27,3±11,2. В исследуемых группах не было случаев желудочно-кишечных, геморроидальных, носовых кровотечений; у одного пациента из группы В и двух пациентов группы А отмечены незначительные гематомы в местах катетеризации локтевых вен.

Выводы:

1. Сочетание системного введения фибринолитиков с двухкомпонентной антитромбоцитарной терапией (аспирин+клопидогрель) способствует увеличению эффективности тромболитической терапии, статистически значимому ($p=0,0004$) уменьшению времени от начала ТЛТ до восстановления кровотока по инфаркт-связанной коронарной артерии (по косвенным признакам реперфузии миокарда).

2. Использование комбинации ТЛТ, клопидогреля (Зилт, KRKA) и аспирина на догоспитальном этапе специализированными бригадами СМП безопасно и при правильном учете противопоказаний не увеличивает риск геморрагических осложнений.

3. Догоспитальная комбинированная антитромбоцитарная (ТЛТ + клопидогрель + аспирин) терапия у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST способствует достоверному уменьшению количества осложнений инфаркта миокарда (сердечной недостаточности, нарушений ритма).

0768 СИСТЕМНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Татаркин А.А., Татаркина Н.Д.
ВГМУ, Владивосток, Россия

У больных гипертензивной болезнью (ГБ) в начальном периоде заболевания выделяют 3 варианта системной циркуляции (Кушаковский М.С., 1982): 1) систолическая юношеская артериальная гипертензия (АГ), связанная с увеличением ударного объ-

ема; 2) систоло-диастолическая АГ за счет увеличения минутного объема крови (МОК) при недостаточном ответном расширении резистивных сосудов; 3) систоло-диастолическая АГ с абсолютным повышением общего периферического сопротивления сосудов при нормальном МОК. Определение типа центральной гемодинамики при ГБ позволяет ориентироваться при подборе антигипертензивной терапии и в вопросах профилактики пациентов.

Цель — охарактеризовать состояние системного кровотока у больных ГБ молодого возраста.

Материал и методы исследования: проведено наблюдение за 278 пациентами мужского пола в возрасте 18-23 лет. У 140 была диагностирована ГБ I стадии низкого риска, у 102 — ГБ II стадии умеренного риска, у 36 — ГБ II стадии высокого риска. Типы системной гемодинамики определяли с учетом ударного объема сердца и периферического сопротивления сосудов.

Полученные результаты: гиперкинетический тип центральной гемодинамики (ЦГ) выявлен у 152 больных (54,7%), гипокINETический — у 45 (16,2%), эукинетический — у 81 (29,1%). Как и другие авторы (Ланг Г.Ф., 1950; Кушаковский М.Ф., 1995), мы отметили преобладание в начальном периоде ГБ гиперкинетической циркуляции, когда преимущественно увеличивается минутный объем крови. Гиперкинетический тип ЦГ является наиболее благоприятным, т.к. у таких пациентов при адекватном лечении происходит нормализация АД и регрессия гипертрофии миокарда левого желудочка. Однако у 45,3% наших пациентов зарегистрирован эукинетический и гипокINETический типы ЦГ. В этих случаях, особенно при низком сердечном выбросе, отмечается склонность к стабилизации и дальнейшему прогрессированию ГБ. Причину перехода гиперкинетического варианта системного кровотока авторы (Марков Х.М., 1980; Guyton A.C., 1977) объясняют ауторегуляцией, под которой понимают защитное миогенное сужение артериол в ответ на избыточный приток крови к органам и повышенное давление кислорода в тканях. В результате этой реакции регионарный кровоток снижается до уровня, соответствующего метаболическим потребностям клеток. В последующем возникает устойчивое повышение ОПСС при одновременном понижении МОК до нормы. Возрастное артериальное сопротивление в основном определяется анатомическими изменениями сосудистой стенки в виде гипертрофии её мышечной оболочки. Стенка артериолы становится толще, а просвет уже, чем в норме. По мнению автора (Folkow B., 1979) гипертрофия мышечной оболочки резистивных сосудов — основной естественный ответ мезодермальной ткани на повышение функциональной нагрузки, связанной с увеличенным кровотоком.

Выводы: в начальном периоде ГБ при преобладании гиперкинетического типа ЦГ имеют место также эукинетический и гипокINETический типы системной циркуляции. Мониторинг параметров системного кровотока дает возможность осуществлять целенаправленную терапию больных ГБ молодого возраста.

0769 ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Татарченко И.П., Бирюченко М.В., Позднякова Н.В.
ГОУ ДПО «ПИУВ Росздздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Цель работы: анализ периодов безболевого (БИМ) и эпизодов болевой ишемии (ЭБИ) миокарда у больных ИБС в зависимости от течения заболевания. В исследование включены 66 больных хронической ИБС (4 женщины и 62 мужчины), средний возраст 52,3±6,8 лет. Длительность наблюдения — 20±3,2 месяцев. Комплекс обследования включал регистрацию ЭКГ в 12 отведениях, Эхо-КГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию (ЧПЭКС). По особенностям течения заболевания выделено 3 группы: I группа — клиническая ремиссия — 15 больных, II группа — стабильное течение — 27 больных, III — кардиальные события — 24 больных. Наибольший интерес представляет группа с кардиальными событиями. Летальный

исход отмечен у 16 (66,7%) из 24 больных. За период наблюдения у 17 (71%) пациентов диагностирована очаговая патология, в 7 (29,2%) случаях — повторная с последующим летальным исходом. У пациентов данной группы объем выполненной работы, двойное произведение и пороговая мощность значимо ниже в сравнении с аналогичными показателями двух других групп, $p < 0,05$. Пороговая ЧСС в начале ишемического снижения ST не превысила значения 100 уд/мин, при этом в 75% случаях зарегистрировано более 6 отведений с депрессией ST сегмента. Аналогичные изменения отмечены при ЧПЭКС. В III группе с неблагоприятным течением чаще регистрировались эпизоды БИМ — $3,6 \pm 1,1$ в сравнении со II группой ($1,6 \pm 0,6$) или I группой ($0,55 \pm 0,2$), $p < 0,05$. Подобная тенденция отмечена и при изучении частоты регистрации болевых эпизодов в анализируемых группах. В III группе соотношение БИМ/ЭБИ составило 1,06 и превысило аналогичный показатель во II группе — 0,69 ($\chi^2 = 3,84$, $p < 0,05$), и в I группе — 0,43 ($\chi^2 = 6,63$, $p < 0,01$). Суточная продолжительность эпизодов ишемии в III группе у 92% больных превышала 30 мин, из них в 75% — более 70 мин. Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) регистрировались у 22 (91,6%) пациентов III группы, при этом частота регистрации ЖЭ II-V градаций составила 70,8%, из них в 37,5% регистрировались прогностически опасные ЖНР. При ХМ ЭКГ появление и/или учащение ЖЭ у 11 (45,8%) больных III группы связано с транзиторной ишемией миокарда. При анализе характера желудочковой экстрасистолии нами была установлена корреляционная зависимость между увеличением градиционной шкалы ЖЭ и максимальной глубиной ишемической депрессии ST сегмента.

Таким образом, критериями высокого риска явились наличие безболевой ишемии миокарда, продолжительность периодов ишемии за сутки более 70 минут, глубина депрессии ST сегмента более 3 мм при частоте сердечных сокращений в начале эпизодов ишемии менее 100 в минуту, наличие желудочковых нарушений ритма, возникающие на фоне эпизодов ишемии миокарда.

0770 ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ОЦЕНКЕ ЭНДОТЕЛИЙ-НЕЗАВИСИМОЙ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОЙ ВНУТРИГРУДНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Таубер О.Н., Суханов С.Г., Агафонов А.В.

Институт сердца, филиал НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Пермь, Россия

Цель: оценить эндотелий-независимую дилатацию левой внутригрудной артерии (ЛВГА) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на этапе подготовки к операции коронарного шунтирования.

Методы: инструментальное исследование эндотелий-независимой дилатации проведено у 82 больных ИБС (из них 60 мужчин) путем ультразвукового (дуплексного) сканирования левой внутригрудной артерии линейным датчиком с частотным диапазоном 10 МГц на аппарате «ACUSON «ASPEN» (США). Измерение диаметров ЛВГА осуществлено слева на 1 см от латерального края грудины в IV-V межреберьях (дистальный отдел ЛВГА), затем после фармакологической пробы с нитроглицерином 0,5 мг, через минуту повторное измерение диаметров ВГА с определением индекса эндотелий-независимой дисфункции (ИЭДВГА) по формуле: $\text{ИЭДВГА} = d2/d1 \times 100\%$, где $d1$ — диаметр ЛВГА исходно, $d2$ — диаметр ЛВГА после фармакологической пробы в сантиметрах. При величине прироста менее 100% диагностировали эндотелиальную дисфункцию внутригрудных артерий (заявка №2007110436 на патент от 21.03.07 г.). Средний возраст больных $56,46 \pm 7,99$ лет. Продолжительность ИБС составила в среднем $56,35 \pm 34,09$ месяцев. У 84,3% обследованных выявлена стенокардия III–IV ФК по Канадской классификации кардиологов, ФК в среднем составил $3,2 \pm 0,2$. Нестабильная стенокардия наблюдалась у 15,7% больных. В анамнезе у 51,74% больных отмечен постинфарктный кардиосклероз. Артериальная гипертензия сопутствовала ИБС у 95,77% больных. Всем больным проведена селективная коронарография (КВГ), критерием включения в группу исследова-

ния было выявление стеноза коронарных артерий более 70%. Наличие сахарного диабета, фракции выброса левого желудочка менее 45%, аневризмы левого желудочка входили в критерии исключения. Методы исследования включали также проведение электрокардиографии (ЭКГ), велоэргометрии, холтеровского мониторирования ЭКГ, доплер-эхокардиографии. 20 пациентов составили группу сравнения без поражения коронарного русла по данным КВГ. Группы сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты: По данным КВГ у 40,24% больных выявлено трехсосудистое больных, двухсосудистое и однососудистое — у 36,59% и 23,17%, соответственно. У больных ИБС с доказанным поражением коронарных артерий по данным КВГ ($n=82$) значение ИЭДВГА составило $102,86 \pm 9,78\%$, что значительно меньше ($p < 0,001$), чем у обследуемых без коронарной патологии ($n=20$) — $116,43 \pm 10,14\%$. Корреляций ИЭДВГА от пола, возраста, выраженности атеросклеротического процесса коронарных артерий мы не получили.

Выводы: методом статистического анализа определен оптимальный диагностический порог, который составил для ИЭДВГА 110% и при величине прироста менее этого значения диагностируют эндотелиальную дисфункцию ЛВГА. У 84,15 % больных ИБС с выраженным атеросклерозом коронарных артерий выявлена эндотелиальная дисфункция ЛВГА.

0771 ЭФФЕКТ АЦИПИМОКСА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ташкенбаева Н.Ф.

Республиканский Специализированный Центр кардиологии (РСЦК) Минздрава РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценка влияния 3 месячной терапии производным никотиновой кислоты — аципимоксом на показатели липидного спектра, перекисного окисления липидов (ПОЛ — ДК, ТК, МДА) и концентрацию сосудистой молекулы адгезии (VCAM — Is) у больных нестабильной стенокардией (НС).

Материалы и методы. В исследование включены 56 мужчин с НС, с уровнем ХС ЛПНП ≥ 115 мг/дл. Базисная терапия (блокаторы бета — адренергических рецепторов, ингибиторы АПФ, аспирин, гепарин) после предварительной оценки состояния липидного спектра больного дополнялась аципимоксом (Ац, $n=30$), либо проводилась без дополнительной гиполипидемической терапии (Ср, $n=26$). Аципимокс (Олбетам, «Pharmacia & Upjohn») назначали в 1-2 сутки заболевания, в стартовой дозе 750 мг/сут, которую при отсутствии достижения целевого уровня снижения ХС ЛПНП ≤ 100 мг/дл ступенчато увеличивали до 1000-1250 мг/сут. Всем больным в 1-е сутки поступления проводился клинический осмотр, общеклинические, лабораторные, биохимические (липидный спектр крови: ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КАхс; состояние ПОЛ, VCAM — Is) и инструментальные методы исследования.

Результаты. К 3-му месяцу лечения отмечено достоверное снижение ОХС, ХС ЛПНП и ТГ на 15,9%, 10,1% и 32,8%, ($p < 0,05$) соответственно. Показатели ХС ЛПОНП и КА к 3-му месяцу терапии Ац характеризовались достоверным снижением на 33,8% и 23%, ($p < 0,05$) соответственно. Для ХС ЛПВП отмечена тенденция к повышению (+3,7%, $p > 0,05$).

К концу 3-го месяца терапии целевой уровень ХС ЛПНП (≤ 100 мг/дл) был достигнут у 20% больных, получавших Ац и у 7,6% больных группы Ср.

К 3-му месяцу терапии Ац выявлено достоверное снижение уровня ДК и МДА на 27,2% и 31%; $p < 0,05$ соответственно).

При изучении влияния Ац на уровень сосудистой молекулы адгезии — VCAM-Is на фоне 2-х недельного лечения Ац отмечено достоверное снижение этого показателя с $729,9 \pm 38,4$ нг/мл до $628,1 \pm 27,2$ нг/мл ($p < 0,05$) в отличие от группы Ср, где отмечено некоторое нарастание значений с $705,0 \pm 24,7$ нг/мл до $764,5 \pm 35,1$ нг/мл ($p > 0,05$), соответственно до и после лечения.

Анализ исходов НС к концу 3 месяца наблюдения показал, что среди больных, получавших Ац частота коронарных эпизодов имела место в 30,0% (5 случаев дестабилизации стенокардии,

3 — нефатального ОИМ, 1 летальный исход), а у больных группы Ср — 38,5% (7 — 3 — 0) соответственно.

Побочные эффекты Ац (750 мг/сут) были выявлены у 1 больного (боли в желудке и гиперемия лица).

Выводы. Аципимокс наряду с коррекцией липидного спектра крови, снижает концентрацию сосудистой молекулы адгезии, интенсивность процессов ПОЛ у больных НС при трёхмесячной терапии.

0772 КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Теммеева Л.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Психосоматические расстройства — нарушения функций органов и систем, обусловленные психогенными нарушениями, занимают всё большее место в заболеваемости детско-подросткового населения. В результате проведенных специалистами различного профиля исследований установлено, что в основе соматических нарушений лежат эмоциональные расстройства. В настоящее время единой теории объясняющей происхождение психосоматических заболеваний нет, что свидетельствует о необходимости дальнейших исследований, особенно в детском возрасте.

Целью настоящего исследования явилось изучение конституционально-типологических личностных основ в механизме развития психосоматической патологии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 113 детей и подростков с вегето-сосудистой дистонией. Из них 63,7% девочек и 36,3% мальчиков в возрасте от 8 до 16 лет. Контрольную группу составили 100 здоровых детей. Пакет психологических методик включал: личностные опросники Айзенка и Леонгарда-Шмишека, проективные тесты — Люшера и детский рисунок («дом, дерево, человек»). Важной положительной особенностью рисуночного теста является практически полное отсутствие тестовой тренированности. Что касается рисования, то оно носит для ребенка скорее игровой характер и не вызывает тревожных переживаний.

Результаты исследования. Комплексный патогенетический психологический анализ полученных данных выявил среди больных с сердечно-сосудистой патологией преобладание детей с эпилептоидным личностным психотипом, располагающиеся в диапазоне нормы конституционально-континуального пространства. У них отмечались следующие психопатологические особенности: повышенная утомляемость — 35%, неустойчивое настроение — 25%, агрессивность — 36%, обидчивость — 15%, депрессия — 14%. Рисунки характеризовались душевной напряженностью, багряно-черные тона указывали на наличие агрессивного оттенка и тревогу за собственное здоровье. Душевная напряженность больного эпилептоида требует разрядки и эта напряженность ощущается в рисунках. Анализ детей, страдающих соматическими расстройствами, указывает на наличие невротического состояния и недостаток побуждения к активной деятельности. Таким образом, полученные результаты исследования психологического статуса у детей с вегето-сосудистой дистонией могут рассматриваться в аспекте формирования «порочного круга», когда болезнь оказывает патологическое влияние на особенности личности, усугубляя течение болезни. Существенную роль в формировании и развитии соматопсихической патологии при вегето-сосудистой дистонии играют конституционально-типологические механизмы компенсации и декомпенсации. Актуализация конституционально-психотипологических механизмов декомпенсации, наблюдающаяся у детей с вегето-сосудистой дистонией в виде соматопсихических расстройств, обосновывает приоритетные разработки и применение конституционально-ориентированных методов терапии при данной патологии.

0773 ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Тептин Г.М.², Латфуллин И.А.¹, Мамедова Л.Э.²

1Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия; 2Казанский государственный университет, Казань, Россия

Для практической медицины представляют интерес изменения частотных характеристик поздних потенциалов желудочков (ППЖ), которые можно наблюдать с помощью разработанной нами ЭКГ высокого разрешения.

Использовалась методика анализа записей ЭКГ с помощью вейвлет преобразований и представлены результаты исследования динамики параметров ППЖ трех пациентов инфарктом миокарда различных локализаций.

Наибольший интерес представляют области средних (90Гц — 150Гц) и высоких (150Гц — 190Гц) частот, поэтому для анализа мы рассматривали полосу частот с нижней границей 55 Гц.

Случай 1. Пациент 75 лет с диагнозом «ИБС, острый передний крупноочаговый обширный инфаркт миокарда» обследовался на первые и третьи сутки пребывания в стационаре. В первый день ППЖ были выявлены в 1, 2, 4, и 6 грудных отведениях с частотами 68, 68, 70 и 64Гц соответственно. На второй день ППЖ наблюдались в 1 и 2 грудных отведениях, причем в первом отведении высокочастотных и среднечастотных составляющих вовсе не наблюдалось, а во втором частота соответствовала 94Гц.

Случай 2. Пациентка 74 лет с диагнозом «ИБС, острый передний обширный инфаркт миокарда, нарушение ритма, нарушение проводимости» обследовалась на первый и второй день пребывания в стационаре. В первый день ППЖ наблюдались в 1 и 4 грудных отведениях с частотами 94 и 72Гц соответственно. На второй день обследования ППЖ наблюдались в 1, 2, 3, 4 и 5 грудных отведениях. При этом в 1 и 2 отведениях высокочастотные и среднечастотные составляющие отсутствовали, в 3 отведении частота ППЖ соответствовала 100 Гц, в 4 отведении частота осталась неизменной и соответствовала 72Гц, а в 5 отведении частота соответствовала 57Гц.

Случай 3. Пациент 39 лет с диагнозом «ИБС, острый заднедиафрагмальный крупноочаговый инфаркт миокарда» обследовался на первый и второй день госпитализации. В первый день ППЖ наблюдались в 1 и 2 грудных отведениях с частотами 74Гц и 59Гц соответственно, а на второй день в 1 отведении частота ППЖ составляла 91Гц, в отведении 2 высокочастотная составляющая исчезла совсем.

Таким образом, вейвлет анализ частот ППЖ больных инфаркта миокарда показал четкие различия в их временной частотной динамике в зависимости от локализации процесса, хотя согласно нашим статистическим исследованиям (проведены на большом материале) распределения частот не зависят от локализации ППЖ.

0774 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимашева Я.Р.

Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра РАН, Уфа, Россия

Эссенциальная (первичная) гипертензия (ЭГ), или гипертоническая болезнь — широко распространенное заболевание, являющееся основным фактором риска развития таких серьезных осложнений, как инсульт и инфаркт миокарда. Многочисленные исследования доказали наличие наследственной предрасположенности к ЭГ. К настоящему моменту, проведено огромное количество ассоциативных исследований, посвященных поиску конкретных локусов, ответственных за повышенный риск развития гипертензии. Воспаление играет ключевую роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний. Цитокины являются главными регуляторами межклеточных взаимодействий. Эндотелиальные клетки человека способны как продуцировать, так и реагировать на целый спектр про- и противовоспалительных цитокинов.

Целью настоящего исследования являлось проведение анализа ассоциаций полиморфных вариантов генов IL1B и IL1RN с эссенциальной гипертензией и ее клиническими осложнениями.

В исследование были включены 360 больных ЭГ, контрольную группу составили 242 здоровых индивидуума без наследственной отягощенности по сердечно-сосудистым заболеваниям, все они являлись татарами по этнической принадлежности. ДНК выделяли методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование проводилось методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом. Соответствие полученного распределения частот генотипов и аллелей теоретически ожидаемому согласно закону Харди-Вайнберга проверяли, используя критерий χ^2 (программа Rows&Columns, R&C). Различия в распределении частот генотипов и аллелей среди больных ЭГ и в контрольной группе оценивали при помощи точного двустороннего критерия Фишера. Относительный риск развития заболевания рассчитывали по показателю соотношения шансов (odds ratio, OR).

Статистически значимых различий в общем распределении частот генотипов и аллелей среди пациентов и в контрольной группе не оказалось. Анализируя распределение частот аллелей IL1RN в зависимости от возраста возникновения заболевания, мы обнаружили, что аллель IL1RN*2 ассоциирован с более ранней манифестацией ЭГ (до 45 лет) среди мужчин. Частота встречаемости данного аллеля в группе мужчин с гипертензией, возникшей в возрасте до 45 лет, составила 50%, в то время как у лиц с более поздней манифестацией заболевания, он встречался лишь в 22,44% ($P=0,0008$). Относительный риск развития заболевания по данному генотипу составил 3,27 (CI: 1,65–6,49). На основании полученных нами данных можно заключить, что у этнических татар повышенный риск раннего развития эссенциальной гипертензии ассоциирован с аллелем IL1RN*2 (OR=3,27, CI: 1,65–6,49).

Результаты проведенного анализа распределения частот генотипов в зависимости от наличия осложнений ЭГ показали, что генотип IL1B -511*С/*С значительно реже встречается в группе больных ЭГ, перенесших инсульт, по сравнению с больными неосложненной ЭГ (37,5% и 57,52% соответственно, $P=0,03$). Это позволяет считать данный генотип протективным в отношении развития инсульта у больных ЭГ (OR=0,44, CI: 0,22–0,9).

0775 ОЦЕНКА МИКРОВОЛЬТОВОГО АЛЬТЕРНАНСА ЗУБЦА Т У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Апробирование нового диагностического теста, позволяющего выявлять пациентов с высоким риском опасных для жизни желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти – микровольтового альтеранса зубца Т электрокардиограммы (МАЗТ) с использованием алгоритма временного анализа при проведении нагрузочных тестов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. В исследование включено 24 пациента (20 мужчин, средний возраст $55 \pm 5,2$ года) с ИБС, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (давностью от 1 до 12 месяцев). Всем пациентам проведена велоэргометрическая проба с непрерывной, ступенчато возрастающей нагрузкой (25 Вт/3 мин), критерием прекращения которой являлось достижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) 120 уд/мин. МАЗТ определяли как изменение морфологии зубца Т от одного сердечного комплекса к другому, как минимум в двух последовательных отведениях ЭКГ, с использованием программы «GE Healthcare». Значения МАЗТ выражались в микровольтах (мкВ) и рассчитывались автоматически по максимальной разнице амплитуды зубцов Т четных и нечетных сокращений по алгоритму временного метода с фильтрацией высокочастотных шумов и колебаний изолинии. Тест МАЗТ считался положительным при его значении более 25 мкВ, продолжительность не менее 15 сек при достижении ЧСС ≥ 110 уд/мин.

Результаты. У 20-ти (83,3%) пациентов тест МАЗТ оказался отрицательным, поскольку при достижении заданной ЧСС альтеранс не превысил диагностически значимую величину (составил в среднем $8,2 \pm 7,0$ мкВ). У 4-х (16,7%) пациентов максимальный уровень МАЗТ превысил 25 мкВ и в среднем составил $42 \pm 9,3$

мкВ, что было расценено как положительный МАЗТ-тест.

Выводы. Метод оценки МАЗТ с использованием алгоритма временного анализа легко выполним, не требует специальных электродов и нестандартных протоколов стресс-исследований, может использоваться для скрининга больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда, как дополнительный неинвазивный маркер повышенного риска возникновения у них жизненно опасных желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти.

0776 НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Токтарова Ж.Ж., Каражанова Л.К.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Россия

Цель исследования: изучение нейровегетативных аспектов артериальной гипертензии с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования: В соответствии с целью исследования, нами было проведено изучение нейровегетативного статуса у больных АГ с МС в сравнении с группой здоровых лиц и больных АГ без МС.

Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) у всех обследуемых проводился исходно в положении лежа и на фоне физической нагрузки (степ-тест) в соответствии с Рекомендациями рабочей группы Европейского кардиологического общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии на аппарате ВНС-спектр. Проводили частотный анализ записей интервалов RR с расчетом: АМо – амплитуды моды, %; NN50 – доля последовательных интервалов RR за сутки, различие между которыми превышает 50 мс; HF – мощности частотных составляющих в диапазоне высоких частот (0,15–0,4 Гц; мс²); LF – мощности частотных составляющих в диапазоне низких частот (0,04–0,15 Гц; мс²); LF/HF – отношения мощности в диапазоне низких частот к мощности в диапазоне высоких частот как меры баланса симпатического и парасимпатического влияния на синусовый ритм.

Показатели обследования свидетельствовали о наличии значительных отклонений у больных АГ с МС. Несмотря на то, что показатель RRNN в покое был выше в группе больных, на фоне проведения степ-теста он снижался в большей степени, чем в контроле. Кроме того, в данной группе было более выраженным снижение SDNN на фоне физической нагрузки. Показатель RMSSD, отражающий среднеквадратичное различие между длительностью соседних интервалов R – R у больных был достоверно повышен относительно группы здоровых лиц (на 138,5% – в покое и на 98,5% – при выполнении степ-теста, $p < 0,05$). В покое в группе больных АГ с МС была достоверно снижена высокочастотная часть интервалограммы (HF) – на 37,1% ($p < 0,05$), в то время как соотношение низкочастотной и высокочастотной частей интервалограммы – увеличено на 115,6% ($p < 0,001$). При проведении степ-теста отмечался рост показателя LF и снижение – HF в обеих сравниваемых группах, причем различия по первому показателю достигли степени достоверности ($p < 0,05$). Разница между группами по величине соотношения LF/HF уменьшилась до 85,1%, однако, осталась высокодостоверной ($p < 0,001$). При исследовании ВНС у больных АГ с МС, показатели интервалограммы указывают на наличие у них состояния симпатикотонии, однако со сниженной относительной контрольной группы здоровых лиц вегетативной реактивностью. Нормальный баланс тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС имел место у 9 из 141 обследованного больного (6,4%), а преобладание парасимпатического тонуса – только у 4 больных (2,8%).

Таким образом, абсолютное большинство больных АГ с МС характеризовалось симпатикотонией различной степени выраженности. Нормальный баланс тонуса симпатического и парасимпатического отделов ВНС имел место у 9 из 141 обследованного больного (6,4%), а преобладание парасимпатического тонуса – только у 4 больных (2,8%).

0777 МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Толтыгина С.Н., Ощепкова Е.В., Сергакова Л.М.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс; Институт Кардиологии им. А.Л. Мясникова, ФГУ ГНИЦ ПМ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние терапии лозартаном (Л) и его комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТ) на структурно-функциональное состояние миокарда, функцию почек и суточный профиль артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью 1-3 ст. и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Дизайн исследования: после 3-х недель на «чистом фоне» больным назначался лозартан (50 мг утром), при отсутствии нормализации АД клинического (АД кл.) через 4 недели к терапии у 17 больных добавлялся ГХТ (12,5 мг). Суточное мониторирование АД проводили исходно, через 4, 8, 24 недели терапии. Исходно и в конце терапии проводили эхо- и доплеркардиографию (Эхо-КГ и ДпКГ), определение суточной экскреции альбумина с мочой (СЭА), пробу Реберга.

Материалы: В исследование вошли 34 больных (из них 20 женщин) ГБ I-III ст. (I ст. — 11, II ст. — 16 и III ст. — 7), в возрасте 35-65 лет, ср. длительность ГБ 14,8±2 лет, АД кл. — 157,9±3,0/99,2±1,5 мм рт.ст.

Методы: АД кл. измерялось через 24-26 часов после приема препаратов. СПАД оценивался с помощью прибора «Space Labs 90207», Эхо-КГ и ДпКГ выполнялись на аппарате «HP Sonos 2000». Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) с рассчитывали по формуле Devereux RV (1977) (норма ИММЛЖ <100 г/м² у женщин и <120 г/м² у мужчин). Диастолическая функция (ДФ) ЛЖ оценивалась по отношению скоростей раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е/А), длительности периода изоволюмического расслабления ЛЖ (ПИР). СЭА определялась иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты: ГЛЖ имела у всех больных (концентрическая у 65% больных, эксцентрическая у 35%), нарушение ДФ — у 61%. Микроальбуминурия (МАУ) была выявлена у всех больных и варьировала от 30,1 до 175,2 мг/сут. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) колебалась от 64,6 до 316,5 мл/мин. 4-х недельная терапия Л привела к снижению АД кл. на 14,1±2,2/-8,2±1,4 мм рт.ст. (p<0,01), среднесуточных, дневных, ночных значений САД и ДАД: САД(24) снизилось на 15,1±2,4 мм рт.ст. (p<0,001), ДАД(24) на 8,9±1,7 мм рт.ст. (p<0,001). Присоединение ГХТ приводило к дальнейшему снижению АД кл., ночного САД и ДАД: (αСАД(н) = -13,9±4,4 мм рт.ст., p<0,01; αДАД(н) = -9,0±3,1 мм рт.ст. p<0,01), пульсового АД, улучшению суточного ритма АД. Терапия Л и ГХТ привела к уменьшению ИММЛЖ с 130,9±3,9 до 115,0±3,3 г/м² (α% = -12,8±1,0; p<0,001), относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ с 0,46±0,01 до 0,44±0,01 г/м² (α% = -4,5±2,0; p<0,001), увеличению Е/А на 18,2±6,2%, p<0,05, укорочению ПИР на 17,7±3,0%, p<0,05, снижению уровня МАУ (αМАУ = -53,5±4,2 мг/сут, p<0,001), увеличению СКФ с 91,0±3,5 до 111,7±8,5 мл/мин (αСКФ = 20,7±7,4; p<0,05) у больных с исходно нормальной СКФ и уменьшению СКФ с 166,1±15,9 до 135,2±9,2 (αСКФ = 30,9±16,5 мл/мин, p<0,05) у больных с гиперфильтрацией.

Заключение: Длительная терапия лозартаном и его комбинацией с ГХТ у больных ГБ обеспечивает многоплановое корригирующее воздействие на суточный профиль АД, оказывает кардиопротективный, не зависящий от антигипертензивного эффекта терапии, и ренопротективный эффекты, что может способствовать предупреждению прогрессирования поражения органов-мишеней.

0778 ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Толтыгина С.Н., Ощепкова Е.В., Сергакова Л.М., Коткина Т.И.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ; Институт Кардиологии им. А.Л. Мясникова,

ФГУ ГНИЦ ПМ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние терапии лозартаном (Л) и его комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТ) на массу миокарда и геометрию ЛЖ, функцию почек и суточный профиль артериального давления (СПАД) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) I-III ст. и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Дизайн исследования: после 3-х недель «чистого фона» всем больным был назначен лозартан (COZAAR, MSD) (50 мг утром). Через 4 недели при недостаточном гипотензивном эффекте монотерапии Л часть пациентов была переведена на комбинированную терапию фиксированными дозами Л+ГХТ (50/12,5 мг) (HYZAAR, MSD) и обозначена нами как «нечувствительные» к монотерапии. Суточное мониторирование АД проводили исходно, через 4, 8 и 24 недели терапии. Эхокардиографию (ЭхоКГ), определение микроальбуминурии (МАУ) и пробу Реберга проводили исходно и после 24 недель терапии.

Материалы: В исследование вошли 34 больных (среди них 20 женщин) ГБ I-III ст. (I ст. — 11, II ст. — 16 и III ст. — 7), в возрасте 35-65 лет, ср. длительность ГБ составила 14,8±2 лет, ср. АД кл. — 157,9±3,0/99,2±1,5 мм рт.ст.

Методы: СПАД оценивался с помощью прибора «SL90207», ЭхоКГ выполнялась на аппарате «HP Sonos 2000». Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали по формуле Devereux RV (1986) (норма ИММЛЖ <100 г/м² у ж. и <120 г/м² у м.), геометрию ЛЖ оценивали по относительной толщине его стенок: ОТС = (ТМЖП+ТЗС)/КДР ЛЖ (норма <0,45). МАУ определяли иммунотурбидиметрическим методом, а клиренс креатинина по скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты: Исходно группы моно- (n=17) и комбинированной (n=17) терапии не различались по возрасту, длительности ГБ, уровню АД и МАУ, но распространенность концентрической ГЛЖ (97% против 53%) и уровень креатинина крови были выше, а СКФ — ниже (p<0,05-0,01) у больных, оказавшихся «нечувствительными» к монотерапии лозартаном. Корреляция ИММЛЖ с уровнем креатинина плазмы крови (r=0,44 p=0,01) и МАУ (r=0,45 p<0,01) свидетельствовала о параллелизме поражения сердца и почек. ОТС коррелировала с нагрузкой ДАД в ночные часы (r=0,39 p<0,05) и степенью ночного снижения ДАД (r=-0,37 p<0,05); выраженность МАУ — с нагрузкой САД и ДАД в течение суток. На фоне терапии снижение САД, ДАД, ИММЛЖ и ОТС было эквивалентным в обеих группах, однако СКФ достоверно возросла на фоне терапии Л+ГХТ. Регресс ГЛЖ наблюдался и при концентрическом, и при эксцентрическом типе ГЛЖ, но доля больных с концентрическим типом ГЛЖ после лечения сократилась на 24% в гр. Л и на 33% в гр. Л+ГХТ. Регресс ГЛЖ не коррелировал с динамикой АД, тогда как динамика МАУ и СКФ определялись уменьшением прессорной нагрузки в ночные часы.

Заключение: Больные, «нечувствительные» к монотерапии Л отличались преобладанием концентрической ГЛЖ, более высоким креатинином крови и более низкой СКФ, что свидетельствует о важной роли поражения органов-мишеней в формировании рефрактерности к терапии, а добавление ГХТ к Л способствует её преодолению. Длительная терапия Л и его комбинацией с ГХТ достоверно уменьшали выраженность ГЛЖ, улучшали геометрию ЛЖ и функцию почек у больных ГБ.

0779 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ В СРАВНЕНИИ С АМЛОДИПИНОМ НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Толтыгина С.Н., Сергакова Л.М., Ощепкова Е.В., Хеймец Г.И., Рогоза А.Н.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс; Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова, ФГУ

ГНИЦ ПМ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние 6-месячной терапии лозартаном (Л) и его комбинации с гидрохлортиазидом (ГХТ) в сравнении с амлодипином (А) на массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), диастолическую функцию (ДФ) ЛЖ и клиническое артериальное давление (АД кл.) у больных с гипертонической болезнью (ГБ) 1-3 степени с исходной гипертрофией ЛЖ (ГЛЖ).

Дизайн исследования: проводилось лечение Л (козаар, MSD) в дозе 50 мг/сутки, комбинацией Л 50мг+ГХТ 12,5мг (гизар, MSD), А (норваск, Pfizer) в дозе 5-10мг однократно утром в течение 24 недель. Измерение АД кл., ИММЛЖ, оценка ДФ проводились до начала и по окончании терапии.

Материалы и методы: в исследование включено 51 больной (Б.) ГБ (26 м и 25 ж, 35-65 лет, с длительностью ГБ 14+2 лет), Б. были вначале разделены на 2 группы (Л) (n=34) и (А) (n=17) в соотношении 2:1, затем больным из группы Л., не достигшим целевого уровня АД кл. через 4 недели терапии (n=17) был добавлен ГХТ на 24 недели, а остальные (n=17) продолжали получать Л. в течение 20 недель. Доза А. увеличивалась с 5 до 10 мг при недостаточном снижении АД кл. через 4 недели терапии и сохранялась неизменной на протяжении 24 недель. Исходно группы не различались по возрасту, длительности АГ, уровню АД кл., но ИММЛЖ в группе Л. (124+6 г/м²) был ниже, чем в группах А. (134+3 г/м²) и Л.+ГХТ (138+4 г/м²) (p<0,05). Исходно САД кл. составило 160+3 мм рт.ст., ДАД кл. 100+2 мм рт.ст. АД кл. измерялось через 24-26 часов после приёма Л. ИММЛЖ и ДФ оценивались методом Эхо-КГ и ДП-КГ на аппарате HEWLETT PACKARD по соотношению амплитуды раннего (Е) и позднего (А) пиков трансмитрального кровотока (Е/А) и периода изоволюмического расслабления ЛЖ (ПИР).

Результаты: выявлено эквивалентное снижение АД кл. в трёх группах, тогда как в отношении влияния на ММЛЖ и ДФ выявлены существенные различия: наибольшее

снижение ММЛЖ отмечена в группе Л (-12,7%). В группе Л+ГХТ ММЛЖ снизился на 11,1%, а в группе А. на 6,7%. При оценке ДФ ЛЖ выявлено улучшение ДФ в виде увеличения отношения Е/А и уменьшения ПИР в группе Л. (α% Е/А=25,9+7,7 p<0,004; α% ПИР=25,5+5, p<0,001); в группе Л+ГХТ достоверно уменьшилось время ПИР (α% ПИР=13,6+5, p<0,02); в группе А статистически значимой динамики Е/А и ПИР не выявлено.

Заключения: При равном гипотензивном эффекте терапия Л. оказывает более выраженный регресс ГЛЖ и положительное влияние на состояние ДФ ЛЖ, чем терапия А. Комбинированная терапия Л+ГХТ вызывает такой же регресс ГЛЖ как и терапия Л, но оказывает менее выраженное влияние на ДФ, чем Л.

0780 ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ЭНАЛАПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Толтыгина С.Н., Шилова Е.В., Небиеридзе Д.В., Оганов Р.Г.

ГНИЦ Профилактической медицины МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования: Изучение антигипертензивной эффективности, влияния на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и микроциркуляцию (МКЦ) терапии энареналом (Э) у больных артериальной гипертонией (АГ).

Дизайн и методы: в исследование включено 30 больных мягкой и умеренной АГ (14 м. и 16 ж.), 24-73 лет, (55,7+2,1 года), со средней длительностью АГ 12,4+1,8 лет. После 2-х недель отмены предшествующей антигипертензивной терапии больным назначался эналаприл (энаренал, Польша) на 12 недель в дозе 5-10 мг утром. Пациентам, не достигшим целевого уровня АД кл. (<140/90 мм рт.ст.) через 4 недели, доза энаренала увеличивалась в 2 раза. АД кл. определялось как среднее 3-х измерений АД в положении сидя после 5 минутного отдыха спустя 24-26 часов после приёма препарата, целевым уровнем АД кл. считали 140/90 мм рт.ст. СКФ определялась в пробе Реберга за 24 часа с учетом площади поверхности тела. За норму принимали СКФ=97-137 мл/мин (м) и 88-128 (ж). Состояние

микроциркуляции (МКЦ) изучалось методом лазерной доплерографической флоуметрии с помощью аппарата ЛАКК-О1 (НПП «Лазма», Россия). Оценивали: показатель микроциркуляции (ПМ), его среднеквадратичное отклонение (СКО или δ) и коэффициент вариации $K_v = \text{СКО} / \text{Мх} \times 100\%$, амплитуду низкочастотных (LF), высокочастотных (HF) и пульсовых колебаний кровотока (CF), внутрисосудистое сопротивление (ACF/ПМх100%), индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ=ALF/ACF+AHF), показатель микрососудистого тонуса (СКО/ALF), максимальный кровоток после окклюзии (гиперемия, М макс), время восстановления кровотока, характеризующее реактивность микрососудов (Т восст.), резерв капиллярного кровотока (РКК). Определение СКФ выполнялись исходно, после 4 и 12 недель терапии, ЛДФ выполнялись исходно и после 12 недель терапии.

Результаты: Исходно САД кл. составило 157,4+2,3 мм рт.ст., ДАД кл. 93,6+1,7 мм рт.ст. После 4-х недель терапии Э САД кл. снизилось со 157,4+2,3 до 141,2+2,3 мм рт.ст. (α=-16,1+2,2, p<0,0001) и ДАД кл. с 93,6+1,7 до 88,6+1,9 мм рт.ст. (α=-5,0+1,1, p<0,001). Нормализация САД и ДАД достигнута у 45% больных. Остальным пациентам его доза была удвоена, в результате чего САД снизилось до 132,6+6,5 мм рт.ст. (p<0,05) и ДАД до 85,5+2,0 мм рт.ст. (p=0,07). После 12 недель тер. снижение САД кл. составило 24,8+4,2 мм рт.ст. (p<0,001) и ДАД - 7,1+2,1 мм рт.ст. (p<0,01). Нормализация АД достигнута у 60% больных.

Исходно 33,3% больных имели нормальный уровень СКФ, а 66,7% ниже нормы. В результате 4 нед. терапии произошло увеличение СКФ в целом по группе с 82+3,5 до 111,2+10,2 мл/мин (p<0,05). У больных с исходно нормальным и сниженным уровнем СКФ наблюдалась его разнонаправленная динамика: при сниженном уровне СКФ (n=20) произошло её увеличение с 72,9+3,6% до 105,5+10,8% (p<0,01), а при нормальном уровне СКФ (n=10) динамики не было (97,1+3,6% против 96,3+6,0%), межгрупповое различие статистически достоверно (p<0,01). К окончанию 3-х месяцев терапии межгрупповые различия сгладились: 94,9+3,6% и 106,6+9,3% (нд). Таким образом, терапия Э оказала корректирующее воздействие на СКФ. У пациентов преобладали патологические типы МКЦ - спастико-статический (60%), спастическо-гиперемический (20%) и статический (16,7%). На фоне лечения Э у пациентов со спастико-статическим и спастико-гиперемическим типами МКЦ амплитуда низкочастотных колебаний (LF, вазомоции, характеризующие активность гладкомышечных клеток артериоларных и прекапиллярных сфинктеров) повысилась (p<0,001). Индекс эффективности МКЦ вырос на 26,6% and 78,5% соответственно. Во время лечения пульсовые колебания (CF) возросли на 12,4% у пациентов с исходно спастическим типом МКЦ. Корректирующий эффект терапии эналаприлом при всех патологических типах МКЦ обеспечивался уменьшением спастического компонента и повышением тонуса венул, что привело к улучшению тканевой перфузии.

Заключения: Терапия Э эффективно снижает АД, улучшает фильтрационную функцию почек у больных с исходно сниженной СКФ, оказывает корректирующее влияние МКЦ, уменьшая явления спазма и разгружая веноулярное звено микроциркуляторного русла. Полученные данные свидетельствуют о органопротективном эффекте терапии вследствие улучшения перфузии тканей и потенциальной способности длительной терапии Э снижать риск развития ХПН и улучшать прогноз выживаемости у больных АГ.

0781 ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОТИПОВ И АЛЛЕЛЕЙ ГЕНА СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Тохтасунова С.В., Байтасова Н.Б., Мусагалиева А.Т.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

NO-синтаза 3 типа (эндотелиальная) участвует в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС), поскольку NO угнетает пролиферацию гладкомышечных клеток, а также агрегацию тромбоцитов и ингибирует адгезию лейкоцитов к эндотелию. Все

это позволяет предположить наличие связи полиморфизма гена NO-синтазы 3 типа с такими заболеваниями как артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи 4a/в полиморфизма гена NO-синтазы с риском развития ИБС у лиц казахской национальности.

Материалы и методы исследования: Обследовано 70 больных ИБС и 70 практически здоровых мужчин казахской национальности. 4a/в полиморфизм гена синтазы оксида азота изучен методом полимеразной цепной реакции.

Результаты. Частотное распределение генотипов и аллелей гена синтазы оксида азота у больных ИБС следующее: вв-90%, ав-10%; в-95%, а-5%, соответственно. У здоровых лиц также наиболее распространенным генотипом и аллелем был вв-85,7%, в-93%, соответственно.

Выводы. На данном этапе исследования не установлено взаимосвязи между 4a/в полиморфизмом гена синтазы оксида азота с развитием ИБС у казахов.

0782 ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Третьякова Н.С., Болдуева С.А.

Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. Мечникова И.И., Кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, Санкт-Петербург, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает первое место в структуре смертности не только в России, но в Европе и в США и является причиной смерти у 21% мужчин и 23% — у женщин. По структуре смертности Россия мало отличается от стран Запада, однако абсолютные величины смертности в нашей стране значительно выше. В последние годы общая смертность и смертность от ИБС в России продолжает расти. Основной вклад в структуру смертности в нашей стране вносят болезни системы кровообращения, причем, у мужчин этот вклад составляет 48,0%, а у женщин — 66,2%.

Нами был проведен сравнительный статистический анализ летальности от ОИМ женщин и мужчин в одной из городских многопрофильных больниц г. Санкт-Петербурга за последние три года (2004–2006 гг.). При анализе общей летальности по больнице, оказалось, что в течение всех трех лет женская смертность превалировала над мужской: 2004г — 19,7% против 14,29%; 2005г — 16,6% против 10,24%; 2006г — 18,4% против 8,33%. Была изучена летальность от ОИМ в специализированном отделении кардиологии за три года, где так же показатели летальности у женщин оказались выше по сравнению с мужчинами: 2004г — 16,67% против 10,67%; 2005г — 18,92% против 10,3%; 2006г — 16,5% против 7,5%.

Следующим этапом было проведение сравнительного анализа смертности в зависимости от пола и возраста. При этом оказалось, что в возрасте до 60 лет мужская смертность по сравнению с женской смертностью составила: 2004г — 129 мужчин против 8 женщин; 2005 г — 91 случай против 9; 2006 г — 134 случаев против 10. Однако в возрасте старше 60 лет смертность у женщин преобладает над мужской: 2004г — 119 женщин против 96 мужчин; 2005 г — 102 женщин против 74 мужчин; 2006г — 93 женщины против 90 мужчин.

Таким образом, летальность от ОИМ как общая по больнице, так и на специализированном кардиологическом отделении остается достаточно высокой, несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения. При этом сохраняется тенденция к преобладанию женской летальности над мужской, что подтверждает данные международных исследований. При проведении сравнительного анализа возрастных групп выявляется, что смертность в мужской популяции высокая в возрасте до 60 лет, в то время как в женской популяции смертность от ОИМ растет в возрасте старше 60 лет. Эта тенденция, возможно, может быть объяснена тем, что женщины в возрастной группе старше 60 лет имеют большее количество факторов риска и сопутствующей патологии, а так же позже госпитализируются в стационары города.

0783 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В

ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ САМОКОНТРОЛЯ И САМОЛЕЧЕНИЯ

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить характер приверженности больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и депрессией основным элементам самоконтроля и самолечения.

Материал и методы. Обследован 41 человек (19 мужчин и 32 женщины). Для выявления депрессии использовали критерии DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th., 1994).

Для оценки приверженности больных с ИБС основным элементом самоконтроля и самолечения была использована шкала Ликерта. Максимальной суммой баллов считалось 30, минимальной — 5. Группу сравнения составили 20 больных ИБС не имевших депрессивных расстройств.

В зависимости от возраста больные основной группы были разделены на 3 подгруппы. Первую составили лица среднего возраста — 10 человек (средний возраст 54,1 года); вторую — пожилого — 20 человек (средний возраст 63,9 лет); третью — старческого возраста (11 человек, средний возраст 77,3 года).

Результаты. С возрастом общая оценка в баллах характеризующая приверженность основным элементам самоконтроля и самолечения имеет тенденцию к снижению (17,5 — 1 группа, 15,9 — 2 группа, 15,1 — 3 группа).

Наименьший процент лиц, не пропускающих прием препаратов, при хорошем самочувствии отмечается в группе старческого возраста (70% — 1 группа, 73,9% — 2 группа, 33,3% — 3 группа). При этом с возрастом снижается количество лиц принимающих лекарства постоянно в точном соответствии с предписаниями врача: 85,7% — в 1 группе, 60,8% — 2 группа, 53,3% — 3 группа). В группе лиц пожилого и старческого возраста появляются лица которые никогда не избегают употребления соленой пищи (во 2 группе — 21,7%, в 3 — 20%) или редко избегали употребления соленой пищи (во 2 группе — 21,7%, в 3 группе — 13,3%).

В группе больных с депрессией отмечается меньшая сумма общих баллов, характеризующих приверженность пациента элементам самоконтроля и лечения, по сравнению с группой сравнения (14,9 и 16,5 соответственно). В изучаемой группе повышается количество лиц пропускающих прием препаратов при хорошем самочувствии (58,33% — группа с большой депрессией и 50% — группа контроля); уменьшается число лиц постоянно принимающих лекарства в соответствии с предписаниями врача (с 60% в группе сравнения до 41,67% в основной), и число принимающих лекарства почти постоянно с 16,6% до 10%. Снижается число лиц избегающих постоянно в течение последнего месяца употребление соленой пищи с 60% до 8,33%, растет число больных никогда не избегавших употребления соленой пищи с 20% до 33,33%. Повышается число лиц не читающих этикетку на продуктах с указанием содержания в них соли с 60% до 8,33%.

Выводы. Для больных ИБС старших возрастных групп с наличием депрессии характерна низкая приверженность основным элементам самоконтроля и самолечения, что диктует необходимость совершенствования мер профилактики у этой категории лиц.

0784 АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПЕРИОД ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ СТЕНОКАРДИИ

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Целью работы являлось выявление частоты встречаемости изменений на ЭКГ у больных с различными исходами нестабильной стенокардии (НС).

Материал и методы. Обследовано 73 больных с СД 2 типа поступивших в отделение с дестабилизацией стенокардии. Наличие ОИМ в анамнезе у 43% больных, артериальная гипертония у 59%. Проанализированы параметры ЭКГ: признак — инверсии

зубца Т и депрессии сегмента ST. Критерием достоверной депрессии сегмента ST служило смещение сегмента ST от изоэлектрической линии не менее чем на 1 мм (0,1 мВ) продолжительностью не менее 0,08 сек (от точки J), за достоверную инверсию зубца Т принимали амплитуду его значений (-2) мм и глубже. Анализировались все общепринятые отведения, исключая aVR. Длительность наблюдения 2 года. Больные распределены на 2 группы: с благоприятным (I группа, n=58–80%) и неблагоприятным течением болезни (II группа, n=15–20%) исходом (внезапная смерть, фатальный и нефатальный инфаркт миокарда) за период наблюдения. Полученные данные обработаны стандартными методами вариационной статистики с применением критерия χ^2 для качественных показателей. Для оценки достоверности различий использован критерий Сьюдента для независимых совокупностей, критерий χ^2 и критерий Фишера. Средние значения представлены в виде средней \pm ошибки средней ($M \pm m$). Достоверными считались различия при $P < 0,05$.

Полученные результаты. Для оценки прогностической значимости инверсии зубца Т была сопоставлена частота встречаемости шести категорий этого признака у больных с благоприятным и неблагоприятным исходом НС с СД. У пациентов с неблагоприятным прогнозом этот признак регистрировался более чем в 4,8 раза чаще ($P=0,02$) в одном и более из V4-6 и в 5,1 раз чаще в двух и более из V4-6 отведений ($P=0,02$).

Результаты анализа частоты встречаемости депрессии сегмента ST показали, что наиболее чувствительными в прогностическом отношении оказались признаки “депрессия сегмента ST в любом одном и более отведениях” ($P=0,0001$), “депрессия сегмента ST в любых двух и более отведениях” ($P=0,0001$), “депрессия сегмента ST в любых трех и более отведениях”, а также – “депрессия сегмента ST в любом одном из грудных отведений V4-V6” ($P=0,0001$) и “депрессия сегмента ST в любых двух из грудных отведений V4-V6” ($P=0,0001$). Указанные признаки значительно чаще (соответственно, более чем в 7,1; 10,6; 15,7; 6,9 и 15,6 раза) встречались в группе больных с неблагоприятным прогнозом НС. При этом случаи выявления этих признаков в грудных отведениях существенно реже встречались у больных с благоприятным прогнозом.

Выводы. Полученные данные могут служить основой для разработки методов стратификации риска у больных с СД 2 типа с НС не имеющих выраженных нарушений ритма сердца.

0785 ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Совершенствование и дополнение критериев для оценки течения отдаленных исходов прогрессирующей стенокардии (ПС) у больных сахарным диабетом (СД) является особенно актуальным.

Цель настоящего наблюдения определение признаков дальнейшего неблагоприятного течения ИБС в сочетании с СД 2 типа после дестабилизации стенокардии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 73 больных ПС с СД 2 типа. У 43% больных – инфаркт миокарда в анамнезе, артериальная гипертензия 59%. В качестве возможных маркеров по прогнозированию исходов ПС у больных с СД 2 типа использованы: клинические (анамнез, динамика болевого синдрома, АД, ЧСС), биохимические (показатели липидного и углеводного обмена, перекисное окисление липидов, агрегационная активность тромбоцитов), инструментальные (ЭКГ покоя на этапах наблюдения, холтер-мониторирование ЭКГ, эхокардиография, проба с реактивной гиперемией, измерение расстояния интима – медиа каротидной артерии) методы исследования. Длительность наблюдения 2 года. К концу наблюдения больные разделены на 2 группы: с благоприятным (I группа, n=58–80%) и неблагоприятным течением болезни (II группа, n=15–20%). Проанализировано 108 признаков, из кото-

рых выбраны наиболее часто встречаемые в группе с неблагоприятным течением. Режим терапии: антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторов, ИАПФ, статины, глибенкламид.

Полученные результаты. К отчётливым признакам неблагоприятного течения стенокардии у больных с СД 2 типа были отнесены следующие: инфаркт миокарда в анамнезе ($P=0,031$), показатель коэффициента интима – медиа $\geq 0,9$ мм ($P=0,02$); факт внутривенной инфузии нитратов; уровень тошачковой ≥ 13 ммоль/л ($P<0,05$) и постпрандиальной $>14,8$ ммоль/л ($P=0,056$) гипергликемии представляли риск неблагоприятного отдаленного исхода в нашей выборке больных. Перепад глюкозы $\geq 54\%$ встречался в I группе у 4, а во II у 7 больных ($P<0,0001$). Из параметров, характеризующих липидный профиль: ХС ≥ 200 мг/дл ($P=0,041$), ХС ЛПНП >193 ($P=0,032$) в 1,5 и 3,1 раза чаще регистрировались у лиц II группы. По уровню ТГ частота встречаемости ≥ 306 мг/дл выявлена с одинаковой частотой 24,6% и 33,3% ($P=0,694$) для пациентов обеих групп. К маркерам благоприятного течения отнесены: тройное произведение ТП ≤ 915 (САД x ДАД x ЧСС)/1000; отсутствие тахикардии; СД и АГ.

Выводы. ПС у больных с СД 2 типа один из реализовавшихся комбинированных рисков неблагоприятного течения ИБС. Наиболее весомыми маркерами неблагоприятного течения стенокардии является наличие СД, ПИКС, высокие величины уровня гликемии, показателей липидного спектра. Выявлены маркеры благоприятного течения стенокардии.

0786 КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ФИБРОЭЛАСТОМЕ СЕРДЦА

Трисветова Е.Л., Юдина О.А., Стриженов Д. П.

УО «БГМУ», ГУ особого типа «Городское патологоанатомическое бюро», Минск, Беларусь

Цель: изучить частоту прижизненной и аутопсийной диагностики, анатомические характеристики папиллярной фиброэластомы (ПФЭ) сердца.

Методы: изучение регистрационных журналов отделений функциональной диагностики 1 городской клинической больницы и 432 Главного военного клинического медицинского центра за 2004–2006гг, безвыборочное аутопсийное исследование 573 умерших от разных причин в возрасте 14–86 лет; макро- и микроскопическое исследование папиллярных фиброэластом.

Результаты: В течение 2004–2006гг при скринирующем эхокардиографическом исследовании пациентов с ПФЭ не было выявлено.

При аутопсийном исследовании ПФЭ диагностированы в 1,4% (8 случаев): у 6 мужчин и 2 женщин 23–76 лет. ПФЭ локализовалась на желудочковой поверхности створок митрального клапана в 4, трикуспидального – в 2, аортального и клапана легочной артерии – по одному случаю. При макроскопическом исследовании ПФЭ представляли кораллоподобные образования размером 0,5–1,6 см., мягко эластичной или желеобразной консистенции с поверхностью, покрытой множеством тонких ворсинок различной длины. По строению ПФЭ состояли из: базиса, которым опухоль прикреплялась к створкам клапанов, и сосочков, представленных рыхлым малоклеточным спонгиозно-миксоматозным матриксом, покрытым слоем эндотелиальных клеток. При окраске ножек ПФЭ по Харту выявили скопления эластических и коллагеновых волокон, извитых, концентрически расположенных толстых эластических волокон с явлениями эластолиза с дупликацией и репликацией; в 3 случаях эластических волокон не прослеживались. В матриксе ворсин определялась базофилия и миксоматоз. При окраске альциановым синим выявили накопление кислых гликозаминогликанов в матриксе ворсин. При иммуногистохимическом исследовании немногочисленные клетки ворсин положительно маркировались CD-34 и не маркировались Ki-67. Эндотелиальные клетки, покрывающие ПФЭ были гиперплазированы и располагались в виде чешуек. Сосуды не были выявлены в матриксе ворсин. Исследования внутренней структуры сердца показали, что ПФЭ встречались в сочетании с малыми аномалиями сердца, аномалиями отхождения коронарных артерий, гипоплазией аорты, артерио-ве-

нозными мальформациями сосудов головного мозга. Анализ историй болезни умерших с ПФЭ показал, что в связи с краткостью пребывания в стационаре большинства пациентов (1-3 дня) ультразвуковое исследование сердца не было проведено, а в тех случаях, когда с результатами исследования можно было ознакомиться, упоминаний о ПФЭ не было.

Выводы: Результаты наших исследований подтверждают не высокую распространенность ПФЭ, трудности прижизненной диагностики. Отмечено частое сочетание мезенхимальных аномалий сердца с ПФЭ, доступное выявление которых может служить маркером опухолевого процесса. Результаты исследования свидетельствуют о возможном малосимптомном течении ПФЭ.

0787 НАРУШЕНИЯ СНА И ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тришкина Н.Н., Голинская О.И., Смакотина С.А., Барбараш О.Л.

ГОУ ВПО КГМА, Кемерово, Россия

Цель: изучение количественных и качественных нарушений сна у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от стадии заболевания.

Методы: В исследование включено 64 пациента мужского пола с ГБ в возрасте 35-55 лет, I стадия ГБ — 22 пациента, II стадия — 42. Обе группы были сопоставимы по возрасту ($41,3 \pm 7,8$ и $43,4 \pm 4,2$ года, $p=0,335$) и по индексу массы тела ($27,4 \pm 3,7$ и $28,9 \pm 2,5$ кг/м², $p=0,180$). Все пациенты опрошены по анкете Московского сомнологического центра «Субъективная оценка характеристик сна», шкале сонливости Epworth и анкете для скрининга синдрома «апноэ во сне».

Результаты: В группе пациентов со II стадией ГБ достоверно чаще регистрировали инсомния (42,9% против 18,2%, $p=0,048$), дневная сонливость (66,7% против 36,4%, $p=0,022$) и синдром «апноэ во сне» (71,4% против 45,5%, $p=0,044$), по сравнению с пациентами с I стадией ГБ. При этом среди больных с I стадией ГБ нарушения сна не диагностированы у 18%, а с сочетанными признаками всех трех патологических состояний в этой группе не оказалось. Среди пациентов со II стадией ГБ какое-либо нарушение сна отсутствовало всего у одного пациента (2,4%, $p=0,030$), а сочетание всех трех синдромов нарушений сна выявлено у 38% ($p=0,002$). Таким образом, у пациентов со II стадией по сравнению с I увеличивается количество патологических состояний сна. Кроме того, по мере увеличения стадии ГБ было выявлено и снижение качественных его характеристик. Так, сравнение суммарных баллов анкетного опроса между группами показало достоверно худшие значения у пациентов со II стадией ГБ: по субъективным характеристикам сна ($19,3 \pm 2,5$ против $21,3 \pm 3,2$ балла, $p=0,007$), по дневной сонливости ($5,7 \pm 3,2$ против $4,3 \pm 1,3$ балла, $p=0,047$) и синдрому «апноэ во сне» ($5,1 \pm 1,8$ против $3,3 \pm 1,7$ балла, $p=0,005$). Выяснилось, что пациенты со II стадией ГБ достоверно дольше засыпают ($3,82 \pm 0,8$ балла против $3,29 \pm 0,8$, $p=0,014$); имеют достоверно большее количество ночных пробуждений ($3,73 \pm 0,9$ балла против $3,29 \pm 0,8$, $p=0,039$) и сновидений ($3,73 \pm 0,8$ балла против $3,33 \pm 0,7$, $p=0,32$); худшие показатели качества сна ($3,55 \pm 0,8$ балла против $3,19 \pm 0,7$, $p=0,036$). При оценке наличия и выраженности синдрома «апноэ во сне» оказалось, что пациенты с ГБ II стадии достоверно чаще указывали на частоту храпа (76,2% против 54,5%, $p=0,015$), остановку дыхания во сне (19% против 0%, $p=0,032$), повышение АД (100% против 81,8%, $p=0,005$) и наличие утренних головных болей (33% против 9,1%, $p=0,036$). Более половины больных имели дневную сонливость в обеих группах, при этом пациенты со II стадией ГБ достоверно чаще испытывали дневную сонливость при просмотре телевизионных программ (61,9% против 36,4%, $p=0,052$), в условиях, не требующих активности (85,7% против 63,6%, $p=0,044$), во второй половине дня во время отдыха (85,7% против 54,5%, $p=0,007$), и в условиях автомобильной пробки (28,6% против 9,1%, $p=0,037$).

Выводы: Данные настоящего исследования показывают, что нарушения сна и ГБ — две взаимосвязанные патологии, которые, в конечном счете, формируют порочный круг и значительно уси-

ливают прогрессирование друг друга.

0788 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РОССИЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Трунина Т.П., Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Симагина И.В., Гиривенко А.И., Юдина Г.Н., Дьячкова О.Н., Лазуткина Г.П.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова»; МУЗ ГКБ № 11, Рязань, Россия

Цель: оценить эффективность использования Российских рекомендаций по лечению фибрилляции предсердий (ФП) в условиях многопрофильного стационара по данным двухлетнего наблюдения (2005, 2006 годы).

Результаты: В структуре заболеваемости за эти годы ФП составила в среднем 24,2%. Большинство случаев (82%) приходится на возраст от 60 до 82 лет. В сравнении с 2005 годом при формулировке диагноза использовалась современная классификация ФП. В большинстве случаев ФП (94%) развивалась у больных с ИБС в сочетании с гипертонией. Обследование больных максимально ориентировано на выявление этиологического фактора ФП (ЭКГ, Эхо-КГ, анализ ЭКГ по Холтеру, исследование функции и морфологии щитовидной железы, надпочечников и т.д.). Процент охвата Эхо-КГ пациентов в 2006 году составил 64%, по сравнению с 42% в 2005 году. УЗИ исследование щитовидной железы по данным за 2006 год составило 28%. Резко возрос процент пациентов с холтеровским обследованием, особенно при пароксизмальных формах ФП и сложных нарушениях ритма. Не применяется агрессивная тактика при нетяжелых и спонтанно купирующихся приступах ФП. При впервые возникших пароксизмах и у больных с минимально выраженной симптоматикой лечение направлено на коррекцию этиологического фактора и профилактику тромбоэмболических осложнений. Превентивная терапия назначается при частых и тяжелых приступах аритмии. Однако сохраняется преимущественно эмпирический подбор антиаритмиков. Наиболее часто применяется кордарон как препарат с доказанной эффективностью, однако при его длительном приеме не всегда учитываются нарушения со стороны щитовидной железы. В 4 случаях мы имели случаи развития кордарон-индуцированного тиреотоксикоза. При перманентной форме ФП предпочтение отдается тактике урежения ритма. Назначение с этой целью кордарона значительно снизилось (15% — в 2005 году, 8% — в 2006). Достаточно редко назначается соталол и пропафеном. Антикоагулянты и дезагреганты назначались практически всем пациентам. 64% больных в комбинированной терапии получали статины. Наибольшее затруднение вызывает решение вопроса о купировании брадисистолической формы аритмии. Ограничено применение электрической кардиоверсии, недостаточно активно используются расширившиеся возможности кардиохирургии. Количество случаев повторных госпитализаций составило 8%, причиной послужило возобновление воздействия провоцирующих факторов (чаще прием алкоголя и стрессы), несоблюдение врачебных рекомендаций.

Выводы: внедрение в практику рекомендаций на основании принципов доказательной медицины привело к положительным сдвигам: ориентация на этиологический фактор аритмии, полное комплексное обследование пациентов, соблюдение правильной тактики терапии различных форм ФП, применение современных рекомендованных препаратов. Дальнейшее использование высоких технологий позволит значительно улучшить лечение ФП.

0789 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Тугев А.В., Аршин Е.В., Кошурникова Е.П., Зубова М.Д.

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

Цель: определить прогностическое значение нейроциркуляторных, психосоматические нарушений на основные характеристики заболеваний у больных артериальной гипертензией в сочетании с ревматоидным артритом.

Методы: Обследовано 257 больных, женщин, в возрасте 45-65 лет: 112 больных РА с АГ, 105 больных РА, 40 больных АГ. Контрольную группу составили 30 здоровых, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование вегетативной дисфункции (ВД) проведено в соответствии с рекомендациями Республиканского центра патологии ВНС ММА им. И. М. Сеченова. Экспериментально-психологическое исследование общих умственных способностей проведено с помощью Миннесотского анкетного теста многостороннего исследования личности (МИЛ) в модификации Ф.Б. Березина и соавт., 1976 г.; теста-TMT (Trail Making Test), теста Спилбергера и шкалы Цунга (Zung W.W.K., 1965).

Результаты: Среди всех проанализированных показателей, наиболее значимое влияние на формирование высокого сердечно-сосудистого риска оказали: ИН (Se-76,7, Sp-73,2, PPV – 49%, NPV – 78,2), АМо (Se-73,9, Sp-76,2, PPV – 50%, NPV – 77,6%), TMT (Se-60%, Sp-70,7%, PPV – 46,7%, NPV – 72,5), ЛТ (Se-50%, Sp-81,4%, PPV – 48,6%, NPV – 72,6%). Среди проанализированных 96 показателей для прогнозирования высокой степени активности наилучшие характеристики выявлены у TMT (Se-58%, Sp-76,7%, PPV – 93%, NPV – 47%).

Выводы: Предложенные прогностические показатели, вычисленные из параметров вегетативной дистонии и психической сферы, позволят с высокой чувствительностью и специфичностью предсказывать неблагоприятное течение ревматоидного артрита и артериальной гипертензии у больных с сочетанной патологией.

0790 ВКЛАД ОСНОВНОГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ И ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО РОСТОВОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИЕ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Тундыбаева М.К., Джусупов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: определить характер связи сыровоточных концентраций трансформирующего ростового фактора-β¹ (ТРФ-β¹) и основного фактора роста фибробластов (ФРФ) со структурно-функциональным состоянием левого желудочка (ЛЖ) и церебральных сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: Обследовано 18 здоровых добровольцев (контрольная группа) и 68 больных АГ II-III степени, среднего и высокого риска (основная группа), сопоставимых по возрасту и полу. Комплексное эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате «Vivid 3» фирмы General Electric по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). За нормальные значения индекса массы миокарда принимали менее 134 г/м² для мужчин и менее 110 г/м² для женщин. Ультразвуковое исследование мозговых сосудов проводили на аппарате «Vivid 3» с использованием датчиков 2,5 и 7,5 МГц. Оценивали: пульсаторный (Pi) и резистивный (Ri) на уровне средней мозговой артерии (СМА) и внутренней сонной артерии (ВСА). Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии проводили в зоне ее бифуркации по задней стенке. Уровень ТРФ-β¹ и ФРФ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (оригинальными наборами фирмы «Biosource»). Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как M±m.

Результаты: Выявлено достоверное увеличение содержания активной формы ТРФ-β¹ и ФРФ в сыворотке крови у больных АГ по сравнению с контрольной группой (соответственно 82,4±4,8 и

42,6±4,8, p<0,05; 15,8±2,8 и 2,5 ±0,8, p<0,01). Уровень ТРФ-β¹ при АГ коррелировал с ММЛЖ (r=0,418; p=0,02), а также с ТКИМ сонных артерий (r=0,362; p=0,03). Концентрация основного ФРФ достоверно коррелировало с ТКИМ сонных артерий (r=0,425; p=0,023) и резистивным индексом ВСА, соответственно r=0,468; p=0,025. У здоровых лиц корреляция между уровнем ростовых факторов и структурно-функциональным состоянием сердца и церебральных сосудов не установлено. По данным ЭХОКГ больные АГ были разделены на 2 подгруппы: 1- пациенты АГ без гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) и 2- больные АГ с ГЛЖ, при анализе структурно-функционального состояния церебральных сосудов выявлено достоверно большее значение ТКИМ у пациентов с ГЛЖ, соответственно 1,08±0,05 и 0,91±0,03, p<0,01. При анализе сыровоточного содержания ростовых факторов в подгруппах больных АГ, выявлено достоверное повышение концентрации ТРФ-β¹ у пациентов с ГЛЖ по сравнению с данными 1 подгруппы, уровень ФРФ был сопоставим в обеих подгруппах.

Вывод: Установлен достоверно более высокий уровень концентрации трансформирующего ростового фактора-β¹ и основного фактора роста фибробластов у больных АГ, особенно с выраженными структурно-функциональными изменениями сердца и церебральных сосудов. Выявлено участие трансформирующего ростового фактора-β¹ (ТРФ-β¹) и основного фактора роста фибробластов в патогенезе структурных изменений сердца и сосудов.

0791 КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ: ВАРИАНТЫ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО ДЕФИЦИТА

Тундыбаева М.К., Джусупов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить характер структурно-функциональной дезадаптации левого желудочка у больных артериальной гипертензией (АГ) с различными клиническими формами цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ).

Материал и методы: Обследовано 64 пациента обоего пола, 1 группа – 24 больных АГ II- III степени (средний возраст 51, 8±4,7 г.) среднего и высокого риска, без клинко-инструментальных признаков ЦВЗ; 2 группа – 22 больных АГ II -III степени (средний возраст 49,6 ± 5,4 г.), среднего и высокого риска, с гипертонической энцефалопатией (ГЭ) I-II стадии (классификация НИИ неврологии АМН, 1985); 3 группа- 18 больных АГ II - III степени (средний возраст 54,2 ± 4,4 г.), перенесшие ишемический инсульт (ИИ). Обследование пациентов включало исследование соматического, нейропсихологического и ангиологического статуса. Комплексное эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате «Vivid 3» фирмы General Electric по методике Американской ассоциации эхокардиографии (ASE). Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как M±m.

Результаты: При анализе структурного состояния левого желудочка (ЛЖ) у больных АГ с различными формами ЦВЗ в целом по группам установлены, не значимые различия индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у пациентов 1 и 2 групп, у больных АГ, перенесших ИИ, выявлено достоверное повышение ИММЛЖ, по сравнению с показателями пациентов без ЦВЗ (103,2±12,5, 107,3±16,6, 131,2±18,7, P1-2=0,22, P1-3=0,004). Индекс относительной толщины стенок ЛЖ (2H/D) был значимо выше также у больных с ИИ. В целом по группам гипертрофия ЛЖ носила эксцентрический характер в 3 группе наблюдения, у пациентов без ЦВЗ – нормальная геометрия ЛЖ, у больных с ГЭ – изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки. При анализе распределения больных в каждой группе наблюдения в зависимости от типа геометрии ЛЖ установлено, в 1 группе наблюдения преобладали лица с нормальной геометрией ЛЖ (88,5%), изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки (4,5%), концентрическое ремоделирование (3,8%), концентрическая ГЛЖ (2,2%), эксцентрическая ГЛЖ (1%). Во 2 группе

— пациентов с нормальной геометрией ЛЖ (65,5%), изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки (12,5%), концентрическое ремоделирование (14,8%), концентрическая ГЛЖ (4,8%), эксцентрическая ГЛЖ (2,4%) ($\chi^2=12,46$, $p=0,025$, в сравнении с 1 группой). В 3 группе — в большей степени преобладала гипертрофия ЛЖ (64,5%), при следующем распределении больных с концентрической ГЛЖ (29,5%) и эксцентрической ГЛЖ (35%), без ГЛЖ варианты ремоделирования составили нормальное (25,7%), концентрическое (5,2%), изолированная гипертрофия ЛЖ (4,6%) ($\chi^2=20,25$, $p=0,002$, в сравнении с 1 группой).

Вывод: Развитие цереброваскулярного дефицита у больных АГ сопровождается прогрессирующей патологической трансформацией морфофункционального состояния миокарда, что обусловлено единым процессом гипертонического ремоделирования.

0792 ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ, ПРОДУКТОВ ИХ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ И МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Тундыбаева М.К., Джусупов А.К.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить особенности липидного спектра, сывороточной концентрации продуктов перекисного окисления липидов и молекул средней массы у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) с «малым», «большим» ишемическим инсультом (ИИ), как проявление кардиоцеребральной патологии.

Материал и методы: Обследовано 68 пациентов с гипертрофией левого желудочка (индекс массы миокарда ЛЖ для мужчин >134 г/м², для женщин >110 г/м²), всем больным проводили эхокардиографию и магнитно-резонансную томографию (МРТ) (Magnetom-OPEN, "Siemens AG", Германия). По данным МРТ-сканирования сформированы: 1 группа — 26 больных АГ II-III степени (средний возраст $48,6 \pm 5,7$ г) без клинико-инструментальных признаков локального повреждения головного мозга; 2 группа — 23 больных АГ II-III степени (средний возраст $51,6 \pm 4,4$ г), с МРТ признаками лакунарного инфаркта («малый» ИИ); 3 группа — 19 больных АГ II-III степени (средний возраст $54,2 \pm 4,4$ г), с МРТ-признаками церебрального инфаркта («большой» ИИ). Сывороточные липиды определялись с помощью унифицированных энзиматических калориметрических методик. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), как продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли спектрофотометрическим и спектрофлуориметрическим методом соответственно. Среднюю молекулярную массу пептидов плазмы крови определяли методом гельпроникающей хроматографии.

Результаты: У больных АГ с ростом ИММЛЖ отмечается увеличение степени поражения мозга, с наибольшим значением у пациентов с «большим» ИИ (соответственно $126,6 \pm 8,3$, $138,4 \pm 7,2$ и $148,6 \pm 6,2$, $p_{1-2}=0,29$, $p_{1-3}=0,03$). Анализ показателей липидного спектра показал, что при сопоставимых значениях общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотности (ЛПВП) в опытных группах, у пациентов, как с «малым», так и с «большим» ИИ наблюдалось значимое повышение уровня триглицеридов (ТГЛ), по сравнению с больными АГ без церебральной патологии ($1,58 \pm 0,02$ ммоль/л, $2,2 \pm 0,01$ ммоль/л, $2,75 \pm 0,03$ ммоль/л, $p_{1-2}=0,02$, $p_{1-3}=0,003$). Вместе с тем, содержание продуктов перекисидации были достоверно повышены только в 3 группе (наблюдение относительно показателей 1 группы (соответственно ДК $22,5 \pm 1,2$ мкмоль/л и $18,24 \pm 0,8$ мкмоль/л, $p_{1-3}=0,002$; МДА $4,65 \pm 0,6$ мкмоль/л и $1,5 \pm 0,05$ мкмоль/л, $p_{1-3}=0,001$). Сравнение концентрационного перераспределения МСМ у больных АГ выявило, что у больных «большим» ИИ происходит увеличение фракции D с мол. м. 3100 Да и в большей степени фракции F (2600 Да), у пациентов с лакунарным инсультом выявлено только значимое повышение фракции F (2600 Да).

Вывод: У больных АГ более глубокое поражение головного мозга ассоциируется с ростом гипертрофии ЛЖ, эти процессы протекают параллельно с накоплением МСМ и пероксидов в крови, которые определяют глубину вторичных патохимических изменений в тканях головного мозга и сердца.

0793 ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРЮШНОТИФОЗНОГО МИОКАРДИТА

Турдыев Х.И., Хикматов Р.И., Каюмов И.Н.

ЦРБ, Гиссар, Таджикистан

Цель: уточнить клинические проявления миокардита при брюшном тифе в период его эпидемиологической вспышки.

Методы: осуществлено клиническое изучение течения заболевания у 485 больных брюшным тифом. Из них мужчин было 236, женщин — 249. В возрасте 15-24 лет было 117 больных, 25-29 лет — 138 больных, 30-39 лет — 21 и в возрасте 60-68 лет наблюдалось 4 больных. Течение болезни осложнилось миокардитом у 42-х больных (8,7%): мужчин — 19 (8,0%), женщин — 23 (9,2%). В возрастном диапазоне 20-29 лет было 27 больных (64,3%), 30-39 — 8 (19,0%), 40-49 — 5 (11,9%) и 50-59 лет — 2 больных (4,8%).

Результаты: основной причиной присоединения брюшнотифозного миокардита оказалась поздняя обращаемость больных (в среднем на $7 \pm 2,3$ дни от момента заболевания), отсутствие адекватного лечения, а также рецидивирующее течение, наличием микс-инфекций и ассоциированных клинических состояний: выраженная анемия, гиповитаминоз, гипопропротеинемия. Клинические проявления миокардита чаще обнаруживали манифестацию симптомов лишь на 10-16 сутки от начала развития лихорадочного периода брюшного тифа. Наиболее частыми клиническими симптомами при брюшнотифозном миокардите были: сердцебиение у 42 больных (100%), выраженная слабость и утомляемость у 36 больных (85,7%) одышка — у 31 (73,8%), повышенная потливость у 17 больных (40%), нарушение ритма сердца у 15 (35,7%), боли в левой половине грудной клетки у 12 больных (25%). Брюшнотифозный миокардит сопровождался снижением как систолического, так и диастолического артериального давления (АД). Систолическое АД на уровне 100 мм рт.ст. и ниже наблюдалось у 26 больных (61,9%), снижение диастолического уровня АД до 60 мм рт.ст. и ниже у 35 больных (83,3%). Перкуторно обнаруживалось смещение границ относительной сердечной тупости на 0,5-2,0 см влево и на 0,5-1,0 см вправо. Аускультативно отмечались приглушенность тонов сердца, тахикардия, ритм галопа, аритмии, систолический шум.

Выводы: наиболее частыми проявлениями миокардита при брюшном тифе являются следующие субъективные и объективные симптомы: тахикардия, одышка, нарушение ритма сердца, кардиомегалия I-II степени, боли в левой половине грудной клетки, ослабление тонов сердца, ритм галопа, систолический шум на верхушке, уплотнение верхушечного толчка и снижение артериального давления на фоне имеющейся лихорадки.

0794 АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Тюкалова Л.И., Видишева О.Н., Пермякова О.В., Попов С.В.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить сравнительную безопасность и эффективность антикоагулянтов непрямого действия (АНД) фенилина и варфарина на этапе амбулаторно-поликлинической реабилитации у больных с рецидивирующей ТЭЛА на фоне имплантированных электрокардиостимуляторов.

Методы: в исследование включено 50 больных (средний возраст $56,3 \pm 2,1$) ИБС с имплантированными ЭКС, осложненной немассивной, рецидивирующей ТЭЛА. Больные были рандомизированы на две группы: I группа (n=30) получала варфарин в дозе 3,75-5 мг в сутки; II группа (n=20) получала фенилин в дозе 45 мг в сутки. По длительности ИБС, продолжительности време-

ни после имплантации ЭКС, наличие сопутствующей патологии группы не различались. У всех пациентов исходно изучали показатели гемостаза, проводилась скintiграфия легких. Конечные точки определялись через 3 и 6 месяцев.

Результаты: На фоне лечения АНД как I, так и во II группах отмечалось улучшение показателей гемостаза: снижение до нормальных значений показателей ортофенантролинового теста, общего фибриногена, переход положительного этанолового теста в отрицательный, МНО был равен 2,5.

По результатам скintiграфии легких в I группе отмечено восстановление кровотока в большинстве сегментов легких, в которых ранее были выявлены очаги гипо- или аперфузии. Во II группе в 14 из 20 случаев (70%) наблюдалось восстановление кровотока в одних сегментах легких, но в тоже время появление с течением времени новых очагов гипо- или аперфузии, что было связано с рецидивирующей ТЭЛА. В I группе это было отмечено лишь в 4 случаях и в 4 случаях — отсутствие динамики легочной перфузии на основании контрольной скintiграфии легких, которая проводилась через 6 месяцев. В I группе больных наблюдалось улучшение течения респираторного синдрома, что проявлялось значительным уменьшением одышки, а в некоторых случаях — полным ее исчезновением. В то же время во II группе течение одышки имело волнообразный характер (усиление, уменьшение). Геморрагические осложнения в виде носовых кровотечений, кровоточивости десен, геморагий на коже отмечены в I группе при МНО — 2,5, но их выраженность была незначительной и не требовала коррекции дозы. В единственном случае развилось почечное кровотечение при МНО — 4,2 (больной длительное время не контролировал показатель МНО), АНД был отменен. Во II группе геморрагические осложнения не отмечались.

Заключение: лечение больных ИБС с имплантированными электрокардиостимуляторами, осложненными немассивной, рецидивирующей ТЭЛА, АНД устраняет клинические синдромы, характерные для немассивной ТЭЛА, в данном случае респираторный синдром, что клинически проявляется значительным уменьшением и/или исчезновением одышки (в 68%), скintiграфически улучшением легочной перфузии (в 56%), нормализацией показателей гемостаза (в 72%). Эффективность варфарина выше фенилина, но лечение варфарином чаще сопровождается геморрагическими осложнениями и требует более тщательного контроля дозы антикоагулянта и значений МНО.

0795 К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Тюкалова Л.И., Видишева О.Н., Саушкина Е.А., Пермякова О.В., Попов С.В.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить «маски» немассивной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов ишемической болезнью сердца с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС).

Материалы и методы: В исследование включены 115 пациентов ИБС с имплантированным ЭКС и диагностированной ТЭЛА (1-ая группа) и 32 пациента без ЭКС с диагностированной ТЭЛА (2-ая группа). В 1-ой группе средний возраст составлял $54,3 \pm 1,4$ лет, во 2-ой группе — $57,4 \pm 1,2$. У всех пациентов проводилась перфузионная скintiграфия легких, при этом данные сопоставляли с рентгенологической картиной. В оценке результатов скintiграмм использовали критерии исследовательской группы RIOPEP.

Результаты: При анализе полученных данных выявлено, что у пациентов с ТЭЛА в обеих подгруппах практически одинаковое (достоверно не отличающееся) соотношение больных с выраженными, типичными и нетипичными симптомами, а также больных, у которых была больше вероятность альтернативного диагноза на этапе клинической оценки. Если вероятность альтернативного диагноза на этапе клинической оценки выше, а

ТЭЛА все-таки диагностирована, то данная ситуация обозначает, что ТЭЛА скрывалась под «маской» другого диагноза. Среди 31 (27%) человек 1-ой группы у 16 человек данным диагнозом являлась ХОБЛ, у 3 пациентов — пневмония, у 9 — ИБС и хроническая сердечная недостаточность, и у 3 пациентов — синдром ЭКС. Во 2-ой группе ТЭЛА скрывалась под «маской» альтернативного диагноза у 7 (22%) человек, причем у 4 пациентов данным диагнозом являлась ХОБЛ, и у 3 — ИБС, ХСН.

Заключение: Таким образом, трудности диагностики связаны с полиморфизмом клинических проявлений, особенно при немассивных и рецидивирующих формах. В практической работе, даже при достоверной верификации диагноза, объясняющего респираторные и кардиальные симптомы у пациентов с ЭКС, всегда нужно учитывать возможность существующей наряду с основным диагнозом еще и ТЭЛА.

0796 КЛИНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, КОРРИГИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Тюкалова Л.И., Видишева О.Н., Саушкина Е.А., Попов С.В.
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: определить клиническую вероятность немассивной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с синдромом слабости синусового узла, корригированным электрокардиостимулятором (ЭКС).

Материалы и методы: Клиническое наблюдение проводилось за 56 пациентами (средний возраст $57,4 \pm 2,0$ лет) с СССР и имплантированными ЭКС, из них 37 мужчин, 19 женщин. Всем пациентам проводили перфузионную скintiграфию легких, обзорную рентгенографию органов грудной клетки, и при необходимости — спиральную компьютерную томографию, вентиляционную скintiграфию. В оценке результатов радиологических исследований использовали критерии RIOPEP. При этом данные радионуклидного исследования легких сопоставляли с рентгенологической картиной, либо СКТ, а также использовали предложенный нами способ диагностики клинической вероятности тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с синдромом слабости синусового узла, корригированным электрокардиостимулятором. Сущность способа заключается в том, что наличие меньшей вероятности альтернативного диагноза оценивают в 3 балла, наличие кровохарканий оценивают в 1 балл, причём дополнительно оценивают в баллах наличие следующих признаков: 2 и более типичных для ТЭЛА респираторных или кардиальных симптома, что соответствует 3 баллам, появление на ЭКГ признаков фибрилляции предсердий, что соответствует 1,5 баллам, имплантация ЭКС в предшествующие 6 месяцев, что соответствует 1 баллу, тромбоз вен верхней конечности после имплантации ЭКС, что соответствует 1,5 баллам, СССР II типа, что соответствует 1 баллу, однокамерная желудочковая стимуляция (VVI), что соответствует 1 баллу, один или несколько факторов риска, что соответствует 1 баллу. После чего проводят подсчет суммы баллов, и при сумме баллов более 6 определяют высокую, от 2 до 6 баллов — умеренную и менее 2 баллов — низкую клиническую вероятность тромбоэмболии легочной артерии.

Результаты: При анализе полученных данных выявлено, что из 56 наблюдаемых пациентов 41 имеет умеренную, а 15 высокую клиническую вероятность ТЭЛА по предлагаемому способу. У больных с СССР диагноз ТЭЛА подтверждался при высокой клинической вероятности у 14 человек из 15 (93%), а при умеренной — у 29 из 41 (73%).

Заключение: Таким образом, предлагаемый способ позволяет с наибольшей точностью диагностировать клиническую вероятность тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с синдромом слабости синусового узла, корригированным электрокардиостимулятором, что является важным для повышения качества и продолжительности жизни и проведения наиболее адекватных и своевременных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у этой категории больных.

0797 МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ГЕНЕРАТОРА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ

Угнич К.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель: по данным поверхностного электрокардиографического картирования (ПК) разработать модель биоэлектрического генератора сердца, предназначенную для решения обратной электродинамической задачи.

Методы: двухэтапная процедура построения пространственно-временной модели кардиоэлектрического генератора. Для построения пространственной модели генератора использовался метод аппроксимации потенциала для картирования кардиоэлектрического поля, основанный на разложении потенциала в ряд пространственных сферических функций до 3-го порядка, приспособленных к асимметричному расположению сердца в грудной клетке и форме поверхности, ограничивающей ее как объемный проводник. Рассматриваемый метод пространственной аппроксимации потенциала базируется на физических закономерностях, связывающих потенциал в разных точках поверхности тела. Общепринятая физико-математическая трактовка заключается в том, что электрический генератор сердца описывается конечным набором изменяющихся во времени характеристик, или компонент генератора, связанных линейными соотношениями с поверхностным потенциалом. В связи с чем существует возможность построения модели зависимости этого потенциала от времени (т.е. динамической модели кардиогенератора). При этом изменение параметров пространственной модели во времени можно описать многомерным процессом авторегрессии. Рассматриваемый подход основан на идее взаимосвязи авторегрессивных моделей с динамическими системами, описывающими исследуемые процессы — в данном случае эволюцию электрофизиологических процессов в сердце. Однако стандартные методы оценивания параметров многомерной авторегрессии типа МНК неприменимы. В связи с тем, что в настоящее время получили развитие нелинейные методы на основе критерия типа отношения двух квадратичных форм оценки параметров авторегрессии, данный подход был использован в настоящем исследовании. Это позволило решить задачу построения динамической модели кардиогенератора на основе специально разработанного нелинейного МНК.

Результаты: на первом этапе получена модель электрической стенки желудочков сердца и соответствующий ей эквивалентный генератор, который в этот период создает электрический процесс в миокарде в виде двойного слоя источников тока, с приблизительно постоянной плотностью дипольного момента. На втором этапе получена модель эволюции системы (в данном случае генератор и его поле) с дискретным временем, являющаяся последовательной реконструкцией будущих электрофизиологических процессов в сердце на основе его биоэлектрической активности, что позволяет своевременно выявлять признаки электрофизиологического ремоделирования миокарда (ЭРМ) и прогнозировать развитие угрожаемых для жизни аритмий.

Выводы: клиническая апробация и экспериментальное тестирование математической модели кардиоэлектрического генератора показали целесообразность ее использования в кардиологической практике при проведении ПК в сочетании с биофизическими методами диагностического анализа при решении обратной электродинамической задачи.

0798 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Удовиченко И.А., Суханова Г.И., Фартакова В.П., Жданова И.Н., Бойко О.И., Ермолаева Н.А., Гонохова В.А.

Кафедра госпитальной терапии ВГМУ, санаторий «Амурский залив», Приморский краевой диагностический центр №1, поликлиника ГУЗ ГВБ, Владивосток, Россия

Цель исследования: изучение характера, частоты встречаемости нарушений ритма и проводимости сердца у пациентов с дисфункцией синусового узла (СУ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 23 больных в возрасте от 36 до 72 лет (12 женщин и 11 мужчин) с нарушением функции СУ. Помимо общеклинического обследования проводилось суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) на аппарате «Кардиотехника — 4000» («ИНКАРТ», Санкт-Петербург).

Полученные результаты. В результате обследования установлено, что у каждого больного имелось несколько электрокардиографических проявлений дисфункции СУ (от двух до пяти симптомов).

Методом СМЭКГ в обследуемой группе выявлены следующие нарушения ритма и проводимости сердца:

1. Эпизоды выраженной синусовой брадикардии, брадикардии в период бодрствования менее 50 ударов в минуту диагностированы у 22 (95,7%) из 23 обследованных, минимальная ЧСС — 36 ударов в минуту.

2. Синдром «тахикардии-брадикардии» имел место у 15 (65,2%) больных. Пароксизмы фибрилляции предсердий выявлены у 8, наджелудочковой тахикардии — у 5 больных. У 2-х больных наблюдалось и то и другое.

3. Паузы более 2000мс зарегистрированы у 6 (26,1%) больных, максимальная — 2804 мс, до 22 пауз за сутки.

4. Миграция водителя ритма по предсердиям отмечена у 5 (21,7%) больных, до 47 эпизодов за сутки.

5. Синоатриальная блокада II степени выявлена у 9 (39,1%) больных. Регистрировались паузы до 2070мс и до 915 выпадений комплексов QRS за сутки.

6. Короткий эпизод замещающего идиовентрикулярного ритма (4 комплекса QRS) зафиксирован у одного (4,3%) больного.

7. Одиночные выскальзывающие комплексы из атриовентрикулярного соединения имели место у 4-х (17,4%) больных;

8. Постэкстрасистолическое угнетение СУ отмечено у 3-х (13%) больных с максимальной паузой до 2539 мс.

Частота ишемической болезни сердца, как причины дисфункции СУ, в обследуемой группе составила 91,3% (21 больной), в 2-х случаях (8,7%) имело место идиопатическое поражение СУ. Основными клиническими проявлениями были легкое головокружение, слабость, перебои в работе сердца (15 больных — 65,2% случаев). У 3-х (13,1%) больных клинические проявления дисфункции СУ отсутствовали. В 21,7% случаев (у 5 больных) наблюдались приступы Морганьи-Адамса-Стокса.

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают высокую информативность СМЭКГ в диагностике нарушений функции СУ. Выявление различных проявлений дисфункции СУ играет важную роль в определении тактики лечения и профилактике внезапной смерти в этой группе больных.

0799 ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СКОРОСТИ Na^+-Li^+ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА И МИКРОВЕЗИКУЛЯЦИИ, КАК ПЕРВОГО ЭТАПА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ульянина Е.В., Зубаиров Д.М., Мустафин И.Г., Ослопов В.Н.

ГОУ ВПО Казанский ГМУ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Казань, Россия

Цель: сравнить активность микровезикуляции у здоровых людей и больных артериальной гипертензией (АГ) и изучить взаимосвязь микровезикуляции с величиной скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта ($V_{\text{Na}^+-\text{Li}^+}$ -ПТ).

Методы: обследовано 46 человек: 29 здоровых человека и 17 больных артериальной гипертензией (АГ) II стадии, получающих комбинированную лекарственную терапию. Микровезикуляция (М) исследовалась по активности 5'-нуклеотидазы (5'-н) и с помощью проточной цитофлуориметрии, $V_{\text{Na}^+-\text{Li}^+}$ -ПТ — по

M.Canessa (1980). Результаты V Na+-Li+-ПТ оценены сравнением средних величин и при помощи квартильного анализа. Границы квартилей (К) для русско-татарской популяции определены В.Н. Ослоповым с соавт. (2004): I К — 38-203, II К — 204-271, III К — 272-345, IV К — 346-730 мкмоль Li/l клеток в час (мкМЛi).

Результаты: среднее значение 5'-нуклеотидазы у здоровых — 17,3 ед/л, у больных АГ — 22,40 ед/л. Среднее количество микровезикул в 1 мкл плазмы у здоровых составило 57946, у больных АГ — 60892. Средняя величина V Na+-Li+-ПТ у здоровых — 262±80 мкМЛi, у больных АГ — 370±126 мкМЛi. Таким образом, имеется тенденция к возрастанию процессов М и увеличению активности 5'-н у больных АГ по сравнению со здоровыми. Распределение по квартилям следующее: у больных — в I К — 1 человек (Ч), во II К — 3 Ч, в III К — 3 Ч, в IV К — 10 Ч; у здоровых — в I К — 6 Ч, во II К — 10 Ч, в III К — 9 Ч, в IV К — 4 Ч. Проанализировав средние величины 5'-н у здоровых людей в зависимости от квартильной принадлежности по V Na+-Li+-ПТ, было обнаружено, что средняя величина 5'-н здоровых лиц, принадлежащих к I К — 10,60 ед/л, II К — 18,85 ед/л, III К — 18,81 ед/л, IV К — 20,62 ед/л. Таким образом, почти двукратное увеличение среднего значения 5'-н можно наблюдать у лиц, имеющих V Na+-Li+-ПТ больше 204 мкМЛi.

Выводы:

1) Обнаружена тенденция к возрастанию процесса микровезикуляции и увеличению активности 5'-н у больных АГ по сравнению со здоровыми людьми.

2) У лиц — носителей величин V Na+-Li+-ПТ выше 204 мкМЛi (лица II-IV К) процесс микровезикуляции в 2 раза активнее, чем у лиц — носителей величин V Na+-Li+-ПТ I квартиля (38-203).

3) В связи с тем, что, согласно теории непрерывного свертывания крови Д.М. Зубаирова, микровезикуляция является первым этапом в процессе свертывания крови, то обнаружение возрастания процессов микровезикуляции у указанной категории лиц (особенно с учетом V Na+-Li+-ПТ) позволяет относить их к имеющим повышенный риск тромбообразования.

0800 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Уметов М.А., Инарокова А.М., Бриттов А.Н., Дидигова Р.Т., Нирова М.А. Имагожева М.Я., Мусиева Х.З.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. М.Х.Бербекова, медицинский факультет, Нальчик, Россия

Цель: изучить роль гормональных и иммунных нарушений в этиопатогенезе метаболического синдрома (МС).

Методы: обследованы мужчины, в возрасте 30-59 лет (средний возраст 53,4±4,2 лет), страдающие мягкой и умеренной АГ для выявления у них полного МС или его компонентов. Использован стандартный опросник для выявления основных неинфекционных заболеваний, разработанный ГНИЦ ПМ МЗ РФ, проводились антропометрия, измерение АД, ЧСС, ЭКГ покоя в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование, психофизиологическое исследование (ВР), измерение биопотенциалов по Р.Фоллю и тестирование по методике «САН». Определялись уровень глюкозы, иммунореактивного инсулина, С-пептида, общего холестерина и его фракции, АКТГ, кортизола, тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), гормонов щитовидной железы (Т3 общий и свободный, Т4 общий и свободный), антитела к тиреальной пероксидазе (Анти-ТПО), к тиреоглобулину (Анти-ТГ), лептин, резистин, фибриноген, ФНО-α, интерлейкин 1-β и интерлейкин-6, С-реактивный белок (СРБ).

Результаты: У мужчин, страдающих МС на фоне избыточной массы тела (ИМТ) имеет место гиперпродукция лептина, резистина и провоспалительных цитокинов, имеющая первичный характер относительно гиперинсулинемии и усиливающаяся по мере накопления компонентов синдрома. У больных АГ, ассоциированной с МС, имеет место гиперпродукция лептина, резистина и провоспалительных цитокинов, усиливающаяся по мере увеличения ИМТ. Уровни лептина и резистина тесно коррелируют с САД, антропометрическими и психофизиологическими показателями, параметрами углеводного, липидного обмена, АКТГ,

кортизолом, гормонами щитовидной железы, провоспалительными цитокинами, белками острой фазы и показателями клеточно-гуморального иммунитета. Увеличение ИМТ и количества компонентов МС у обследованных нами больных сопровождается прогрессирующей гиперлипидемией, гиперпродукцией АКТГ, кортизола и субклиническим нарушением функции щитовидной железы (у 76% пациентов) по типу СЭП-1 с нормальным уровнем Т4 и сниженным уровнем Т3. У обследованных пациентов при увеличении ИМТ и уровня лептина наблюдался рост уровней АД, симпатикотонии, ухудшение операторских функций и психологического состояния, достигавшее максимального уровня у мужчин с ожирением и нарушением толерантности к глюкозе. У мужчин с ИМТ>29,9 кг/м² и углеводными нарушениями имеет место метаболическая иммунодепрессия и свидетельства в пользу хронического воспалительного процесса у больных МС.

Выводы: При обследовании больных АГ для ранней диагностики МС, наряду с инсулин-глюкозными и липидными параметрами целесообразно исследовать уровни лептина и показатели клеточно-гуморального иммунитета тестами первого уровня, включающими оценку содержания лимфоцитов и их субпопуляций, иммуно-регуляторного индекса, субклассов иммуноглобулинов и ЦИК.

0801 ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Умникова М.В., Киреева Н.В., Табашикова С.В., Федорова Е.В., Архипов М.В., Черемхин К.Ю., Кругликова А.В., Зотов А.В., Михайлова Е.В., Власов А.А.

Уральская Государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия; Областная клиническая больница, Диагностический центр, Челябинск, Россия; Медицинский центр, корпорация ДЭНАС МС, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: Большое значение в достижении снижения артериального давления уделяется немедикаментозному лечению, которое может стать первоначальным этапом для пациентов с лабильными формами артериальной гипертонии и снизить фармакологическую нагрузку у больных гипертонической болезнью (ГБ) с высоким риском. Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности динамической электростимуляции (ДЭНС) в комплексном лечении пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы: Метод динамической электростимуляции (регистрационное удостоверение № ФС-2005\004 от 4 МАРТА 2005) — чрескожная электростимуляция, заключающаяся в воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами электрического тока, форма которых зависит от значений полного электрического сопротивления (импеданса) поверхности кожи в подэлектродном участке. Влияние ДЭНС на уровень АД изучалось в течение курса терапии у 50 пациентов контрольной и исследуемой групп (по 25 каждая) с ГБ 2 стадий с помощью суточного мониторирования АД и ЭКГ, оценивалась толерантность к физической нагрузке по данным велоэргометрической пробы.

Результаты: Присоединение к комплексной гипотензивной терапии ДЭНС в исследуемой группе дало снижение среднего АД у 88% пациентов без изменения медикаментозной терапии. А в группе сравнения только у 24% больных наблюдалось дальнейшее снижение АД. На фоне применения ДЭНС — воздействия в течение курса на 56% уменьшились эпизоды различных нарушений ритма (по данным мониторирования ЭКГ), тогда как в контрольной группе только на 24%.

Заключение: Таким образом, при курсовом регулярном применении ДЭНС, можно добиться стойкой стабилизации артериального давления у больных с ГБ 2-3 стадий и снизить фармакологическую нагрузку у ряда пациентов. Кроме того — это профилактика гипертонических кризов, а значит — продление жизни и активное долголетие.

0802 КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Уразова Г.Е., Титова А.А., Бубен С.В., Найденов А.В., Дегтярева А.В.

ГОУ ВПО АГМА, КХЦ ГОУ ВПО АГМА, Благовещенск, Россия

Актуальность. Выявлению и коррекции атерогенных дислипидемий уделяется недостаточное внимание. Фактически в нашей стране гипохолестеринемическая терапия остается основным неиспользованным резервом в решении задач первичной и вторичной профилактики ИБС.

Целью проводимого исследования явилась сравнительная оценка эффективности симвастатина (Симло — Ирса, Индия) и вазилипа на коррекцию атерогенных дислипидемий у больных ИБС.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 52 пациента со стабильной стенокардией напряжения, госпитализированных в стационар в связи с обострением, и получающих стандартную терапию. У всех пациентов проводилось исследование уровня холестерина крови. Пациенты были рандомизированы на три равноценные по полу, возрасту ($51,2 \pm 1,08$), функциональному классу, уровню липидов крови (общий холестерин, липопротеиды низкой плотности) группы. 1 группу (12 человек) составили больные, получающие стандартную терапию, включающую иАПФ, б-блокаторы, аспирин, нитраты. Во второй — (19 человек) получали стандартную терапию + вазилип. В третью группу вошли 21 пациент, которым к стандартной терапии был добавлен симло. Вазилип и симло назначался в стартовой дозе 10 и 20 мг/сут соответственно, с последующей титрацией под контролем уровня липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Целевой уровень не менее 2,6 ммоль/л. Средняя суточная доза вазилипа во второй группе составила $22,5 \pm 3,4$ мг, симло — 20 мг в сутки. Обследование пациентов проводилось до начала приема препарата, через 2, 4, 6 недель.

Результаты. Установлен выраженный гипохолестеринемический эффект симло в дозе 20 мг и вазилипа в дозе от 14,3 до $22,5 \pm 3,4$ мг через 6 недель. К концу исследования — уровень общего холестерина (ОХС) в первой группе составил $6,7 \pm 1,2$ ммоль/л, $4,5 \pm 0,9$ ммоль/л во второй, $4,31 \pm 0,48$ ммоль/л в третьей. Уровень ХС ЛПНП в 1 группе $3,2 \pm 1,05$ ммоль/л, во второй — $2,14 \pm 0,8$ ммоль/л, в третьей — до $2,03 \pm 0,68$ ммоль/л.

Вывод. Полученные данные позволяют сказать, что назначение статинов к стандартной терапии у больных со стабильной стенокардией напряжения, замедляет прогрессирование атеросклероза, за счет коррекции атерогенных дислипидемий. Симло (Ирса, Индия) обладает высокой гипохолестеринемической активностью и широким спектром действия на липиды крови и не уступает по эффективности вазилипу. Его применение позволяет добиться стабильной коррекции дислипидемии с достижением целевых уровней ХС ЛПНП у значительной доли больных.

0803 ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ

Урванцева И.А., Балыкова Л.П., Мигунова С.Г.

Окружной кардиологический диспансер-Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

Во всех цивилизованных странах мира основной причиной смертности взрослого населения считают заболевания сердечно-сосудистой системы.

Только в ХМАО за 2006 год зарегистрировано более 155 тыс. случаев сердечно-сосудистой патологии. Артериальная гипертония в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает 1 место.

ХМАО имеет протяженность 1400 км. Площадь округа составляет 534,8 тыс. кв. км. Эта величина сопоставима с крупнейшими Европейскими государствами — Францией (551 тыс. кв. км) или Испанией (504,9 тыс. кв. км) и составляет 1/5 часть всей Западной Сибири. На территории округа проживали 1 487 448 тыс. человек. В связи с географическими особенностями на территории ХМАО сформировался резко континентальный климат. Период с устойчивым снежным покровом продолжается 180-200 дней

(практически с конца октября и до начала мая).

Перепады атмосферного давления, температуры, влажности воздуха, периоды развития 2-3 балльных электромагнитных бурь — оказывают значимое влияние на развитие артериальной гипертензии.

Только за 2006 год в ХМАО-Югре зарегистрировано 77 821 больных с артериальной гипертензией, из них впервые — 12 632 человек (16%).

Охвачено диспансерным наблюдением — 36 667 человек (91%).

Регулярно проходят диспансерные осмотры 33 251 человек (91%).

Число больных диспансерной группы, которым проведены лечебные оздоровительные мероприятия, в 2006 году увеличилось на 5 372 человека (28%) и составило — 24 415 человек.

Обучение в «школе здоровья» прошли — 5 859 человек, что на 92% больше, чем в предыдущем году и составило 15% от диспансерной группы.

Клинические исходы артериальной гипертензии в виде ремиссии, компенсации функции и улучшения состояния (от числа больных состоящих на «Д» учете) выросли с 75% в 2005 году до 81% в 2006 году.

Прогрессирование заболевания наблюдалось у 1280 человек (3%).

Отсутствие эффекта лечебных мероприятий не отличалось от показателей 2005 года и составило — 3%.

Летальные исходы зарегистрированы в 282 случаях — 0,76%.

Основной причиной снятия с «Д» учета в ХМАО остается смена места жительства (миграция населения) и составляет 53% от всех причин.

0804 ВНУТРЕННЯЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Изучение влияния внутренней терапии гелио-неоновым лазером заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Методы: Лечение проводилось установкой «Луч-1» с длиной волны 0,63 мкм, мощностью излучения 10,0 мвт, продолжительностью 30 минут. Курс терапии составлял 10 процедур. Эффективность метода определялась суточной потребностью нитроглицерина, показателями свёртывающей системы крови (увеличение времени свёртывания крови, времени рекальцификации плазмы, толерантности плазмы к гепарину, уменьшение концентрации фибриногена), уровнем артериальной гипертензии.

Результаты: Повышенный интерес к лазерной терапии обусловлен всё возрастающей лекарственной аллергизацией населения, привыканием к медикаментозным препаратам, что требует поиска новых способов патогенетического воздействия на организм пациента. Достаточно высокая терапевтическая эффективность низкоинтенсивного лазерного излучения служит весьма веским аргументом в пользу перспективности её развития.

Низкоинтенсивное лазерное излучение является неспецифическим биостимулятором, поэтому показания к его применению в клинической практике весьма широки, и с каждым годом число заболеваний, успешно поддающихся лазерному лечению, растёт.

В группе больных из 120 человек со вторым функциональным классом стенокардии положительный результат был получен у всех больных. Отмечалось уменьшение количества применяемых таблеток нитроглицерина в сутки, вплоть до полной его отмены, значительное увеличение физической активности, нормализация показателей тестов свёртываемости системы крови. Больные получали курсы базисной терапии на фоне общеукрепляющих средств.

На этом же фоне, но у лиц с третьим функциональным классом эффект был получен у 85 человек из 100, что составило 85%. У 15% результат был отнесён к сомнительным.

В группе из 120 человек с артериальной гипертензией эффект был получен у 92 (76,7%) человек. Уменьшились или исчезли головные боли, головокружение, неприятные ощущения со сторо-

ны сердца. Нормализовались показатели артериального давления. В остальных случаях эффект не был обнаружен.

Лазерная терапия показала себя наиболее эффективной в начальных стадиях гипертонической болезни, при эссенциальной гипертонии, когда ведущими в патогенезе являются нейрорефлекторные механизмы.

Во время сеансов внутривенной лазерной терапии не отмечалось каких-либо побочных эффектов, за исключением повышенной сонливости. У некоторых больных во время процедур отмечался дискомфорт в самочувствии.

Выводы: Вышеперечисленные положительные моменты делают метод внутривенной лазерной терапии эффективным в лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

0805 ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Проведение оценки клинической эффективности лазеротерапии у больных ишемической болезнью сердца

Методы: Пролежено 86 человек с острым коронарным синдромом на фоне проводимой базисной терапии. Лазеротерапия проводилась внутривенным, надвенным и надкожным (по рефлексогенным полям) способами. Использовались лазерные установки с инфракрасным, красным и ультрафиолетовым спектрами излучения. Время воздействия составляло от 10 до 30 минут на процедуру. Мощность воздействия от 0,1 до 5 мВт/см². Курс лечения составлял 10 процедур.

Результаты: Лазерное излучение является особым видом электромагнитного излучения, которое генерируется в специальных устройствах, называемых квантовыми генераторами или лазерами. Они широко применяются в различных областях науки и техники, в том числе и в медицине. При воздействии лазерного излучения на организм человека возникают различные биологические эффекты, которые зависят от энергетических и временных параметров излучения и в первую очередь от энергетической экспозиции в импульсе, длины волны и времени воздействия лазерного излучения, вида облучаемой ткани человеческого организма и ряда других факторов.

При острой и хронической ишемии миокарда воздействие лазера носит многокомпонентный характер, уменьшает зону ишемии, оказывает антиаритмический эффект, повышает устойчивость миокарда к гипоксии. Вместе с тем воздействие лазерного излучения оказывает выраженный противоболевой и антиаритмический эффекты, снижает потребление антиангинальных препаратов

Уже после 3 сеансов у большинства больных наступало улучшение состояния в виде уменьшения частоты и интенсивности болевых ощущений, а в некоторых случаях и исчезновении стенокардитических болей, что выражалось в снижении количества приёмов нитроглицерина, а в некоторых случаях и полной его отмены. Уменьшалась одышка при нагрузке. На ЭКГ наблюдали улучшение коронарного кровообращения, которое выражалось в уменьшении амплитуды негативных зубцов Т и нормализации сегментов ST, в нормализации ранее нарушенных функций реполяризации, проводимости, возбудимости миокарда.

После 5-7 сеансов отмечалось улучшение реологических свойств крови, стабилизировались показания артериального давления. Биохимические исследования показали улучшение липидного обмена.

После окончания курса лечения отмечалось снижение холестерина в крови на 15-25%, повышалась толерантность к физическим нагрузкам по данным велоэргометрического теста.

Выводы: Применение лазерного излучения у ишемической болезнью сердца показало повышение эффективности лечения на фоне проводимой терапии.

0806 МАТЕМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: В последнее время все большее значение приобретают теоретические и практические аспекты клинической электрофизиологии сердца. Как известно, поверхностная электрокардиограмма (ЭКГ) отражает интегральную электрическую активность сердца. В связи с этим в ряде случаев сложно определить, какой вклад в суммарную амплитуду ЭКГ-сигнала вносит возбуждение того или иного участка сердечной мышцы. Еще более сложно по ЭКГ, снятой с поверхности тела, идентифицировать определенный электрофизиологический процесс.

Для решения данной проблемы наиболее информативным методом является запись электрограмм с эндокардиальной поверхности предсердий и желудочков при трансвенозном зондировании полостей сердца или картирование ЭКГ на эпикардиальной поверхности сердца во время кардиохирургических операций.

Методы: Для исследования проблемы разработан программный комплекс, решающий обработку растровых изображений томограмм грудной клетки, выделение контуров торса и сердца, векторизация полученных изображений; построение глобальных полиномиальных аппроксимационных поверхностей; решение прямой задачи кардиологии, т.е. расчет потенциалов на поверхности грудной клетки по заданным источникам в границах сердца с учетом электрической неоднородности среды; решение обратной задачи кардиологии, т.е. вычисление электрического поля на поверхности сердца по заданным условиям на поверхности сердца; постобработка и визуализация полученных результатов.

Результаты: При различных квадрупольных источниках алгоритм устойчиво сходил к точному решению при любых начальных приближениях. Для сходимости алгоритма по совокупности вычислительных экспериментов можно дать оценку: алгоритм сходится со скоростью геометрической прогрессии со знаменателем $q = 0,46-0,52$.

Алгоритм достаточно устойчив относительно погрешностей входных данных. Таким образом, число обусловленности алгоритма относительно краевых данных не превышает 1,2, а относительно конфигурации сердца не превышает 2,5. Для вычисления эпикардиальных потенциалов применялся метод, не связанный с постановкой в явном виде задачи Коши для уравнения Лапласа. Потенциалы на поверхности сердца и тела и их нормальные производные выражались через интегралы по данным поверхностям на основе формулы Грина. Это приводило к системе двух интегральных уравнений Фредгольма (I и II рода). Изложенный подход представляется не совсем правомерным, так как искомая функция, удовлетворяющая формуле Грина, не обязательно является гармонической. Полученная система интегральных уравнений громоздка и плохо обусловлена, для ее решения необходимо применять сложные регуляризационные алгоритмы.

Выводы: Обратная задача кардиологии в постановке, требующей вычисления эпикардиальных потенциалов электрического поля сердца, сводится к задаче Коши для уравнения Лапласа. Наиболее рациональным методом решения данной задачи является итерационный альтернирующий алгоритм, представляющий решение задачи Коши для уравнения Лапласа в виде сходящейся последовательности решений корректно поставленных краевых задач.

0807 МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Оценка корреляционных связей показателей процесса лечения между группами, участвующими в динамике патологического процесса при сравнительном изучении влияния различных лекарственных препаратов на течение болезни.

Методы: Проведение системного анализа показателей, характеризующих процесс лечения. Изучены материалы больных с

острым коронарным синдромом, получавших различное лечение. Все пациенты, в зависимости от методов лечения были разделены на 6 групп: 1 группе проводилось лечение с назначением бета-адреноблокаторов; 2 группе применялись ингибиторами ангиотензин-превращающих ферментов (АПФ); 3 группе одновременно с назначением бета-адреноблокаторов применялись ингибиторы АПФ; 4 группе (контрольная) проводилась базисная терапия без назначения бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ; 5 группа больных была выписана из клиники, и продолжавшая лечение бета-адреноблокаторами и ингибиторами АПФ; 6 группа — выписанные из клиники и получавшие традиционное лечение (без назначения бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ).

Результаты: При проведении системного анализа оценивались 17 показателей: гемодинамические, частота сердечных сокращений (ЧСС), уровни артериального давления (АД) систолического и диастолического; характеристики сократительной способности миокарда — конечный диастолический индекс (КДИ), конечный систолический индекс (КСИ), фракция выброса (ФВ); лабораторные данные — активность ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и первый изофермент лактатдегидрогеназы (ЛДГ1), количество лейкоцитов в крови и скорость оседания эритроцитов оценивались гемодинамические показатели, лабораторные показатели, один из показателей ЭКГ (высота над изолинией сегмента ST), характеристики.

Основное внимание было уделено оценке корреляционных связей между каждым двумя группами, участвующими в динамике патологического процесса. Максимальные корреляционные связи между двумя группами случайных величин позволяет находить канонический корреляционный анализ, согласно которому новые канонические величины вычисляются как линейные комбинации исходных параметров и выбираются таким образом, чтобы новые координаты непосредственно указывали значение корреляции. Исследование показало, что развитие некротических изменений в миокарде в течение первых трех-пяти дней болезни приводит к гиперферментемии. Наилучшие показатели наблюдались в 3 группе.

Выводы: Таким образом, одновременное применение бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ позволило добиться достоверного улучшения лабораторных показателей, указывающих на положительный процесс лечения больных с острым коронарным синдромом. Поэтому комплексное применение этих препаратов является целесообразным и оправданным.

0808 МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Разработка методов математического моделирования для автоматизированной оценки осложнений инфаркта миокарда.

Методы: Использование интеллектуальных систем на основе искусственных нейронных сетей с целью прогнозирования исхода инфаркта миокарда.

Результаты: Апробация программы автоматизированного прогнозирования осложнений острого инфаркта миокарда проводилась по архивной информации.

Точность аппроксимации, достигаемая нейронными сетями, особенно повышается по сравнению с классическими методами в пространствах большой размерности. Так как аппроксимация неизвестной математической функции является одной из центральных проблем в задачах распознавания образов то, благодаря вышеуказанным свойствам, искусственные нейронные сети являются мощным инструментом для построения высокоэффективных моделей для большинства областей науки и техники. В основу искусственных нейронных сетей положены следующие черты живых нейронных сетей, позволяющие им хорошо справляться с нерегулярными задачами: простой обрабатывающий элемент — нейрон; очень большое число нейронов участвует в обработке информации; один нейрон связан с большим числом

других нейронов (глобальные связи); изменяющиеся по весу связи между нейронами; массивная параллельность обработки информации. Функционирование нейрона можно представить следующим образом: нейрон получает от дендритов набор (вектор) входных сигналов; в теле нейрона оценивается суммарное значение входных сигналов. Однако входы нейрона неравнозначны. Каждый вход характеризуется некоторым весовым коэффициентом, определяющим важность поступающей по нему информации. Таким образом, нейрон не просто суммирует значения входных сигналов, а вычисляет скалярное произведение вектора входных сигналов и вектора весовых коэффициентов; нейрон формирует выходной сигнал, интенсивность которого зависит от значения вычисленного скалярного произведения. Если оно не превышает некоторого заданного порога, то выходной сигнал не формируется вовсе — нейрон «не срабатывает»; выходной сигнал поступает на аксон и передается дендритам других нейронов. Нетрудно построить математическую модель описанного процесса. Существует несколько видов нейронных сетей. Сети без обратной связи, называемые ассоциативными. Сети с обратной связью — это единственный вид нейронных сетей, где информация может идти от выхода назад, ко входу, тем самым в сети образуются устойчивые состояния.

Выводы: Анализ общих диагностических признаков осложнений инфаркта миокарда позволяет выделить среди них достоверно-значимые, определить их качественную и количественную оценку, с целью сокращения многочисленных исследований, иногда сложных и даже небезопасных для больного. Выбор нейросетевого моделирования является обоснованным для решения задачи оптимизации схемы лечения больных с осложнённым течением инфаркта миокарда с учётом характера признаков, подлежащих анализу.

0809 ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Усков М.В., Усков В.М., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Обоснование проведения эпидуральной анальгезии у больных ишемической болезнью сердца.

Методы: Для решения данной задачи были обследованы 50 больных в остром периоде инфаркта миокарда с интенсивным болевым синдромом, трудно купируемым внутримышечным и внутривенным введением наркотических и ненаркотических анальгетиков. Все больные были разделены на две группы. В 1 группу входили 20 больных с некупирующимся традиционными средствами болевым синдромом в остром периоде инфаркта миокарда, которым была проведена эпидуральная блокада наркотическими анальгетиками в люмбальном отделе. Во 2 группу входили 30 больных в остром периоде инфаркта миокарда, получивших обезболивание путём внутривенного и внутримышечного введения наркотических и ненаркотических анальгетиков.

В 1 группе проводилась эпидуральная блокада на уровне Th3-5. В качестве анальгетика использовались промедол (20 мг) и морфин гидрохлорид (2мг). Показания к эпидуральной блокаде служили ангинозные боли, которые не купировались введением анальгетических средств, включая препараты для нейролептанальгезии.

Обезболивание у пациентов 2 группы проводилось путём внутривенных и внутримышечных введений наркотических и ненаркотических анальгетиков (фентанил 0,05% — 2 мл; промедол 2% — 1 мл; дипидолор 0,75% — 2 мл). Эпидуральная блокада проводилась после одной внутримышечной инъекции наркотическими анальгетиками у двух больных, 2 — у шести, 3 и больше — у двенадцати.

Результаты: В проведённом исследовании адекватное обезболивание было достигнуто у всех больных 1 группы. В отчётливых анальгезирующих свойствах эпидуральной блокады мы убедились, применяя её у больных с инфарктом миокарда, осложнённым медленно текущим надрывом или разрывом миокарда, когда все остальные средства обезболивания оказались неэффективными.

Во второй группе качество анальгезии было значительно ни-

же, чем в первой. У 5 больных этой группы полное обезболивание путём внутримышечного и внутривенного введения анальгетиков не было достигнуто, и им потребовалась дополнительная седация и погружение в медикаментозный сон (седуксен, оксибутират натрия). Обращал на себя внимание факт, что у больных старших возрастных групп имелась тенденция к более быстрому развитию анальгезии. Отчасти это явление можно объяснить увеличением с возрастом скорости трансменингеальной диффузии.

Выводы: Таким образом, эпидуральная блокада наркотическими анальгетиками способна обеспечить более полное купирование болевого синдрома у больных инфарктом миокарда.

0810 ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В МОНИТОРИНГЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Применение методов статистического контроля в мониторинге артериального давления.

Методы: Использование статистических карт в мониторинге артериального давления у больных гипертонической болезнью.

Результаты: В течение длительного времени производятся измерения артериального давления (пациентом самостоятельно или врачом). Количество измерений в сутки задается врачом. Результаты измерений записываются в специальную базу данных по каждому пациенту отдельно. Записи величин артериального давления могут интерпретироваться с использованием методов графического анализа и/или методами статистического контроля.

На первом этапе для контролируемых характеристик (величина показателя артериального давления) оценивается ожидаемая изменчивость в выборках того размера, который будет использоваться в контролируемой процедуре. В нашем исследовании, необходимо оценить суточную вариабельность артериального давления на основании трех измерений. Затем, с помощью полученных оценок изменчивости установить контрольные пределы карт статистического контроля.

Статистические методы служат своеобразным путеводителем, указывающим медикам на возможности улучшения, повышения качества лечения. Следовательно, после всех очевидных лечебных процедур, когда нормальная логика говорит, что дальнейшее улучшение невозможно, статистические методы указывают на возможность дальнейших улучшений.

Контрольные карты позволяют отделить кратковременные отклонения от важных системных изменений, выяснить, где необходимы улучшения, и дать возможность установить цели положительных результатов на основе полученных статистически значимых результатов, а не случайных краткосрочных. Достижение существенных улучшений замыкает круг и означает для системы начало нового цикла улучшений.

Результаты мониторинга артериального давления представляют собой длинную серию измерений, то есть матрицу X ($2 \times (x_1, x_2) \times n$), где x_1, x_2 — систолическое и диастолическое давление соответственно, n — число наблюдений в серии.

Результаты измерений являются непрерывными случайными величинами с неизвестным законом распределения. Основное предположение в данном случае состоит в том, что наблюдения независимы и одинаково распределены, если отсутствуют специфические воздействия на организм пациента.

В общем случае математическая модель экспериментальных данных описывается двумя матрицами — матрицей средних (математических ожиданий) величин давления и матрицей дисперсий-ковариаций.

То есть применение методов статистического контроля в мониторинге артериального давления у больных гипертонической болезнью могут служить объективным показателем индивидуального подбора гипотензивной терапии.

Выводы: Таким образом, при лечении гипертонической болезни врач обязан уметь количественно различать действие естественных и специфических вариаций показателей артериального давления для каждого индивидуального пациента.

0811 ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА, КАК ФАКТОР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Усков М.В., Усков В.М., Усков В.В., Звягинцева А.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Изучение характеристик структурных изменений сердечной мышцы на этапе перехода к развитию хронической сердечной недостаточности.

Методы: При ультразвуковом исследовании сердца проводилось определение изменения геометрии и размеров полостей левого желудочка у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Результаты: Элементарной сократительной структурой клеток сердечной мышцы являются саркомеры, которые создают характерное напряженно-деформированное состояние. Ремоделирование левого желудочка после перенесенного острого инфаркта миокарда (ИМ) заключается в том, что после повреждения и гибели части миокарда, как в нормальной, так и в поврежденной сердечной мышце, происходят биохимические процессы, ведущие к склерозированию погибших миоцитов и развитию фиброза, гипертрофии оставшихся миоцитов с изменением их взаиморасположения, изменению геометрии и размеров полости левого желудочка. Этот процесс характеризует структурные изменения сердечной мышцы на этапе перехода к развитию хронической сердечной недостаточности. Начало процессов ремоделирования четко очерчено во времени и начинается непосредственно с первого дня ИМ. Одним из факторов, способствующих ремоделированию, является гемодинамическая нагрузка на стенку пораженного миокарда левого желудочка. У больного, перенесшего ИМ, уже в первые 72 часа в сердце происходят изменения, проявляющиеся растяжением и истончением миокарда в зоне инфаркта. Эти явления носят название ранней дилатации левого желудочка. Размеры дилатированного участка зависят от величины инфаркта и степени стеноза коронарных артерий. Поздняя дилатация может продолжаться в течение долгого времени после организации инфаркта. При этом происходит увеличение длины непораженных участков миокарда.

Благодаря росту объема и давления в левом желудочке ударный объем сохраняется, несмотря на снижение фракции выброса. Со временем дилатация перестает компенсировать возрастающие нагрузки и ведет к развитию хронической сердечной недостаточности. Увеличение конечного диастолического объема является самым прогностически неблагоприятным фактором у больных с хронической сердечной недостаточностью. Одновременно с увеличением размеров левого желудочка и гипертрофии его мышечной массы прирост тяжести сердечной недостаточности сопровождается достоверным изменением геометрии левого желудочка.

Выводы: Адекватное лечение больных, перенесших инфаркт миокарда, позволяет ослабить ремоделирование левого желудочка, предотвратить развитие застойной сердечной недостаточности и снизить частоту повторных инфарктов миокарда, способствуя тем самым, улучшению показателей выживания больных.

0812 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Усков М.В., Усков В.М., Усков В.В., Звягинцева А.В., Силути-на М.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: На основе системного анализа провести оценку эффективности оптимизации лечения осложненного течения инфаркта миокарда.

Инфаркт миокарда отличается многообразием клинических проявлений, большим количеством осложнений, особенно таких, как формирование острой аневризмы сердца, которая впоследствии, как правило, сопровождается развитием постоянно прогрессирующей сердечной недостаточностью. Терапия инфаркта миокарда включает в себя комплекс мер, среди которых мероприятия, направленные на оптимизацию процессов заживле-

ния и профилактику сердечной недостаточности входят как основное звено. Размер зоны инфаркта может быть вообще несовместим с жизнью или, по крайней мере, быть таким, когда десинхронизация некротических и восстановительных процессов предопределена, и мероприятиями оптимизации можно только уменьшить её степень и способствовать лучшему из возможных исходов.

Методы: Корреляционный анализ физиологических параметров в ходе процесса адаптации, рассмотренный в рамках естественных групп: группа А — характеристики сократительной способности миокарда; группа Б — показатели центральной гемодинамики; группа В — показатели ферментативной активности сыворотки крови; группа Г — характеристики воспалительного процесса (лейкоциты, СОЭ); группа Д (из одного показателя) — элевация сегмента ST над изолинией. Для оптимизации осложнено заживающего инфаркта миокарда проводилось тщательное обезболивание, назначение бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ и комбинацию этих препаратов на фоне базисной терапии.

Результаты: Основное внимание было уделено оценке корреляционных связей между двумя группами, из перечисленных выше в динамике, патологического процесса. Максимальные связи между двумя группами случайных величин позволяет находить корреляционный анализ, согласно которому новые канонические величины вычисляются как линейные комбинации исходных параметров и выбираются таким образом, чтобы новые координаты непосредственно указывали значение корреляции. Данные по первому дню госпитализации демонстрировали отсутствие значимых канонических корреляций между каждой парой групп признаков, что свидетельствовало о том, что включение регуляторных механизмов, ответственных за адаптацию к условиям стресса, происходит с определённым запаздыванием. Несмотря на неоднозначный характер динамики канонических корреляций, общим являлось значительное увеличение корреляционной зависимости между каждыми двумя группами признаков, включённых в исследование к пятому дню заболевания. К тридцатому дню заболевания канонические корреляции оставались довольно высокими, хотя некоторые из них обнаруживали тенденцию к снижению.

Выводы: В ходе болезни доказана наибольшая эффективность лечения больных при комплексном применении бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ. При этом происходила реорганизация системных связей, сопряжённая с процессом адаптации организма к стрессовой ситуации. Наблюдалось достоверное замедление прогрессирования сердечной недостаточности.

0813 РОЛЬ ЭНДОТОКСИКАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Усков М.В., Усков В.М., Усков В.В., Звягинцева А.В., Силути-на М.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронеж, Россия

Цель: Патфизиологический смысл стимуляции лимфатического дренажа тканей состоит в удалении накапливающихся в них продуктов некролиза и нарушения метаболизма. Поэтому в лечении больных должен быть предусмотрен способ активации удаления продуктов метаболизма.

Методы: Биосфера вокруг нас и организм человека лишлись прежних разграничивающих, защитных барьеров. Бесчисленное количество токсичных веществ внешней среды всё более проникают во внутренние среды организма, истощают и ломают защитные механизмы человеческого организма, каждая клетка которого, вынуждена жить и функционировать в загрязнённой собственной атмосфере. Роль нарушения лимфатического дренажа в патогенезе заболеваний сердца и в частности острого коронарного синдрома давно привлекает внимание исследователей. Разработка принципа и клинических средств воздействия на лимфатический дренаж сердца придаёт этой проблеме новый путь терапии заболеваний сердца.

Результаты: Токсичность лимфы предопределяется целым рядом факторов. При наличии локального воспалительного оча-

га, поступающая от него лимфа наиболее токсична. Лимфа, оттекающая из ишемизированного миокарда, отличается настолько выраженной токсичностью, что её введение в коронарные артерии здоровых собак (менее 0,5 мл) приводит к тяжёлым аритмическим нарушениям вплоть до фибрилляции желудочков и смерти животного. Количество веществ средней молекулярной массы имеет тенденцию к нарастанию у больных с более тяжёлой формой ишемической болезни сердца. Следовательно, естественным барьером на пути развития эндотоксикоза является нормально функционирующая печень. Именно в гепатоцитах происходит процесс детоксикации. Нормальная функция гепатоцитов и нормальный уровень объёмного кровотока через печень обеспечивает защиту от роста эндотоксикоз. У больных с хронической сердечной недостаточностью объёмный кровоток через печень снижен. Рассматривая возможные механизмы действия сорбционной терапии следует отметить, что в результате взаимодействия крови и биологических жидкостей с сорбентами происходит элиминация некоторых крупномолекулярных белков и части форменных элементов крови, что приводит к улучшению реологических свойств крови; повышению микрофильтруемости эритроцитов, уменьшению агрегационной способности эритроцитов и, в целом, к снижению вязкости плазмы и вязкости цельной крови. Непосредственный эффект такого действия выражается в улучшении микроциркуляции. После проведения лечения сорбентами у больных исчезала или уменьшалась стенокардия, отпадала необходимость в применении коронарорасширяющих препаратов. Отмечалось значительное снижение холестерина плазмы, улучшался липидный обмен. В конечном итоге происходило улучшение клинического состояния больных острым коронарным синдромом, повышение толерантности к физическим нагрузкам, наблюдалась положительная ЭКГ-динамика.

Выводы: Подключение сорбционных методов очищения позволяет упростить проблемы, связанные с заместительной терапией.

0814 СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ T174M И M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕМБРАННЫХ БЕЛКОВ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Ушаев Д.В.¹, Полоников А.В.², Иванов В.П.², Солодилова М.А.², Шестаков А.М.¹, Катаргина Л.Н.³, Хорошая И.В.², Кожухов М.А.¹, Колесникова О.Е.¹, Гринев А.А.², Криворученко В.Б.²

1Областная клиническая больница, Курск, Россия; 2Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; 3Больница скорой медицинской помощи, Курск, Россия

Нарушение структурной организации и функционирования клеточных мембран рассматривается как одно из важных звеньев патогенеза гипертонической болезни (ГБ). Проведёнными нами ранее исследованиями были установлены изменения в количественном содержании основных мембранных белков эритроцитов у больных ГБ. На семейном материале с помощью генетико-математического анализа нами было также показано, что изменения количественного содержания мембранных белков эритроцитов генетически детерминированы. Однако остаётся неизученной вовлечённость полиморфных вариантов генов сердечно-сосудистых заболеваний в формирование вариативности количественного содержания структурных белков клеточных мембран при ГБ. Целью настоящего исследования было изучение связи двух полиморфизмов t174m и m235t гена ангиотензиногена (AGT) с вариативностью количественного содержания основных белков клеточных мембран эритроцитов при ГБ. Материалом для исследования послужила выборка, включающая 149 больных ГБ русской национальности. У всех обследуемых проводился забор венозной крови для проведения биохимических и молекулярно-генетических исследований. Генотипирование полиморфизмов t174m и m235t гена AGT проводили методами ПЦР-ПДРФ согласно протоколам, описанным в литературе. Мембранные белки эритроцитов фракционировали с помощью одномерного электрофореза в полиакриламидном геле по методу Laemmli. Количественное содержание мембранных белков рас-

считывали с помощью аналитического пакета OneDScan. Для оценки различий в количественном содержании мембранных белков эритроцитов у лиц с различными генотипами использовали однофакторный дисперсионный анализ по Фишеру. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью статистического пакета Statistica 6.0. Количественное содержание мембранных белков эритроцитов находилось в соответствии с законом нормального распределения (оценивалось с помощью теста Колмогорова-Смирнова). Установлено, что полиморфизм t174m гена AGT был ассоциирован только с количественным содержанием цитоскелетного белка 2,2 анкирина ($F=3,24$; $p=0,04$). В то же самое время полиморфизм m235t гена AGT был ассоциирован с количественной вариабельностью двух мембран-ассоциированных ферментов: глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы ($F=3,10$; $p=0,05$) и глутатион-S-трансферазы ($F=3,09$; $p=0,05$). Примечательно, что именно полиморфизм m235t гена AGT (генотип 235tt), как было показано нами ранее, ассоциировался с предрасположенностью к ГБ ($OR=1,82$; $CI\ 1,1-3,0$; $p=0,02$). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что фенотипические эффекты полиморфных вариантов гена AGT при ГБ проявляются главным образом в изменении экспрессии генов мембран-ассоциированных ферментов антиоксидантной защиты и гликолиза, которые, как известно, имеют отношение к патогенезу заболевания.

0815 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фадеева Ю.А., Ванькова Л.В., Котляров А.А.
МГУ им. Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Цель: определить распространенность сочетанной патологии — нарушений ритма сердца и сахарного диабета 2 типа; проанализировать распределение больных по полу и возрасту, тяжести течения сахарного диабета; выявить особенности фоновой кардиологической патологии и структуры нарушений ритма у больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы: проанализированы 722 истории болезни пациентов обоего пола в возрасте 45 — 82 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении нарушений ритма и проводимости и эндокринологическом отделении ГКБ № 4 г. Саранска с января по апрель 2007 года. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты: Общее количество больных с нарушениями ритма сердца, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 4, составило 588 человек; 50 из них страдали сочетанной патологией (нарушение ритма и сахарный диабет 2 типа), что соответствует 9% от общего количества больных с нарушениями ритма и проводимости.

Общее количество пациентов с сахарным диабетом 2 типа за тот же период составило 184 человека. Сочетанную патологию (нарушение ритма и сахарный диабет 2 типа) имели 50 больных (29% от общего количества пациентов с сахарным диабетом 2 типа).

Возрастной состав пациентов с сочетанной патологией был следующим: 45-50 лет — 1%, 51-56 лет — 1,7%, 57-61 года — 2,7%, 62-66 лет — 1,2%, 67-72 лет — 0,6%, 73-77 лет — 0,9%, 78 лет и старше — 0,3% от общего количества больных с нарушениями ритма и проводимости.

Сочетание нарушений ритма сердца и сахарного диабета 2 типа чаще встречалось в женской популяции, чем в мужской (78% и 22% соответственно).

Состояние предиабета было выявлено у 6%, легкое течение — у 12%, средней степени тяжести — у 64%, тяжелое течение сахарного диабета — у 18% больных с сочетанной патологией.

Фоновая кардиологическая патология в этой группе больных была представлена ишемической болезнью сердца — в 72% (инфаркт миокарда в анамнезе имели 18% больных), ХРБС — в 4%, дилатационной КМП — в 2%, вторичной миокардиодистрофией — в 8%, корригированным ДМПП — в 2%. Гипертоническая болезнь диагностирована у 92% пациентов анализируемой группы.

Анализ частоты встречаемости разных видов нарушений ритма и проводимости в группе больных с сочетанной патологией

показал, что на долю наджелудочковой экстрасистолии приходится 48%, желудочковой экстрасистолии — 32%, постоянной формы фибрилляции предсердий — 10%, пароксизмов мерцания (трепетания) предсердий — 40%, пароксизмов наджелудочковой тахикардии — 10%, синдрома WPW — 6%, дисфункции синусового узла — 10%, транзиторной полной АВ-блокады или замедления АВ-проводимости — 2%; в 4% случаях была проведена имплантация ЭКС по поводу полной АВ-блокады.

Выводы: Таким образом, сочетание нарушений ритма и сахарного диабета 2 типа является актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения с целью совершенствования методов лечения пациентов с данными патологиями.

0816 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В НОРМАЛЬНЫХ И ИШЕМИЗИРОВАННЫХ СТРУКТУРАХ ПО ДАННЫМ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Федоренко Е.В., Н.-J. Witsack, Гуляев В.М., Белокопытова Н.В., Стализан Е.С., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия; Институт Медицинской радиологии, Кельн, Германия.

Цель: Контрастированная РКТ и СРКТ в настоящее время используется для получения анатомической информации, в т.ч. и при исследованиях мозга. Однако использование динамических протоколов СРКТ и количественных моделей кинетики внутрисосудистых контрастных препаратов позволяет рассчитывать тканевой кровоток в физиологических единицах (как мл/мин/100 г ткани) в нормальной ткани и при ишемии.

Материал и методы: Обследовано 44 пациента: 6 без признаков повреждения головного мозга; 8 с ОНМК; 30 с перенесенными мелко и крупно-очаговыми НМК; исследование выполнялось до и через 6 мес. терапии карведилолом. Всем пациентам выполнена контрастированная динамическая СРКТ, как последовательность ежесекундных срезов по 5 мм, на уровне тел боковых желудочков и базальных ядер, в течение 40 — 45 сек после болюсного введения контрастного препарата в объеме до 50 мл, со скоростью 4-5 мл/сек, и затем, как статическая РКТ, не меняя положения тела, на 60-75 сек. — для оценки кровенаполнения. Входная артериальная функция «РП-время» строится по области передней мозговой артерии. Кривые «РП-время» строились также как артериальная, венозная, а также по всем точкам изображения. По результатам свертки входной функции и повоксельно полученных кривых «время — рентгеноплотность», были получены карты пространственного распределения регионального мозгового кровотока (рМК, мл/мин/100 г ткани), регионального мозгового объема крови (рМОК, мл/100 г ткани), среднего времени прохождения контраста (сек), времени максимального накопления контраста (Tmax, сек).

Результаты: Нормальные величины кровотока в физиологических абсолютных единицах (как мл/мин/100г) составили в частности: бассейн ПМА: кора головного мозга — 48,2±7,6, белое вещество — 20,1±7,2; бассейн СМА: кора головного мозга — 56,2±9,6, белое вещество — 19,4±8,9; бассейн ЗМА: кора головного мозга — 55,3±9,3, белое вещество 26,3±5,4. Кровоток в области базальных ядер у пациентов с интактной тканью головного мозга составил: 98±22 мл/мин/100г; при перенесенных ишемических нарушениях в бассейне СМА — 65±10 мл/мин/100г. Показатели рМК при необратимом повреждении ткани головного мозга при ишемическом инсульте: 9±3,8 мл/мин/100г. Величины кровотока по данным СРКТ достоверно коррелировали с результатами ОЭКТ с 99mTc-ГМПАО: $r=0,85$, $p<0,005$. Терапия карведилолом существенно улучшала повышенные показатели кровенаполнения головного мозга.

Выводы: Таким образом, динамическая СРКТ с контрастированием позволяет рассчитать мозговой кровоток с высоким

пространственным разрешением, обеспечивая точную оценку показателей рМК в абсолютных физиологических единицах при артериальной гипертензии и сопутствующем повреждении головного мозга.

0817 КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЕВЕТЕНОМ

Федорова И.В., Мацеевич М.В., Нахаева Г.А., Задионченко В.С., Гринёва З.О.

ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучение влияния терапии антагонистом рецепторов ангиотензина II — теветеном на параметры антиоксидантного статуса и оксидативного стресса у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: было обследовано 40 пациентов с АГ 1-2 степени в сочетании с ХОБЛ II-III стадии в период ремиссии в возрасте $59,7 \pm 0,9$ лет. Пациенты получали 600 мг теветена в сутки в течение 16 недель. При неадекватном контроле артериального давления (АД) проводилась коррекция терапии присоединением 12,5–25 мг гидрохлортиазида. Базисная терапия ХОБЛ оставалась неизменной на протяжении всего времени исследования. Исходно и в динамике исследовались следующие показатели антиоксидантной защиты: сывороточная концентрация супероксиддисмутазы (СОД) методом иммуноферментного анализа, активность СОД эритроцитов по McCord J.M. и Fridovich I. и глутатионпероксидазы (ГПО) по Paglia D.E., Valentine W.N. спектрофотометрическим методом. Определение содержания гидроперекисей липидов (ГПЛ) — первичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови, как показателей оксидативного статуса, проводилось спектрофотометрически по методу Гаврилова В.Б.

Полученные результаты: на фоне титрации дозы теветена и комбинации его с гидрохлортиазидом все пациенты по данным офисного АД достигли целевых цифр АД. Монотерапия теветеном по окончании исследования оказалась эффективной у 63,1% пациентов, тогда как 23,7% больных потребовалось добавление 12,5 мг гидрохлортиазида и 13,2% пациентов — 25 мг гидрохлортиазида. До начала лечения у всех обследуемых было обнаружено значительное снижения концентрации и активности ферментативного звена антиоксидантной системы — СОД, что являлось следствием снижения адаптивных возможностей организма пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ. Анализ данного показателя выявил достоверное повышение её концентрации в сыворотке крови и активности в эритроцитах на фоне лечения по сравнению с исходными значениями на 53,56 % ($p < 0,001$) и 26,52% ($p < 0,001$) соответственно. Изучение активности ГПО выявило ее увеличение на 16,97% ($p < 0,001$) в процессе проводимого лечения. Интенсивность процессов ПОЛ у исследуемой группы больных исходно была выше нормальных значений и в процессе терапии снизилась на 20,47% ($p < 0,001$), но не достигла нормальных показателей, что может быть обусловлено поддержанием хронического воспаления и высокой интенсивности свободно-радикальных процессов при ХОБЛ.

Выводы: полученные нами результаты свидетельствуют о положительном влиянии терапии теветеном у больных АГ в сочетании с ХОБЛ на активность ферментативного звена антиоксидантной системы. Это может свидетельствовать об опосредованном антиоксидантном действии и перспективности его применения у данной категории больных не только для снижения АД, но и для коррекции оксидативного стресса.

0818 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ СИМВАСТАТИНА НА ДИСПЕРСИЮ КОРРИГИРОВАННОГО

ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет», Москва, Россия

Цель: оценить влияние длительной терапии различными дозами симvastатина на дисперсию корригированного интервала QT у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда и у которых выявлены эпизоды безболевой ишемией миокарда (БИМ)

Методы: 70 пациентам (48 мужчин и 22 женщины; средний возраст $57,9 \pm 7,6$ лет) с доказанной ИБС и наличием эпизодов БИМ после перенесенного инфаркта миокарда (2 тип по P.Cohn) проводились терапия симvastатином в дозе 20 (1 группа), 40 (2 группа) и 60 (3 группа) мг/сутки в течение 36 месяцев на фоне базовой терапии бета-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ и дезагрегантами. Формирование групп пациентов осуществляли с учетом дозы используемого симvastатина. Дозу симvastатина определяли через 1, 3 и 6 месяцев в зависимости от достижения целевых уровней общего холестерина (ОХ) ниже 4,5 ммоль/л и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) ниже 2,5 ммоль/л, в связи с чем 12 (17,1%) пациентов составили 1 группу, 28 (40%) — 2 группу, 30 (42,9%) — 3 группу. Дисперсию корригированного интервала QT (DQTc, мс) определяли как разницу между максимальным и минимальным значением интервала QT в различных отведениях с учетом тахизависимого уменьшения продолжительности интервала QT (H.Bazett, 1920) с помощью трехканального суточного монитора ЭКГ «Кама» (Россия) и тредмил-теста по модифицированному протоколу Bruce на ЭКГ-нагрузочном комплексе MARQUETTE HELLIAGE GmbH (Германия) до достижения традиционных критериев прекращения пробы на максимальных значениях ЧСС. Исследования проводили до начала терапии симvastатина и через 6, 12, 24, 36 месяцев от ее начала.

Результаты: достоверного различия между исходными и динамическими показателями DQTc, полученными при суточном мониторировании ЭКГ и тредмил-тесте, не отмечалось. На фоне использования симvastатина в дозе 20 мг/сутки к 3-му месяцу лечения DQTc уменьшилась в целом по группе на 5,4% ($p > 0,1$), к 6-му месяцу — на 7,8% ($p > 0,05$), к 12-му месяцу — на 12,1% ($p > 0,05$), к 24-му месяцу — на 16,7% ($p < 0,05$), к 36-му месяцу — на 18,1% ($p < 0,05$). На фоне дозы симvastатина в 40 мг/сутки DQTc к 3-му месяцу уменьшилась на 13,9% ($p > 0,05$), к 6-му — на 17,9% ($p < 0,05$), к 12-му — на 21,4% ($p < 0,05$), к 24-му — на 24,2% ($p < 0,05$), к 36-му — на 27,9% ($p < 0,001$). На фоне дозы симvastатина в 60 мг/сутки DQTc к 6-му месяцу уменьшилась на 20,4% ($p < 0,05$), к 12-му — на 29,2% ($p < 0,001$), к 24-му — на 31,4% ($p < 0,001$), к 36-му — на 30,7% ($p < 0,001$).

Выводы: достоверного различия DQTc, оцененного различными ЭКГ-методами в контрольных точках, не отмечено. Уровень снижения DQTc у больных с БИМ имеет прямую корреляционную связь с дозой применяемого симvastатина, а достоверное снижение DQTc отмечено не ранее 6 месяцев от начала лечения. После достижения максимальных значений DQTc к 12-му месяцу лечения в дозе 60 мг симvastатина в сутки дальнейшего снижения изучаемого показателя не отмечено.

0819 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДОЗАЗАВИСИМОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет», Москва, Россия

Цель: оценить динамику общей продолжительности ишемии миокарда, показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) и сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) на фоне использования

различных доз симвастина в течение 3-х лет наблюдения у больных с сочетанием типичных приступов стенокардии напряжения и безболевого эпизода ишемии миокарда (БИМ).

Методы: у 120 пациентов (92 мужчины и 28 женщин; средний возраст $59,3 \pm 6,9$ лет) с типичными проявлениями стенокардии напряжения II-III функционального класса при проведении суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ) были выявлены эпизоды болевой ишемии миокарда, сочетающиеся с БИМ. По результатам СМ ЭКГ оценивали общую продолжительность ишемии миокарда, мин./сутки; временные (SDNN, SDNNi, SDANN, rMSSD, pNN50) и спектральные (LF, HF, LF/HF) показатели BCP. По результатам СУ-ЭКГ определяли TotQRSF, LAS40, RMS а в качестве критериев патологических значений СУ-ЭКГ считали: TotQRSF > 110 мс, LAS40 > 38 мс, RMS < 20 мкВ и наличие двух из перечисленных показателей свидетельствовало о наличии поздних потенциалов желудочков (ППЖ). На фоне базовой терапии бета-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ, дезагрегантами, в зависимости от достижения целевых уровней общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности на фоне приема определенной дозы симвастина (не изменяемой до конца периода наблюдения) выделяли группы пациентов: 1 группа (20 мг симвастина) — 27 больных, 2 группа (40 мг симвастина) — 56 больных; 3 группа (60 мг симвастина) — 37 больных. После 30-го месяца наблюдения повторяли СМ ЭКГ и СУ-ЭКГ с динамической оценкой предложенных показателей.

Результаты: к окончанию периода наблюдения общая продолжительность ишемии миокарда в 1-ой группе достоверно уменьшилась от исходного уровня на 17,8% ($p < 0,05$), во 2-ой группе пациентов — на 28,1% ($p < 0,001$), в 3-ей группе — на 36,9% ($p < 0,001$). Из временных показателей BCP в 1-ой группе достоверно увеличились только rMSSD и pNN50 соответственно на 13,8 и 17,4% ($p < 0,05$), во 2-ой группе достоверно увеличились: SDNN — на 14,1%, SDNNi — на 15,5%, SDANN — на 14,6%, rMSSD — на 18,3%, pNN50 — на 20,4% ($p < 0,05$); в 3-ей группе прирост показателей был несколько более значимым и составил соответственно: SDNN — +17,3%, SDNNi — +17,2%, SDANN — +15,9%, rMSSD — +20,1%, pNN50 — +23,7% ($p < 0,05$). Спектральные показатели BCP достоверно увеличились только в 3-ей группе пациентов. Количество пациентов, у которых выявлены ППЖ к окончанию лечения в 1-ой группе уменьшилось на 7,4%; во 2-ой — на 19,6%; в 3-ей — на 29,7%.

Выводы: 3-х летний период наблюдения показал прямую зависимость между дозой используемого симвастина и показателями BCP, а также обратную зависимость между дозой симвастина, общей продолжительностью ишемии миокарда и количеством больных, у которых выявлены ППЖ.

0820 СЕГМЕНТАРНАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Филёв А.П., Говорин А.В.

ГОУ ВПО Читинская медицинская академия, Чита, Россия

В настоящее время в развитии сердечной недостаточности у пациентов гипертонической болезнью важнейшее значение отводится нарушению диастолических свойств левого желудочка. Известно, что уровень ночного артериального давления, являясь фактором, тесно связанным с изменениями органов-мишеней, и, по-видимому, играет существенную роль в возникновении поражения миокарда у больных гипертонической болезнью. Проведение тканевой доплер-эхокардиографии позволяет количественно оценивать амплитуду и скорость движения различных сегментов миокарда и выявлять нарушение их диастолических свойств на самых ранних этапах их возникновения.

Целью работы явилась исследование сегментарной и глобальной диастолической функции левого желудочка у больных гипертонической болезнью методом тканевой доплер-эхокардиографии в зависимости от степени ночного снижения диастолического артериального давления.

Методика. В работе проанализированы данные эхокардиографического исследования и результатов суточного мониторирования артериального давления 152 пациентов (средний возраст $42,4 \pm 8,3$ года) гипертонической болезнью 1-3 степени (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999).

Коронарная недостаточность исключалась путем проведения стресс-эхокардиографии с чреспищеводной кардиостимуляцией по стандартной методике. Критериями исключения из исследования было также наличие симптоматических артериальных гипертензий, нарушений ритма сердца, включая тахи- и брадикардию, превышение индекса массы тела более 29 кг/кв.м, эндокринные заболевания.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи электронных таблиц EXCEL 2002 для Windows (Microsoft, USA).

Результаты. Физиологический профиль артериального давления (дипперы) имели 33,6% больных гипертонической болезнью. У остальных (67,4%) пациентов были представлены различные типы патологических суточных профилей артериального давления. В группах нон-дипперов и гипердипперов статистически значимых различий в частоте развития сегментарной и глобальной диастолической дисфункции в сравнении с группой пациентов имеющих физиологический профиль артериального давления выявить не удалось.

У 70% больных из группы найтпикеров выявлены признаки глобальной диастолической дисфункции левого желудочка. При дальнейшем исследовании — проведении тканевой доплер-эхокардиографии и у остальных 30% пациентов этой группы без признаков нарушения глобальной диастолической функции зарегистрировано наличие нарушения диастолических свойств миокарда минимум в одном из изученных 15 сегментов левого желудочка.

Таким образом, существенным параметром суточного профиля артериального давления, влияющими на диастолические свойства миокарда является его вариабельность, а именно степень его ночного снижения. При проведении тканевой доплер-эхокардиографии у всех пациентов гипертонической болезнью из группы найтпикеров выявлены признаки сегментарной диастолической дисфункции левого желудочка.

0821 ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, СУТОЧНОГО РИТМА АД И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ СТАДИЕЙ АГ

Фомина И.Г., Дьякова Т.А., Кордюкова И.С.

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между нарушениями ритма, суточным ритмом АД и состоянием вегетативной нервной системы у больных с разной стадией эссенциальной АГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 35 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией II–III стадии в возрасте от 45 до 79 лет; средний возраст составил $59,5 \pm 4,54$ лет. Длительность заболевания колебалась от одного года до 8 лет, в среднем $4,07 \pm 2,3$ лет. АГ II стадии определялась у 58%, АГ III стадии — у 42% больных. Симптоматический характер АГ был исключен с использованием обязательных и дополнительных методов обследования больных АГ рекомендованные ВОЗ/МОАГ (2004 г.). Критериями исключения были перенесенный инфаркт миокарда и/или инсульт, ХСН III–IV класса (по классификации NYHA), сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с 15-минутным интервалом в дневное (07:00–23:00) и 30-минутным интервалом в ночное (23:00–07:00) время; мониторирование ЭКГ по Холтеру. Оценивались показатели вариабельности сердечного ритма (SDINN, SDNN, rMSSD) и степень ночного снижения АД.

Результаты. С увеличением стадии АГ меняется характер аритмий. При АГ II стадии у 40% больных наблюдались пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НТ); у 40% — ЖЭ I класс по Lown в сочетании с пароксизмами НТ; у 20% — ЖЭ 2 класс по Lown. При АГ III стадии у 60% — ЖЭ класс 1 по Lown в сочета-

нии с пароксизмами НТ; у 20% — изолированные ЖЭ класса 1 по Lowp, у 20% — ЖЭ 4 класс по Lowp и пароксизмы НТ. С возрастанием стадии АГ наблюдалось снижение активности как симпатической (SDNN) на 13,3%, так и парасимпатической (rMSSD) на 46% нервной системы. У пациентов II стадии АГ нарушения ритма наблюдались при преобладании тонуса симпатической нервной системы — у 83 % больных: из них 20% — пароксизмы НТ, 20% — ЖЭ класс 1 по Lowp, 20% — ЖЭ класс 1 по Lowp и пароксизмы НТ, 20% — ЖЭ класс 2 по Lowp; при преобладании тонуса парасимпатической нервной системы — у 17% больных: из них 100% — пароксизмы НТ. У пациентов III стадии АГ нарушения ритма в 100% случаев связаны с повышением тонуса симпатической нервной системы: 40% — ЖЭ класс 1 по Lowp, 40% — ЖЭ класс 1 по Lowp в сочетании с пароксизмами НТ; 20% — ЖЭ класс 4 по Lowp с пароксизмами НТ. По данным суточного мониторинга АД с возрастанием стадии АГ возрастало количество пациентов с недостаточным ночным снижением как систолического, так и диастолического АД («non — dipper») — степень ночного снижения САД уменьшается на 5,2%, ДАД — на 3,46%.

Выводы. Таким образом, у больных АГ при увеличении стадии определялось уменьшение активности симпатической нервной системы и, в меньшей мере, парасимпатической, при этом уменьшалась степень снижения ночного как систолического, так и диастолического давления; одновременно наблюдалась тенденция к изменению характера аритмий в сторону утяжеления состояния пациента.

0822 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПО ДАННЫМ СПИРОЭРГОМЕТРИИ У МУЖЧИН С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ТРЕДМИЛ-ТЕСТЕ

Фомина И.Г., Лазарев А.В., Матвеев В.В.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить изменения метаболизма у здоровых мужчин с различным типом реакции артериального давления (АД) на дозированную физическую нагрузку по данным спироэргометрии.

Материалы и методы: в исследование были включены 42 мужчины в возрасте от 18 до 30 лет, средний возраст $21,2 \pm 3,8$ лет без предшествующей АГ по критериям ВОЗ/МОАГ, 2004г. и по данным суточного мониторинга АД. Всем пациентам проводилась ступенчато-возрастающая физическая нагрузка на тредмиле по протоколу R.Bruse, с непрерывной регистрацией ЭКГ, автоматизированным измерением АД в конце каждой минуты и газовым анализом выдыхаемого воздуха. Оценивалось АД на каждой ступени нагрузки и определялись газовые составляющие спироэргометрии, значения анаэробного порога и работоспособность. Нагрузка прекращалась по достижении субмаксимальных величин частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при появлении жалоб и объективные критерии прекращения нагрузки.

Результаты: субмаксимальные цифры ЧСС были достигнуты у 38 пациентов. Во время нагрузочной пробы на тредмиле у 20 (52,6%) человек наблюдалась нормотензивная реакция на физическую нагрузку, при которой максимальные значения систолического АД составили $160,6 \pm 10,7$ мм рт.ст., диастолического АД $77,7 \pm 7,0$ мм рт.ст. (группа I). У 18 (47,4%) человек была зарегистрирована патологическая гипертензивная реакция с максимальными значениями АД $183,4 \pm 15,6$ и $91,2 \pm 9,8$ мм рт.ст. соответственно при $p < 0,05$ (группа II). В зависимости от типа реакции АД на физическую нагрузку были изучены показатели спироэргометрии. У пациентов из группы II на всем протяжении теста (на пике нагрузки, при достижении анаэробного порога) и в восстановительном периоде наблюдались достоверно высокие значения потребления кислорода, выделения углекислого газа и легочной вентиляции. При одинаковом объеме выполненной работе в обеих группах показатели работоспособности у пациентов были на высоком уровне и достоверно не отличались. Время достижения анаэробного порога у пациентов из группы I 731 ± 130 с, из группы II 729 ± 135 с при $p > 0,05$. Однако, пациенты с гипертензивной реакцией достигали анаэробный порог с более высокими значениями газовых показателей.

Выводы: у мужчин с патологической гипертензивной реакцией выявленная тенденция к большему увеличению значений показателей выделения углекислого газа во время нагрузочного теста может свидетельствовать о большем накоплении лактата в крови. Компенсаторное увеличение легочной вентиляции в ответ на изменения кислотно-основного состояния крови приводит к нарастанию потребления кислорода. Данные метаболические сдвиги могут являться начальными звеньями формирования АГ на доклинической стадии у лиц с патологической гипертензивной реакцией.

0823 ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Фомина И.Г., Сырцова М.В., Колесниченко Н.А.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель работы: установить взаимосвязь избыточной массы тела и ожирения и развития безболевой ишемии миокарда.

Методы исследования: обследовано 95 больных (75м, 20ж) с ИБС: стенокардией II-IV ФК, ПИКС и/или АКШ, ЧТКА в анамнезе, а также пациенты с множественными факторами риска. Всем больным проведены общеклинические исследования, измерение веса и роста с расчетом индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ), 24-часовое мониторирование ЭКГ. По данным 24-часового холтеровского мониторирования ЭКГ выделены 3 группы: I — с безболевой ишемией миокарда (БИМ) — 38 больных (40%), II — с сочетанием БИМ и стенокардии — 21 больной (22%), III — со стенокардией — 36 больных (38%). Оценивалось распределение больных по ИМТ, наличию абдоминального ожирения (АО), общая продолжительность эпизодов ишемии по данным холтеровского мониторирования ЭКГ. Оценка достоверности разности результатов исследования проводилась по критерию Стьюдента.

Результаты: У больных с БИМ средние показатели ИМТ были достоверно выше по сравнению с пациентами II и III групп и составили $31,56$ кг/м², $27,44$ кг/м² и $28,27$ кг/м² соответственно (pI-II 0.0001, pI-III 0.001). Ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) было выявлено у 58% больных с БИМ, 4,7% больных с сочетанием БИМ и стенокардии, 33,3% больных со стенокардией. Различия в группах были статистически достоверными ($p < 0,05$). Абдоминальным ожирением страдали 57,14% м и 100% ж с БИМ, 11,78% м и 75% ж с сочетанием БИМ и стенокардии, 39,13% м и 69,2% ж со стенокардией. Общая продолжительность эпизодов ишемии составила 60 и более мин у 47,4% больных с БИМ и 38,1% больных с сочетанием БИМ и стенокардии. Была выявлена прямая корреляционная связь между ИМТ и общей продолжительностью эпизодов ишемии миокарда у больных с БИМ ($r = 0,7633$, $p < 0,0001$), с сочетанием БИМ и стенокардии ($r = 0,4798$, $p = 0,003$) и со стенокардией ($r = 0,6481$, $p < 0,0001$). Также была выявлена прямая корреляционная связь между ОТ и общей продолжительностью эпизодов ишемии миокарда у больных с БИМ ($r = 0,7171$, $p < 0,0001$), с сочетанием БИМ и стенокардии ($r = 0,4612$, $p = 0,04$) и со стенокардией ($r = 0,6481$, $p = 0,0002$).

Выводы: ожирение выявлено у 58% больных с безболевой ишемией миокарда, при этом отмечалось преобладание абдоминального ожирения. Была выявлена тенденция к увеличению числа больных с ожирением 2-3 ст в группе с безболевой ишемией миокарда. Общая продолжительность ишемии миокарда была в 2,5 раза больше у больных с БИМ по сравнению с больными со стенокардией и возрастала по мере увеличения ИМТ. Таким образом, наличие избыточной массы тела и ожирения повышает риск развития безболевой ишемии миокарда и ухудшает прогноз этих больных.

0824 ИЗМЕНЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОПАФЕНОНОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛИЗИНОПРИЛОМ

Фомина И.Г., Тарзиманова А.И., Дралова О.В.

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучить изменение воспалительных маркеров у больных с рецидивирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) при лечении пропafenомом в сочетании с лизиноприлом.

Методы: В исследование включено 35 пациентов с рецидивирующей формой ФП в возрасте от 41 до 54 лет (средний возраст $49 \pm 2,5$ лет). 30 (86%) больных страдали артериальной гипертензией, у 5 (14%) пациентов была диагностирована идиопатическая форма ФП. Для профилактики пароксизмов ФП все пациенты получали пропafenом (пропанорм, фармацевтической компании PROMED, CS Praha a.s.) в суточной дозе 450 мг перорально в три приема и лизиноприл (даприл, официальный дистрибьютор в России PROMED, CS Praha a.s.) в суточной дозе 5–10 мг. Всем больным через 3 и 12 месяцев лечения определялся уровень С-реактивного белка и фибриноген плазмы крови. Эффективность антиаритмической и гипотензивной терапии оценивалась через 3 и 12 месяцев от начала лечения при проведении 48-часового мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования артериального давления.

Результаты: Через 12 месяцев лечения пропafenомом в сочетании с лизиноприлом синусовый ритм сохранили 24 (68,5%) больных. До начала терапии у больных с рецидивирующей формой ФП уровень фибриногена плазмы крови имел высокие значения и составил в среднем по группе $4,9 \pm 0,6$ г/л, через 12 месяцев лечения пропafenомом в сочетании с лизиноприлом было выявлено достоверное и значимое снижение фибриногена плазмы крови до $3,8 \pm 0,5$ г/л ($p < 0,05$). У 4 (11%) больных с рецидивирующей формой ФП были обнаружены высокие титры С-реактивного белка, через 12 месяцев лечения пропafenомом в сочетании с лизиноприлом все пациенты имели нормальные значения С-реактивного белка.

Выводы: Через 12 месяцев сохранения синусового ритма у больных с рецидивирующей формой ФП при лечении пропafenомом в сочетании с лизиноприлом отмечалось достоверное уменьшение фибриногена плазмы крови и С-реактивного белка.

0825 ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ

Фонякин А.В., Четектин А.О., Глебов М.В., Гераскина Л.А., Никитин Ю.М., Кравченко М.А.

НИИ неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель работы: изучить вероятность парадоксальной эмболии у больных с ишемическим инсультом в различных возрастных группах и при различных патогенетических подтипах инсульта.

Материал и методы. Обследовано 48 больных (средний возраст $47,6 \pm 15,4$ года), перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку и не имевших окклюзии сонных артерий. На основании клинко-инструментального обследования определялся ведущий патогенетический механизм инсульта. У 20 пациентов диагностирован лакунарный инсульт, у 10 – кардиоэмболический (КЭИ), 5 – атеротромботический, 3 – гемодинамический, 1 – гемореологическая микроокклюзия, 1 – инсульт, ассоциированный с мигренью. У 8 пациентов причин ОНМК выявлено не было. Далее всем больным проводилось транскраниальное доплерографическое мониторирование средних мозговых артерий с использованием режима микроэмболодетекции на фоне болюсного внутривенного введения контрастного вещества (взболтанная смесь 9 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия, 0,5 мл аутокрови и 1 мл воздуха). 12 пациентам проведена трансторакальная эхокардиография с аналогичным контрастированием. 16 больным выполнена чреспищеводная эхокардиография.

Результаты. У 28 (58%) пациентов выявлены признаки патологического право-левого шунтирования: у 24 больных – открытое овальное окно (ООО), у 3 – легочный артерио-венозный (АВ) шунт, у 1 пациента – сочетание ООО и дефекта межжелудочковой перегородки. В молодом возрасте (15–45 лет) возможность парадоксальной эмболии обнаружена у 68% больных, в среднем возрасте (46–59 лет) – у 46% пациентов, в пожилом (60 лет и старше) – у 54% пациентов. При некардиоэмболических инсультах (31 больной) ООО идентифицировано у 11 пациентов, а легочное АВ шунтирование – у 3 больных. При сопоставитель-

ном анализе размеров и количества ишемических очагов у больных с некардиоэмболическими инсультами установлено, что наличие шунта не сопровождалось усугублением церебрального поражения. У больных с КЭИ ($n=10$), причинами которого послужили различные верифицированные нарушения, в 7 наблюдениях обнаружено ООО. При криптогенном инсульте ($n=8$) ООО выявлено у 7 пациентов.

Выводы. Более чем у половины пациентов с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения существует предрасположенность к парадоксальной церебральной эмболии, основной причиной которой является ООО. Парадоксальное шунтирование регистрируется в разных возрастных группах (несколько чаще – в молодом возрасте) при различных подтипах ишемического инсульта. Наиболее часто ООО выявляется при кардиоэмболическом и криптогенном инсульте. Криптогенный инсульт в молодом возрасте ассоциируется преимущественно с ООО.

0826 КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛЫХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Фрид С.А., Максютова С.С., Фридман Л.М., Фаррахова Ф.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Городской госпиталь ветеранов войн, Муниципальная поликлиника №1, Уфа, Россия

Цель: оценка эффективности комбинированной антигипертензивной терапии у пожилых пациентов с изолированной систолической гипертензией (ИСАГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Методы: обследовано 40 пациентов с ИСАГ в сочетании МС, ранее регулярно не лечившихся. Средний возраст – $69,3 \pm 8,7$ лет. Гипертонический анамнез – $7,2 \pm 3,9$ лет. Для оценки когнитивной функции использовали краткую шкалу оценки клинического статуса (MMSE). 35 пациентов получили 25 баллов, 4 пациента – 27 баллов, 1 больной – 24 балла. Средний индекс массы тела – $29,3 \pm 2,1$ кг/м². Средний уровень соотношения объемов талия / бедра составил 1,08. Средний уровень АД при поступлении – $174,3 \pm 5,2$ / $85,4 \pm 4,8$ мм рт.ст. Средний уровень глюкозы натощак – $5,72 \pm 0,26$ ммоль/л, через два часа после приема пищи – $5,94 \pm 0,13$ ммоль/л, средний уровень общего холестерина (ОХС) – $7,26 \pm 0,34$ ммоль/л, среднее содержание триглицеридов (ТГ) $2,4 \pm 0,15$ ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) $0,9 \pm 0,12$ ммоль/л. Состояние диастолической функции оценивали методом доплер-эхокардиографии на аппарате «Toshiba Xario». Определялись максимальные скорости раннего и позднего диастолического наполнения VE и VA, VE/VA, интегралы максимальных скоростей E и A, E/A. Случайной выборкой больные были распределены на 4 группы по 10 человек и 3-х недели получали 1 раз в сутки: 1 группа – престариум 4мг («Servier») с арифомом ретард 1.5мг («Servier»); 2 – престариум 4мг с таллитомом 6.25мг («Egis»); 3 – таллитон 6.25мг с арифомом ретард 1.5мг; 4 – верогадил ER 240мг («IVAX») с арифомом ретард 1.5мг. Все больные принимали кардиомагнил (Nycomed) и зокор 20мг («MSD»).

Результаты: целевой уровень АД достигнут у всех пациентов. Сумма баллов по шкале MMSE увеличилась в каждой группе. 16 пациентов набрали 27 баллов, 10 пациентов – 26, а остальные – 25, независимо от комбинации препаратов. Уменьшился уровень глюкозы $5,26 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$), $5,38 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$), $5,43 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$) и $5,33 \pm 0,11$ ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно; тенденция к уменьшению уровня ОХС и ТГ: $6,62 \pm 0,1$ ммоль/л, $6,73 \pm 0,05$ ммоль/л, $6,66 \pm 0,14$ ммоль/л, $6,6 \pm 0,14$ ммоль/л и $1,97 \pm 0,21$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$), $2,04 \pm 0,12$ ммоль/л, $1,98 \pm 0,23$ ммоль/л и $1,95 \pm 0,20$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$) соответственно. Уровень ХС ЛПВП несколько повысился: $0,98 \pm 0,08$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$), $0,96 \pm 0,12$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$), $0,97 \pm 0,09$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$) и $0,95 \pm 0,11$ ммоль/л ($0,05 < p < 0,1$) соответственно. Изменение диастолической функции произошло также во всех группах (VE/VA, E/A) соответственно с $0,89 \pm 0,06$ до $1,05 \pm 0,02$ и с $0,93 \pm 0,05$ до $1,11 \pm 0,02$ ($p < 0,01$); с $0,95 \pm 0,03$ до

1,09±0,01 ($p<0,001$) и с 1,03±0,06 до 1,19±0,03 ($p<0,05$); с 0,96±0,03 до 1,08±0,02 и с 0,1±0,02 до 1,17±0,03 ($p<0,01$); с 0,96±0,02 до 1,1±0,01 ($p<0,001$), с 1,05±0,04 до 1,17±0,01 ($p<0,05$).

Выводы: данные комбинации антигипертензивных средств оказывают положительное влияние на метаболический профиль, когнитивную сферу и диастолическую функцию левого желудочка у пожилых больных с ИСАГ и МС, независимо от того, какую комбинацию получает пациент.

0827 РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Фролова Н.С., Шахнович Р.М., Добровольский А.Б., Руда М.Я.
ФГУ РК НПК Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования — выявление резистентности к аспирину у больных острым коронарным синдромом (ОКС), механизмов развития, клинической значимости, способов ее преодоления и влияние на прогноз.

Материалы и методы. В исследование включено 50 человек с ОКС без подъема сегмента ST (ОКС без ST) и 50 человек с ОКС с подъемом сегмента ST (ST ОКС). Период наблюдения — 1 год. Конечные точки: смерть от любых причин; нефатальный инфаркт миокарда; ишемический инсульт; повторная госпитализация по поводу ОКС.

Функцию тромбоцитов определяли по методу Борна исходно, через 7 дней приема аспирина, через 30 дней приема аспирина и через 6 — 8 месяцев, в качестве индуктора использована арахидоновая кислота (АК) 1,5 мг/дл. Лабораторным критерием резистентности к аспирину считали уровень агрегации с АК более 20% на 7 сутки приема препарата. В случае ее выявления, после пробы с аспирином *in vitro*, увеличивали дозу аспирина до 300 мг/сут.

Также всем больным определяли уровень стабильного метаболита тромбосана A2 — 11-дегидро тромбосан B2, методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. Из 100 человек 13 были резистентными к аспирину. Достоверно чаще резистентность к аспирину встречалась в группе ST ОКС (11 человек, 21,57%, $p=0,01$), далее рассматривалась именно эта группа больных.

У чувствительных больных отмечается снижение уровня агрегации к 7 дню (средний показатель светопропускания исходно 14,9%, на 7 день — 1,26%, $p=0,016$), а в дальнейшем уровень агрегации значительно не изменялся. В группе резистентных больных наблюдается другая динамика показателей: средний уровень светопропускания исходно 25,7%, на 7 день — 42,8%, на 30 день — 7,1%, через 6 — 8 месяцев — 4,4%, динамика достоверна на первых трех точках, $p<0,0001$. Достоверные различия по уровню агрегации между двумя группами наблюдаются исходно и через 7 дней наблюдения, а в дальнейшем группы не различаются между собой. Снизить уровень агрегации удалось у 9 больных к третьей точке, и у оставшихся 2 — к четвертой. Достоверного влияния на прогноз у больных с ОКС не выявлено. У двух пациентов, у которых к третьей точке не наблюдалось адекватного подавления агрегации, в течение года произошли неблагоприятные события.

Уровень метаболита тромбосана был достоверно выше исходно и выше в группе ST ОКС. Через 7 дней терапии аспирином его уровень снижался. При делении показателей в общей группе по медиане (438 нг/ммоль креатинина) оказалось, что прогноз достоверно хуже у больных с высокими показателями метаболита тромбосана, $p=0,04$. Корреляции между уровнем тромбосана и резистентностью к аспирину по данным агрегации не выявлено.

Выводы. 1) Резистентность к аспирину среди больных ОКС — 13%, в большинстве случаев это был ST ОКС. 2) У большинства резистентных больных к 30 дню уровень агрегации снизился, при увеличении дозы до 300 мг. 3) Резистентность к аспирину можно преодолеть. 4) Повышенный уровень метаболита тромбосана A2 в моче — признак неблагоприятного прогноза.

0828 ВЕЛИЧИНА ПРОСТРАНСТВЕННОГО УГЛА QRS-T У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БО-

ЛЕЗНЮ СЕРДЦА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ

Фурман Н.В., Шматова С.С., Шамьонов М.Р.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии» Росздрава, Саратов, Россия

QRST угол — угол между направлением желудочковой деполаризации и реполяризации. Имеются данные, что пространственный угол QRST является предиктором кардиоваскулярного риска и в сочетании классическими ЭКГ-индикаторами коронарного риска повышает возможности прогнозирования фатальных кардиальных катастроф.

Целью работы было оценить изменение величины пространственного QRST угла у больных ИБС с разной тяжестью атеросклероза коронарных артерий при выполнении стресс-теста на тредмиле.

Материалы и методы: Обследовано 44 пациента с ИБС стенокардией 2-3 функционального класса по Канадской классификации. Средний возраст 53,1±9,1 лет. Всем обследуемым проводилась коронарография по данным которой пациенты были разделены на две группы. 1-я группа — пациенты с гемодинамически значимым поражением ствола левой коронарной артерии или проксимальной части передней нисходящей артерии (30 человек). 2-я группа — больные ИБС с поражением одной или большего количества ветвей без вовлечения проксимальной части передней нисходящей артерии (14 человек). Всем пациентам был выполнен стресс-тест на тредмиле по стандартному протоколу Bruce с регистрацией ЭКГ в 12 отведениях. До нагрузки и сразу после прекращения пробы оценивалась величина пространственного QRST угла.

Результаты: в обеих группах пациентов наблюдалось увеличение величины пространственного QRST угла после стресс-теста. Но у пациентов с более тяжелым поражением коронарных сосудов величина QRST угла как до, так и после нагрузочной пробы была больше. В первой группе исходная величина QRST угла в среднем составляла 69,7±12,6 град, а после стресс-теста величина QRST была 71,7±12,5 град. Во второй группе средняя величина QRST угла до нагрузки составляет 60,9±14,3 град, после 68,1±9,5 град.

Выводы: по-видимому, большая величина пространственного QRST угла и увеличение его при выполнении нагрузочной пробы, отражает более тяжелое поражение коронарных артерий

0829 ЖЕСТКОСТЬ И ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ПОЛОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Хайшева Л.А.

РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от возраста и пола.

Материалы и методы: обследовано 80 человек, пациенты до 60 лет составили 43,75% от всех обследованных — 35 человек (18 мужчин и 17 женщин). Больные старше 60 лет — 56,25% — 45 человек (22 мужчины и 23 женщины). С целью изучения СРПВ больных обследовали на приборе «Поли-Спектр» (ООО «Нейро-Софт», г. Иваново). СРПВ оценивали по скорости пульсовой волны по артериям мышечного типа (См) и по артериям эластического типа (Сэ).

Результаты исследования и их обсуждение: мужчин СРПВ по Сэ повышена в обеих возрастных группах, причем с возрастом происходит увеличение СРПВ, у мужчин старше 60 лет Сэ достоверно выше, чем у мужчин молодого и среднего возраста (12,03±0,32 м/с и 10,23±0,52 м/с, $p<0,05$). У женщин молодого и среднего возраста наблюдаются нормальные значения СРПВ по Сэ (8,23±0,39 м/с), показатель достоверно ниже, чем у мужчин той же возрастной группы. С возрастом у женщин происходит достоверное повышение Сэ, и у пациентов старше 60 лет, страдающих ГБ СРПВ Сэ (11,48±0,72 м/с) и не имеет половых особенностей. Нами была изучена зависимость между возрастом и величиной СРПВ у всех обследованных пациентов. По

нашим данным имеет место прямая корреляционная зависимость умеренной силы между возрастом и величиной СРПВ в артериях эластического типа ($r=0,51$, $p<0,05$). Не зависимо от возраста у мужчин наблюдается прямая корреляционная взаимосвязь между вышеуказанным показателем и СРПВ Сэ: ($r=0,34$, $p<0,05$ среди пациентов молодого и среднего возраста, и $r=0,72$, $p<0,05$ у пожилых пациентов, в среднем по группе ($r=0,53$, $p<0,05$). При изучении особенностей СРПВ Сэ у женщин получено, что у пациентов менструального возраста, данная взаимосвязь очень слабая $r=0,22$, $p<0,05$, однако у больных старше 60 лет, когда действие эстрогенов заканчивается, возраст оказывает прямое действие на эластичность сосудистой стенки $r=0,49$, $p<0,05$; в среднем по группе $r=0,34$, $p<0,05$. Величина САД у мужчин на прямую влияет на СРПВ Сэ, причем в более старшей возрастной группе данная связь становится сильнее (до 60 лет $r=0,43$, старше 60 лет $r=0,58$; $p<0,05$). У женщин прослеживается такая же динамика между взаимосвязями САД и СРПВ по Сэ (среди пациенток молодого и среднего возраста $r=0,41$, у больных пожилого возраста $r=0,63$; $p<0,05$). При анализе влияния пульсового АД (ПАД) на СРПВ, выявлено, что данная величина в большей степени, нежели САД влияет на сосудистую стенку. У мужчин ПАД влияет на эластичность сосудистой стенки, с возрастом данная взаимосвязь только увеличивается (до 60 лет $r=0,44$, старше 60 лет $r=0,63$; $p<0,05$).

Выводы: у пациентов с ГБ СРПВ повышена: у мужчин вне зависимости от возраста, у женщин данный показатель нарушается с возрастом и явные нарушения прослеживаются в возрасте старше 60 лет. У мужчин, как и у женщин на СРПВ наибольшее влияние оказывают ПАД и возраст, далее по силе взаимосвязи следует САД.

0830 ВОЗМОЖНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКЦИИ МОНОТЕРАПИЕЙ МЕТОПРОЛОЛОМ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хамидуллаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить органопротективную эффективность монотерапии метопрололом у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 17 больных ЭГ, I-II степени (ВОЗ/МОАГ 1999г.), в среднем возрасте $52,2\pm6,9$ лет. Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали по отношению ММЛЖ к площади тела. Диастолическая функция сердца оценивалась по следующим доплер-ЭхоКГ индексам: фаза изоволюмического расслабления (ФИР), пиковые скорости раннего (РЕ) и предсердного (РА) наполнения и их соотношения (РЕ/РА). Суточный профиль артериального давления (СПАД) оценивали с помощью компьютерной системы TONOPORT V («GE Medical Systems», Германия). Все больные находились на 12-недельной терапии метопрололом тартрат (Корвитол, «Берлин-Хеми», Менарины Групп) в средне-суточной дозе $144,11\pm60,93$ мг. Результаты исследования представлены в $M\pm SD$.

Результаты исследования. На фоне 12-недельной монотерапии метопрололом отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД (САД и ДАД): до лечения $154\pm9,66$ мм рт.ст. против $124,23\pm14,12$ мм рт.ст. на фоне терапии для САД ($p=0,000$) и до лечения $99\pm7,37$ мм рт.ст. против $78,5\pm8,24$ мм рт.ст. на фоне лечения для ДАД ($p<0,000$). По данным СМАД нормализовались исходно нарушенные показатели вариабельности дневного САД и ДАД ($p=0,007$ и $p=0,002$, соответственно), при этом целевых уровней САД и ДАД по данным СМАД достигли 60% больных. Отмечена высокая кардиопротективная эффективность монотерапии препаратом, которая выражалась в достоверном снижении ИММЛЖ: до лечения $169,31\pm43,3$ г/м² против $146,8\pm32,45$ г/м² на фоне терапии ($p=0,003$) и улучшением диастолической функции левого желудочка: соотношение РЕ/РА до

лечения $0,91\pm0,14$ против $1,12\pm0,34$ после лечения ($p=0,025$).

Выводы. Результаты исследования показали высокую антигипертензивную эффективность монотерапии метопрололом больных ЭГ, нормализацию исходно нарушенной вариабельности АД, достоверную кардиопротективную эффективность, которая выражалась в достоверном снижении степени гипертрофии ЛЖ и улучшении диастолической функции ЛЖ.

0831 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ Gln27Glu ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА b2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА

Хамидуллаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить распространенность Gln27Glu-полиморфного маркера гена β^2 -адренорецепторов (АР) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) и клиническую и органопротективную эффективность небиволола в зависимости от Gln27Glu полиморфизма гена β^2 -АР.

Материал и методы исследования. В исследование включены 92 больных ЭГ, I-II степени (ВОЗ/МОАГ 1999г.), мужчин узбекской национальности, в среднем возрасте $48,64\pm7,5$ лет. Определение Gln27Glu полиморфизма гена β^2 -АР осуществлялось с помощью ПЦР и последующей рестрикцией полученных ПЦР-продуктов ферментом BstNI. Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и при значении ИММЛЖ >125 г/м² судили о гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Оценивали эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии ($\alpha D\%$) в тесте с реактивной гиперемией. 47 больных находились на 12-недельной терапии небивололом (Небилет, «Берлин-Хеми», Менарины Групп) в средне-суточной дозе $4,95\pm2,59$ мг. Результаты исследования представлены в $M\pm SD$.

Результаты исследования. По результатам генотипирования тестировали генотипы: Gln27Gln, Gln27Glu, Glu27Glu. Распределение частот генотипов было следующим: Gln27Gln – 61,5%, Gln27Glu – 31,53%, Glu27Glu – 6,25% ($p=0,000$). Gln27-аллель встречался 77,7% случаев, Glu27-аллель в 22,3% случаев ($p=0,000$). В дальнейшем для изучения клинической эффективности небиволола больные были разделены на 2 группы, из-за малочисленности больных с Glu27Glu-генотипом ($n=4$): 1-я гр. Gln27Glu+Glu27Glu $n=17$; 2-я гр. Gln27Gln $n=30$. На фоне лечения отмечена высокая антигипертензивная эффективность небиволола, снижение САД и ДАД в 1-й гр. на $17,21\pm5,16\%$ и $16,27\pm5,43\%$, во 2-й гр. на $17,9\pm7,35\%$ и $17,18\pm7,02\%$, для САД и ДАД соответственно ($p<0,000$). Кардиопротективный эффект небиволола проявлялся в достоверном снижении ИММЛЖ в обеих группах на $6,06\pm6,42\%$ и $7,88\pm9,26\%$ для 1-й и 2-й групп соответственно. На фоне терапии отмечено достоверное улучшение ЭЗВД в исследованных группах, с полной нормализации ЭЗВД у 50% пациентов во 2-й группе: до лечения $4,81\pm0,66\%$, после лечения $9,28\pm8,7\%$ для 1-й группы ($p=0,043$); до лечения $4,69\pm11,4\%$, после лечения $10,35\pm8,75\%$ для 2-й группы соответственно ($p=0,035$).

Выводы. Таким образом у больных ЭГ превалировал Gln27Gln-генотип и Gln27-аллель Gln27Glu-полиморфного маркера гена β^2 -АР. Результаты исследования показали высокую антигипертензивную и кардиопротективную эффективность небиволола независимо от генотипов Gln27Glu-полиморфного маркера гена β^2 -АР, нормализация эндотелий-зависимой вазодилатации отмечалась в группе больных с Gln27Gln-генотипом изученного полиморфизма.

0832 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ИБС

С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хамуев Я. П., Седов В. П.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: выявить взаимосвязь диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) и выраженности поражений артерий эластического типа, как единого патофизиологического механизма для прогноза у больных ИБС с сердечной недостаточностью (СН).

Методы: в открытое проспективное одноцентровое исследование включены 97 больных (70 мужчин (72 %)) с функциональным классом СН (NYHA) $2,7 \pm 0,5$, с клиническим состоянием — шкалой оценки клинического состояния больных (ШОКС) $6,3 \pm 3$ балла, в возрасте 67 ± 10 лет, с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ $45 \pm 10\%$, индексом массы тела $31,7 \pm 6,5$ кг/м², тестом шестиминутной ходьбы 347 ± 128 метров. Контрольную группу составили больные с ИБС, сопоставимые по возрасту и полу с исследуемой группой, без признаков СН и гипертрофии ЛЖ ($n=40$), с ФВ ЛЖ $62 \pm 5\%$. Все пациенты имели синусовый ритм. Эхокардиография, дуплексное сканирование сонных артерий проводилась после стабилизации состояния больных. ДД ЛЖ оценивалась с помощью импульсно-волнового доплеровского режима, доплеровской визуализации ткани (ДВТ), по индексу объема левого предсердия. Пациенты наблюдались в течение полу года. При анализе использовались непараметрические методы статистики, одно и многофакторный анализ.

Результаты: были получены достоверные данные, что у больных с СН в 73%, имеется ДД ЛЖ. Независимо от значения ФВ ЛЖ выявлено снижение систолической и диастолической сегментарных скоростей фиброзного кольца митрального клапана, повышение давления наполнения ЛЖ. Больные с СН имеют, как правило, гипертрофию и нарушение геометрии ЛЖ, дилатацию камер сердца, (особенно левых), клапанную дисфункцию. Ухудшение ДД ЛЖ у больных с СН сопровождается дилатацией, более тяжелым атеросклеротическим поражением и нарушением вязко-эластических свойств артерий эластического типа (аорты и сонных артерий). Была выявлена прямая корреляция между параметрами ДД ЛЖ и степенью гипертрофии, геометрии, дилатации ЛЖ, нарушениями в артериях эластического типа. Тяжесть нарушений локальных и глобальных диастолических свойств ЛЖ у больных с СН сопровождалась неэффективностью консервативного лечения пациентов, и частыми повторными декомпенсациями и фатальным исходом (у 10 больных).

Выводы: степень диастолической дисфункции ЛЖ является более неблагоприятным предиктором смерти, чем возраст и ФВ ЛЖ. Прогрессирование диастолической дисфункции ЛЖ является патофизиологическим механизмом комплекса нарушений: гипертрофии и изменения геометрии ЛЖ, дилатации ЛЖ и левого предсердия, клапанной дисфункции, повышенного давления наполнения ЛЖ; тяжести атеросклеротического поражения, дилатации, и повышенной жесткости артерий эластического типа.

0833 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ — АЙСБЕРГ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хамуев Я. П., Седов В. П., Сыркин А. Л.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить взаимосвязь диастолической дисфункции (ДД) левого желудочка (ЛЖ) с сопутствующей патологией у больных ИБС с сердечной недостаточностью (СН).

Методы: в исследование включено 90 пациентов, 69 мужчин, ИБС, с СН II-IV функционального класса (ФК) (NYHA), в возрасте 69 ± 10 лет, с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ $45 \pm 10\%$. Пациенты были разделены на группы по степеням ДДЛЖ с помощью импульсно-волнового доплеровского режима, доплеровской визуализации ткани (ДВТ), индексу объема левого предсердия, с учетом возрастной изменчивости: 1 группа — с нормальным диастолическим спектром наполнения ЛЖ и нарушенным расслаблением (НР) ($n=30$), 2 группа — псевдонормализации (ПН) ($n=30$), 3 группа — рестрикции (Р) ($n=30$). Группу контроля (4 группа) (Н) ($n=30$) составили пациенты с ИБС без признаков

СН, с ФВЛЖ $>50\%$, без признаков гипертрофии ЛЖ, с нормальным диастолическим спектром наполнения ЛЖ. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, площади поверхности тела. Все пациенты имели синусовый ритм. Эхокардиография проводилась после стабилизации состояния больных. Сопутствующая патология кодировалась для статистического анализа на 1 — наличие в диагнозе, 0 — отсутствие. При анализе использовались непараметрические методы статистики, однофакторный анализ.

Результаты: сумма кодов сопутствующей патологии (СКСП) оказалась следующей по группам диастолической функции: в группе Н $7,8 \pm 3,4$; в группе НР $12,8 \pm 4,9$ * (* — $p < 0,05$ между группами Н и группами диастолической дисфункции); в группе ПН $14 \pm 4,3$ *; в группе Р $14,4 \pm 4,5$ *. При однофакторном анализе было выявлено, что СКСП коррелировала: с ФК СН ($r=0,314$; $p=0,003$), длительностью анамнеза СН ($r=0,295$; $p=0,005$), шкалой оценки клинического состояния больных СН ($r=0,333$; $p=0,002$), возрастом ($r=0,341$; $p=0,001$), с ДДЛЖ ($r=0,34$; $p=0,002$), со средней скоростью движения фиброзного кольца митрального клапана в раннюю диастолу (Е) ($r=-0,232$; $p=0,03$). ДДЛЖ коррелировала с следующими проявлениями ИБС и сопутствующими заболеваниями: постинфарктным кардиосклерозом ($r=0,324$; $p=0,0001$), аневризмами ЛЖ ($r=0,2$; $p=0,003$), кардиальной астмой ($r=0,3$; $p=0,0001$), желудочковыми нарушениями ритма ($r=0,2$; $p=0,001$), блокадой левой ножки пучка Гиса ($r=0,2$; $p=0,001$), сахарным диабетом ($r=0,2$; $p=0,014$), гипохромной анемией ($r=0,2$; $p=0,003$), хроническими обструктивными заболеваниями легких ($r=0,119$; $p=0,05$), хронической почечной недостаточностью ($r=0,2$; $p=0,01$), хакексией ($r=0,141$; $p=0,019$).

Выводы: диастолическая дисфункция сердца — тесно связана с прогрессирующим поражением других органов и систем организма. С учетом клинической и прогностической значимости ДД наиболее рационально выносить нарушение диастолической функции ЛЖ в клинический диагноз.

0834 ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Хасаев А. Ш., Чиликина Н. С., Абусуева З. С.

ГОУ ВПО «Даггосмедакадемия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: оценить эффективность комплексного применения ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) лизиноприла для коррекции нарушений диастолической функции миокарда у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 64 пациента (женщины—36, мужчины—28), средний возраст — $58,4 \pm 2,4$ лет, страдающие ИБС, стабильной стенокардией напряжения III ФК в сочетании с СД 2 типа. Состояние углеводного обмена у 22 (34,4%) больных соответствовало компенсации, у 42 (65,6%) — субкомпенсации. Исходно, через 1 и 6 месяцев от начала лечения всем больным проводилась эхокардиография в М-, В- и doppler-режимах («Acuson 128XP/10», USA). Определялись конечный диастолический размер (КДР, см), конечный диастолический объем (КДО, мл) ЛЖ, максимальная скорость кровотока в фазу быстрого (VE, м/с) и позднего (VA, м/с) диастолического наполнения, соотношение скоростей (VE/VA, у.е.). Методом рандомизации были сформированы 2 подгруппы больных. В 1-ю подгруппу (контроль) вошли 32 больных ($n=32$), получавшие традиционную терапию — нитраты, антиагреганты, б-блокаторы, сахароснижающие препараты. 2-ю подгруппу (основную) составили 32 больных ($n=32$), которым к традиционной терапии был добавлен иАПФ 3-го поколения III класса лизиноприл («Диротон», А.О. «Гедон Рихтер» Венгрия) в суточной дозе 10 мг.

Полученные результаты. У 47 больных ИБС в сочетании с СД 2 типа (73,4%) выявлены признаки ДД миокарда по 1 типу («замедленная релаксация») — увеличение средних значений VA до $0,81 \pm 0,09$, снижение VE до $0,66 \pm 0,06$ и VE/VA до $0,82 \pm 0,07$. Значения КДР и КДО ЛЖ также превышали норму и составили

5,58±0,11 и 152,5±5,2 соответственно. Корреляционный анализ выявил прямую взаимосвязь величины VA и длительности течения диабета. ($r=+0,36$, $p<0,01$) Комплексный прием лизиноприла в течение 1 месяца вызвал незначительную положительную динамику показателей диастолического наполнения ЛЖ — величина VE возросла на 6,2% и составила 0,69±0,06, VE/VA — на 12,2%, т.е. 0,92±0,16, наметилась тенденция к снижению Va — на 5,1%, что составило 0,75±0,12. Значения КДР и КДО ЛЖ снизились на 7,9% и 16%, т.е. 5,14±0,23 и 128,1±1,03 соответственно. Традиционная терапия практически не влияла на исходные показатели гемодинамики. Оптимальная коррекция ДД миокарда осуществлялась через 6 месяцев приема лизиноприла. Так, во 2-й подгруппе заметно возросли по сравнению с исходными цифрами значения VE — на 33,9%, что составило 0,87±0,12, VE/VA — на 50,0%, составив 1,23±0,23, величина VA снизилась на 10,1%, т.е. до 0,71±0,08. В 1-й подгруппе динамика показателей была менее выраженной, величина VE/VA снизилась на 7,3% и составила 0,88±0,17. Во 2-й подгруппе величина КДО была на 26% ниже исходных значений и проявила достоверность различий при сравнении с 1-й подгруппой — 112,8±0,22 против 134,8±0,42 соответственно. ($p<0,01$)

Выводы: 1. У больных ИБС в сочетании с СД 2 типа наблюдаются признаки ДД миокарда по типу «замедленной релаксации», прогрессирующие с увеличением длительности течения диабета. 2. Комплексное применение иАПФ лизиноприла в дозе 10 мг/сут улучшает диастолическую функцию миокарда с достижением максимального эффекта через 6 месяцев терапии.

0835 ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА В СОЧЕТАНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хлебодаров Ф.Е., Михин В.П., Забелина И.В.

ФГУЗ «Медсанчасть УВД Курской области»; ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Росздрава», Курск, Россия

Цель исследования: изучение влияния кардиоцитопротектора мексикора в сочетании с традиционной гипотензивной терапией на функцию эндотелия сосудистой стенки и внутрисердечную гемодинамику у больных эссенциальной артериальной гипертонией.

Методы. Под наблюдением находилось 80 больных эссенциальной артериальной гипертензией с уровнем АД 160/100 мм рт.ст. и выше и с наличием поражения органов-мишеней. Больных рандомизировали в четыре группы по 20 человек. Пациенты первой группы получали эналаприл и мексикор, второй — метопролол и мексикор, третьей — монотерапию эналаприлом, четвертой — монотерапию метопрололом. До начала лечения, через 1 месяц и через 6 месяцев после начала лечения больным проводилась эхокардиография с определением индекса массы миокарда левого желудочка, времени изоволюмического расслабления левого желудочка, соотношения максимальной скорости потока в фазы раннего и позднего наполнения, фракции выброса и исследовалась эндотелий-зависимая вазодилатация плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, определялась толщина комплекса интима-медиа на сонной артерии.

Результаты. В группах, где проводилась монотерапия эналаприлом, было выявлено улучшение эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии, уменьшалась толщина комплекса интима-медиа. У пациентов, получавших метопролол, подобных эффектов не отмечалось. При использовании сочетанной терапии эналаприлом и мексикором функция эндотелия улучшалась более существенно, чем при монотерапии. При использовании мексикора в сочетании с метопрололом отмечалось лишь некоторое уменьшение толщины комплекса интима-медиа. Как эналаприл, так и метопролол при монотерапии улучшали систолическую и диастолическую функцию миокарда левого желудочка, способствовали обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка. Вместе с тем, при использовании в сочетании с эналаприлом мексикора отмечалась более выраженная положи-

тельная динамика, что, вероятно, связано с более эффективной коррекцией эндотелиальной дисфункции. Применение мексикора с метопрололом также способствовало снижению индекса массы миокарда левого желудочка, улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка, однако в меньшей степени, чем при сочетанном применении мексикора и эналаприла.

Выводы. Сочетанное применение ингибитора ангиотензин-превращающего фермента эналаприла и кардиопротектора мексикора, в сравнении с монотерапией, способствует более существенному улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка, обратному развитию гипертрофии миокарда левого желудочка, более эффективной коррекции эндотелиальной дисфункции. Использование мексикора в сочетании с β -блокатором метопрололом вызывает сходные эффекты, но они менее выражены, чем при комбинированном применении эналаприла и мексикора.

0836 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ — НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАПИЛЛЯРОВ И ПРЕКАПИЛЛЯРНЫХ СОСУДОВ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Ховаева Я.Б., Баталова А.А., Берг М.Д.

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

Цель исследования — изучить площадь эндотелия капилляров периферических тканей и эндотелиальную релаксирующую функцию сосудов сопротивления по мере развития артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы исследования: методом случайной выборки обследовано 112 человек, средний возраст 49,5±1,8 лет, которые были разделены на 4 группы. Группа I — практически здоровые лица, 30 человек с нормальным АД (САД <120 мм рт.ст., ДАД <80 мм рт.ст.); группа II — лица с предгипертензией (САД 120–139 мм рт.ст., ДАД 80–89 мм рт.ст.), 18 человек. Группа III — пациенты с АГ I и II стадии, 40 человек. Группа IV — пациенты с АГ и изменениями комплекса интима-медиа плечевой артерии (утолщение, нарушение дифференцировки на слои), 24 человека. Региональное кровообращение исследовали методом окклюзионной плетизмографии на приборе «Fluvoschrift forte» в средней трети предплечья и голени в покое и после пробы с реактивной гиперемией (РГ). Оценивалась площадь и проницаемость капилляров на фоне РГ (ККФрг). Для оценки эндотелиальной функции прекапиллярных сосудов сопротивления рассчитывали суммарный прирост радиуса прекапиллярных сосудов в пробе с РГ (αr), нормализованный к 1 мм Hg ($\alpha r/Hg$).

Результаты. ККФрг в регионе предплечья в I группе составил — 80,4±5,7; во II — 72,9±8,2; в III — 66,0±5,0 ($p<0,05$); в IV — 60,8±6,7 мл/мин*100 г*10⁻³. ККФрг в регионе голени в I группе — 71,1±9,3; во II — 47,3±8,9 ($p<0,05$); в III — 39,0±4,9; в IV — 40,3±5,2 мл/мин*100 г*10⁻³. Прирост радиуса ($\alpha r/Hg$) в регионе предплечья равнялся в I группе — 0,73±0,03; во II — 0,54±0,03 ($p<0,001$); в III — 0,64±0,02; в IV — 0,56±0,05. $\alpha r/Hg$ в регионе голени в I группе составил — 0,83±0,07; во II — 0,69±0,11; в III — 0,78±0,06; в IV — 0,61±0,07 ($p<0,01$).

Таким образом, по мере повышения АД площадь капилляров периферических тканей уменьшается сначала в регионе голени уже у лиц с предгипертензией, а при развитии АГ — и в регионе предплечья. Нарушается также секреторная функция эндотелия сосудов сопротивления. Первые проявления обнаруживаются в сосудах предплечья уже у лиц с предгипертензией, генерализованные нарушения (в сосудах предплечья и голени) выявляются у лиц с АГ с изменениями комплекса интима-медиа. Повышение АД является фактором риска для эндотелия капилляров и эндотелия артериальных сосудов сопротивления.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ МД-7350.2006.7

0837 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ховаева Я.Б., Иванова А.Н., Тамарян И.А.

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

Цель исследования — оценить влияние милдроната на структурно-функциональное состояние артерий у больных ИБС.

Проведено открытое неконтролируемое клиническое исследование, в которое было включено 45 пациентов с ИБС. Критериями включения были: возраст пациентов 45-70 лет, наличие ИБС в виде постинфарктного кардиосклероза, согласие на проведение исследования. Критерии исключения: наличие симптомной хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета, других хронических заболеваний, требующих постоянной медикаментозной терапии, наличие острых или обострения хронических заболеваний. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 0,2$ года (от 45 до 70 лет). До включения в исследование и во время приема милдроната пациенты получали базисную терапию, которая не менялась в течение периода наблюдения и составляла не менее 12 месяцев до включения в исследование. Базисная терапия включала дезагреганты (аспирин) (73,3%), ИАПФ (64,4%), β -адреноблокаторы (60,2%), нитраты (42,2%). Включенные в исследование пациенты дополнительно к базисной терапии в течение 6 недель получали милдронат в дозе 500 мг в сутки. Все исследования проводили двукратно — до начала приема и через 6 недель терапии милдронатом. Исследование включало: общеврачебный осмотр, общий и биохимический анализы крови, регистрацию ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца и сосудов, окклюзионную плетизмографию с функциональными пробами.

Исходно у 84% больных обнаружена дисфункция эндотелия по данным эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии (прирост радиуса менее 10%).

Найдено улучшение функционирования эндотелиального релаксирующего механизма мелких артерий и артериол: прирост радиуса этих сосудов в регионе голени увеличился ($p < 0,01$) в перерасчете на 1 мм Hg. В сосудах предплечья наблюдалась аналогичная реакция, которая проявилась как тенденция к улучшению этой функции эндотелия сосудов (табл., $p < 0,1$).

В плечевой артерии показано достоверное увеличение поток-зависимой вазодилатации ($p < 0,05$). До начала терапии поток-зависимая дилатация в среднем составила $3,4 \pm 1,4\%$. После терапии милдронатом выявлено достоверное увеличение этого показателя до $7,3 \pm 2,5\%$. В подколенной артерии также произошло увеличение прироста радиуса в ответ на РГ после курса лечения милдронатом с $2,7 \pm 1,2\%$ до $3,9 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$).

Распространенность эндотелиальной дисфункции плечевой артерии у пациентов с ИБС после лечения милдронатом снизилась до 61,5%.

То, у больных ИБС с исходно нарушенной эндотелий-зависимой вазодилатацией 6-недельный курс милдроната приводит к достоверному улучшению сосудодвигательной функции артерий; улучшение функции эндотелия носит системный характер.

0838 ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Ходжаев А.А., Шакиров М.Р., Ходжаев А.И., Салимова Н.Р., Сарманов Ф.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Всего было обследовано 90 больных АГ I-II стадии обоего пола, в возрасте от 33 до 75 лет (средний возраст $53,2 \pm 8,8$ (выше 33 до 75 лет 90 больных АГ обоего пола) исходно и через три месяца. Всем больным проводились исследования кардиологического, неврологического и психоэмоционального клинического статуса, а также функциональные методы: ЭКГ, и ряд нейрофизиологических исследований: реоэнцефалография (РЭГ), эхо-энцефалоскопия (Эхо-ЭС) и электроэнцефалография (ЭЭГ).

В зависимости от возраста все обследованные больные были

разделены на 3 группы:

I группа (молодой возраст) от 30 до 44 лет — 15 (16,7%); II группа: (средний возраст) от 45 до 59 лет — 53 (58,9%); III группа: (пожилой возраст) от 60 до 74 лет — 22 (24,4%).

У всех обследованных больных АГ были выявлены доинсультные цереброваскулярные осложнения (ДЦВО): из них у 7 (7,8%) начальные проявления неполноценности кровоснабжения мозга (НПНКМ), у 27 (30,0%) гипертоническая энцефалопатия (ГЭ) I стадии, у 38 (42,2%) ГЭ II стадии и у 18 (20,0%) ГЭ с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (ПНМК). При анализе ДЦВО в возрастном аспекте наблюдалось нарастание частоты случаев ГЭ II стадии (с 33,3% до 63,6%, $P < 0,01$), а также ГЭ с ПНМК (с 6,7% до 27,3%, $P < 0,01$), реже диагностировались НПНКМ — (с 20,0% в первой группе до отсутствия таковых в III группе, $P < 0,05$).

По данным визуального анализа реоэнцефалограмм в целом по группе обследованных у 20 больных (22,2%) наблюдались признаки легкого, у 26 (28,9%) — умеренного, и у 32 (35,6%) — выраженного повышения тонуса церебральных сосудов. Нормотония имела место лишь у 4 больных (4,4%), а ангиодистония — у 10 (11,1%). Признаки затруднения венозного оттока (ЗВО) из полости черепа выявлены у 56 больных (62,2%).

По данным Эхо-ЭС у 60 из 90 больных (66,7%) зарегистрированы признаки повышения внутричерепного давления (ВЧД). Из них у 15 (16,7%) — легкие, у 20 (22,2%) — умеренные и у 25 (27,8%) — выраженные признаки повышения ВЧД.

По результатам ЭЭГ исследований у 80 (77,8%) больных были выявлены диффузные нарушения биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга различной степени выраженности: легкие у 15 (16,7%), умеренные у 26 (28,9%) и выраженные у 29 (32,2%) больных. Очаговые изменения ЭЭГ зарегистрированы у 10 (11,1%) больных, пограничные — у 8 (8,9%). Лишь у 2 (2,2%) больных АГ ЭЭГ показатели квалифицировались как нормальные.

Следует отметить, что по мере прогрессирования АГ и ДЦВО у лиц старших возрастных групп достоверно чаще встречались более грубые нейрофизиологические показатели. Так, по данным РЭГ легкие изменения, ангиодистония в 90% случаев зарегистрированы у больных с НПНКМ и ГЭ I ст, тогда как признаки повышения тонуса мозговых сосудов умеренных и выраженных градаций почти в 70% случаев отмечены у больных с ГЭ II ст и ГЭ с ПНМК. У этих же больных почти в 85% случаев выявлены признаки ЗВО, тогда как у больных с НПНКМ они не были зарегистрированы, а у больных с ГЭ I ст отмечены лишь в 15% случаев. Такими же были соотношения выраженности нарушений БЭА головного мозга (по данным ЭЭГ) в обследованных группах больных, т.е. имела прямая корреляция между выраженностью ДЦВО, нарушениями БЭА головного мозга и возрастом.

Таким образом, по мере увеличения возраста больных АГ диагностируются более тяжелые ДЦВО с серьезным прогнозом для жизни, сопровождающиеся более грубыми нейрофизиологическими (РЭГ, Эхо-ЭС и ЭЭГ) изменениями, которых необходимо учитывать при лечении больных АГ с ДЦВО.

0839 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Хоменко В.Л., Гороховская Г.М., Петина М.Н., Бекетова И.Л., Бирюков В.Н., Ладыгина И.Г.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Исследование проведено с целью выявления особенностей липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ожирением (Ож), ИБС и сахарным диабетом II типа (СД). Все обследованные (133 больных, М-73, Ж-60) были распределены на 6 групп: 1-ая — больные с ГБ+Ож, 2-ая — АГ+ИБС, 3-ая — АГ+Ож+ИБС, 4-ая — АГ+Ож+СД, 5-ая — АГ+Ож+ИБС+СД, 6-ая — больные с изолированным АГ (контрольная группа). Показатели липидного обмена определялись газохроматографическим методом на газовом хроматографе «Цвет-110». Изучались общие липиды (ОЛ, г/л), общий холесте-

рин (ХС, ммоль/л), α ХС (ммоль/л), ЛПОНП (мг/дл), ЛПНП (мг/дл), ЛПВП (мг/дл), ФЛ (ммоль/л), ТГ (ммоль/л), полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК): Омега-3 – эйкозапентеновая (ЭПК), докозагексоеновая (ДГК) и Омега-6 – пальмитолеиновая (ПМЛ, С16:1), олеиновая (ОЛ, С18:1), линолевая (ЛИН, С18:2), эйкозатриеновая (ЭЗТ, С20:3), арахидоновая (АР, С20:4). Исследования показали, что ОЛ, общий ХС, ЛПОНП и ЛПНП были увеличены во 2-й, 3-й и 5-й группах по сравнению с контрольной, но достоверно отличались в пятой (общий холестерин – $6,58 \pm 0,44$ и $4,81 \pm 0,35$ ($p < 0,05$), ЛПНП – $81,54 \pm 2,5$ и $68,3 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) соответственно), т.е. в тех группах, где имелась в составе полипатии ИБС. Увеличение содержания общих липидов и общего холестерина происходило прямо пропорционально присоединению к АГ других заболеваний в примерно одинаковом возрасте в первых четырех группах. Значительное отличие в возрасте было в пятой группе по сравнению с контролем ($59,9 \pm 1,2$ и $49,2 \pm 1,9$). Уровень ТГ хотя и имел тенденцию к увеличению, но не выходил за рамки физиологической нормы. Динамика антиатерогенных липидов имела противоположную направленность: количество их уменьшалось пропорционально присоединению к АГ других заболеваний, но достоверные различия были в пятой группе по сравнению с контрольной: α ХС – $0,9 \pm 0,06$ и $1,36 \pm 0,05$ – $p < 0,05$ (при нормальных цифрах 1,9), ЛПВП значительно уменьшились только в пятой группе, а в остальных не отличались от показателей в группе с изолированной АГ – $15,8 \pm 1,1$ и $13,4 \pm 1,3$ соответственно в 6-й и 5-й группах, уровень ФЛ был достоверно ниже по сравнению с нормальными показателями во всех группах исследуемых и не отличался от контрольной группы. Анализ содержания ПНЖК показал, что ПНЖК группы омега-3 имели следующую тенденцию: ЭПК уменьшалась по сравнению с нормальными показателями в пятой группе и не изменялась в остальных группах. Уровень ДГК был наименьшим во 2-й, 3-й и 5-й группах. Кислоты омега-6: ЛИН не выходила из нормальных показателей; АР, ПМЛ, ЭЗТ и ОЛ были выше физиологической нормы особенно во 2-й, 3-й и 5-й группах. Таким образом, липидный обмен существенно нарушался параллельно присоединению к АГ таких заболеваний, как Ож, ИБС и СД. Наиболее неблагоприятные изменения липидов проявляется в сочетаниях, где имелось ИБС.

0840 СПОСОБЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ БРАДИКАРДИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Среди пациентов онкологических стационаров растет число лиц пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелые сопутствующие сердечно-сосудистые (СС) заболевания (ССЗ), являющиеся существенным ограничением для проведения операции, ввиду крайне высокого риска развития опасных для жизни СС осложнений (ССО). На этапах хирургического лечения у этих больных возникают серьезные проблемы, связанные с необходимостью постоянной кардиотропной терапии препаратами, оказывающими угнетающее влияние на СС систему, и опасностью развития критической брадикардии, устойчивой к действию холинолитиков, в результате сочетанного эффекта средств общей анестезии (ОА) и вышеуказанной СС терапии, отмена которой в предоперационном периоде значительно увеличивает число ССО и неблагоприятных исходов анестезии. В связи с этим, нами осуществлено освоение и внедрение методик чреспищеводной электростимуляции предсердий (ЧПЭС) и трансвенозной имплантации эндокардиального электрода для осуществления временной электрокардиостимуляции (ЭКС) интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде с целью коррекции брадикардии и наджелудочковых нарушений ритма сердца. Цель исследования: снижение риска хирургического лечения гериатрического контингента онкологических больных с тяжелой СС патологией путем дифференцированного интра- и послеопераци-

онного использования ЭКС технологий для коррекции опасных нарушений сердечного ритма и проводимости.

Материалы и методы исследования. Исследовано 208 пациентов (средний возраст $72 \pm 5,8$), получающих пульсурежающую кардиотропную терапию для компенсации ССЗ, которым в условиях мультимодальной ОА выполнялись обширные оперативные вмешательства по поводу злокачественных новообразований брюшной полости и малого таза преимущественно III стадии в радикальном объеме (длительность в среднем $4,2 \pm 1,6$ ч). Выбор метода ЭКС осуществляли в зависимости от характера аритмии и наличия блокады АВ проведения.

Результаты исследования. На фоне СС терапии брадикардия с ЧСС от 44 до 57 выявлена у 34,1% (71/208), нарушение АВ проведения – у 4,35% (9/208), проба с аторпином показала отрицательный результат у 31,3% (67/208) больных. Периперационная ЭКС-коррекция брадикардии потребовалась 58 пациентам (27,9%), из них 46 не имели нарушений АВ проведения, что позволило использовать ЧПЭС. 12 пациентам с нарушением АВ проведения и брадисистолой на фоне постоянной формы ФП во время операции и в ранние сроки после нее осуществляли эндокардиальную ЭКС. В послеоперационном периоде продолжение длительной (более 20 часов) ЧПЭС в асинхронном режиме потребовалось 7 пациентам. Всем исследованным больным были выполнены обширные оперативные вмешательства запланированного объема. ССО, в том числе осложнений ЭКС, ни у одного пациента не отмечено.

Выводы. Методы временной ЭКС эффективны в коррекции критических нарушений кровообращения на этапах хирургического лечения у пожилых пациентов со стойкой брадикардией медикаментозного генеза на фоне лечения кардиотропными препаратами.

0841 ПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОПАФЕНОНА И СОТАЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ ТАХИКАРДИЯХ

Хорькова Н.Ю., Рычков А.Ю., Харац В.Е.

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

Цель. Изучить антиаритмическую активность пропафенона и соталола у пациентов с пароксизмальными наджелудочковыми реципрокными тахикардиями (ПНРТ).

Методы. В исследование включено 28 пациентов (22 женщины и 6 мужчин, средний возраст $48,4 \pm 12,8$ лет), страдающих ПНРТ, из них 21 пациент с пароксизмальной АВ-узловой тахикардией (АВУТ) и 7 – с пароксизмальной ортодромной тахикардией (ОТ) на фоне скрытого WPW-синдрома. Оценка электрофизиологических параметров проводилась методом чреспищеводного электрофизиологического исследования, выполняемого на «чистом» фоне и на высоте действия 150 мг пропафенона и 80 мг соталола.

Результаты. При АВУТ оба препарата оказывали полный или частичный протекторный эффект у 8 больных, у 9 – антиаритмическое действие проявлял только один из них, у 3 – один из препаратов вызывал протекторный, другой – аритмогенный эффект. У 1 больной эффекта от приема соталола не отмечено, а прием пропафенона оказывал аритмогенное действие. При ОТ оба препарата предотвращали индуцирование пароксизмов тахикардии у 2 пациентов, не оказывали эффекта у 2 больных, у 2 – эффект оказывал только один из препаратов, у 1 – на фоне приема соталола синусовый ритм восстанавливался спонтанно. Оба препарата по-разному изменяли показатели проводящей системы сердца. Пропафенон в большей степени, чем соталол замедлял внутрипредсердное (при ОТ увеличение зубца Р с 98 ± 9 до 110 ± 11 , $p < 0,05$ для пропафенона и до 103 ± 10 мсек для соталола) и внутрижелудочковое (при АВУТ увеличение длительности комплекса QRS с 95 ± 8 до 101 ± 7 , $p < 0,001$ и до 99 ± 6 мсек, $p < 0,01$ соответственно) проведения. Оба препарата вызывали достоверное увеличение интервала PQ и уменьшение точки Венкебаха (при АВУТ $p < 0,001$, ОТ $p < 0,05$), но без значимых различий этих величин при перекрестном сравнении. У пациентов с АВУТ увеличилась длительность скачка в АВ проведении, в большей степени у

пропафенона (с $92,6 \pm 47,8$ до $111,9 \pm 49,7$ мсек, $p < 0,05$). Соталол в большей степени, чем пропафенон увеличивал интервал Р-Р (при ОТ с 814 ± 117 до 836 ± 118 для пропафенона и до 1049 ± 124 мсек, $p < 0,05$ для соталола) и время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) (при АВУТ с 1008 ± 146 до 1078 ± 157 , $p < 0,01$, и до 1253 ± 182 мсек, $p < 0,001$ соответственно, с различием величины показателей РР и ВВФСУ при перекрестном сравнении, $p < 0,001$). При оценке скорректированного ВВФСУ достоверных различий не выявлено. При АВУТ и ОТ наблюдалась аналогичная динамика показателей, но с большей степенью достоверности у пациентов с АВУТ, что связано с количеством наблюдений.

Выводы. Пропафенон и соталол имеют примерно одинаковую антиаритмическую эффективность. Пропафенон оказывает более выраженное и стабильное влияние на внутрисердечное и внутрилечудочковое проведения. В сравнении с пропафеноном соталол в большей степени угнетает функцию синусового узла и АВ проводимость.

0842 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ РЕЦИПРОКНЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ ДО ОПЕРАЦИИ И В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Хорькова Н.Ю., Рычков А.Ю., Харац В.Е., Колунин Г.В.

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

Цель. Изучить различия изменений электрокардиографических и электрофизиологических показателей в раннем послеоперационном периоде после эффективной радиочастотной абляции (РЧА) у пациентов с пароксизмальными наджелудочковыми реципрокными тахикардиями.

Методы. В исследование было включено 79 пациентов в возрасте от 17 до 64 лет (29 мужчин и 50 женщин, средний возраст $41,1 \pm 11,6$ лет), среди них 56 пациентов с атриовентрикулярной узловой тахикардией (АВУТ) и 23 — с ортодромной тахикардией (ОТ) на фоне скрытого синдрома WPW. Обследование проводилось методом чреспищеводного электрофизиологического исследования до и через день после РЧА. Оценивались следующие показатели: зубец Р, интервал PQ, комплекс QRS, интервал QT, скорректированный интервал QT (QTc), интервал РР, время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), скорректированное время восстановления функции синусового узла (КВВФСУ), эффективный рефрактерный период атриовентрикулярного соединения (ЭРП АВС) на базовом ритме с частотой 100, 120, 140 имп/мин, точка Венкебаха.

Результаты. При сравнительном анализе электрокардиографических параметров, а также показателей, отражающих функцию синусового узла, между двумя группами пациентов различий не выявлено. При оценке точки Венкебаха наблюдалось более высокое значение у пациентов с ОТ (при ОТ $188,1 \pm 21,4$ имп/мин, при АВУТ $170,8 \pm 23,4$ имп/мин, $p < 0,01$). Показатель ЭРП АВС в обеих группах достоверно не различался. После РЧА при сравнительном анализе изменения отмечены только в параметрах, характеризующих атриовентрикулярное проведение. У пациентов с АВУТ точка Венкебаха снизилась до 147 ± 25 имп/мин (при ОТ до $181,8 \pm 27$ имп/мин, $p < 0,001$), увеличился ЭРП АВС (на частоте 100 имп/мин при АВУТ до $375,1 \pm 73,4$ мс в сравнении с ОТ $306,1 \pm 42,5$ мс, $p < 0,001$, на частоте 120 имп/мин соответственно $293,2 \pm 42,4$ и $345,8 \pm 66,4$ мс, $p < 0,01$, на частоте 140 имп/мин — $280 \pm 45,5$ и $327,3 \pm 55,8$ мс, $p < 0,01$).

Выводы. У пациентов с ОТ в сравнении с АВУТ исходно наблюдалась более высокая атриовентрикулярная проводимость. Выполнение радиочастотных аппликаций в области «медленных» путей при АВУТ сопровождается уменьшением точки Венкебаха и увеличением ЭРП АВС. При ОТ радиочастотные воздействия на состояние атриовентрикулярного проведения существенного влияния не оказывают.

0843 ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Храмцова Н.А., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздздрава», Иркутск, Россия

При ревматоидном артрите хронический воспалительный процесс приводит не только к тяжелому поражению суставов, но и к увеличению риска развития кардиоваскулярной патологии, в том числе и артериальной гипертензии.

Целью настоящей работы явилось изучение факторов риска артериальной гипертензии (АГ) у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Методы. Обследована 121 женщина с ревматоидным артритом в возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст $58 \pm 6,7$ года). Диагноз РА выставлен на основании критериев Американской ревматологической ассоциации (1988г.). Продолжительность РА составила от 7 до 27 лет. Для оценки течения и особенностей терапии ревматоидного артрита использовалась унифицированная Институт ревматологии РАМН анкета. Всем обследуемым проводилось двукратное измерение АД, с интервалом 7 дней. Для определения влияния отдельных факторов риска на развитие артериальной гипертензии проводилось сравнение двух групп женщин с РА с артериальной гипертензией и нормальным уровнем АД методом логистического регрессионного анализа с оценкой величины OR (отношение шансов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «Epi info ver. 6», «Biostat». Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения, стандартного отклонения и процентах. Нормальность распределения оценивалась по критериям Колмогорова-Смирнова, Lillifors.

Результаты. Повышение АД более $140/90$ мм рт.ст. установлено у 42 женщин (34,7%) средний возраст $61,2 \pm 4,4$ года, у 79 (65,3%) пациенток определены показатели АД в пределах нормы. Наиболее значимым фактором риска развития гипертензии у женщин с РА оказался возраст старше 50 лет ($OR=40,1$; $p < 0,01$). При продолжительности менопаузы свыше 10 лет риск артериальной гипертензии у женщин с РА возрастал в более чем 6 раз ($OR=6,3$; $p < 0,01$). Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям повышала риск гипертензии в 3 раза ($OR=3,4$; $p < 0,01$). Прием глюкокортикостероидов продолжительностью более 3 лет в суточной дозе выше 7,5 мг увеличивал риск развития АГ в 4,5 раза ($OR=4,5$; $p < 0,01$). Установлено также, что индекс массы тела $>25 \text{ кг/м}^2$, продолжительность РА более 20 лет и повышенный уровень СРБ свыше 0,6 являются факторами риска артериальной гипертензии, увеличивая частоту АГ в более чем 2 раза ($OR=2,5$; $p < 0,01$), ($OR=2,4$; $p < 0,04$), ($OR=2,2$; $p < 0,05$) соответственно.

Выводы: Наиболее значимыми факторами риска развития артериальной гипертензии у женщин являются возраст старше 50 лет, продолжительность РА свыше 20 лет, прием глюкокортикостероидов более 3 лет в дозе, превышающей 7,5 мг в сутки, наследственность по сердечно-сосудистой патологии, менопауза более 10 лет, повышенный уровень СРБ и избыточная масса тела. Таким образом, всем пациенткам с ревматоидным артритом требуется регулярный контроль артериального давления, оценка факторов риска и возможность их модификации, а также своевременное назначение гипотензивной терапии.

0844 СТРУКТУРА ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Храмцова Н.А., Шкодина Н.В., Смирнова Ю.Ю., Бедин А.М.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздздрава», НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Иркутск, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение частоты и тяжести депрессивных расстройств у больных с острым коронарным синдромом.

Методы. Обследовано 38 пациентов с прогрессирующей стенокардией в возрасте от 48 до 67 лет (средний возраст $64 \pm 6,7$ года). Всем обследуемым было предложено заполнить шкалу Цун-

га (1965 г.) при поступлении и выписке из кардиологического стационара. Оценка тяжести депрессии проводилась на основе самооценки пациента по 20 вопросам, на каждый из которых больные давали ответ, ранжированный в четырех градациях: «крайне редко», «редко», «часто» и «большую часть времени или постоянно». При анализе результатов оценка проводилась по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность /нерешительность. Для определения влияния отдельных факторов риска на развитие депрессии проводилось сравнение двух групп пациентов нестабильной стенокардией с установленными признаками депрессии и нормальными показателями психологического статуса методом логистического регрессионного анализа с оценкой величины OR (отношение шансов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «Epi info ver. 6», «Biostat». Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения, стандартного отклонения и процентах.

Результаты. Депрессия была диагностирована у 15 (39,5%) больных с нестабильной стенокардией. Легкая степень депрессии диагностирована у 10 человек (66,6%), средняя степень тяжести у 4 (26,6%), и тяжелая депрессия установлена у одного пациента (6,8%). Средний уровень депрессии по шкале Цунга составил $51,3 \pm 1,2$. В период нестабильного состояния преобладающими симптомами были чувство душевной опустошенности, симптомы психомоторных нарушений и признаки раздражительности. Факторами риска развития депрессивного состояния явились продолжительность ИБС более 10 лет ($OR=2,5$; $p<0,05$), предшествующий инфаркт миокарда в анамнезе ($OR=1,6$; $p<0,05$), одинокое проживание ($OR=3,4$; $p<0,01$), сопутствующая артериальная гипертензия ($OR=2,1$; $p<0,05$), развитие сердечной астмы ($OR=5,3$; $p<0,01$) и наличие у пациентов мерцательной аритмии ($OR=4,1$; $p<0,01$). Всем обследуемым была проведена стандартная терапия острого коронарного синдрома. Средний уровень депрессии по шкале Цунга через 10 дней составил $36,1 \pm 0,2$ ($p<0,01$), что отражает положительную динамику показателей психоэмоционального состояния после стабилизации ИБС. Признаки легкой депрессии сохранились лишь у 8 человек (21,1%).

Выводы: У больных с нестабильной стенокардией отмечается высокая распространенность депрессивных расстройств, которые обусловлены во многом основным заболеванием. Сохранение симптомов депрессии после активной терапии ИБС, предполагают длительное назначение препаратов для психоэмоциональной коррекции.

0845 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Хрусталева О.А., Сандугей А.В., Розанов Д.В., Лавлинский С.Н.
Ярославская государственная медицинская академия, кафедра терапии ФПК и ППСЗ, Ярославская областная клиническая больница, Ярославль Россия

Цель работы: выявление влияния острой боррелиозной инфекции на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

Методы: суточное мониторирование АД, ЭКГ, Эхо-КГ

Результаты: обследовано 40 пациентов в острой стадии Лайм-боррелиоза, локально — дессиминированной формой заболевания, диагноз подтверждался Н-РИФ и ИФА, средний возраст больных 45 лет.

Выделено 3 группы пациентов: с сопутствующей ГБ — 19, с ГБ и ИБС — 11, без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии — 10 человек.

У 24 пациентов во всех группах пациентов, в первые 10 дней после укуса отмечались подъемы АД выше 150/95 мм рт.ст. 10 пациентов из второй группы были госпитализированы в кардиологические отделения с диагнозом: прогрессирующая стенокардия, в течение 10 дней после укуса клеща, еще у 6 пациентов из второй

группы были зафиксированы эпизоды БИМ (на основании анализа данных суточного ЭКГ-мониторирования) на фоне антиишемической терапии, у одного пациента — ритм из АВ-соединения с ЧСС-35 в мин, в течение 15 дней после укуса клеща. У 12 пациентов из первой группы обнаружены нарушения ритма в виде нарушения в/ж проводимости, у 70% (из трех групп пациентов) наблюдалась синусовая брадикардия, у 6 пациентов из первой и 4 пациентов из третьей группы — АВ-блокада 1 степени, у 12 пациентов из первой и 5 из третьей группы частые ЖЭ и СЭ, так же в течение 15 дней после укуса клеща. У 31 (во всех группах) пациентов при проведении Эхо-КГ наблюдалось нарушение диастолической функции левого желудочка.

Анализ параметров суточного холтеровского мониторирования через 1 месяц, после адекватной антибактериальной терапии показал исчезновение БИМ на фоне прежней антиишемической терапии, исчезновение нарушения ритма и восстановление синусового ритма. Так же отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: отношение Е/А увеличилось на 10%, на основании данных Эхо-КГ.

Выводы: острая боррелиозная инфекция вызывает обострение сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в 58% случаев. У пациентов без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии — нарушение диастолической функции левого желудочка, частые ЖЭ и СЭ, синусовую брадикардию, и АВ-блокады 1 степени.

0846 СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Хрусталева О.А., Сандугей А.В., Розанов Д.В., Лавлинский С.Н.
Ярославская государственная медицинская академия, кафедра терапии ФПК и ППСЗ, Ярославская областная клиническая больница, Ярославль. Россия

Цель: выявление среди пациентов кардиологических отделений г.Ярославля и Ярославской области укушенных клещом в течение 5 лет, пациентов с хронической стадией Лайм-боррелиоза.

Методы исследования: реакция Н-РИФ для определения АТ к боррелиям.

Результаты: с помощью реакции Н-РИФ обследовано 70 пациентов (средний возраст 55 лет), с субклиническими проявлениями Лайм-боррелиоза в кардиологических отделениях г.Ярославля и Ярославской области с укусом клеща в течении последних 5 лет. Из них пациентов с сопутствующей ГБ — 32 (1 группа), с ГБ и ИБС — 18 (2 группа). В 21% (15 пациентов) из обследованных 70 больных отмечалась положительная реакция Н-РИФ в диагностически значимых титрах 1:80 и более.

20% обследованных с положительной реакцией Н-РИФ, в течение года после укуса отмечали возникновение ноющих, колющих болей, перебоев в области сердца, сердцебиений, возникновение или усиление одышки, в 30 % сочетающихся с полиартритами, полимиалгиями и нарастанием общей слабости, возникших одновременно с кардиологической симптоматикой. В обеих выделенных нами группах из этих 20% отмечалось учащение гипертонических кризов, во 2 группе пациентов с ГБ и ИБС у 12 % — возникновение прогрессирующей стенокардии, так же в течение года после укуса клеща.

Выводы: выявление АТ к боррелиям в диагностически значимых титрах (1:80 и более) с помощью реакции Н-РИФ у пациентов в кардиологических стационарах г.Ярославля и Ярославской области с субклиническими проявлениями Лайм-боррелиоза составило ~21%. Примерно у трети из них вероятен диагноз Лайм-боррелиоза в хронической стадии, что нуждается в дальнейшем подтверждении с помощью реакции ИФА и динамического наблюдения.

0847 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИПОДОГРЕЛЯ В РАЗЛИЧНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ДОЗАХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ

КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Цапаева Н.Л., Константинова Е.Э., Толстая Т.Н., Миронова Е.В.

Анчикова-Черноглаз Е.Р.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология» МЗ РБ, Минск, Беларусь

Цель: оценить антитромбоцитарную и противовоспалительную эффективность клопидогреля в нагрузочных дозах 300 и 600 мг при проведении эндоваскулярных вмешательств у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы: Оценку эффективности клопидогреля для профилактики рестенозов провели у 30 больных с ОКС, из которых 18 пациентов получали клопидогрель в дозе 300 мг (группа 1) и 12 больных — в дозе 600 мг (группа 2) за 4–6 часов до интракоронарного вмешательства (ИКВ) с назначением поддерживающей дозы препарата 75 мг/сут с 1-х суток в течение 6 месяцев после стентирования. Все пациенты одновременно с клопидогрелем принимали аспирин в дозе 100–150 мг/сут. Исследование агрегации тромбоцитов (АТ) проводили на анализаторе AP-2110. Концентрацию С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови определяли с помощью твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы TSL (США). Исследование показателей липидного состава плазмы крови проводили спектрофотометрически с помощью стандартных наборов фирмы «оттау». Обследования проводились до, через 4 часа после приема нагрузочной дозы клопидогреля, на 2, 10 сутки, через 3 и 6 месяцев после ИКВ.

Результаты: изменения показателей противовоспалительной и антитромбоцитарной активности в контрольные временные интервалы составили: С-реактивного белка — 8,82±1,54 мг/л; 6,5±0,77; 4,2±0,68; 2,5±0,77 мг/л; 0,03±0,007; 0,01±0,001 мг/л; спонтанной агрегации тромбоцитов — 29,2±2,1%; 19,6±1,4%; 16,3±1,4%; 15,6±1,6%; 12,6±1,2%; 10,6±1,4%. Заслуживающим внимания фактом является отсутствие антитромбоцитарного эффекта нагрузочной дозы клопидогреля 300 мг у пациентов, длительно принимающих липофильные статины (3,4±0,9 года). В результате оценки противовоспалительной эффективности нагрузочной дозы клопидогреля 600 мг установлено снижение концентрации С-реактивного белка через 4 часа после приема препарата на 17,3%. У всех пациентов, получивших нагрузочную дозу клопидогреля 600 мг, через 4 часа после приема препарата отмечено достоверное снижение скорости АДФ-индуцированной АТ от 58,7±4,9%/мин до 34,9±3,2%/мин ($p < 0,01$), что свидетельствует о выраженной антитромбоцитарной эффективности клопидогреля в нагрузочной дозе 600 мг. При анализе отдаленных результатов эффективности эндоваскулярных вмешательств у больных с ОКС с использованием нагрузочных доз клопидогреля 300 и 600 мг установлено, что более выраженный противовоспалительный и антитромбоцитарный эффекты клопидогреля в нагрузочной дозе 600 мг имеют место на ранних этапах после проведения эндоваскулярного вмешательства. В отдаленном периоде достоверных различий не установлено.

Выводы: полученные данные позволяют разработать критерии выбора нагрузочной дозы клопидогреля и алгоритм подготовки больных с ОКС к экстренному эндоваскулярному вмешательству, направленный на повышение результативности данного вида реваскуляризации миокарда.

0848 ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Чебыкина А.В., Зонов О.А., Зонина Ю.А.

Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель работы: оценить взаимное влияние бронхиальной обструкции и артериальной гипертензии.

Методы исследования: Обследовано 42 пациента (26 женщин и 16 мужчин, средний возраст 54,5 лет), страдающих артериальной гипертензией на фоне бронхиальной астмы в период обострения. Тяжесть бронхиальной обструкции оценивалась по данным функции внешнего дыхания, пикфлоуметрии. У 53,5% пациентов диагностирована бронхиальная астма тяжелой степени,

у 39,5% — средней степени, и у 7% больных — бронхиальная астма легкой степени тяжести. У 20,9% пациентов выявлена I стадия артериальной гипертензии, у 72,4% пациентов — II стадия, и III стадия — у 6,7% больных. Пациентам проводилось пикфлоумитирование, спирография, мониторирование артериального давления, опрос и анкетирование. Все больные получали современную базисную терапию бронхообструкции: β^2 -адреномиметики короткого действия по требованию, ингаляционные глюкокортикостероиды. Для купирования обострения 74% пациентов получали системные глюкокортикостероиды, 12% пациентов получали теофиллины пролонгированного действия. Гипотензивные препараты пациенты получали в режиме монотерапии (антагонисты кальция — 28,5% пациентов, диуретики — 16,6% пациентов, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента — 4,7%) или, при неэффективности, в виде комбинации диуретиков с антагонистами кальция — 45,5%, с ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента 4,7%. В анамнезе у 79% пациентов бронхообструкция манифестировала раньше артериальной гипертензии, у 14% пациентов — длительность артериальной гипертензии больше стажа обструкции, и у 7% больных стаж артериальной гипертензии и обструкции одинаковый.

Результаты исследования: На момент настоящего обострения бронхиальной астмы 84% больных имели повышение артериального давления $\geq 140/90$ мм Нг, несмотря на то, что 48,8% из них дома получали регулярную гипотензивную терапию. Среднее артериальное давление на момент поступления составило 109,2±7,5 мм Нг. Субъективно изменение артериального давления при обострении бронхиальной астмы отмечали 86,1% больных. С другой стороны, 67,4% пациентов предъявляли «респираторные» жалобы при повышении артериального давления. На фоне лечения прирост пикового экспираторного потока составил 89,2±53,5 л/мин, снижение среднего артериального давления составило 12,4 мм Нг.

Выводы: Таким образом, у пациентов, страдающих бронхиальной астмой и артериальной гипертензией, выявлена взаимосвязь данных заболеваний. У большинства больных бронхиальной астмой отмечен пульмогенный характер артериальной гипертензии: обострения бронхиальной астмы приводят к декомпенсации артериальной гипертензии, а при повышении артериального давления отмечается появление или усиление симптомов бронхиальной обструкции. При купировании обострения бронхообструкции имеется тенденция к снижению артериального давления на фоне прироста пикового экспираторного потока.

0849 ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Чепойда П., Чебан К.

Кафедра Внутренних Болезней №1, Кишинёвский Государственный Университет Медицины и Фармации «Николай Тестемичану», Республиканская Клиническая Больница, Кишинёв, Молдова

Цель исследования: Определение факторов, коррелирующих с развитием патологических изменений на глазном дне у пациентов с хроническим пиелонефритом.

Материал и методы: Было обследовано 51 пациента с хроническим пиелонефритом, 36 (70,6%) женщин и 15 (29,4%) мужчин, разделённые на 4 группы в зависимости от присутствия/отсутствия хронической почечной недостаточности (ХПН) и/или артериальной гипертензии (АГ). Для объективизации выявленных изменений была использована собственная схема оценки в баллах (0–3 балла) 12 офтальмоскопических симптомов.

Результаты: Суммарный балл в исследованных группах, гомотенных по возрасту, полу, массе тела: контроль — 0,5±0,25; без ХПН и АГ — 2,5±1,81; с ХПН — 7,1±2,14; с АГ — 11,71±1,81; с ХПН и АГ — 13,62±1,88. Исследование показало, что ХПН и АГ независимо коррелируют со всеми изученными офтальмоскопическими симптомами: венодилатацией, артериоконстрикцией, артерио-венозным соотношением, извитостью хода вен и артерий, усилением артериального рефлекса, симптомом Салюса-Гана, изменениями цвета и выраженностью отёка зрительного диска, сосудистыми и периваскулярными осложнениями. В резуль-

тате исследования были определены корреляции между выраженностью патологических изменений на глазном дне и повышением АД, гипертрофией левого желудочка, снижением клубочковой фильтрации, уменьшением кровотока по почечным и большеберцовым артериям, нарушениями центральной гемодинамики (повышением объема циркулирующей крови, периферического сопротивления, работы сердца). У пациентов с отёком зрительного диска, сосудистыми и периваскулярными осложнениями наблюдалось статистически достоверные нарушения в системах ренин-ангиотензин-альдостерон и фосфорно-кальциевого обмена.

Заключение: ХПН независимо от АД вызывает офтальмологические изменения, характерные для гипертензивной ретинопатии. Эти изменения коррелируют с органическими и функциональными изменениями в других отделах сосудистой системы.

0850 СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ОТРАЖЕНИЕ ОБЩИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Червонописка Е.М.

ННЦ "Институт кардиологии имени академика Н.Д.Стражеско", Киев, Украина

Цель: на основании сравнительного комплексного анализа структурно-функционального состояния левых камер сердца у пациентов с хроническим ишемическим и воспалительным повреждением миокарда охарактеризовать изменения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) как отражение общих закономерностей ремоделирования при сердечной недостаточности (СН).

Методы: Ультразвуковое исследование сердца в режимах М, 2D, PW выполнено 287 пациентам с проявлениями СН I-III функционального класса по критериям (NYHA). В группу 1 вошли 205 лиц со стабильными формами ИБС. В группу 2 вошли 82 пациента с миокардитами.

Оценивали объемы ЛЖ и левого предсердия (ЛП) и их функциональные производные. Для ЛЖ рассчитывали индекс сферичности диастолический (ISD) и систолический (ISS). Определяли массу миокарда ЛЖ (ММ) и относительную толщину стенки ЛЖ (ОТС). Изучали диастолическое наполнение (ДН) ЛЖ и состояние систолического потока в выносящем тракте ЛЖ (AoK).

Результаты: По результатам комплексного анализа внутрисердечной гемодинамики пациенты группы 1 и группы 2 были разделены на три подгруппы. В подгруппах 1А и 2А параметры ТМК и объемы ЛП были в пределах нормы, ФВЛЖ была >40%. В подгруппе 1А отмечено преобладание значений КДО и КСО ЛЖ, ММ, ОТС. В подгруппе 2А были больше показатели суммарного времени изоволюметрического расслабления и сокращения (IVRT+IVCT) и значение ISS.

В подгруппах 1Б и 2Б ФВ ЛЖ составляла ~40%, параметры ТМК не отличались и свидетельствовали о ДН по типу нарушения расслабления, увеличились по сравнению с подгруппами 1А и 2А значения КДО, УО и ФВ ЛП. Характеристики AoK в подгруппе 1Б по сравнению с подгруппой 1А не изменились, при этом выросло значение ISS. В подгруппе 2Б уменьшился объем ударного выброса в аорту (VTI_{ao}) и увеличились значения (IVRT+IVCT), КДО и КСО ЛЖ, ММ по сравнению с подгруппой 2А, что отмечено на фоне умеренного увеличения ISD, ISS.

Между подгруппами 1В и 2В по комплексу исследуемых параметров отличий не определено. Характеристики ТМК у них отражали рестриктивное наполнение ЛЖ и угнетение сократительной функции ЛП. В подгруппах 1В и 2В объемы левых камер, показатели ISD, ISS, ММ были наибольшими среди групп сравнения. Это определено на фоне минимальных значений ОТС, скорости выброса в аорту и VTI_{ao}.

Выводы: В одноименных группах сравнения установлены принципиально идентичные изменения параметров, которые характеризуют диастолическую функцию ЛЖ (показатели ТМК, объемы ЛП, КДО ЛЖ, ISD). Это свидетельствует, что при СН ишемического и воспалительного генеза изменения диастоли-

ческой функции ЛЖ не зависят от влияния этиологического фактора и отражают общие закономерности структурно-функционального ремоделирования.

0851 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА И GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА β^2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ческидова Н.Б.

Национальный центр кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучение динамики спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) при проведении тилт-теста у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) с различной выраженностью миокардиального ремоделирования, а также исследование ассоциации Gln27Glu полиморфизма гена β^2 -адренорецепторов с наличием ЭГ и ее клинико-функциональными проявлениями.

Материал и методы: обследовано 120 мужчин-кыргызов в возрасте 40-65 лет (средний возраст составил $45,2 \pm 1,1$ лет), страдающих ЭГ и 84 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Проведен спектральный анализ ВСР с применением активного тилт-теста (Memoport 2000, "Marquette Hellige", Германия), эхокардиография и дуплексное сканирование сонных артерий (Sequoia – 512, «Acuson», США), суточное мониторирование артериального давления (АД) (Тонoport-IV, «Marquette Hellige», Германия), генотипирование на Gln27Glu полиморфизм гена β^2 -адренорецепторов.

Результаты: У больных ЭГ при проведении тилт-теста наблюдается менее выраженный прирост низкочастотного LF-компонента по сравнению со здоровыми лицами, что указывает на снижение у первых резервных возможностей симпатической регуляции системы кровообращения. При наличии гипертрофии левого желудочка у больных ЭГ отмечается качественно иная реакция симпатического компонента, заключающаяся не в возрастании, а, напротив, в снижении мощности низкочастотных LF-колебаний в ответ на проведение тилт-теста. Обнаружена ассоциация Gln27Glu полиморфизма гена β^2 -адренорецепторов с наличием ЭГ у мужчин-кыргызов ($\chi^2=7,65$, $p<0,05$), при этом носительство Gln27Gln-генотипа можно рассматривать как фактор, предрасполагающий к наличию гипертонии. Фенотипически для больных ЭГ с Gln27Gln-генотипом в отличие от больных, имеющих другие варианты гена β^2 -адренорецепторов характерны более высокие уровни среднесуточных значений АД с ускоренным подъемом систолического АД в утренние часы ($15,5 \pm 1,3$ мм рт.ст./ч. при Gln27Gln генотипе, против $10,8 \pm 4,1$ мм рт.ст./ч. у носителей Glu27-аллеля, $p<0,02$), увеличение массы миокарда левого желудочка ($103,0 \pm 2,6$ г/м² у пациентов с Gln27Gln генотипом, против $96,7 \pm 1,8$ г/м², у носителей Glu27-аллеля $p<0,05$), и утолщение комплекса «интима-медиа» сонных артерий ($p<0,03$), а также выявлена ригидная реакция низкочастотного компонента ВСР в ответ на проведение тилт-теста ($p>0,05$), что в целом позволяет отнести гомозигот по глутамину к группе повышенного риска кардио- и цереброваскулярных осложнений ЭГ.

Выводы: 1. Оценка ВСР при проведении тилт-теста позволяет провести более комплексную оценку состояния организма у больных ЭГ. 2. Обнаруженные фенотипические особенности у больных ЭГ с Gln27Gln генотипом β^2 -адренорецепторов свидетельствуют о раннем вовлечении в патологический процесс органов-мишеней у данной категории больных.

0852 ДЕЗАДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ПЕРСОНАЛА НЕФТЕГАЗОВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Четчикина И.И., Маношкина Е.М., Раздобреева И.И.

ОАО «Промгаз», Москва, Россия

В условиях вахтового труда на Крайнем Севере на состояние здоровья персонала нефтегазовых предприятий оказывает влияние комплекс факторов, включающий экстремальные климатические, метеорологические и геофизические условия и явления, а также факторы неблагоприятного антропогенного экологического загрязнения окружающей среды.

Наиболее значимое воздействие на состояние здоровья вахтового персонала нефтегазовых предприятий оказывают низкие температуры окружающей среды, резкие перепады атмосферного давления, необычный фотопериодизм (полярная ночь и полярный день), значительные геомагнитные возмущения, пониженная солнечная радиация. Все это наряду с тяжелой экологической обстановкой при длительном пребывании в условиях Крайнего Севера приводит к перенапряжению адаптационных физиологических механизмов и развитию дезадаптационного синдрома, который проявляется в:

- нарушениях показателей сердечно-сосудистой системы (изменения пульсового артериального давления (АД пульс.), среднестатистического артериального давления (АД ср.дин.), редуцированного артериального давления (АД ред.), минутного объема кровообращения (МОК);

- нарушениях показателей вегетативной нервной системы (вегетативный индекс — индекс Кердо — ВИ);

- нарушениях психологического состояния, проявляющихся в нарастании тревоги, депрессии, стресса, снижении качества жизни, связанного со здоровьем.

Расчет показателей дезадаптационного синдрома проводится по формулам:

АД пульс. = АД систолическое — АД диастолическое.

АД ср.дин. = АД пульс./3 + АД диастолическое

АД ред. = АД пульс. * 100/АД ср.дин.

МОК = АД ред. * ЧСС (число сердечных сокращений).

ВИ = (1 — АД диастолическое/ЧСС) * 100 %.

При неблагоприятном развитии ситуации дезадаптационный синдром в дальнейшем приводит к развитию хронической патологии сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, цереброваскулярной болезни), которая является основной причиной инвалидизации и преждевременной смертности персонала нефтегазовых предприятий, базирующихся на Крайнем Севере.

В связи с вышеизложенным в качестве профилактических мер по предупреждению развития сердечно-сосудистой патологии рекомендуется, кроме плановых предвахтовых и послевахтовых медицинских осмотров, проведение дополнительных медицинских осмотров персонала нефтегазовых предприятий с целью выявления признаков дезадаптационного синдрома и своевременного осуществления соответствующих корректирующих мероприятий.

0853 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПЕРСОНАЛА НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Чечеткина И.И., Раздобрева И.И., Маношкина Е.М.

ОАО «Промгаз», Москва, Россия

В условиях Крайнего Севера на жизнедеятельность человека влияют многочисленные неблагоприятные климатические, метеорофизические факторы. Из них к наиболее действующим на здоровье человека относят значительные перепады атмосферного давления, суточные перепады температуры, снижение уровня солнечной радиации, особенности фотопериодичности.

Большинство медико-биологических исследований, проведенных в северных областях России, демонстрирует, что на здоровье работающих вахтовым методом оказывают неблагоприятное воздействие также и особенности условий вахтового образа жизни, сменно-суточного режима труда и отдыха.

С момента прибытия в северные регионы в организме человека активизируются адаптационные процессы, направленные на оптимизацию его работы в создавшихся экстремальных эко-

логических условиях, и, по данным многочисленных исследований на Севере, возникающее в этот период психоэмоциональное напряжение также способствует мобилизации организма.

Основным клиническим проявлением психоэмоционального напряжения персонала, работающего вахтовым методом в условиях Крайнего Севера, является тревожность различной степени выраженности, сопровождающаяся эмоциональной неустойчивостью: как чрезмерным повышением, так и снижением настроения и активности, потерей мотивации, депрессивностью, ипохондрическими тенденциями, ограничением социальных контактов. Такие изменения психоэмоционального статуса отражают, с одной стороны, воздействие экстремальных климато-метеорофизических факторов и особенностей жизнедеятельности в данных условиях, с другой — связаны с психологическими особенностями личности, типом и направленностью реакции на психотравмирующие ситуации, уровнем мотивации, конформности человека. В основном, психоэмоциональное напряжение у лиц, работающих вахтовым методом в условиях Крайнего Севера, имеет приспособительный характер, однако увеличение его продолжительности и нарастание расстройств невротического спектра свидетельствует о затруднении адаптации и может привести к развитию соматической патологии. Доказано, что тревога и депрессия — последствия длительного психоэмоционального напряжения, являются одним из факторов риска развития заболеваний сердца и сосудов, органов пищеварения.

По результатам некоторых исследований, число болезней, связанных с последствиями длительного психоэмоционального напряжения, в последние годы на Крайнем Севере увеличилось примерно на 3% в год. Сходные данные были отмечены при анализе показателей смертности.

В связи с вышеизложенным представляется необходимым проведение тщательного профотбора с углубленным медицинским обследованием и психологическим тестированием лиц для работы вахтовым методом на Крайнем Севере, а также разработка и внедрение мероприятий по социально-психологическому сопровождению персонала.

0854 ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Чиньбаева А.А.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семипалатинск, Казахстан

Цель: Улучшение прогноза больных нестабильной стенокардией на фоне оптимизации лечения цитофлавином.

Методы: В исследование включено 40 больных с нестабильной стенокардией I-III классов. Базисная терапия включала антиагреганты, нитраты, бета-адреноблокаторы и антикоагулянты. Для регистрации эпизодов ишемии миокарда исходно, на 5-6 сутки поступления больных в стационар после стабилизации состояния пациента и перевода его на оральные нитраты осуществлялось холтеровское мониторирование ЭКГ при помощи монитормного компьютерного комплекса «Кардиотехника-4000» (фирма ИНКАРТ Санкт-Петербург). Во время мониторирования производились дозированные физические нагрузки подъем по лестнице. Оценивался объем выполненной работы (ОВР), длительность нагрузки, мощность, ОВР до появления депрессии сегмента ST, равной 1 мм, депрессия ST при идентичном ОВР, длительность нагрузки до идентичной депрессии ST.

Методом случайного распределения 20 больным (основная группа) на фоне базисной терапии был назначен Цитофлавин в дозе 10 мл в/в капельно (30 капель/мин) 2 раза в сутки в 10% растворе глюкозы. На десятые сутки после первого введения препарата осуществлялось повторное суточное мониторирование ЭКГ с проведением дозированных лестничных проб. Далее СМ ЭКГ проводилось через 1 месяц.

Результаты и обсуждение. Средний уровень ОВР у больных нестабильной стенокардией не принимавших цитофлавин (контрольная группа) составил 925 кгм. У больных прошедших курс лечения цитофлавином (основная группа) средний уровень ОВР составил 1375 кгм.

У 75% больных в основной группе в среднем в 3 раза умень-

шились общее количество и суммарная длительность эпизодов ишемии. Наибольший прирост толерантности к физической нагрузке, достоверное снижение количества и продолжительности эпизодов ишемии миокарда выявлены у больных нестабильной стенокардией на фоне лечения цитофлавином, что говорит о том, что компоненты, входящие в состав цитофлавина оказывают ко-эргическое, метаболотропное действие, уменьшают активацию перекисного окисления липидов в условиях ишемии. Таким образом, цитофлавин именно в условиях ишемического поражения клеток миокарда обладает антиоксидантным, антиангинальным и антигипоксическим действием.

0855 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Алешкин В.А., Пухальский А.Л., Алексеева Е.Г.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава; МНИИЭМ им. Н.Г.Габричевского; Медико-генетический научный центр РАМН, Москва, Россия

Целью нашего исследования явилось изучение воспалительных реакций у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Методы: Нами были обследованы 80 больных с верифицированным диагнозом ИБС, которые были разделены на 2 группы. Первую группу составили 42 больных с верифицированным диагнозом ИБС без наличия сопутствующих заболеваний, у 38 больных диагностирована ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (2 группа). Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. В исследование не включались пациенты с острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией. Диагноз сахарного диабета 2 (СД) устанавливался эндокринологом на основании анамнеза, данных уровня глюкозы крови натощак выше 7 ммоль/л. Всем больным проводился динамический контроль электрокардиограммы (ЭКГ), артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), биохимических показателей крови (КФК, МВ-КФК, АЛТ, АСТ, ЛДГ, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, С-реактивный белок (С-РБ)), электролитных показателей крови, общего анализа крови и мочи. Исследуемые цитокины сыворотки крови (IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, FNO α , INF γ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов тест-систем фирмы «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург). Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel.

Результаты: При анализе уровней провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, INF γ и С-РБ у больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа, было выявлено значительное повышение показателей в сравнении с группой контроля. Нами были получены следующие результаты: уровень INF γ в 1 группе больных составил 13,43 \pm 2,11 пкг/мл, во 2 группе — 47,06 \pm 2,43 пкг/мл, уровень IL-6 в 1 группе составил 2,84 \pm 0,32 пкг/мл, во 2-ой — 7,83 \pm 0,34 пкг/мл, уровень IL-8 в 1-ой группе составил 51,04 \pm 3,21 пкг/мл, во 2-ой — 92,82 \pm 5,3 пкг/мл, уровень С-РБ в 1-ой группе составил 5,56 \pm 0,45 мг/мл, во 2-ой — 8,62 \pm 0,64 мг/мл. Уровни противовоспалительных цитокинов IL-4, IL-10 были ниже в группе больных с сахарным диабетом 2 типа при сравнении с больными ИБС без сахарного диабета 2 типа. Уровень IL-4 в 1-ой группе составил 1,8 \pm 0,5 пкг/мл, во 2-ой — 1,43 \pm 0,32 пкг/мл, уровень IL-10 в 1 группе составил 1,61 \pm 0,34 пкг/мл, во 2-ой — 1,34 \pm 0,23 пкг/мл.

Выводы: У больных ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа определяются более высокие показатели провоспалительных цитокинов и С-РБ, и более низкие показатели противовоспалительных цитокинов, чем у больных без сопутствующего сахарного диабета 2 типа, что подтверждает патогенетическое влияние сахарного диабета 2 типа на воспалительные механизмы развития атеросклероза.

0856 ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Чукубаев М.А., Дадабаев М.Х., Усупбаева Д.А., Таштаналиев А.Б., Ким Е.М., Савченко Ж.В., Цой Н.Л.

Национальный Центр кардиологии и терапии им. ак.М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель: представить результаты и определить тактику транскатетерной коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) в сочетании с другой патологией сердца.

Материалы и методы: в Национальном центре кардиологии и терапии им. академика М.Миррахимова транскатетерным методом с использованием Amplatzer Septal Occluder (ASO) прооперировано 102 пациента со вторичным ДМПП в возрасте от 1,5 до 67 лет (в среднем 22 \pm 1,0). При этом у 18 (17,64%) пациентов вторичный ДМПП сочетался с другими аномалиями сердца: у 11 (10,78%) — с аневризмой межпредсердной перегородки (МПП), у 4 (3,96%) — со стенозом легочной артерии (СЛА), у 3 (2,9%) — с открытым артериальным протоком (ОАП).

Результаты. При сочетании ДМПП с СЛА градиент давления между правым желудочком и легочной артерией (ПЖ/ЛА) колебался от 46 до 60 мм рт.ст. У этих пациентов вначале был закрыт ДМПП окклюдером ASO. При контрольном измерении давления у двоих больных отмечено значительное снижение градиента ПЖ/ЛА до 28-30 мм рт.ст., что предопределило отсутствие показаний к коррекции СЛА. Двум больным с достаточно высоким градиентом ПЖ/ЛА была произведена вальвулопластика ЛА. При этом отмечалось снижение градиента ПЖ/ЛА до 15 и 18 мм рт.ст. соответственно.

При сочетании ДМПП с аневризмой МПП нами были использованы специальные окклюдеры с равнозначными дисками (6 больных) или окклюдеры, диски которых были большего размера протяженности аневризмы (5 больных) в целях выравнивания МПП для предотвращения развития тромбоэмболических осложнений.

Во всех случаях при сочетании ДМПП с ОАП первым этапом было произведено закрытие ОАП. При этом у 1 пациента использована спираль Cook detachable coil, а у 2 — Amplatzer Duct Occluder. После этого проведена успешная коррекция ДМПП окклюдером ASO. При контрольном эхокардиографическом исследовании и аортографии ни в одном случае не наблюдалось патологических сбросов крови. Все 18 пациентов выписаны на 3 суток после коррекции пороков сердца.

Заключение: таким образом, наши успешные результаты и правильное определение тактики рентгенэндоваскулярного вмешательства свидетельствуют о возможностях транскатетерной коррекции сочетанных ВПС.

0857 МЕСТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОРА РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Чумакова Г.А., Подковыркин В.В.

Алтайский краевой кардиологический диспансер; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: Изучить связь патологической извитости коронарных артерий (ПИКА) и атеросклероза коронарных артерий.

Методы: Обследовано 166 пациентов с клиническими симптомами стенокардии, которым была проведена диагностическая коронароангиография. У части больных выявлялась ПИКА. Патологической считалась извитость с изгибами артерий более 900, петлеобразные изгибы, множественные S-образные изгибы, выявляемые в разных проекциях коронарографии. Всем больным для диагностики преходящей ишемии миокарда проводились велоэргометрия, стресс-эхокардиография с чреспищеводной стимуляцией предсердий и сцинтиграфия миокарда с 99Тс.

Результаты: У 81 больных (48,8%) были выявлены признаки коронарного атеросклероза без ПИКА. Эти больные не изуча-

лись в рамках данного исследования. У остальных 85 больных была выявлена патологическая извитость основных стволов коронарных артерий. Эти больные были разделены на 3 группы, сравнимые по полу, возрасту, наличию основных сопутствующих заболеваний (прежде всего, сахарного диабета), а также по индексу массы тела. У 54 больных (32,5%) были выявлены признаки ПИКА. Группу 1 составили 32 больных (19,3%), у которых были выявлены признаки атеросклероза основных стволов коронарных артерий в зонах ПИКА, а Группу 2 — 22 больных (13,25%), у которых ПИКА не сопровождалась ангиографическими признаками коронарного атеросклероза. Группу 3 составил 31 больной (18,7%), у которых не было выявлено ни признаков коронарного атеросклероза, ни ПИКА.

У больных группы 2, которые, как и все остальные исследуемые больные имели клинические признаки синдрома стенокардии, были проведены велоэргометрия, стресс-эхокардиография и сцинтиграфия миокарда. У 19 из 22 больных были выявлены признаки преходящей ишемии миокарда по одному, двум или всем трем видам нагрузочных тестов, что позволяет предположить, что ПИКА мог быть самостоятельной причиной развития синдрома стенокардии. Кроме того, было проведено сравнение групп 1 и 3 по риску развития атеросклероза по Фрамингемской шкале риска. Соответствующие 10-летние риски составили $14,1 \pm 1,8$ баллов и $13,5 \pm 1,5$ баллов соответственно и не имели статистически значимых различий. Это позволяет предположить важную роль ПИКА как дополнительного фактора риска, увеличившего риск развития коронарного атеросклероза у данных больных. Чтобы проверить данное положение, у больных групп 2 и 3 были изучены такие биохимические маркеры дисфункции эндотелия как С-реактивный белок, эндотелин и гомоцистеин. Концентрация всех маркеров у больных группы 2 была достоверно выше, чем в группе 3. Так, уровень СРБ составил $2,4 \pm 0,05$ мг/дл против $1,2 \pm 0,06$ мг/дл соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, по нашим данным ПИКА может стать непосредственной причиной развития преходящей ишемии миокарда и синдрома стенокардии. Кроме того, ПИКА может способствовать появлению дисфункции эндотелия и увеличить риск развития атеросклероза коронарных сосудов.

0858 ИССЛЕДОВАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Чумаченко П.В., Веселова С.П., Белоконов Е.В., Акчуринов Р.С. ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучить влияние терапии статинами на количественный состав Т-лимфоцитов и макрофагов в атеросклеротических бляшках коронарных артерий у больных ИБС.

Методы: у 32 пациентов с ИБС в возрасте от 51 до 79 лет была выполнена операция эндартерэктомии. 50% прооперированных больных лечились статинами (от 3 месяцев до 1 года), пациенты, не принимавшие статины, составили контрольную группу. Полученные во время операции атеросклеротические бляшки иммуноморфологически исследовали с помощью моноклональных антител к Т-лимфоцитам хелперам (СД-4), Т-лимфоцитам киллерам-супрессорам (СД-8), макрофагам (СД-68) и гладкомышечным клеткам. Гладкомышечные клетки выявляли с помощью моноклональных антител к десмину, α -актину и миозину. Поскольку моноклональные антитела не содержали метки, их визуализация проводилась пероксидаза-анти-пероксидазным комплексом и раствором диамино-бензидина.

Результаты: среди больных, получавших терапию статинами инфильтраты из Т-лимфоцитов и макрофагов были у 38% пациентов. Еще у 51% пациентов, принимавших статины, в атеросклеротических бляшках встречались единичные клетки (Т-лимфоциты и макрофаги). В остальных случаях бляшки представляли собой грубую фиброзную ткань, бедную клеточными элементами, и не содержали Т-лимфоциты и макрофаги.

Среди больных, не получавших статины, инфильтраты из Т-лимфоцитов и макрофагов выявлены в 28%; единичные Т-лимфоциты и макрофаги в атеросклеротических бляшках — в 30%

всех случаев. В остальных случаях атеросклеротические бляшки представляли собой грубую фиброзную ткань.

Гладкомышечные клетки локализовались в основном в периферических частях атеросклеротической бляшки со стороны стенки артерии и даже — со стороны просвета сосуда как в группе больных, принимавших статины, так и в контрольной группе.

Выводы: количество Т-лимфоцитов, макрофагов и гладкомышечных клеток в гистологических срезах атеросклеротических бляшек у больных, принимавших статины, существенно не отличалось от количества этих клеток у пациентов контрольной группы.

0859 ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ НА ГЕОМЕТРИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Шаварова Е.К., Никитина Е.А., Крутиков А.Н., Смирнова Е.В., Конради А.О.

Научно-исследовательский институт кардиологии им. В.А.Алмазова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: выявить детерминанты развития гипертрофии ЛЖ в зависимости от пола у лиц, страдающих ожирением и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: 87 пациентам с ожирением и АГ (65 женщин/22 мужчин; средний возраст $38,3 \pm 10,8$ лет; средний ИМТ $35,8 \pm 6,7$ кг/м²) выполнялись эхокардиография с подсчетом индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), глюкозотолерантный тест с 75 гр. глюкозы с параллельным забором крови на инсулин и расчетом площадей под кривой глюкозы и инсулина. Индекс инсулинорезистентности рассчитывался по формуле НОМА: (уровень инсулина натощак, мкЕД/мл * уровень глюкозы натощак, ммоль/л) / 22,5.

Результаты: у женщин с АГ и ожирением выявлена связь ИММЛЖ с длительностью ожирения ($r=0,36$, $p=0,05$) и площадью под кривой глюкозы ($r=0,46$, $p=0,02$), в то время как связь ИММЛЖ с окружностью талии и индексом НОМА отсутствовала. У мужчин, страдающих ожирением и АГ, независимыми детерминантами увеличения ИММЛЖ были окружность талии ($r=0,7$, $p=0,03$), индекс НОМА ($r=0,56$, $p=0,001$), уровень глюкозы натощак ($r=0,49$, $p=0,02$), площадь под кривой глюкозы ($r=0,61$, $p<0,0001$) и длительность ожирения ($r=0,41$, $p=0,02$).

Выводы: существуют половые различия связи ожирения и инсулинорезистентности с развитием гипертрофии ЛЖ у лиц с АГ. Влияние ожирения на геометрию левого желудочка более выражено у мужчин, чем у женщин, страдающих АГ.

0860 ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ДАННЫЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Шайдуллина А.И., Галявич А.С., Нигматуллин Н.Ш., Хромова А.М.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия

Цель: изучить причины внезапной сердечной смерти (ВСС) в зависимости от пола и возраста.

Методы: проанализировано 442 случая ВСС, изучены судебно-медицинские данные умерших, осуществлен поиск и анализ поликлинических амбулаторных карт, сопоставлены клинические и судебно-медицинские диагнозы.

Результаты: Среди умерших в результате ВСС было 72% мужчин (средний возраст $52,1 \pm 10,7$ лет) и 28% женщин ($56,7 \pm 16,5$ лет). Из них были 89% мужчин и 52% женщин трудоспособного возраста. Ведущей причиной ВСС среди мужчин и женщин являлась ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 63,4% и 62,2% соответственно. Второй по частоте причиной ВСС среди 27,5% мужчин и 31% женщин была дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). Алкогольная кардиомиопатия (АКМП) чаще являлась причиной ВСС у мужчин (6,5%) и в 4% случаев у женщин.

Основной причиной ВСС женщин до 50 лет являлась ДКМП (17%), с 51-60 лет — АКМП (8%), а после 60 лет — от первичные инфаркты миокарда (ИМ) (26%) и ИБС (14%). У мужчин до 40 лет ведущей причиной смерти являлась АКМП (30%), к 50 годам наряду с АКМП (30%) увеличивается число смертельных случаев от ИБС (22,5%), первичных (15%) и повторных ИМ (20%). Основная причина смерти мужчин в возрасте 51-60 лет повторные ИМ (53,5%) и ИБС (27%). После 60 лет у мужчин число смертей от первичных ИМ снижается до 7,4%, а вероятность смерти от ИБС (20%) и повторных ИМ (20%) становится равнозначной. По данным сопроводительных документов жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы до смерти предъявляли 7,3% женщин и 3,4% мужчин.

Выводы: 1. Среди причин ВСС у мужчин и женщин трудоспособного возраста доминируют ИБС и ДКМП.

2. Риск возникновения сердечно-сосудистых катастроф у мужчин максимален в возрасте от 40-60 лет, у женщин в возрасте старше 60 лет.

0861 ЭФФЕКТЫ КАРВЕДИЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шакирова Р.М., Галевич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучить клинко-гемодинамическую эффективность и переносимость бета-адреноблокатора карведилола («Таллитон» фирмы «Эгис», Венгрия) в комплексной терапии при артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без СД.

Методы: проспективное открытое сравнительное исследование продолжительностью 3 месяца у 24 больных (12 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 49 до 72 лет (средний возраст 59 лет) с мягкой и умеренной АГ. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа — больные с СД — 12 (48,15%) человек и 2 группа — больные без СД — 12 (51,85%) человек. Карведилол назначался в стартовой дозе 6,25-12,5 мг в сутки с титрацией каждые 14 дней до максимально переносимой или «целевой» дозы 50 мг в сутки. Оценивалось клиническое состояние, количество и длительность ишемических приступов в сутки, а также доза нитроглицерина препаратов; биохимические показатели крови (тест толерантности к глюкозе, триглицериды, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)), уровень микроальбуминурии (МАУ), показатели суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты: достоверного влияния карведилола на исследуемые биохимические показатели крови выявлено не было. Уровень МАУ на фоне терапии достоверно снизился ($p < 0,05$). В обеих исследуемых группах наблюдалось уменьшение количества и длительности ишемических приступов ($p < 0,01$), причем больший эффект был зарегистрирован в группе больных с СД ($p < 0,05$). Доза нитратов достоверно снизилась как в группе с СД, так и без СД, за период наблюдения ($p < 0,01$), полученные данные достоверно между собой не отличались. В группе больных без СД после лечения карведилолом было отмечено достоверное снижение частоты эпизодов болевой и безболевой ишемии на фоне лечения ($p < 0,05$). В группе больных с СД наблюдалось достоверное снижение количества безболевой ишемии ($p < 0,01$), пароксизмов желудочковой и наджелудочковой тахикардии ($p < 0,01$), количества одиночных экстрасистол ($p < 0,05$). В обеих группах было зарегистрировано статистически значимое снижение числа эпизодов безболевой ишемии, особенно в группе больных с СД ($p < 0,01$).

Выводы: Лечение карведилолом приводит: к достоверному снижению частоты сердечных сокращений, АД, количества и длительности ишемических приступов, а также снижению суточной дозы нитратов у больных с АГ и ИБС без СД и на фоне СД; снижению числа и длительности ишемических приступов, в большей степени наблюдается в группе больных с СД; не вызы-

вает существенных метаболических изменений у больных с СД 2 типа; значимому снижению МАУ, причем в большей степени у больных без сахарного диабета; к достоверно значимому снижению числа эпизодов безболевой ишемии, причем в большей степени у больных с сахарным диабетом; уменьшению числа пароксизмов желудочковой и наджелудочковой тахикардии, а также снижению количества одиночных наджелудочковых экстрасистол.

0862 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ. РОЛЬ РАННЕЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Шальнев В.И., Мазуров В.И.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования было изучение влияния средних доз (40 мг в сутки) симvastатина на клиническое течение, уровень С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкинов плазмы крови при раннем (с первых суток заболевания) его назначении больным ОКС. Материал и методы: 108 больных с ОКС рандомизированы в две группы: контрольную получавших стандартную терапию и основную, получавших с первых суток дополнительно 40 мг симvastатина. СРБ высокоточным количественным методом, интерлейкины (IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , GM-CSF) определялись в первые 24 часа, на 14-е сутки заболевания и через 6 месяцев после развития ОКС. Клиническое течение оценивалось в течение 6 месяцев с момента госпитализации.

Результаты: Средний уровень СРБ снизился статистически достоверно в течение двух недель в группе больных, получавших симvastатин ($14,9 \pm 9,7$ мг/л и $7,6 \pm 6,0$ мг/л, $p = 0,02$). В контрольной группе в этот период отмечено статистически недостоверное снижение концентрации СРБ. Выявлены два основных типа динамики СРБ у больных ОКС. У большинства больных в обеих группах отмечается снижение СРБ к 14-м суткам заболевания. У части больных отмечается рост содержания СРБ в течение этого периода. У больных с этим типом динамики СРБ в течение последующих 6 месяцев достоверно чаще отмечались стенокардия и повторные госпитализации в связи с рецидивом ОКС (ОР=1,4; 95% ДИ=1,1-1,8). Содержание IL-6 снизилось у большинства больных к 14 суткам заболевания, но у части больных отмечено увеличение уровня IL-6 в этот период заболевания. Отмечена тесная корреляция динамики IL-6 с уровнем СРБ ($r = 0,82$). Содержание IL-8, IL-10 и GM-CSF в течение первых двух недель возрастало у большинства больных в обеих группах. Отмечено более значительное повышение уровня IL-10 к 14 суткам в группе больных, получавших симvastатин. Через 6 месяцев отмечено значительное снижение средних значений всех медиаторов воспаления. При этом у больных, получавших симvastатин, отмечены достоверно более низкие уровни СРБ, IL-6, IL-8, GM-CSF и достоверно более высокое содержание IL-10. Наиболее существенным и статистически достоверным различием между группами в клиническом течении была частота постинфарктной стенокардии, которая значительно чаще наблюдалась в контрольной группе.

Выводы: 1) Раннее начало терапии симvastатином приводит к снижению уровня СРБ к 14-м суткам ОКС и частоты постинфарктной стенокардии. 2) Увеличение содержания СРБ и IL-6 в течение первых двух недель заболевания является неблагоприятным прогностическим признаком. 3) В группе больных, получавших статины, через 6 месяцев отмечено достоверно более высокое среднее значение IL-10 и более низкие уровни СРБ, IL-6, IL-8, GM-CSF, что сочеталось с более благоприятным клиническим течением.

0863 ВЫБОР ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шамес А.Б., Иванов В.А., Терехин С.А.

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

Цель: разработать критерии отбора больных инфарктом миокарда (ИМ) для проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) с фармакологическим сопровождением (ФС) аспирином и клопидогрелем.

Методы: 107 больных ИМ (96 мужчин и 11 женщин); средний возраст 59,9±1,5 лет. Диагноз верифицирован на основании клинических, положительных сердечных биомаркеров в сыворотке крови, типичных признаков ЭКГ. Методика ЧКВ на симптом-связанной коронарной артерии (КА) не отличалась от плановых рентгенохирургических вмешательств при стабильной стенокардии. ФС ЧКВ включало: нагрузочную пероральную дозу клопидогреля (300 или 600 мг) и аспирина (100 мг) не позднее 2-6 часов до манипуляции, болюсное внутриапериальное введение нефракционированного гепарина (НФГ) в дозе 10000 МЕ в начале вмешательства на КА с последующим введением дополнительной дозы НФГ под контролем активированного времени свертывания. После вмешательства — внутривенное инфузионное введение НФГ со скоростью 1000 МЕ/час в течение 24 часов под контролем АЧТВ (60-80 сек.) и продолжение внутрь приема аспирина 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 6 месяцев.

Результаты: У 44 пациентов установлен инфаркт миокарда без подъема сегмента ST на ЭКГ (ИМБПСТ), у 63 инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМПСТ). Первичный ИМ диагностирован в 76,9% случаев, в 23,1% — повторный. По результатам КАГ однососудистое поражение выявлено у 39,4% больных, многососудистое — 60,6%, при этом, гемодинамически значимое поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) составило 81,9%, правой коронарной артерии (ПКА) — 60,6%, огибающей артерии (ОА) 39,4%, ствола левой коронарной артерии (ЛКА) — 4,2%. Определены клинические и ангиографические предикторы риска развития кардиальных и гемостазных осложнений для отбора больных на ЧКВ: возраст 65 лет и > 1 балл (6), >75 лет — 2 б., ИМ в анамнезе — 2 б., наличие сахарного диабета — 1 б., реваскуляризация миокарда в прошлом — 1 б., Killip >1 — 2 б., фракция выброса левого желудочка сердца <50% — 2 б., поражение ствола ЛКА или 3-х сосудистое поражение — 5 б., субтотальный стеноз или окклюзия инфаркт-связанной КА с гемодинамически значимым поражением вероятной КА-донора («двухбассейновое» поражение) — 5 б.

Положительный клинико-ангиографический эффект достигнут у 97,2% больных; 3 пациента умерло (2,8%) — у всех сумма баллов предикторов риска осложнений превысила 7.

Выводы: при выборе объема ФС ЧКВ у больных ИМ можно использовать разработанные клинические и ангиографические предикторы риска развития кардиальных, тромботических и геморрагических осложнений: сумма баллов предикторов риска осложнений свыше 7 — проводить ЧКВ с 3-х компонентным ФС (аспирин+клопидогрель+блокаторы П₂/П₃а гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов), менее 7 баллов — с 2-х компонентным (аспирин+клопидогрель).

0864 РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ (АСПИРИН + КЛОПИДОГРЕЛЬ)

Шамес А.Б., Иванов В.А., Терехин С.А.

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

Цель: разработать критерии отбора больных нестабильной стенокардией (НС) для проведения чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) с фармакологическим сопровождением (ФС) аспирином и клопидогрелем.

Методы: 133 больных НС (120 мужчин и 13 женщин); средний возраст 58,4±0,84 лет. Методики ЧКВ на симптом-связанной коронарной артерии (КА) не отличались от плановых рент-

генохирургических вмешательств при стабильной стенокардии. ФС ЧКВ включало: нагрузочную пероральную дозу клопидогреля (300 или 600 мг) и аспирина (100 мг) не позднее 2-6 часов до манипуляции, болюсное внутриапериальное введение нефракционированного гепарина (НФГ) в дозе 10000 МЕ в начале вмешательства на КА с последующим введением дополнительной дозы НФГ под контролем активированного времени свертывания. После вмешательства — внутривенное инфузионное введение НФГ со скоростью 1000 МЕ/час в течение 24 часов под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (60-80 сек.) и продолжение перорального приема аспирина 100 мг и клопидогреля 75 мг ежедневно сроком не менее 6 месяцев.

Результаты: По классификации НС (Hamm C., Braunwald E., 2000) 92 человека отнесены к IV группе, 26 — IIb, 7 — IIb, по 3 — IC и IC, по 1 — к IIC и IA. Значительных изменений в системном гемостазе, углеводном и липидном обменах, нарушении сократительной способности миокарда в целом по группе не обнаружено. По результатам КАГ однососудистое поражение выявлено у 36% больных, многососудистое — 64%, при этом, гемодинамически значимое поражение передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) выявлено в 54,1%, правой коронарной артерии (ПКА) — 23,5%, огибающей артерии (ОА) — 15,3%, ствола левой коронарной артерии (ЛКА) — 5,3%.

Определены клинические и ангиографические предикторы риска развития кардиальных и гемостазных осложнений при ЧКВ: возраст 65 лет и > 1 балл (6), >75 лет — 2 б., ИМ в анамнезе — 2 б., наличие сахарного диабета — 1 б., реваскуляризация миокарда в прошлом — 1 б., фракция выброса левого желудочка сердца <50% — 2 б., поражение ствола ЛКА или 3-х сосудистое поражение — 5 б., субтотальный стеноз или окклюзия симптом-связанной КА с гемодинамически значимым поражением вероятной КА-донора («двухбассейновое» поражение) — 5 б.

Положительный клинико-ангиографический эффект достигнут у 97,7% больных; у 2 пациентов развился интраоперационный ИМ (1,5%), 1 пациент умер (0,8%). Из 3-х осложнений два развились при сумме баллов предикторов риска осложнений более 7.

Выводы: Разработанные предикторы риска развития осложнений позволяют провести разделение больных при выполнении ЧКВ по ФС: при сумме баллов предикторов риска осложнений свыше 7 — показано проведение ЧКВ с 3-х компонентным ФС (аспирин + клопидогрель + блокаторы П₂/П₃а гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов), менее 7 баллов — 2-х компонентное (аспирин + клопидогрель).

0865 ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Шапошник И.И., Богданов Д.В., Гладышева Е.П.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель: Изучение диспансерной группы больных гипертрофической необструктивной кардиомиопатией (ГНКМП) с точки зрения соответствия новым критериям диагностики, оценка характера течения ГНКМП у пациентов, соответствующих данным критериям.

Методы: Обследованы 60 больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), мужчин — 38, женщин — 22; средний возраст — 44,9±1,74 года. Средний срок диспансерного наблюдения — 10,2±2,10 года. Критерием ГНКМП служило наличие градиента обструкции в покое ниже 30 мм рт.ст. Обследование включало в себя: физикальное исследование по общепринятой схеме, ЭКГ в 12 отведениях, Эхо-КГ в одно- и двухмерном режиме по общепринятой схеме, доплер-эхокардиографию по общепринятой схеме.

Результаты: 49 (82%) больных отнесены к группе ГНКМП. Различия между двумя основными формами ГКМП нельзя считать значительными. При ГНКМП достоверно реже отмечены все клинические проявления, а бессимптомное течение — чаще (в 41% случаев против 25% при обструктивной форме). Достоверно ниже при ГНКМП относительная толщина стенок (0,66±0,03

против $0,80 \pm 0,02$ при обструктивной форме), а подвижность межжелудочковой перегородки — выше (фракция укорочения $23,8 \pm 1,84\%$ против $18,5 \pm 2,99\%$ при обструктивной форме, $p < 0,05$). Представляло интерес наблюдение в динамике пациентов с обеими формами заболевания. Предикторами прогрессирования ГНКМП оказались наличие увеличения полости и гипертрофии передней стенки правого желудочка (ПЖ), выраженная диастолическая дисфункция задней стенки левого желудочка (ЛЖ), достоверно сниженный ударный объем. У пациентов с прогрессированием исходно выше оказалась выражена сердечная недостаточность (средний функциональный класс $2,11 \pm 0,10$ против $1,54 \pm 0,09$ при стабильном течении, $p < 0,05$) и выше частота всех жалоб. В динамике у пациентов с прогрессированием заболевания не выявлено увеличения толщины стенок ЛЖ, но обнаружено дальнейшее снижение глобальной систолической функции. В 4 случаях обнаружено расширение полости ЛЖ более 6 см со снижением фракции выброса ниже 50%. Таким образом, у 4 (9%) больных произошла трансформация ГНКМП в дилатационную кардиомиопатию. Из описываемой группы умерли 3 больных.

Выводы:

1. С учетом новых диагностических критериев, ГНКМП преобладала среди наблюдавшихся нами больных ГКМП, составляя 82% всех больных.
2. Прогрессирование заболевания при ГНКМП наблюдалось реже, чем при обструктивной форме — в 25% случаев против 46%.
3. Предикторами прогрессирования ГНКМП оказались наличие поражения ПЖ, нарушение диастолической функции задней стенки левого желудочка.
4. Прогрессирование ГНКМП проявлялось не увеличением толщины стенок ЛЖ, а нарастанием его диастолической и систолической дисфункции. В 4 случаях произошла трансформация ГКМП в дилатационную кардиомиопатию.

0866 ВЛИЯНИЕ КОРАКСАНА НА СУТОЧНУЮ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шарданов Н.А., Бицуев В.Г., Арсагова Е.К., Жабоева Д.С., Курданов Х.А.

ГУЗ «Кардиологический центр»; Центр медико-экологических исследований — филиал Государственного научного центра РФ — Института медико-биологических проблем РАН. Нальчик, Россия

Цель: изучение динамики показателей 24-часовой ВСР у больных ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью, при лечении кораксаном.

Методы: обследованы 89 пациентов (59 мужчин и 30 женщин) в возрасте 58–76 лет с ХСН II–IV функционального класса по NYHA ишемического генеза, находящихся на стационарном лечении в Кардиологическом центре. У 66 больных в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, у 12 — верифицирована стабильная стенокардия II ф. кл., у 45 — III ф. кл., у 8 — IV ф. кл. Контрольную группу составили 20 здоровых людей того же возраста. Проводились ЭКГ, тредмил-тест, ЭхоКС, лабораторные тесты, 6-минутная проба и 24-часовое исследование ВСР с помощью системы «КТ-4000» (Санкт-Петербург). До госпитализации и включения в исследование пациенты лечились ингибиторами АПФ, диуретиками, нитратами, статинами, часть больных получала β-блокаторы. После первичного обследования пациентам вместо β-блокаторов в терапию был добавлен кораксан. Доза подбиралась с учетом ЧСС от 10 до 15 мг, препарат применялся в два приема. Исследование ВСР, тредмил-тест и 6-минутная проба проводилась до и на 20-е сутки терапии кораксаном. Изучались временные (SDNN, гMSSD, NN50%) и спектральные (VLF, LF, HF, LF/HF) показатели вариабельности сердечного ритма.

Результаты: Выявлено исходное снижение ВСР у больных ИБС, осложненной ХСН на фоне проводимой в амбулаторных условиях терапии. На 20-е сутки терапии кораксаном отмечена хорошая переносимость препарата и положительный клинический эффект в виде увеличения толерантности к физической на-

грузке и уменьшения симптомов хронической сердечной недостаточности. У 68 пациентов на фоне лечения кораксаном достоверно увеличилось расстояние, проходимое во время 6-минутной пробы на $112,54 \pm 34,23$ м, и мощность выполняемой нагрузки на тредмиле на $1,70 \pm 0,23$ MET. Определены положительные изменения показателей общей вариабельности ритма сердца. Выявлено достоверное увеличение SDNN в среднем на 245,6%, гMSSD на 86,3%, NN50% на 69,4%, LF на 74,7%, HF на 81,4%. Отмечена хорошая переносимость препарата.

Выводы: Терапия кораксаном пациентов с ИБС, осложненной ХСН, в дозе 10–15 мг в сутки улучшает показатели ВСР, причем наибольшим изменениям подвергается показатель SDNN. Изменения ВСР сопровождаются положительной клинической динамикой и, в отличие от β-блокаторов, не требуется длительное титрование препарата.

0867 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРАКСАНОМ

Шарданов Н.А., Бицуев В.Г., Арсагова Е.К., Жабоева Д.С., Курданов Х.А.

ГУЗ «Кардиологический центр»; Центр медико-экологических исследований — филиал Государственного научного центра РФ — Института медико-биологических проблем Российской академии наук. Нальчик, Россия

Цель: изучение динамики показателей 24-часовой ВСР у больных ИБС со стабильной стенокардией на фоне лечения кораксаном.

Методы: обследованы 45 пациентов (30 мужчин и 15 женщин) в возрасте 47–63 лет: 15 со стабильной стенокардией II ф. кл., 30 — III ф. кл. без постинфарктного кардиосклероза и ХСН. Контрольную группу составили 20 здоровых людей того же возраста. Проводились ЭКГ, тредмил-тест, ЭхоКС, лабораторные тесты и повторное 24-часовое исследование ВСР с помощью системы «КТ-4000» (Санкт-Петербург). Кораксан добавлялся к терапии кардикетом-ретард, симвастатином и аспирином, проводившейся не менее 2-х месяцев до исследования. Препарат применялся в два приема в дозе 10–15 мг в сутки. Исследование ВСР проводилось до и на 20-е сутки терапии кораксаном с анализом временных (SDNN, гMSSD, NN50%) и спектральных (VLF, LF, HF) показателей.

Результаты: отмечена хорошая переносимость препарата и положительный клинический эффект в виде увеличения толерантности к физической нагрузке. Выявлено исходное снижение ВСР у больных стенокардией. На 20-е сутки терапии достоверно увеличились SDNN в среднем на 116,5%, гMSSD на 124,2%, NN50% на 145,1%, VLF на 150,7%, LF на 21,6%, HF на 126,2%. Среднее соотношение LF/HF уменьшилось от 3,23 до 1,85.

Выводы: терапия кораксаном в дозе 10–15 мг в сутки улучшает показатели ВСР, причем наибольшим изменениям подвергаются показатели, характеризующие активность парасимпатической нервной системы, что приводит к нормализации вегетативного баланса.

0868 МАРКЕР НЕОАРТЕРИОГЕНЕЗА PLGF КОРЕЛЛИРУЕТ С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ОТДАЛЕННЫМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС

Шевченко А.О., Шевченко О.П., Эль-Бустани С., Князев А.Н.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; Российская медицинская академия постдипломного образования; ФГУ НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Введение. Плацентарный фактор роста (PlGF), принадлежащий к семейству сосудистых эндотелиальных факторов роста, играет важную роль в регуляции неангиогенеза, участвует в ключевых механизмах, приводящих к дестабилизации атеросклеротической бляшки. Целью исследования явилось изучение

PIGF в качестве предиктора нежелательных сердечнососудистых событий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. В исследование включены 78 лиц в возрасте от 24 лет до 81 года (19 больных инфарктом миокарда (ИМ), 23 больных нестабильной стенокардией (НС), 23 больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) и 13 пациентов без клинических признаков ИБС). Период наблюдения составил 2 года: оценивались конечные точки: смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, развитие ИМ, НС или мозговой инсульта. Помимо рутинного клинического обследования, определялись уровни PIGF, С-реактивного белка (СРБ), неоптерина, гаптоглобина и гомоцистеина.

Результаты. Уровни PIGF в крови не зависели от возраста, пола, индекса массы тела, уровней артериального давления АД, сахарного диабета 2-го типа, перенесенных в анамнезе ИМ или нарушения мозгового кровообращения. Уровни PIGF достоверно коррелировали с уровнями гаптоглобина ($r=0.34$, $p=0.028$), гомоцистеина ($r=0.455$, $p=0.043$) и неоптерина ($r=0.31$, $p=0.048$), а также с толщиной комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА) ($r=0.2$, $p=0.01$). В подгруппах больных с низкими (<7.5 пг/мл), средними (7.5 - 20.5 пг/мл) и высокими (>20.5 пг/мл) уровнями PIGF выявлены достоверные различия в продолжительности периода до наступления нежелательных событий (1038 ± 56 , 729 ± 55 , 578 ± 63 дней, соответственно, $p<0.01$). Сравнение кривых выживаемости без нежелательных событий при помощи логрангового метода показало, что прогноз у больных с низкими уровнями PIGF в крови достоверно лучше, чем у больных с высокими уровнями в крови маркера ($p=0.038$).

Заключение. Повышенный уровень PIGF в крови является предиктором неблагоприятного прогноза у больных ИБС; выявлена положительная зависимость между уровнями PIGF и ТИМ ОСА, а также уровнями в крови неоптерина, гаптоглобина и гомоцистеина.

0869 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТРОФАЗНОГО БЕЛКА ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИБС

Шевченко А.О., Эль-Бустани С., Орлова О.В., Шевченко О.П.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; Российская медицинская академия постдипломного образования; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Цель: изучить связь уровней гаптоглобина (Г) с клиническими проявлениями заболевания и отдаленным прогнозом у больных различными формами ИБС.

Методы. Обследованы больные стенокардией напряжения (ССН, $n=142$), нестабильной стенокардией (НС $n=32$), инфарктом миокарда (ИМ, $n=18$) и 11 лиц без ИБС (средний возраст 61.16 ± 13.1 лет). В плазме крови определялись уровни Г (при поступлении, через 2, 4 и 12 недель), С-реактивного белка, интерлейкина-6, гомоцистеина, плацентарного фактора роста (PIGF) и sVCAM-1. Прогноз оценивался на основании выявления конечных точек (смерть, ИМ, НС, мозговой инсульт) при наблюдении в течение 2 лет.

Результаты. Уровни Г (от 0,12 до 3,7 г/л; в среднем 0.64 ± 0.65 г/л; медиана 0,35 г/л) не зависели от пола, уровней липидов, артериального давления и наличия сахарного диабета. Выявлена негативная корреляция уровней Г в крови с возрастом ($r=-0.18$, $p=0.011$). Уровни Г у лиц без ИБС были достоверно ниже, чем у больных ИБС (0.47 ± 0.16 против 0.79 ± 0.51 , $p=0.04$). При этом, уровни Г у больных ССН (0.84 ± 0.72 г/л), НС (0.80 ± 0.42 г/л) и ИМ (0.57 ± 0.15 г/л) достоверно не отличались. Уровни Г коррелировали с уровнями PIGF ($r=0.304$, $p=0.012$), гомоцистеина ($r=0.39$, $p=0.038$) и гемоглобина ($r=-0.36$, $p=0.041$). Назначение симvastатина 20 мг/сут не приводило к достоверным изменениям уровней Г в крови через 2, 6 и 12 недель. В подгруппе больных острым коронарным синдромом (ОКС) с рецидивом ангинозных приступов в стационаре на фоне терапии ($n=12$) отмечалось достоверное увеличение уровней Г через 2 недели по сравнению с исходными показателями (0.59 ± 0.22 против 1.24 ± 0.46 г/л, $p<0.01$), в то время как у больных ОКС без рецидива стенокардии ($n=36$) уровни Г достоверно не изменялись (0.66 ± 0.34

против 0.62 ± 0.27 г/л, соответственно, $p>0.05$). У больных ОКС с исходно повышенными уровнями Г (>0.35 г/л) отдаленная выживаемость без нежелательных событий была хуже ($p<0.01$), чем у лиц с низкими уровнями маркера (<0.35 г/л). В то же время у больных ССН прогноз не зависел от уровней Г.

Заключение. Повышенный уровень гаптоглобина в крови связан с менее благоприятным 2-летним прогнозом у больных ОКС. У больных ОКС с рецидивами ангинозных приступов на фоне терапии выявлено нарастание уровней гаптоглобина. Прием симvastатина в дозе 20 мг в сутки на протяжении 12 недель не приводит к снижению содержания маркера в крови.

0870 МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ

Шевченко И.И., Алтухова Н.А., Кораблин Л.Л.*, Ульянова И.П.**

МУЗ ГО Воронеж ГКБСМП №10, ООО Лаборатория «Новые медицинские технологии»*, МУЗ ГО Воронеж КБВЛ*, Воронеж, Россия

Актуальность. Пациенты с острым коронарным синдромом составляют более 70% от числа всех пациентов, госпитализируемых в отделение неотложной кардиологии. Выявление возможного повреждения миокарда при госпитализации пациентов с ОКС является важной задачей раннего госпитального этапа. Использование маркеров повреждения призвано улучшить диагностику, особенно в сложных клинических ситуациях.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кардиологического отделения городской клинической больницы, работающей в режиме скорой помощи, больницы восстановительного лечения, а также клинической лаборатории «Новые медицинские технологии». В 2006 году госпитализировано 2139 пациентов, при этом на основании клиники, электрокардиографической (ЭКГ) динамики, определения маркеров повреждения острый инфаркт миокарда (ОИМ) диагностирован у 537 пациентов (25,1%), прогрессирующая стенокардия (ПС) у 1052 (49,18%), ОКС у 1589 (74,29% от числа всех госпитализированных). При госпитализации определялся тропонин I (норма до 1 нг/мл (TnI) (DPC USA), МВ КФК (норма до 24 Е/л), а также аспартатаминотрансфераза (АСАТ) (норма до 40 Е/л. Маркеры повреждения исследованы у 1241 пациента, из них 742 мужчины (59,8%), 499 женщин (40,2%).

Результаты. В группе пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСПST) TnI >1 нг/мл выявлен у 78,6%, в группе пациентов с ОКС без подъема ST (ОКСБПST) TnI >1 нг/мл выявлен у 81%, при этом у пациентов с прогрессирующей стенокардией TnI <1 нг/мл у 100%, у пациентов с мелкоочаговым ОИМ TnI <1 нг/мл у 72,7%, у 27,3% TnI >1 нг/мл. МВ КФК >24 Е/л выявлена у 78,6% пациентов с ОКСПST, у 31,82% пациентов с мелкоочаговым ОИМ, у 21,43% пациентов с прогрессирующей стенокардией. Аспартатаминотрансфераза >40 Е/л при госпитализации выявлена у 38,46% пациентов с ОКСПST, у 23,81% пациентов с мелкоочаговым ОИМ и у 37,5% пациентов с прогрессирующей стенокардией. Спектр изменения TnI у пациентов с ОКСПST ($n=321$) составил: до 5 нг/мл – 35,12%, до 10 нг/мл – 53,16%, до 20 нг/мл – 69%, до 50 нг/мл – 85,12%, до 95 нг/мл – 94,6%, свыше 95 нг/мл – 5,37%. Значение TnI положительно коррелировало со степенью поражения миокарда (линейная корреляция Пирсона $r=0.44$, $p<0.05$), значение >180 нг/мл выявлено только у пациентов с трансмуральным повреждением миокарда. Корреляция же между TnI и МВ КФК достигла значения $r=0.76$ ($p<0.05$). Незначимой является корреляция между объемом повреждения и уровнем АСАТ ($r=0.12$), а также TnI и АСАТ ($r=0.11$). Чувствительность тропонинового теста для всей выборки пациентов оказалась равной 56%, специфичность 100%, чувствительность МВ КФК оказалась равной 54%, специфичность 91,7%. Самый худший результат оказался при использовании АСАТ: чувствительность – 30%, специфичность – 62,5%.

Вывод. Тропониновый тест является наиболее чувствительным и специфичным маркером повреждения миокарда у пациентов с ОКС, в то же время в значительном проценте случаев диагноз уточняется при комплексном подходе, учитывающем клинику, ЭКГ динамику.

0871 УРОВНИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В АРТЕРИЯХ ПРИ ОСТРОМ АТЕРОТРОМБОЗЕ

Шевченко О.П., Мишнев О.Д., Шевченко А.О., Трусов О.Д., Лысова Н.Л.

Кафедра кардиологии ФУВ, Кафедра патологической анатомии Российского государственного медицинского университета, Москва, Россия

Цель. На основании клинического, лабораторного и патологоанатомического обследования изучить острые изменения в коронарных и периферических артериях и выявить их связь с уровнями маркеров воспаления у больных, умерших на фоне острого атеротромботического события.

Методы: Выполнены патоморфологическое, морфометрическое и гистохимическое исследования на секционном материале 59 больных, умерших на фоне острого коронарного синдрома (ОКС) (n=32), мозгового инсульта (МИ) (n=17), разрыва аорты (n=2) и хронической сердечной недостаточности (n=8). На 5 мм поперечных срезах 384 сегментов коронарных, сонных и мозговых артерий изучались острые изменения, включающие разрыв, эрозию фиброзных покрышек или кровоизлияния внутрь атеросклеротических бляшек. Посмертно оценивались уровни общего холестерина (ОХс), глюкозы, С-реактивного белка (СРБ), ИЛ-6 и Fас-лиганда в крови.

Результаты: Выявлено 107 атеросклеротических бляшек с признаками острых изменений, среди которых 64 (59,8%) бляшки суживали просвет артерии менее, чем на 50%, 23 (21,5%) атеросклеротические бляшки суживали просвет на 50-75%, 12 (11,2%) — на 74-98% и 8 (7,5%) — более 98%. У 9 (15%) больных признаков острых изменений в артериях выявлено не было, у 14 (24%) отмечались изменения в одной артерии, у 36 (61%) выявлены мультифокальные изменения. У больных ОКС среднее количество артерий с признаками острых изменений составило $2,3 \pm 1,3$, у больных геморрагическим МИ — $2,7 \pm 1,9$, у больных ишемическим МИ — $1,9 \pm 1,0$, у больных, умерших на фоне ХСН — $1,3 \pm 1,1$, у больных РА — $1,5 \pm 0,7$. Анализ показал, что у больных без острых изменений в изучаемых сегментах и у больных с изменениями в одном, двух, трех, четырех и более чем в 5 артериях сегментах уровни СРБ (в мг/дл) составили, соответственно: $1,7 \pm 0,9$, $5,1 \pm 4,9$, $5,7 \pm 4,3$, $6,8 \pm 5,1$, $8,2 \pm 7,4$, $7,9 \pm 6,5$ (Р-тренд=0,006).

Выводы: у больных, умерших на фоне острого атеротромбоза, отмечаются признаки множественных (мультифокальных) изменений в коронарных, сонных и мозговых артериях. Чаще всего острые изменения развиваются в артериальных сегментах с гемодинамически незначимыми стенозами. Количество выявленных артериальных сегментов с острыми изменениями коррелирует с уровнями С-реактивного белка в крови. Это свидетельствует о патогенетической значимости и системном действии воспаления при остром атеротромбозе.

0872 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ КАК МАРКЕРОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Шевченко О.П., Шевченко А.О., Киладзе Е.С.

Кафедра Кардиологии ФУВ РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить уровни маркеров воспаления у больных разными формами ИБС и сравнить их диагностическую значимость для выявления больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы: у 379 обследуемых (295 больных стабильной стенокардией (ССН), 40 больных нестабильной стенокардией, 20 больных инфарктом миокарда и 24 практически здоровых лиц (средний возраст $63,2 \pm 10,1$ лет) в крови определены уровни С-реактивного белка (СРБ), ИЛ-6, неоптерина, церулоплазмينا, гаптоглобина, sVCAM-1, фактора некроза опухолей альфа (ФНО- α), ассоциированного с беременностью белка плазмы RAPP-A и плацентарного фактора роста PlGF. Сравнение диагностической значимости маркеров воспаления для выявления

ОКС проводилось при помощи метода построения кривых ROC (receiver operating curve).

Результаты. Сравнение показало, что у больных ССН, по сравнению с лицами без ИБС, достоверно повышены уровни СРБ, ИЛ-6, sVCAM-1, неоптерина, и RAPP-A и снижены уровни церулоплазмينا. По сравнению с больными ССН, у больных ОКС повышены уровни СРБ, ИЛ-6, неоптерина, PlGF, sVCAM-1, RAPP-A, и снижены уровни церулоплазмينا; по сравнению с больными ИБС, при ИМ повышены уровни СРБ, sVCAM-1 и RAPP-A. Значения площадей под кривыми ROC маркеров RAPP-A, СРБ, церулоплазмينا, PlGF, sVCAM-1, ИЛ-6 и неоптерина, соответственно, составили $0,88 \pm 0,09$, $0,76 \pm 0,123$, $0,68 \pm 0,04$, $0,59 \pm 0,14$, $0,52 \pm 0,16$, $0,46 \pm 0,16$ и $0,42 \pm 0,13$. Наибольшая площадь выявлена под кривой ROC RAPP-A. Анализ показал, что чувствительность диагностики ОКС при выявлении уровней RAPP-A > 10 мМЕ/л составляет 80%, а специфичность — 68%.

Заключение: ассоциированный с беременностью протеин плазмы RAPP-A является чувствительным и специфичным маркером острого коронарного синдрома.

0873 ГЛОБАЛЬНАЯ И ЛОКАЛЬНАЯ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Шевякова Е.В., Смирнов А.В., Добронравов В.А., Дегтерева О.А.

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

У диализных пациентов (ДП) частота сердечно-сосудистой патологии составляет 40-50%, а ежегодная смертность, ею обусловленная — 7-9,5%, что в 20 раз превышает летальность в общей популяции. Признается, что наиболее значимыми среди кардиоваскулярных нарушений у ДП являются гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), дисфункции миокарда, ишемическая болезнь сердца и стойкая сердечная недостаточность, занимающая основное место в структуре сердечно-сосудистой смертности.

Целью нашего исследования является изучение особенностей глобальной и локальной систолической и диастолической функции миокарда ЛЖ у ДП.

Была выполнена комплексная трансторакальная доплероэхокардиография (доплер-ЭхоКГ) на ультразвуковом сканере Vivid 7 Pro (GE). Глобальная систолическая функция ЛЖ оценивалась в режиме двухмерной эхокардиографии по показателю фракции выброса, определяемой методом Simpson. Глобальная диастолическая функция ЛЖ оценивалась как стандартно по трансмитральному кровотоку, так и расширенно по кровотоку в одной из легочной вен левого предсердия и скорости распространения волны раннего наполнения полости ЛЖ (V_p) в цветном М-режиме. Для оценки локальных нарушений миокарда ЛЖ как систолических, так и диастолических проводилось тканевое доплеровское исследование (ТДИ) миокарда ЛЖ в спектральном импульсно-волновом режиме в проекции 12 сегментов миокарда (согласно рекомендованной сегментарной модели ЛЖ).

В междиализный период обследована превалентная группа ДП из 119 человек (68 мужчин и 51 женщина, средний возраст 51 ± 13 лет; стаж гемодиализа (ГД) 64 ± 50 мес.). Проанализировано 2618 показателей рутинной Эхо-КГ и 2262 показателя ТДИ. Легкая систолическая дисфункция (СД) (ФВ от 45 до 54%) наблюдалась у 15% ДП, умеренная СД (ФВ от 30 до 44%) — у 4%, тяжелая СД не выявлена ни у одного пациента. Эти данным соответствуют данные качественной оценки локальной кинетики миокарда ЛЖ, в результате которой в 80% случаев выявлена нормальная сократительная способность миокарда, у 18% пациентов наблюдалась диффузная гипокинезия, и только у 2% ДП имелись локальные нарушения сократимости. Однако согласно данным ТДИ миокарда у 69% пациентов выявлялись нарушения локальной систолической функции. У 76% пациентов была выявлена глобальная диастолическая дисфункция ЛЖ, из них у 68% — диастолическая дисфункция (ДД) 1 типа, у 10% — ДД 2 типа, ДД 3 типа выявлена не была. В целом, в группе ДП локальная диастолическая дисфункция была обнаружена практически у 97% пациентов, при этом сегментарный анализ показал, что количество дисфункциональных сегментов составляет 67%.

Выводы: глобальная дисфункция миокарда ЛЖ у подавляющего большинства больных представлена нарушением расслабления ЛЖ. У каждого 5-ого пациента на ГД есть признаки снижения сократительной способности. Представляется, что развитие глобальной дисфункции миокарда ЛЖ является результатом накопления сегментарных нарушений сокращения и расслабления.

0874 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА БИОМАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шек А.Б., Зияева А.В., Мавлянова М.Б., Мадмусаева А.Р., Ташкенбаева Н.Ф., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить влияние агрессивной гиполипидемической терапии в сравнении с обычной, неконтролируемой липидснижающей терапией на показатели липидного обмена, концентрацию С-реактивного белка (С-РБ), аполипопротеинов AI и B100 у больных с нестабильной стенокардией.

Влияние агрессивной гиполипидемической терапии (6 мес.), изучено у 18 больных прогрессирующей стенокардией напряжения – I группа (аторвастатин в подобранных дозах 10–40 мг/сут с достижением целевого уровня ХС ЛПНП < 70–100 мг/дл), против II группы обычной, неконтролируемой липидснижающей терапии (симвастатин 10–20 мг/сут, без обязательного достижения целевого уровня, n=20). Группу контроля составили 12 пациентов с непереносимостью статинов (n=8), а также переставшие их принимать после выписки из стационара (n=4). Изучаемые группы исходно не различались по степени тяжести клинического состояния, уровню липидов крови и изучаемых биомаркеров атеросклероза. Базисная терапия включала бета-блокаторы, нитраты, гепарин или низкомолекулярные гепарины в остром периоде с дальнейшим переходом на аспирин. Исследование показателей липидного обмена, уровня аполипопротеинов в крови, С-РБ проводили на следующий день после поступления пациентов в стационар, после 12–14 часового голодания, на автоанализаторе «RANDOX» (Ирландия).

В группе неагрессивной терапии в течение 1, 3, 6 месяцев отмечалось умеренное снижение концентрации общего ХС, ХС ЛПНП и коэффициента атерогенности, однако, при этом не наблюдалось достоверных сдвигов уровня С-РБ, аполипопротеинов AI и B100 в крови. Агрессивная гиполипидемическая терапия, наряду с высокодостоверным влиянием на уровень общего ХС ($P < 0,001$), ХС ЛПНП ($P < 0,001$) и коэффициента атерогенности ($P < 0,001$), уже в течение 1 месяца вызвала достоверное снижение концентрации С-РБ ($P < 0,05$) относительно исходного значения, что указывает на её патогенетическое воздействие. К 3 и 6 месяцу лечения в группе агрессивной терапии, наряду со снижением уровня С-РБ, также зарегистрировано уменьшение концентрации ТГ ($P < 0,01$), а также увеличение Апо-AI ($P < 0,05$), и снижение соотношения Апо-В/Апо-AI ($P < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют, что, несмотря на способность гиполипидемической терапии в обычном режиме умеренно снижать концентрацию ОХС и ХС ЛПНП в крови, только агрессивная гиполипидемическая терапия вела к стойкому патогенетическому эффекту в виде снижения уровня С-РБ в течение 6 месяцев терапии. Это сопровождалось увеличением концентрации Апо-AI ($P < 0,05$), и снижением соотношения Апо-В/Апо-AI ($P < 0,05$).

0875 ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ G272S И C825T ГЕНА GNB3 В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ

Шестаков А.М.¹, Полониов А.В.², Иванов В.П.², Солодилова М.А.², Ушаев Д.В.¹, Катаргина Л.Н.³, Хорошая И.В.², Кожухов М.А.¹, Колесникова О.Е.¹, Гриднев А.А.², Криворученко В.Б.²

¹Областная клиническая больница, Курск, Россия; ²Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

³Больница скорой медицинской помощи, Курск, Россия

Изучение полиморфизма генов сигнальной трансдукции является одним из важных направлений в изучении молекулярно-генетических механизмов гипертонической болезни (ГБ). Некоторыми зарубежными и отечественными исследованиями установлена ассоциация полиморфизма C825T гена β -субъединицы гуанин-нуклеотид связывающего белка (GNB3) с предрасположенностью к ГБ. Причины, которые лежат в основе непостоянства выявления ассоциаций полиморфных вариантов генов, в том числе и GNB3, в различных этнических группах, является предметом интенсивных дискуссий в генетических исследованиях в кардиологии. Предполагается, что основной причиной невоспроизводимости результатов оригинальных исследований по поиску ассоциаций полиморфных генов с развитием ГБ является генетическая гетерогенность заболевания, а также эволюционно-сложившиеся специфические взаимодействия генотип-среда, характерные для каждой человеческой популяции. В этой связи изучение регионального распределения частот аллелей и генотипов кандидатных генов ГБ позволит установить особенности генетической компоненты подверженности болезни в каждой отдельной популяции.

Целью исследования явилось изучение популяционной распространенности двух точковых мутаций G272S и C825T гена GNB3 у русских жителей Центрально-Черноземного региона России с оценкой роли данных полиморфизмов в формировании предрасположенности к ГБ. Материалом исследования послужила выборка больных ГБ (n=203), находившихся на стационарном лечении в кардиологических отделениях ЛПУ г. Курска в период с 2003 по 2004 год. Контрольную группу составили 202 относительно здоровых добровольца. Генотипирование полиморфизмов G272S и C825T гена GNB3 проводили методами ПЦР-ПДРФ согласно протоколам, описанным в литературе. Различия в частотах аллелей и генотипов между группами оценивали с помощью критерия χ^2 и расчета отношения шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI).

Сравнительный анализ частот аллелей полиморфизмов G272S и C825T гена GNB3 не выявил статистически значимых различий в их распределении между группами здоровых и больных ГБ ($p > 0,05$). Сравнение частот генотипов полиморфизма C825T гена GNB3 также не позволило выявить статистически значимых различий между группами. В то же самое время, частота гетерозиготного генотипа 272GS гена GNB3 в группе больных ГБ (5,9%) была ниже, чем в контрольной группе (11,3%). Однако различие в частотах генотипа 272GS между группами не достигало принятого в исследовании статистического уровня значимости ($\chi^2 = 3,56$; $df = 1$; $OR = 0,49$; $CI\ 0,23-1,04$; $p = 0,059$). Раздельный анализ частот генотипа 272GS гена GNB3 в зависимости от пола показал, что данный генотип был ассоциирован с предрасположенностью к ГБ только у женщин ($\chi^2 = 3,66$; $df = 1$; $OR = 0,40$; $CI\ 0,15-1,05$; $p = 0,056$). В связи с тем, что величина рассчитанного отношения шансов принимала значение меньше 1, то генотип 272GS является протективным в отношении риска развития ГБ. У женщин также наблюдалась отчетливая тенденция к увеличению частоты гомозиготного генотипа 825CC в группе больных ГБ в сравнении с контрольной группой ($\chi^2 = 2,72$; $df = 1$; $OR = 1,55$; $CI\ 0,92-2,60$; $p = 0,099$). Анализ парных сочетаний генотипов не выявил статистически значимых различий в их распределении между исследуемыми группами ($p > 0,05$). Таким образом, полиморфные варианты G272S и C825T гена GNB3 не оказывают существенного влияния на риск развития гипертонической болезни у русских жителей Центрального Черноземного региона России.

0876 РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Шестопалова И.М., Ткаченко Г.А.

ГУ РОНЦ им.Н.Н.Блохина РАМН, Москва, Россия

Цель настоящего исследования – изучение эффективности психотерапевтических методов в снижении уровня тревожности, нормализации эмоционального состояния и терапии инсомнии у онкологических больных с выраженной сердечно-сосудистой патологией в условиях специализированного онкологического

стационара.

Материал и методы исследования. Метод состоит из комбинации аутоэстетивных ресурсных техник с поддержкой аудиальной модальности восприятия специальными музыкальными композициями и звуками.

Обследованы 41 человек со злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации, имеющих сопутствующие ССЗ (ИБС, АГ, мультифокальный атеросклероз), которым планировалось проведение хирургического лечения в РОНЦ РАМН. Средний возраст больных составил 61,75±5,76 года. Для анализа было сформировано две группы. Первая группа больных — 21 человек, которым проводилась психотерапия выше указанным методом. Контрольная группа — 20 человек — без психотерапевтической поддержки.

Психологическое состояние больных оценивалось с помощью специальных тестов: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН).

Результаты исследования. Наиболее выраженные психопатологические нарушения выявлены на предоперационном этапе. Все больные имели высокий уровень тревожности, выраженные эмоциональные расстройства, 39% больных страдали психогенно обусловленной инсомнией.

При исследовании по методике HADS было установлено, что с помощью применения вышеуказанного метода уровень тревожности достоверно снизился у больных первой группы ($p < 0,05$), причем у 57,1% больных этой группы уровень тревожности нормализовался. В контрольной группе показатель уровня тревожности достоверно не менялся ($p > 0,05$); в отдельных случаях отмечалось повышение.

По результатам, полученным с помощью САН, значительное улучшение психоэмоционального состояния отмечают 85,7% больных первой группы. У 60% больных, страдающих инсомнией, был восстановлен нормальный сон. В контрольной группе показатели анализируемых шкал не менялись. Всем больным, страдающим инсомнией, была назначена медикаментозная седативная терапия.

Выводы. Настоящим исследованием доказана эффективность психотерапевтического метода в улучшении эмоционального состояния, снижении тревожности, возможности безлекарственной терапии инсомнии у больных со злокачественными новообразованиями торако-абдоминальной локализации с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

0877 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шилина М.М., Паначева Л.А., Шпагина Л.А., Зюбина Л.Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить частоту и характер сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с патологией щитовидной железы.

Методы: Проанализировано течение артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) у 507 больных, состоящих на диспансерном учете у эндокринолога по поводу заболеваний щитовидной железы (среди них женщин — 95,1%).

Результаты: Среди больных с тиреоидной патологией наибольшую группу составили лица с узловыми образованиями в щитовидной железе (46,0%), реже — с диффузными заболеваниями (34,3%); в единичных случаях диагностированы гипотиреоз (10,0%), кисты (7,5%) и опухоли щитовидной железы (2,2%). В 50,3% случаев при нарушении функции щитовидной железы наблюдалась кардиоваскулярная патология. Наиболее часто АГ и ИБС диагностированы при многоузловом зобе (МУЗ) — 64,9%, первичном и послеоперационном гипотиреозах (соответственно 59,4% и 57,9%), опущениях щитовидной железы — 54,5%, реже — при диффузном не-токсическом зобе — 30,0% и кистах щитовидной железы — 28,9%. В структуре указанных заболеваний среди лиц с тиреоидной дисфункцией превалировала АГ — 71,7%. ИБС наблюдались всего в 4,3% случаев. У 18,8% больных АГ выявля-

лась в сочетании с ИБС. В группе лиц с АГ преобладала АГ II степени тяжести (75,8%). Среди больных с ИБС у 54,5% из них был аритмический вариант заболевания, 27,3% — ПИКС и лишь 18,2% пациентов имели стенокардию напряжения, ФК П. Среди лиц с сочетанием АГ и ИБС преобладала АГ III степени тяжести (84,2%), а среди вариантов ИБС — стенокардия напряжения, ФК П-Ш (45,8%) и аритмический вариант заболевания (41,7%); у 12,5% больных наблюдался ПИКС. Нарушения ритма наиболее часто проявлялись фибрилляцией предсердий (до 80%), реже — желудочковой экстрасистолией. Наиболее часто АГ II степени тяжести диагностирована при узловом зобе (УЗ) — 18,8%, диффузно-узловым нетоксическим зобом (ДУНТЗ) — 18,1% и аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) — 17,4%. Средний возраст этих пациентов составил 57,7–65,3 гг. АГ III степени чаще выявлялась при ДУНТЗ (18,2%), УЗ (15,9%) и АИТ (15,9%). Средний возраст больных варьировал в пределах 56,4–67,1 гг. Сочетание АГ с ИБС чаще встречалось при ДУНТЗ — 20,8% и МУЗ — 18,8% (средний возраст пациентов — 60,3–69,2 гг.).

Выводы: Патология сердечно-сосудистой системы выявляется у 50,3% больных с заболеваниями щитовидной железы. У пациентов с нарушениями тиреостата ведущей является АГ, чаще изолированная, реже — в сочетании с ИБС. С увеличением возраста больных, как правило, происходит утяжеление степени АГ. Высокая частота органической патологии кардиоваскулярной системы с учетом возраста пациентов требует включения в обязательный план их обследования (особенно при отсутствии должного клинического эффекта), оценку тиреоидного статуса.

0878 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шилина Н.Н., Тыщенко И.А., Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель: Изучить особенности вариабельности ритма сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа с тревожно-депрессивными расстройствами.

Методы: В исследование было включено 60 больных с ХСН (II–III ФК по NYHA) и СД 2-го типа, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении МУЗ ГКБ N 3 (3–4 неделя после перенесенного инфаркта миокарда). Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек, сходные по полу, возрасту, тяжести ХСН и СД 2 типа. В 1-ой группе больных (с тревожно-депрессивными расстройствами) средний возраст составил 66,15±2,84 лет, во 2-ой группе (без аффективных расстройств) — 67,42±2,76 лет. Наличие тревоги и депрессии определяли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Параметры вариабельности ритма сердца (BPC) оценивали на коротких участках записи ЭКГ в течение 5 минут с использованием аппаратно-программного комплекса «Варикард».

Результаты: в группе больных, страдающих психосоматическими расстройствами, средний уровень тревоги в баллах составил 12,78±0,53, депрессии 11,13±0,81. При анализе параметров BPC выявлены достоверные изменения следующих показателей у пациентов 1-ой и 2-ой групп соответственно: SDNN 22,3±2,27 vs 37,5±5,3 мс, MxDM 125,23±21,7 vs 193,05±21,59 мс и индекса напряжения (ИН) 395±47,8 vs 219,84±31,62. Показатели спектральных компонентов HF(%), LF(%) и VLF(%) у пациентов 1-ой группы составили соответственно 33,35±3,89, 31,81±3,3, 34,81±3,5, во 2-ой группе — 33,6±5,78, 34,76±3,236 и 33,8±4,67, $p > 0,05$.

Выводы: в раннем постинфарктном периоде у пациентов с ХСН и СД 2-го типа при анализе параметров BPC выявлены более высокие значения ИН и выраженное снижение показателей SDNN ниже 50 мс, что является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о ригидности ритма сердца и увеличении риска развития внезапной сердечной смерти, и указывает на значимые нарушения в функционировании

вегетативной нервной системы. Изменения ИН и SDNN в группе больных, страдающих аффективными расстройствами, были более выраженными.

0879 РОЛЬ ОПТИМАЛЬНОЙ АППОЗИЦИИ КОРОНАРНОГО СТЕНТА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗА

Шитиков И.В., Титков И.В., Олейник А.О., Гусев К.В., Меркушова И.М.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-ангиографической эффективности коронарного стентирования с проведением постдилатации баллоном высокого давления.

Материал и методы. В исследование включено 58 пациентов с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения 3-4 ф.к. с проведенным коронарным стентированием с непосредственным клинико-ангиографическим успехом. У всех пациентов исходно было гемодинамически значимое поражение одной коронарной артерии. Средняя длина имплантированных стентов составила 20,5 мм (18-23мм.), средний диаметр — 2,75 мм. Все пациенты в зависимости от интраоперационной тактики разделены на 2 группы. В группу А вошли 30 пациентов, которым стент имплантирован на номинальном давлении доставляющего баллона (8-10 атм.), без постдилатации. В группу Б вошли 28 пациентов, которым после имплантации стента на номинальном давлении доставляющего баллона (8-10 атм.), проводилась замена баллонного катетера на баллонный катетер высокого давления с таким же диаметром баллона с низким комплайнсом и проводилась постдилатация на давлении 18-20 атм. с целью оптимальной аппозиции ячеек стента по отношению к артериальной стенке. Ангиографический результат процедуры оценивался визуальным методом в двух ортогональных проекциях. Эффект от процедуры оценивался путем динамического наблюдения за пациентами, включающего тремил-тест через 1 и 8 месяцев после процедуры, контрольную коронарографию. Конечной точкой данного исследования являлись рецидив клиники стенокардии, развитие инфаркта миокарда, а также истечение 8-месячного срока после стентирования. Завершающим этапом являлось проведение коронарографии по достижении конечной точки для оценки отдаленного ангиографического результата, а также выявления причин ухудшения клинического состояния. Под значимым рестенозом подразумевалось потеря 50 и более % диаметра стентированного сегмента артерии.

Результаты. В целом, 50 из 58 пациентов (86,2%) на протяжении всего периода наблюдения не имели симптомов ишемии миокарда и не переносили острых коронарных событий. В группе А 83,3% пациентов за время наблюдения не имели симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда, 1 пациент (3,3%) перенес инфаркт миокарда в зоне кровоснабжения стентированной артерии (при контрольной ангиографии выявлена субокклюзия стентированного сегмента с кровотоком по дистальному руслу TIMI 1-2), у 13,4% пациентов констатирован возврат клиники стенокардии. В группе Б у 89,3% пациентов за время наблюдения не было симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда, возврат клиники стенокардии отмечен в 10,7% случаев. По данным коронарографии рестеноз отмечен в 23,3% случаев группы А и 14,3% группы Б.

Заключение. Оптимальная аппозиция стента по отношению к артериальной стенке играет важную роль в профилактике рестеноза, достоверно улучшает отдаленные клинико-ангиографические результаты ангиопластики. Применение баллонов высокого давления позволяет добиться указанной задачи, поэтому их плановое использование целесообразно на завершающем этапе коронарного стентирования.

0880 ИЗУЧЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ

МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Шитов В.Н.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Целью исследования было сопоставление изменений перфузии и сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) с динамикой его симпатической активности на протяжении 8 месяцев наблюдения после развития инфаркта миокарда (ИМ).

Методы. В исследование включено 48 больных (3 женщины) с впервые возникшим ИМ. Передний инфаркт был у 23 больных, нижний — у 25. Симпатическую активность ЛЖ исследовали с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОЭКТ) с I123-МИБГ, перфузию, сократимость и объемы ЛЖ — с помощью синхронизированной ОЭКТ с Tc99m-МИБИ. Определяли площадь (в % от площади ЛЖ) и выраженность (в усл. Ед) дефектов накопления радиофармпрепаратов. Исследования выполняли в конце первой недели ИМ и спустя 8 мес.

Результаты. У всех пациентов определялись региональные нарушения симпатической активности ЛЖ, соответствующие по локализации ИМ. И при первом исследовании и спустя 8 мес. наблюдалась корреляция размеров дефектов перфузии и иннервации (соответственно, $r=0,62$, $p<0,001$ и $r=0,73$, $p<0,001$). У большинства пациентов (у 74% при первом исследовании и у 79% — при повторном) дефект накопления I123-МИБГ был больше, чем дефект накопления Tc99m-МИБИ на 183 ± 360 .

Ед при первом исследовании и на 233 ± 320 Ед через 8 мес ($p<0,001$). Исходный размер этой зоны был достоверно больше у той части больных, у которой в динамике наблюдалось ухудшение перфузии по сравнению с пациентами с ее улучшением (460 ± 308 и 81 ± 325 , $p<0,01$). Улучшение региональной симпатической активности ЛЖ отмечено у 38% (1 гр.), ухудшение — у 21% (2 гр.), отсутствие существенной динамики — у 41% больных (3 гр.). У большинства пациентов изменения размеров дефектов накопления I123-МИБГ и Tc99m-МИБИ имели разную направленность: у 61% больных в 1-й гр. и у 70% больных во 2-й гр. Среди пациентов с ухудшением региональной симпатической активности в 70% случаев наблюдался передний ИМ ($p<0,05$), в других группах значимых различий по локализации ИМ не было. В 1-й группе улучшение региональной симпатической активности сопровождалось достоверным увеличением ФВЛЖ (с $47\pm 10\%$ до $50\pm 9\%$, $p<0,01$), КДО ЛЖ не изменился. В группе с ухудшением симпатической активности наблюдалось увеличение КДО ЛЖ с 163 ± 71 мл до 177 ± 83 мл ($p<0,01$) при отсутствии изменений ФВЛЖ.

Заключение. 1) У всех больных ИМ определяются региональные нарушения симпатической активности ЛЖ, соответствующие по локализации ИМ. 2) Зоны с нарушенной симпатической активностью, как правило, больше зон с нарушениями перфузии. 3) При остром ИМ наличие обширных участков миокарда с нарушенной симпатической активностью, но сохраненной перфузией сопряжено с последующим усугублением исходных нарушений перфузии. 4) У больных ИМ наблюдаются различные варианты динамики нарушений симпатической активности ЛЖ: улучшение, ухудшение или отсутствие изменений. 5) Взаимосвязь динамики сократительной функции и объема ЛЖ с изменением региональной симпатической активности может быть обусловлено ее влиянием на процессы ремоделирования миокарда.

0881 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ

Шкапо В.Л., Чернышев В.А., Ермакович И.И.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель работы — изучить взаимосвязь клинико-гемодинамических параметров и липидный обмен у больных гипертонической болезнью (ГБ) с избыточной массой и ожирением (ОЖ).

Материал и методы: обследовано 99 больных, которые имели ГБ и избыточную массу тела (ИМТ) или ожирение I-III ст. у всех

больных определяли клинические параметры гемодинамики по данным систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). Проводили изучение липидного обмена с определением общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) иммуноферментным методом.

Результаты. Установлено, что у больных, при наличии ОЖ II и III ст. наблюдались достоверные различия САД в сравнении с нормальной массой тела и ИМТ ($p < 0,001$ и $p < 0,01$, соответственно). У лиц с ОЖ I ст. средняя величина САД была достоверно меньшей в сравнении с больными ОЖ II ст. ($p < 0,05$) и ОЖ III ст. ($p < 0,01$). Не выявлено возможных различий по уровню ДАД между больными с нормальной и ИМТ, а также ИМТ и ОЖ I ст. Повышение ДАД в двух последних группах носило характер тенденции. Уровень ДАД также достоверно не отличался у больных с ОЖ II и III ст. В других случаях, при ОЖ II и III ст. наблюдались достоверно более высокие средние значения ДАД в сравнении с пациентами, которые имели нормальную массу тела ($p < 0,001$), ИМТ ($p < 0,001$) и ОЖ I ст. ($p = 0,01$ и $p < 0,001$, соответственно). Выявлена прямая зависимость САД от уровня ОХ ($r = +0,547$; $p < 0,001$), а также прямая зависимость ДАД от содержания в сыворотке крови ТГ ($r = +0,561$; $p < 0,001$) и обратная — от уровня ХС ЛПВП ($r = -0,529$; $p < 0,01$). Установленная взаимосвязь ЧСС и уровня ТГ может свидетельствовать об активации симпатической нервной системы, которая приводит к липолизу адипоцитов, ускоренному образованию свободных жирных кислот и их выбросу в кровь и поступлению в печень.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что действие патологических механизмов, которые опосредуют связь между накоплением абдоминального жира и повышением концентрации свободных жирных кислот в портальном кровообращении, приводит к нарушениям липидного спектра крови и, возможно, оказывает содействие повышению артериального давления.

0882 НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ, КОГНИТИВНЫЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шлымова Р.О., Тундыбаева М.К., Джусипов А.К., Лигай З.Н.

НИИ кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: оценить состояние нейровегетативной регуляции, а также когнитивный и психоэмоциональный статус у больных артериальной гипертонией (АГ) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ).

Материал и методы: Обследовано 18 здоровых добровольцев (контрольная группа) и 72 больных АГ II-III степени, среднего и высокого риска, из них по данным импульсного доплер-эхокардиографического обследования (аппарат «Vivid 3» фирмы General Electric) 42 пациента с сохраненной диастолической функцией (2 группа) и 30 больных АГ с диастолической дисфункцией (3 группа). За нарушение диастолической функции ЛЖ принимали отношение максимальной скорости раннего наполнения к максимальной скорости позднего наполнения ЛЖ (Е/А) ≤ 1 . Исследование вариабельности сердечного ритма (ВРС) проводили на аппарате «ВНС — спектр» фирмы «Нейро-Софт» (г. Иваново). Определялись показатели временного и спектрального анализа. Психологический статус оценивали с помощью теста Спилберга-Ханина, шкалы депрессии Бека. Когнитивный статус оценивали по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination — MMSE; Folstein et al., 1975), висконсинскому тесту сортировки карточек (Lezak M. D., 1983). Статистический анализ проводили программой медико-биологической статистики «Statistika 6.0», результаты представлены, как $M \pm m$.

Результаты: В группе пациентов с артериальной гипертонией с нарушением диастолической функции ЛЖ диагностирован достоверно более высокий уровень личностной тревожности при сравнении с группой больных АГ без диастолической дисфункции и контроля (соответственно $49 \pm 4,5$, $42,5 \pm 3,2$, $34 \pm 4,2$, $p_1 = 0,02$, $p_1 - 3 = 0,001$), остальные показатели, характеризующие

психоэмоциональный статус достоверно по группам не различались. При сравнении когнитивных функций пациенты АГ с диастолической дисфункцией (ДД) показали более низкие результаты, чем группа контроля и пациенты без ДД. Причем различия были статистически не значимы по скрининговому шкалам MMSE, по Висконсинскому тесту достоверные различия были выявлены при сравнении показателей, характеризующих способность к обобщению и анализу ($23,4 \pm 7,8$, $23,4 \pm 6,2$, $28,8 \pm 8,8$, $p_1 - 3 = 0,03$). При анализе ВРС в покое у больных АГ с ДДЛЖ наблюдается более выраженная активация симпатического компонента с неадекватным снижением парасимпатического по сравнению с показателями больных АГ без ДДЛЖ. В ответ на ортостатическую нагрузку у больных АГ с ДДЛЖ выявлено значимое снижение общей мощности спектра, а также мощность низкочастотных и высокочастотных модуляций.

Вывод: Развитие диастолической дисфункции ЛЖ у больных АГ ассоциировано с развитием когнитивного дефицита, ухудшением текущего психоэмоционального и функционального состояния, а также снижением адаптационных возможностей организма.

0883 ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО И НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Шнюкова Т.В., Власянц Е.А., Кривенко Н.Н., Байкулова М.Х., Игнатенко И.В.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия; Ставропольский краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности результатов эхокардиографии (ЭхоКГ) и суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией ишемического и неишемического генеза.

Методы: обследовано 60 больных с дилатационной кардиомиопатией в возрасте от 34 до 77 лет (40% женщин), получавших лечение в СКККД в 2006 году. У 48 из них установлен ишемический генез кардиомиопатии (ИКМП), у 12 — неишемический (идиопатический, алкогольный, тиреотоксический, в исходе трансформации постмиокардитического склероза) генез кардиомиопатии (ДКМП). Всем пациентам проводили стандартное клиничко-лабораторное обследование, а также Эхо-КГ и СМЭКГ в первые дни пребывания в стационаре, до начала кардиотропной терапии. Контрольную группу составили 15 практически здоровых добровольцев аналогичного возраста. Статистическую обработку данных проводили при помощи t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферрони для данных, поддающихся нормальному распределению, и критерия z для относительных величин. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: выявлена более редкая встречаемость выраженной дилатации правого предсердия (56,3 против 83,3%) и правого желудочка (47,9 против 75,0%) у больных ИКМП по сравнению с ДКМП и более редкая встречаемость значимого снижения фракции выброса левого желудочка (менее 45%) у тех же больных (16,7% против 25,0%). Диастолическая дисфункция левого желудочка при ИКМП, напротив, выявлялась чаще (22,9 против 8,3%). По данным ЭКГ-динамики и СМЭКГ, встречаемость постоянной формы мерцательной аритмии была одинаковой в анализируемых группах (37,0 против 33,3%), не различалась и продолжительность пауз. Равноценной (согласно СМЭКГ) оказалась частота встречаемости одиночной (79,1 против 58,3%), парной (35,4 против 30,0%) и групповой (12,5 против 8,3%) желудочковых экстрасистол в группах ИКМП и ДКМП соответственно. Не выявлено различий у пациентов с синусовым ритмом и в частоте встречаемости одиночной (96,7 против 87,5%), парной (50,0 против 50,0%) и групповой (30,0 против 37,5%) суправентрикулярных экстрасистол в тех же группах.

Выводы. ДКМП имеет более злокачественное течение, чем ИКМП, и сопровождается более значимым ремоделированием сердца, преимущественным сохранением диастолической при нарушении систолической его функции. Наличие равноценных нарушений ритма в сопоставляемых группах позволяет не ассо-

сравнивать выявленные различия с вкладом аритмогенной составляющей кардиомиопатии.

0884 ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Шокарева Г.В., Манишарипова А.Т., Керимкулов Б.М.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Цель: изучить влияние тренинга с биологической обратной связью (БОС) на личностные особенности, тревожность, гемодинамику и качество жизни у больных ИМ на стационарном этапе реабилитации.

Методы: Обследовано 69 мужчин крупноочаговым ИМ, в возрасте 38-63 лет. Выделено 2 группы: основная (ОГ) 38 человек, и контрольная (КГ) 31 человек. Группы стандартизованы по возрасту, очаговости и локализации ИМ, базисной терапии. Пациентам ОГ были дополнительно проведены сеансы БОС-тренинга с 5-7 суток ИМ. Личностные особенности в ОГ и КГ изучались в динамике, до начала занятий БОС и после окончания лечения с помощью теста СМОЛ, тревожность — по тесту Спилберга в модификации Ханина, качество жизни по медикосоциальной анкете ВКНЦ, центральная гемодинамика с помощью ЭКГ, Эхо-КГ. Показатели САД, ДАД, ЧСС исследовались ежедневно до и после каждого сеанса БОС-тренинга.

Результаты: Отмечался терапевтический эффект БОС-тренинга, который выразился в снижении по шкалам «невротической триады» (1,2,3) и 6-й шкалы теста СМОЛ; у больных снижались агрессивность, обидчивость, ипохондрические и депрессивные расстройства. Реактивная тревожность снижалась как в основной (с 25,30±1,70 до 21,20±1,20, балла $p<0,05$), так и в контрольной (с 26,24±1,70 до 21,09±1,29 балла) группах. Не отмечено влияния БОС-тренинга на личностную тревожность за время лечения в стационаре. 38 больным в сумме проведено 328 сеансов БОС-тренинга, в соответствии с поставленной задачей. В 57% случаев достигнуто снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС), в 23% увеличение ЧСС, в 20% БОС-тренинг не оказал существенного влияния на ЧСС. Снижение систолического артериального давления (САД) достигнуто у 40% больных, увеличение САД у 13%, в 47% случаев САД не изменилось. Не выявлено отрицательного влияния БОС-тренинга на гемодинамические показатели пациентов. Снижение ЧСС и САД в тренировочном режиме свидетельствует о состоянии релаксации пациента, то есть развитии физиологических реакций противоположных тем, что возникают при стрессе. Отмечалась благоприятная динамика показателей фракции выброса и дельта S при отсутствии изменений со стороны конечно-диастолического и конечно-систолических размеров в группах больных леченных биоуправлением, что было расценено как прогностически благоприятный признак меньшего риска постинфарктного ремоделирования левого желудочка. В процессе лечения у всех больных отмечалось улучшение показателя качества жизни, однако, достоверной разницы между группами не выявлено.

Выводы: Метод БОС-тренинга является эффективным средством реабилитации больных инфарктом миокарда, что подтверждается улучшением гемодинамических показателей, психоэмоционального статуса пациентов.

0885 ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шопин А.Н.

ПГМА, Пермь, Россия

Цель: изучение значения нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка у больных ИБС в прогнозировании течения заболевания.

Методы: обследовано 160 человек (средний возраст 49,4±6,3 лет). Опытную группу составили 122 человека с диагнозом ИБС.

В контрольную группу вошли 38 здоровых человека без признаков сердечно-сосудистых заболеваний.

Всем обследуемым проводилась доплер-эхокардиография в сочетании со статической нагрузкой. До и во время нагрузки определялась скорость циркулярного укорочения волокон миокарда в систолу (Vcf), фракция выброса (ФВ), соотношение пиковых скоростей Е и А трансмитрального кровотока (Е/А), конечное диастолическое давление в левом желудочке (КДД). Оценивалась локальная сократимость миокарда левого желудочка, с определением участков гипо-, дис- и акинезии по общепринятой методике.

Результаты: во время нагрузки, у здоровых лиц, наблюдался рост Vcf с 1,19±0,01 до 1,62±0,02 окр/с, ФВ с 66,0±0,6 до 68,6±0,6%, КДД с 7,01 ± 0,15 до 8,76±0,29 мм рт.ст., Е/А с 1,5±0,03 до 1,64±0,06 усл.ед. Нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка ни в покое, ни при нагрузке, в контрольной группе зафиксировано не было.

Пациенты опытной группы характеризовались угнетением и выходом за рамки нормы, на фоне нагрузки, функциональных показателей левого желудочка: Vcf до нагрузки — 0,89±0,02 окр/с, во время нагрузки — 0,98±0,03 окр/с; ФВ до нагрузки — 56,4±0,7%, во время нагрузки — 52,4±1,1%; КДД до нагрузки — 11,48±0,3 мм рт.ст., после нагрузки 15,88±0,4 мм рт.ст.; Е/А до нагрузки — 1,02±0,03 усл.ед, после нагрузки — 0,83±0,02 усл.ед (в покое — $p<0,01$, при нагрузке $p<0,001$). Таким образом, в группе больных ИБС изменение функциональных показателей носило неадекватный, патологический характер. Было установлено, что у 32 больных ИБС (26,2%), в состоянии покоя, выявлялись эпизоды нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка, а на фоне нагрузки эпизоды асинергии миокарда регистрировались у 76 человек (62,3%).

Спустя три года, группа больных ИБС была подвергнута повторному исследованию. Эту группу составили 114 человек. Было установлено, что 29 человек за это время перенесли острый инфаркт миокарда, а восемь из них скончались. Важной особенностью всех лиц перенесших за три года инфаркт миокарда, являлось то, что у 23 из 29 человек, при первичном исследовании, в состоянии покоя, были зафиксированы зоны нарушения локальной сократимости левого желудочка, а на фоне статической нагрузки у всех пациентов этой подгруппы, выявлялось не менее двух асинергичных сегментов миокарда.

Выводы: наличие у больных ИБС зон асинергии миокарда левого желудочка в состоянии покоя, появление, во время нагрузки, нарушения сократимости нескольких сегментов миокарда представляют собой прогностически неблагоприятные факторы и являются предвестниками отягощения течения ишемической болезни сердца.

0886 РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ У НИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шопин А.Н.

ПГМА, Пермь, Россия

Цель: изучение особенностей функциональных изменений левого желудочка у здоровых лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также их прогностической значимости в развитии у них ишемической болезни сердца.

Методы: обследовано 124 человека (средний возраст 48,7±7,2 лет). Опытную группу составили 86 практически здоровых человека с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. В контрольную группу вошли 38 здоровых человека без признаков сердечно-сосудистых заболеваний.

Всем обследуемым проводилась доплер-эхокардиография в сочетании со статической нагрузкой. До и во время нагрузки определялась скорость циркулярного укорочения волокон миокарда в систолу (Vcf), фракция выброса (ФВ), соотношение пиковых скоростей Е и А трансмитрального кровотока (Е/А), конечное диастолическое давление в левом желудочке (КДД). Оценивалась локальная сократимость миокарда левого желудочка.

Результаты: Во время нагрузки, у здоровых лиц, наблюдался рост Vcf с $1,19 \pm 0,01$ до $1,62 \pm 0,02$ окр/с, ФВ с $66,0 \pm 0,6$ до $68,6 \pm 0,6\%$, КДД с $7,01 \pm 0,15$ до $8,76 \pm 0,29$ мм рт.ст., Е/А с $1,5 \pm 0,03$ до $1,64 \pm 0,06$ усл.ед. Нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка ни в покое, ни при нагрузке, в контрольной группе зафиксировано не было.

Пациенты опытной группы характеризовались достоверным угнетением, на фоне нагрузки, функциональных показателей левого желудочка: Vcf до нагрузки — $1,06 \pm 0,02$ окр/с, во время нагрузки — $1,25 \pm 0,02$ окр/с; ФВ до нагрузки — $61,4 \pm 0,6\%$, во время нагрузки — $62,7 \pm 0,5\%$; КДД до нагрузки — $8,54 \pm 0,25$ мм рт.ст., после нагрузки $11,23 \pm 0,47$ мм рт.ст.; Е/А до нагрузки — $1,25 \pm 0,03$ усл.ед, после нагрузки — $1,21 \pm 0,05$ усл.ед (по сравнению с контрольной группой, в покое — $p < 0,01$, при нагрузке $p < 0,001$). На фоне нагрузки, было установлено, что у 17 пациентов с факторами риска (19,8%) выявлялись эпизоды нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка, причем смещения сегмента ST, на одновременно регистрируемой ЭКГ, обнаружено не было.

Через три года после данного исследования, у всех 17 человек с факторами риска ИБС, у которых выявлялись эпизоды асинергии миокарда, была верифицирована ишемическая болезнь сердца. После ретроспективного рассмотрения подгруппы с асинергиями миокарда, было установлено, что на фоне статической нагрузки, одновременно с нарушением локальной сократимости миокарда, появились достоверные признаки диастолической дисфункции левого желудочка в виде увеличения КДД свыше 12 мм рт.ст. и уменьшения соотношения ПСЕ/ПСА менее единицы. Все эти показатели вышли за рамки нормальных значений.

Выводы: наличие у практически здоровых лиц с факторами риска, во время нагрузки, участков нарушения локальной сократимости миокарда и признаков диастолической дисфункции левого желудочка прогностически неблагоприятно в плане развития у них ИБС.

0887 ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Шостак Н.А., Клименко А.А., Андрияшкина Д.Ю.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова, Москва, Россия

Среди всех приобретенных пороков сердца более половины приходится на поражение митрального клапана. Изолированное поражение митрального клапана чаще всего имеет ревматическую природу. Одной из основных причин декомпенсации состояния и смерти при митральных пороках сердца (МПС) являются системные эмболии (20-30%), которые развиваются как вследствие прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН), развития фибрилляции предсердий (ФП), так и нарушения реологических свойств крови.

Целью работы явилось изучение показателей гемостаза и реологии крови у пациентов МПС ревматического генеза с учетом тяжести порока.

Материалы и методы: нами обследовано 30 больных с МПС ревматического генеза (27 женщины, 3 мужчины), средний возраст — 53 года. Критериями исключения были наличие комбинированного клапанного поражения, прием оральных антикоагулянтов, а также наличие МПС неревматического генеза. Всем больным проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, включая двухмерное эхокардиографическое исследование. Для оценки свертывания крови определялись следующие показатели гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), концентрация фибриногена в плазме по методу Клауса. Для выявления нарушения реологических свойств крови определялись: вязкость крови (сантипаузы), гематокрит, индекс структурирования крови (ИСК) и индекс эластичности эритроцитов (ИЭЭ). Все данные полученные в ходе исследования были внесены в базу данных Microsoft XL, статистическая обработка результатов проводилась в пакете программ Statistic 6,0. В зависимости от тяжести ХСН, оцененной по классификации Василенко-Стра-

жеско, все больные были разделены на 3 группы: в I группу вошли пациенты с недостаточностью кровообращения (НК) I (n=3), во II (n=14) и III (n=13) больные с НК IА и НК IБ соответственно.

Результаты: у обследованных больных выявлено укорочение АЧТВ во II (АЧТВ — 32,08 сек) и в III (АЧТВ — 30,146 сек) группах; концентрация фибриногена в плазме и ПТИ во всех группах были в пределах нормальных значений (257 мг% и 94,7 соответственно). У больных II и III группы отмечено повышение вязкости крови, выраженной в сантипаузах (при скорости сдвига 128,5 сек -1 — 5,1 (II) и 5,0 (III); 51,2 сек -1 — 5,9 (II) и 6,0 (III); 27,7 сек -1 — 6,9 в обеих группах; 5,96 сек -1 — 10,7 и 10,8 соответственно). Также во II и III группах определялось достоверное увеличение уровня гематокрита (45,36% и 45,77% соответственно), ИСК (2,086 и 2,134) и ИЭЭ (10,958 и 11,044).

Полученные данные могут свидетельствовать о наличии склонности к внутрисосудистому тромбозу у данной группы больных, и могут обуславливать развитие нарушения микроциркуляции. Обнаруженные изменения в показателях гемостаза и реологических свойств крови у всех больных с НК IА и IБ являются основой гиперкоагуляционного синдрома, что требует включения в схему лечения больных с МПС оральных антикоагулянтов, даже вне зависимости от наличия ФП.

0888 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ

Шпагина Л.А., Герасименко О.Н., Чачибая З.К., Контев В.Д.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия.

Актуальность. Вибрационные ангиопатии представляют собой адекватную модель для изучения процессов ремоделирования сосудистой стенки (Артамонова В.Г., Колесова Е.Б., Кускова Л.В., Швалев О.В, 1999). Определение ранних признаков сосудистых нарушений представляется важным для понимания механизмов ремоделирования и основанием для разработки на этой основе современных, научно-обоснованных методов диагностики, профилактики и лечения вибрационной болезни (ВБ).

Цель. С целью изучения особенностей сосудистых нарушений при вибрационной болезни выполнено ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) периферических сосудов.

Материалы и методы. УЗДГ выполнена на аппарате «LOGIC — 400» (США) с цветным и энергетическим картированием потока с использованием линейного датчика 7,5 МГц у 115 больных ВБ I степени тяжести от воздействия локальных вибраций в стандартных точках (Гуч А.А., Куликов В.П., Куперберг Е.Б., Кунцевич Г.И., 1999). Средний возраст больных ВБ составил — $47,02 \pm 0,58$ лет, стаж работы — $20,06 \pm 0,87$ лет.

Результаты. При УЗДГ исследовании кровотока у больных ВБ в различных бассейнах определены различные признаки поражения стенки сосудов и периваскулярных тканей, сочетание которых вызывают гемодинамические нарушения. Так, при УЗДГ отмечено усиление эхогенности сосудистой стенки и периваскулярных тканей у 100% лиц в исследуемой группе, тогда как ригидность сосудистой стенки — у 27 пациентов (24%). У 73,5% выявлено гипертрофическое ремоделирование сосудистой стенки (ГРСС) в виде диффузного утолщения интимы-меди, ТИМ более 1,3 мм. Определены гемодинамически-незначимые стенозы в 72% случаев и стенозы более 50% у 32 больных (28%).

Выводы. При вибрационных ангиопатиях формируются нарушения эндотелиальной функции, приводящие к ремоделированию сосудов и периваскулярных тканей, вызывая различной степени выраженности гемодинамические расстройства. Типичным для вибрационной болезни является симметричность и равномерность сосудистых нарушений, а наличие сочетанного стеноза различных сегментов верхних и нижних конечностей отягощает поражение.

0889 СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИ» У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шпагин. И.С.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: На основе изучения эндотелина-1, NO, фактора фон Виллебранда, гипергомоцистеинемии (ГГЦ) и состояния комплекса «интима медиа» уточнить механизмы формирования эндотелиальной дисфункции и ремоделирования сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: Исследования проведены у мужчин в группе №1 (n=32) — контроль (средний возраст 45,1±0,12), №2 (n=50) — больные АГ 1-2 степени риска (средний возраст 47,4±0,43), №3 (n=38) — больные АГ 1-2 степени риска, в сочетании с ХОБЛ (средний возраст 46,2±0,36 года). Определено содержание эндотелина-1 в сыворотке крови (радиоиммунный метод), NO в сыворотке крови (спектрофотометрический способ), фактора фон Виллебранда (фФВ) в плазме крови (фотоэлектроколометрический метод), гомоцистеина в сыворотке крови (иммуноферментный метод). Изучены показатели комплекса «интима-медиа»: толщина интимы медиа — (ТИМ, мм); диаметр сосуда — (Д, мм); индекс ТИМ/Д по данным ультразвукового доплерографического исследования сосудов общих сонных артерий на аппарате «LOGIC — 400» (США) с цветным и энергетическим картированием потока с использованием линейного датчика 7,5 МГц.

Результаты. Показано более выраженное изменение эндотелиальных факторов в группе больных АГ в сочетании с ХОБЛ. Так в группе №3 показатель эндотелина-1 составил 15,7±0,36 пг/мл, что выше контрольных значений в 2,49 раза, (p<0,05). Содержание эндотелина-1 между группами №2 и №3 отличались в 1,32 раз, т.е. уровень эндотелина-1 был выше на 31,9% в группе больных с АГ в сочетании с ХОБЛ в сравнении с группой больных АГ без ХОБЛ, (p<0,05). Величина NO у больных АГ была достоверно ниже контрольного значения и составила 51,4±0,48 мкг/мл, что в 2,09 раз ниже контроля, p<0,05. При этом, показатель NO в группе №3 был достоверно ниже в 1,55 раз данного показателя в группе №2, p<0,05. Концентрация фФВ у больных сочетанной формой АГ и ХОБЛ составила 157,12±0,39% и была достоверно выше уровня фФВ как в контрольной группе в 1,85 раз, так и в группе больных с изолированной АГ в 1,17 раз, p<0,05.

Уровень гомоцистеина у больных АГ в сочетании с ХОБЛ превышал контрольные значения в 2,0 раза и в 1,17 раза был выше данного показателя больных группы №2, p<0,05.

Изучение показателей комплекса «интима-медиа» выявило достоверное увеличение ТИМ/Д в группе №3 в 1,2 раза относительно АГ и контроля. Определена тесная прямая взаимосвязь показателей NO, фФВ, ЭТ-1, ГЦ с ТИМ/Д (r=0,71; 0,61; 0,74; 0,81).

Таким образом, в патогенезе АГ и ХОБЛ важную роль играет нарушение выработки эндотелина-1, NO, фФВ, гомоцистеина, приводящее к стойкой эндотелиальной дисфункции и ремоделированию сосудистой стенки.

0890 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шугушев Х.Х.

РГМУ, Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось определение критериев, связанных с высоким риском развития фатальных желудочковых аритмий у больных с увеличением массы миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы исследования. Обследовано 205 больных артериальной гипертензией. Помимо общеклинического исследования всем больным проводились эхокардиография, сигнал-усредненная ЭКГ, анализ вариабельности ритма сердца и дисперсии реполяризации желудочков.

Результаты. При увеличении индекса массы миокарда ЛЖ

достоверно повышается частота обнаружения парных, групповых и ранних желудочковых экстрасистол, а также их суточное количество. Форма увеличения левого желудочка оказывает существенное влияние на структуру желудочковых аритмий: у больных с эксцентрическим увеличением ЛЖ преобладали парная и групповая желудочковая экстрасистолия. Частота ранних экстрасистол типа R/T была достоверно выше у больных с концентрическим увеличением ЛЖ. У больных с увеличенной массой миокарда ЛЖ имеются особенности суточного распределения желудочковых аритмий. Увеличение массы миокарда ЛЖ достоверно связано с увеличением длительности фильтрованного комплекса QRS и низкоамплитудных сигналов, снижением напряжения последних 40 мс комплекса QRS. Выявлена достоверная зависимость между увеличением массы миокарда ЛЖ и неблагоприятными изменениями временных и частотных показателей вариабельности сердечного ритма. Кроме того, увеличение массы миокарда ЛЖ сопровождалось увеличением дисперсии интервалов QT и JT.

Выводы. Изменение показателей сигнал-усредненной ЭКГ, вариабельности ритма сердца и реполяризации желудочков у больных с гипертрофией миокарда ЛЖ тесно коррелирует с наличием желудочковых аритмий высоких градаций, что позволяет использовать эти методы для оценки риска внезапной аритмической смерти таких больных.

0891 ТЕТРАЗОЛИЕВАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шугушев Х.Х., Айтбаева М.Ж., Василенко В.М.

РГМУ, Москва; Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: изучение показателей метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов с помощью теста восстановления нитрозинового тетразолия у больных с артериальной гипертензией с учетом стадии и характера течения заболевания.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 98 больных с артериальной гипертензией различной стадии и степени выраженности (56 мужчин и 42 женщины; средний возраст 46,7±2,4 лет). Больные были обследованы до лечения (1 неделя), на фоне лечения (2 неделя), в период стабилизации артериального давления или перед выпиской (3 неделя). Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека. За условную норму принято: спонтанная тетразолиевая активность нейтрофилов 14±1,0; стимулированная эндотоксином — 38±1,4; стимулированная пирогеналом — 29±1,7.

Результаты: Изучение спонтанного НСТ-теста нейтрофильных лейкоцитов у больных с артериальной гипертензией показало значительное повышение показателей теста с максимальным значением в период госпитализации. На фоне лечения, параллельно положительной динамике заболевания, наблюдалось постепенное снижение тетразолиевой активности лейкоцитов (31±0,4; 25±0,7; 23±0,6). Исследование стимулированного НСТ-теста лейкоцитов с применением эндотоксина и пирогенала в динамике у больных с артериальной гипертензией выявило разную степень угнетения тетразолиевой активности клеток с минимальным значением в период госпитализации и тенденцией к повышению на фоне лечения (27±0,9; 31±0,8; 32±0,7 и 23±1,1; 25±0,9; 28±0,9, соответственно).

Степень изменений спонтанного и стимулированного препаратов НСТ-теста зависела от стадии и тяжести течения заболевания. На фоне терапии отмечалась положительная динамика показателей НСТ-теста (как спонтанного, так и стимулированного). Однако нормализация тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов не происходила у большинства больных независимо от стадии и течения заболевания. Восстановление показателей НСТ-теста у больных с III стадией гипертонической болезни по сравнению с группой больных с I и II стадией болезни запаздывало. Кроме того, нарушения тетразолиевой активности нейтрофильных гранулоцитов у больных с выраженной гиперхолестеринемией и перенесших гипертонический криз были наиболее выраженными.

Выводы: проведенные исследования спонтанного и стимулированного эндотоксином и пирогеналом НСТ-теста у больных с артериальной гипертензией выявили существенные изменения метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов во все сроки обследования, которые могут свидетельствовать о подавлении резервных возможностей лейкоцитов и, следовательно, неспецифической реактивности организма при артериальной гипертензии. Цитохимические сдвиги зависят от стадии заболевания и выраженности клинической картины, наличия гиперхолестеринемии. Изучение тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов может быть полезно для суждения о глубине и динамике патологического процесса.

0892 ВЛИЯНИЕ ТЕОТАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Шугушев Х.Х., Гурижева М.В., Атнаева М.Ж., Василенко В.М.
РГМУ, Москва; Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: изучение влияния теотарда на показатели спектрально-временных карт предсердного и желудочкового комплексов у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы: В обследование было включено 56 больных ХОБЛ различной степени тяжести (37 мужчин и 19 женщин). Средний возраст обследованных составил $49,8 \pm 2,9$ лет. В контрольную группу вошли 24 здоровых человека, не имеющих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой системы (16 мужчин и 8 женщин, средний возраст которых составил $45,4 \pm 2,3$ лет). Всем больным дважды (при госпитализации и через 2 недели приема теотарда) проводился анализ спектрально-временных карт (СВК). Всё анализируемое пространство спектрально-временных карт предсердного и желудочкового комплексов было разделено на частотные и временные диапазоны.

Результаты: При анализе количества локальных пиков спектрально-временных карт усредненного предсердного комплекса выявлено смещение пиков в высокочастотный диапазон. Количество высокочастотных локальных пиков, расположенных в средней части и в конце предсердного комплекса, было существенно выше в группе больных с тяжелым течением ХОБЛ по сравнению с группами больных с легким и среднетяжелым течением заболевания. На фоне лечения теотардом на СВК предсердного комплекса отмечалось увеличение количества локальных пиков во всех частотных и временных диапазонах, что свидетельствует об усугублении неоднородности деполяризации предсердий.

Изучение распределения локальных пиков спектрально-временных карт усредненного желудочкового комплекса в группах больных показало повышение количества низкочастотных и высокочастотных локальных пиков в средней и конечной частях комплекса. В группе больных с тяжелым течением ХОБЛ количество высокочастотных локальных пиков в третьем временном интервале, соответствующем конечной части желудочкового комплекса, было достоверно выше по сравнению с группами больных с легким и среднетяжелым течением заболевания. На фоне лечения теотардом на СВК желудочкового комплекса отмечалось увеличение количества локальных пиков высокой частоты, расположенных в конечной части комплекса, что может быть расценено как эквивалент поздних потенциалов желудочков, отражающих усиление электрической нестабильности миокарда желудочков.

Выводы: С нарастанием степени тяжести ХОБЛ в миокарде предсердий и желудочков происходит изменение процессов деполяризации, проявляющееся высокочастотной локальной активностью в середине и конце комплексов Р и QRS. На фоне лечения теотардом отмечается нарастание неоднородности деполяризации как в предсердиях, так и в желудочках, что отражает электрическую нестабильность миокарда и может стать предпосылкой к возникновению аритмий.

0893 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Шульга А.П., Гайдукова Н.И., Хамитов Ф.Ф., Джанашия П.Х.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ №81, Москва, Россия

Корреляция между показателями артериального давления и ТИМ общей сонной артерии была обнаружена в нескольких исследованиях.

Целью исследования было определить прогностическую значимость показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) для оценки структурных изменений стенок артерий.

Материалы и методы: в процессе обследования у пациентов были проведены два клинико-инструментальных исследования с использованием СМАД и ультразвукового исследования ТИМ и стеноза сонных артерий.

Результаты: по исходным показателям СМАД обследованные пациенты характеризовались в целом существенным и устойчивым повышением АД как днем, так и ночью. Кроме того, у обследованных наблюдалась повышенная вариабельность артериального давления. У значительного числа пациентов было выявлено увеличение ТИМ сонных артерий.

Для оценки связи между изменением суточного профиля АД и изменением величины ТИМ артерий проведен корреляционный анализ, в результате которого выявлена статистически значимая зависимость между исходными среднесуточными, дневными и ночными значениями систолического и пульсового АД и ТИМ сонных артерий. Не было установлено взаимосвязи ТИМ с величиной ночного снижения САД и ПД. В то же время ТИМ коррелировала с 24-ч вариабельностью (стандартным отклонением) САД и ПД.

Вывод: была выявлена связь между исходными среднесуточными, дневными и ночными значениями систолического и пульсового АД и ТИМ сонных артерий. В то же время ТИМ коррелировала с 24-ч вариабельностью (стандартным отклонением) САД и ПД.

0894 НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ)

Шульман В.А., Головенкин С.Е., Радионов В.В., Парфенова Т.М., Матюшин Г.В.
КрасГМА, Красноярск, Россия

Цель: Изучить частоту возникновения наружных разрывов сердца (РС) у больных инфарктом миокарда (ИМ) в динамике за прошедшие 15 лет, выявить факторы, предрасполагающие к РС и возможности профилактики этого осложнения ИМ.

Методы: Для анализа взяты истории болезни 978 больных острым ИМ, пролеченных в Красноярском городском кардиологическом центре в 1989 и 2003 годах. 447 больных, прошедших лечение в 1989 году составили 1-ю группу, 2-ю группу составили 531 больной, пролеченных в 2003 году. Группы достоверно не различались по полу, локализации и глубине инфаркта миокарда, частоте инфарктов миокарда в анамнезе, сердечной недостаточности, аритмий, сахарного диабета.

Результаты: Среди пациентов 1-й группы РС произошли у 18 из 447 человек (4,0%), в 2-й группе — у 10 из 531 (1,9%) ($P < 0,05$). Таким образом, наблюдалось достоверное снижение частоты РС в 2003 году по сравнению с 1989 годом. В 1989 году частота РС у женщин была достоверно выше, в сравнении с мужчинами, соответственно 7,2% и 2,5% ($P < 0,05$). В 2003 году это различие практически исчезло (1,6% у женщин и 2,1% у мужчин, $P > 0,05$) за счет значительного снижения частоты РС у женщин.

Одновременно было отмечено, что в 1989 году средние величины как систолического, так и диастолического АД в первые сутки заболевания у женщин были достоверно выше в сравнении с мужчинами. Среднее систолическое АД у женщин было равно $141,2 \pm 2,8$ мм рт.ст., у мужчин — $131,4 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($P < 0,05$),

среднее диастолическое АД у женщин $85,7 \pm 1,6$ мм рт. ст., у мужчин — $82,0 \pm 1,2$ мм рт.ст. ($P < 0,05$). В 2003 году среднее систолическое АД у женщин снизилось до $128,0 \pm 2,4$ мм рт. ст., у мужчин до $125,0 \pm 1,5$ мм рт.ст. ($P > 0,05$). Среднее диастолическое АД у женщин стало равно $76,9 \pm 1,4$ мм рт.ст., у мужчин — $76,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($P > 0,05$). Таким образом, в 2003 году средние цифры как систолического, так и диастолического АД у мужчин и женщин практически сравнялись (за счет значительного снижения АД у женщин) и приблизились к нормальным величинам.

В 1989 году средняя величина ЧСС у женщин в 1-й день заболевания также оказалась значительно выше, чем у мужчин, соответственно $86,0 \pm 1,5$ в 1 мин. и $81,7 \pm 1,1$ в 1 мин. ($P < 0,05$). В 2003 году средняя величина ЧСС у женщин значительно снизилась ($81,0 \pm 1,7$), у мужчин эта величина практически не изменилась ($80,0 \pm 1,2$). В результате средние величины ЧСС в 2003 году у мужчин и женщин практически сравнялись ($P > 0,05$).

Была проанализирована медикаментозная терапия в стационаре и на этапе специализированной скорой медицинской помощи. Выявлено, что в 2003 году с первых дней заболевания достоверно чаще назначались β -адреноблокаторы, соответственно в 49,2% и 72,3% ($P < 0,01$), инъекционные нитраты (0 и 61,2%, $P < 0,001$), ингибиторы АПФ (0 и 77,2%, $P < 0,001$).

Выводы: Одним из важнейших путей профилактики РС при ИМ является адекватный контроль за показателями гемодинамики (АД, ЧСС).

0895 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шутов А.М., Тармонова Л.Ю.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель: Определить влияние почечной дисфункции и анемии на клинические проявления и диастолическую функцию левого желудочка у больных пожилого и старческого возраста с диастолической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: Обследовано 116 больных (женщин — 69, мужчин — 47) с диастолической ХСН (ФВ $> 45\%$) в возрасте 65–86 ($76,4 \pm 5,2$) лет. ХСН диагностировали и оценивали согласно Рекомендаций ОССН, 2003. I ФК ХСН был у 7 (6,1%), II — у 65 (56,0%), III — у 39 (33,6%), IV — у 5 (4,3%) больных. Причинами ХСН была ишемическая болезнь сердца — у 21 (18,1%), артериальная гипертензия — у 23 (19,8%) и их сочетание — у 72 (62,1%) больных. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно Рекомендаций NKF/DOQI, 2002. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали с помощью доплер-эхокардиографии. Определяли максимальные скорости раннего и позднего диастолического наполнения, их отношение, время изоволюмического расслабления, время замедления раннего диастолического потока.

Результаты: Концентрация гемоглобина у больных с ХСН составила $129,1 \pm 13,0$ г/л. Анемия наблюдалась у 33 (28,4%) больных. Хроническая болезнь почек (клубочковая фильтрация < 60 мл/мин/1,73 м²) диагностирована у 42 (36,2%) больных. 21 больной с ХБП имел анемию. При тяжелой сердечной недостаточности анемия встречалась чаще, она наблюдалась у 22 (50%) пациентов с III–IV ФК ХСН и у 11 (15,3%) больных с I–II ФК ХСН ($\chi^2 = 8,6$; $p = 0,003$). Гипертрофия левого желудочка диагностирована у 101 (87,1%) больных, Индекс массы миокарда левого желудочка составил $169,8 \pm 39,9$ г/м². Тип трансмитрального кровотока с нарушением релаксации обнаружен у 80 (69%), псевдонормальный — у 29 (25%), рестриктивный — у 7 (6%) больных. У больных с ХБП была более выражена гипертрофия левого желудочка и диастолическая дисфункция. Многофакторный регрессионный анализ показал, что анемия и снижение функции почек независимо друг от друга негативно влияли на клинические проявления и диастолическую функцию левого желудочка.

Заключение: Хроническая болезнь почек наблюдается у каждого третьего больного пожилого и старческого возраста с ХСН. У половины больных с ХБП наблюдается анемия. Тяжесть кли-

нических проявлений диастолической сердечной недостаточности и выраженность диастолической дисфункции ассоциирована как с наличием почечной дисфункции, так и с анемией.

0896 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА, ЭНДОТЕЛИНА-1 И СИНТЕТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Щеглова Е.В., Боева О.И., Ягода А.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить распределение полиморфных маркеров генов ангиотензин превращающего фермента (АПФ), эндотелина-1 (ЭТ-1) и эндотелиальной синтетазы оксида азота (NOS3) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) — жителей Ставропольского края, а также их связь с развитием фатальных и нефатальных осложнений заболевания.

Методы. Обследовано 69 больных ИБС (75% мужчин, средний возраст $56,4 \pm 9,5$ лет), перенесших острый коронарный синдром. Все пациенты были жителями Ставропольского края и не состояли в родстве. Определение I/D полиморфизма гена АПФ, а также Lys198Asn и Glu298Asp полиморфизмов генов ЭТ-1 и NOS3 проводили методом полимеразной цепной реакции. Клиническую динамику заболевания оценивали в течение 6 месяцев. Фиксировали конечные точки — эпизоды нестабильной стенокардии, ОИМ, смерть от сердечно-сосудистых причин. Статистический анализ осуществляли с использованием ППП Statistica 6.0 for Windows.

Результаты. Соотношение частот генотипов и аллелей изучаемых генов в обследованной популяции соответствовало закону Харди-Вайнберга. 22% больных были носителями I/I варианта гена АПФ, 52% — имели I/D генотип, 26% пациентов оказались гомозиготами по аллелю D. Относительные частоты аллелей I и D составили 0,48 и 0,52 соответственно. При анализе Lys198Asn полиморфизма гена ЭТ-1 генотип Lys/Lys определен у 52% больных, Lys/Asn — у 46%, вариант Asn/Asn выявлен в одном случае. Частота аллеля Asn составила 0,27, аллеля Lys — 0,73. Распределение генотипов и аллелей гена NOS3 в изучаемой выборке было следующим: Glu/Glu — 42%, Glu/Asp — 45%, Asp/Asp — 10%. Частота аллеля Glu составила 0,65, аллеля Asp — 0,35.

Конечные точки были достигнуты у 20 больных (1-я группа), состояние остальных 49 пациентов (2-я группа) оставалось стабильным. Распределение генотипов АПФ и ЭТ-1 в выделенных группах оказалось достоверно различным. В первой группе по сравнению со второй чаще встречались носители аллеля D (0,72/0,49, $p = 0,002$) и генотипа D/D (45%/25%, $p = 0,05$) гена АПФ, а также аллеля Lys (0,85/0,73, $p = 0,05$) и генотипа Lys/Lys гена ЭТ-1 (70%/45%, $p = 0,02$). Достоверных отличий распределения вариантов гена NOS3 между группами выявлено не было.

Выводы. Впервые изучено распределение полиморфных маркеров генов АПФ, ЭТ-1, NOS3 у больных ИБС — жителей Ставропольского края. Выявлены генетические факторы, ассоциированные с неблагоприятным прогнозом в течение 6 месяцев после перенесенного острого коронарного события. Ими оказались генотипы Lys/Lys гена ЭТ-1 и D/D гена АПФ. Типирование данных маркеров позволяет выявить пациентов с повышенным риском неблагоприятного течения ИБС для своевременного и, возможно, более активного проведения лечебных мероприятий.

0897 СОСТОЯНИЕ СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАРУШЕННЫМ СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Щербакова Л.А., Крюков Н.Н., Сорокина Ю.А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия

Цель: ультразвуковая оценка структурного состояния стенки общих сонных артерий (ОСА) у больных артериальной гипертензией (АГ) с разным типом суточного профиля артериального

давления (АД).

Методы: Обследовано 132 пациента мужского пола средний возраст $48,4 \pm 2,7$ (25; 67), из них с гипертонической болезнью (ГБ) без признаков атеросклероза ОСА — 36 человек (1 группа), с атеросклерозом ОСА без ГБ 36 человек (2 группа), с ГБ и атеросклерозом ОСА 34 человек (3 группа). В контрольную группу вошли 26 практически здоровых мужчин. Суточный профиль АД определяли методом суточного мониторирования АД аппаратом AND TM-2421. Структурное состояние стенки ОСА оценивали по толщине комплекса «интима-медия» (ТКИМ) на аппарате Philips серии En Visor.

Результаты: Средние значения ТКИМ ОСА в зависимости от типа суточного профиля АД мы анализировали, выделив внутри каждой группы сравнения подгруппу с суточным профилем диппер и подгруппу с измененным суточным профилем по типу нон-диппер или найт-пикер. Средние показатели ТКИМ ОСА у дипперов 1, 2, 3, групп сравнения соответственно $0,69 \pm 0,02$ мм, $1,04 \pm 0,08$ мм, $1,22 \pm 0,05$ мм, против $0,87 \pm 0,06$ мм, $1,20 \pm 0,05$ мм, $1,38 \pm 0,04$ мм у лиц с нарушенным суточным профилем АД. Таким образом, у пациентов 1, 2 и 3 групп сравнения с нарушенным суточным профилем АД значение ТКИМ ОСА статистически значимо (для уровня значимости $p < 0,05$) выше по сравнению с пациентами с сохраненным суточным профилем АД. У пациентов с одинаковым типом суточного профиля имеется статистически значимый рост ТКИМ ОСА от 1 ко 2 и 3 группе сравнения. При проведении корреляционного анализа в 1 группе обследованных выявлена умеренная отрицательная связь между степенью ночного снижения систолического АД и ТКИМ ОСА ($r = -0,49$, $p < 0,05$), степенью ночного снижения диастолического АД и ТКИМ ОСА ($r = -0,47$, $p < 0,05$). В 3 группе больных выявлена слабая обратная корреляционная зависимость между степенью ночного снижения диастолического АД и ТКИМ ОСА ($r = -0,32$, $p < 0,05$). Статистически значимого различия между уровнями холестерина, β -липопротеидов и триглицеридов между пациентами с разным типом суточного профиля АД внутри каждой из групп обследованных не выявлено.

Выводы: Более высокие значения ТКИМ ОСА у пациентов с ГБ при нарушении суточного профиля АД по сравнению с лицами с нормальным суточным профилем АД, позволяют сделать вывод, что, нарушение суточного профиля АД может считаться самостоятельным, не связанным с липидным фактором, патогенетическим механизмом формирования атеросклероза общих сонных артерий.

0898 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ

Щербакowa Т.Г., Калашникова Ю.С., Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №3, Волгоград, Россия.

Целью настоящего исследования является изучение динамики качества жизни (КЖ) и когнитивно-мнестических функций у пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне дифференцированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет с АГ I-II степени: 30 пациентов (средний возраст $67,1 \pm 0,8$ лет) вошли в I группу — терапия индапамидом (Индап) в суточной дозе 2,5 мг и 30 пациентов (средний возраст $68,1 \pm 0,9$ лет) во II группу — терапия лизиноприлом (Даприл), в суточной дозе 5–40 мг. Проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), оценивались КЖ при помощи опросника MOS SF-36 и параметры когнитивно-мнестических функций с использованием краткой шкалы исследования психического статуса — MMSE (Mini-mental scale examination) исходно и через 12 недель терапии.

Результаты и обсуждение: целевой уровень «офисного» артериального давления (АД) достигнут через 12 недель терапии у 86% больных I-й группы и у 73% больных II-й группы. По результатам СМАД в обеих группах наблюдалось достоверное снижение уровня систолического АД. Диастолическое АД (ДАД) значительно уменьшилось на фоне терапии даприлом. Индап оказывал

меньшее влияние на уровень ДАД, что является значимым для лечения пациентов с изолированной систолической АГ, число которых с возрастом увеличивается. Благоприятная динамика КЖ была отмечена в обеих группах терапии. В I-й группе общий балл оценки КЖ исходно составил $46,8 \pm 2,8$, после лечения $48,9 \pm 2,7$; а во II-й группе $45,5 \pm 2,6$ и $46,8 \pm 3,1$ баллов соответственно. В группе пациентов, принимавших индап, прослеживались отчетливые позитивные изменения по следующим шкалам: ролевого физического и эмоционального функционирования (увеличение балла оценки на 4,6% и 4,7% соответственно), общего здоровья (на 6,3%) и жизнелюбия (на 4,7%). В группе даприла благоприятная динамика КЖ отмечена по шкалам физического и общего здоровья (увеличение балла оценки на 4% и 8,5% соответственно), ролевого физического функционирования (на 3,2%), изменения состояния здоровья (на 14,3%). 12-недельное лечение даприлом привело у пожилых пациентов с АГ к значимому улучшению когнитивно-мнестических функций: — отмечался достоверный рост балла оценки от $27,3 \pm 0,3$ исходно до $28,3 \pm 0,3$ баллов после лечения ($p < 0,05$). Наиболее выраженная динамика наблюдалась со стороны шкал внимания и счета (достоверное увеличение балла оценки на 17,7%, различия между группами соответствуют критериям достоверности, $p < 0,05$) и отсроченного воспроизведения (на 25,6%). В группе пожилых пациентов, принимавших индап, также отмечался прирост общего оценочного балла с $27,8 \pm 0,3$ до $28,4 \pm 0,3$, в основном за счет достоверного увеличения оценки по шкале отсроченного воспроизведения — на 43,5 %.

Выводы: Индап и даприл являются высокоэффективными антигипертензивными препаратами для лечения больных пожилого возраста с АГ I-II степени, улучшающими КЖ и когнитивно-мнестические функции у данной категории пациентов.

0899 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ТЕНЕКТЕПАЗОЙ (МЕТАЛИЗЕ) В САРАТОВЕ

Щетинкина И.Н., Довгалецкий Я.П., Фурман Н.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

За последние 20 лет благодаря тромболитической терапии (ТЛТ) удалось добиться значительного снижения госпитальной летальности от ИМ, сопоставимого со снижением, полученным в 60-е годы после организации палат интенсивного наблюдения для этих больных. В «тромболитическую эру» произошло снижение летальности больных ИМ с 18–20% в 80-е годы до 5–8% в последние годы (Nasai B et al, 2001). При проведении тромболитической терапии предпочтения отдают тканевому активатору плазминогена — наиболее физиологичному пути фибринолиза с активацией только фибрин-связанного плазминогена. Алтеплаза является «золотым» стандартом ТЛТ, однако применение её на догоспитальном этапе неудобно в связи с необходимостью длительного капельного введения. Появление препаратов с большим периодом полувыведения позволило проводить ТЛТ болюсным введением препарата. Тенектеплаза оказалась не менее эффективной и безопасной, чем Алтеплаза и, в настоящее время, является самым используемым тромболитиком в мире для проведения догоспитального тромболиза. В Российской Федерации имеется ограниченный опыт применения тенектеплазы у пациентов с инфарктом миокарда.

При анализе безопасности и эффективности тромболитической терапией тенектеплазой в Саратовском НИИ кардиологии за 2006 было сформировано две группы наблюдения. Общее количество включенных в исследование пациентов — 55 человек, в группе догоспитального тромболиза — 15 пациентов, госпитального тромболиза — 40 человек (96,3% лица мужского пола). По возрасту, тяжести заболевания, проводимой терапии (аспирин, бета-блокаторы, гепарин, ингибиторы АПФ и т.д.) группы были сопоставимы. Бригадами СМП проводился догоспитальный тромболитиз тенектеплазой. Госпитальный тромболитиз проводился актилизе и проурокиназой.

В группе догоспитального тромболиза, сократилось время от начала болевого синдрома до проведения ТЛТ в среднем на 72 минуты, наблюдался один случай «прерванного» инфаркта мио-

карда (время начала ТЛТ в стационаре — в среднем 212 минут с момента появления симптомов, на догоспитальном этапе — в среднем 140 минут). В ходе исследования были зафиксированы 1 случай кровотечения из мест венопункции в группе догоспитального тромболизиса, 2 случая в группе госпитального. Внутренних кровотечений в группе догоспитального тромболизиса не было. В группе пациентов, которым проводился госпитальный тромболизис 1 случай кровотечения из желудочно-кишечного тракта. За время наблюдения в период госпитализации умерли 2 пациента в группе госпитального тромболизиса. В группе тромболизиса теноктеплазой летальных исходов не было. В настоящее время при проведении догоспитального тромболизиса используется телеметрическая поддержка (трансляция ЭКГ по телефону и консультация специалиста кардиолога).

Таким образом, ТЛТ Теноктеплазой на догоспитальном этапе значительно сокращает время до проведения ТЛТ без увеличения частоты осложнений, среди пациентов с инфарктом миокарда. Улучшается качество оказания помощи больным с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

0900 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ

Шикота А.М., Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Нестеренко О.И., Холодкова Н.Б., Игнатова Ю.В., Алдушина К.А., Петрунук Э.А.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение особенностей эндотелиальной дисфункции и активности апоптоза у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной формированием хронического легочного сердца (ХЛС), с оценкой влияния на эти показатели небиволола.

Материалы и методы: проведено обследование 40 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС (22 — в стадии компенсации, 18 — декомпенсированным ХЛС). Среди пациентов 31 мужчина и 9 женщин, средний возраст — $63,2 \pm 6,4$ лет, 95% больных курили, средний стаж курения $39,4 \pm 6,9$ лет. В течение 6 месяцев пациенты получали небиволол (Небилет, «Берлин-Хеми») в дозе 2,5–5 мг/сут. Определялся уровень нитритов/нитратов в плазме крови и конденсате выдыхаемого воздуха и активность каспаз в лимфоцитах периферической крови.

Результаты: при исследовании уровня нитритов и нитратов в плазме крови была выявлена высокая их концентрация, особенно у пациентов с декомпенсированным ХЛС ($17,2 \pm 3,2$ мкмМ ($p < 0,01$) в группе с компенсированным ХЛС, $40,02 \pm 4,1$ мкмМ ($p < 0,001$) в группе с декомпенсированным ХЛС), что подтверждалось исследованием конденсата выдыхаемого воздуха. Полученные данные свидетельствуют о компенсаторной гиперпродукции NO, вплоть до цитотоксического действия при декомпенсации ХЛС. Зафиксировано нарастание активности каспаз ($7,47 \pm 4,02$ Нг/мкг у больных с компенсированным ХЛС, $15,7 \pm 3,07$ ($p < 0,01$) — при декомпенсации ХЛС), свидетельствующее об усилении апоптоза по мере декомпенсации заболевания. На фоне терапии небивололом отмечается ограничение синтеза NO, достоверное в группе декомпенсированного ХЛС ($\alpha\%$ — $25,5$ ($p < 0,01$) в плазме крови; $\alpha\%$ — $38,8$ ($p < 0,01$) в конденсате выдыхаемого воздуха). Динамика уровня каспаз свидетельствует о замедлении процесса патологического апоптоза на фоне лечения.

Выводы: у пациентов с ХЛС имеет место усиление локального и общего синтеза NO (что ведет к цитотоксическому эффекту при декомпенсации ХЛС), активация процессов патологического апоптоза; на фоне терапии небивололом отмечается ограничение гиперпродукции NO и апоптоза, наиболее выраженное в группе декомпенсированного ХЛС.

0901 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ ЯВЛЕНИЙ

ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шукин Ю.В., Дьячков В.А., Селезнев Е.И., Медведева Е.А., Пикатова Е.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель. Изучить влияние комбинированной терапии ингибитором ангиотензин-превращающего фермента периндоприлом, ингибитором ГМК-КоА-редуктазы аторвастатином и цитопротектором триметазидином на маркеры окислительного стресса и воспаления у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и перенесенным инфарктом миокарда.

Материал и методы. 62 пациента в возрасте 45–77 лет с ХСН II–III функциональных классов (NYHA) и фракцией изгнания левого желудочка $< 45\%$ были беспорядочно разделены на три группы. Пациенты первой группы [$n=20$] получали периндоприл (препарат престариум до 8 мг в сутки); пациенты второй группы [$n=18$] — периндоприл (до 8 мг в сутки) и аторвастатин (препарат аторис 20 мг в сутки); и пациенты третьей группы [$n=24$] — периндоприл (до 8 мг в сутки), аторвастатин (20 мг в сутки) и триметазидин (препарат предуктал-МВ 70 мг в сутки) в течение 120 дней. Контрольную группу составили 26 здоровых людей. В плазме определяли уровень показателей окислительного стресса: окисленные липопротеиды низкой плотности (ЛПНП-ок), продукция нейтрофилами супероксиданиона ($O_2\cdot$) и активность глутатионпероксидазы (GPx), а также маркеры воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и фактор некроза опухоли альфа (ФНО- α).

Результаты. Исходные значения ЛПНП-ок, продукции нейтрофилами $O_2\cdot$, ФНО- α , ИЛ-6 и СРБ во всех групп пациентов с ХСН были достоверно более высокие ($p < 0,05$), тогда как активность GPx оказалась значительно ниже ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Периндоприл (первая группа) снижал концентрацию ЛПНП-ок и продукцию нейтрофилами $O_2\cdot$ по сравнению с исходными значениями на 16% ($p=0,045$) и 20% ($p=0,035$) соответственно, в то время, как уровень ИЛ-6 достоверно не изменялся, а содержание ФНО- α и СРБ уменьшалось на 15% ($p=0,04$) и 20% ($p=0,015$). Под влиянием комбинированной терапии периндоприлом и аторвастатином (вторая группа) отмечено снижение уровней ЛПНП-ок (на 30%, $p=0,014$) и продукции нейтрофилами $O_2\cdot$ (на 35%, $p=0,011$) в большей степени, чем под действием только периндоприла. Концентрации ФНО- α , ИЛ-6 и СРБ уменьшались на 26% ($p=0,028$), 21% ($p=0,031$) и 34% ($p=0,015$) соответственно. У больных третьей группы степень снижения основных маркеров воспаления и окислительного стресса была сопоставима с результатами пациентов второй группы, однако было отмечено значительное повышение содержания антиоксидантного фермента плазмы GPx на 55% ($p=0,007$), что отрицательно коррелировало со снижением уровня ЛПНП-ок (на 39%, $p=0,01$).

Заключение. Комбинированная терапия периндоприлом, аторвастатином и триметазидином является оптимальным способом уменьшения явлений воспаления и окислительного стресса у больных с хронической сердечной недостаточностью и дисфункцией левого желудочка.

0902 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Эльгаров А.А., Шогенов А.Г., Муртазов А.М., Шогенова А.Б.

ГОУВПО Кабардино-Балкарский госуниверситет им.Х.М.Бербекова; ГУЗ МСЧ МВД КБР, Нальчик, Россия

Изучена частота и структура нарушений ритма сердца и проводимости (НРСиП) у 68 сотрудников специальных подразделений органов внутренних дел (ОВД) и 44 водителей автотранспорта (ВА) с артериальной гипертонией (АГ) I-й степени. С учетом специфики трудовой деятельности (систематическое психоэмо-

циональное напряжение, участие в боевых и оперативных мероприятиях) наблюдавшиеся мужчины отнесены к лицам опасных профессий.

Результаты. При общеклиническом обследовании (в том числе ЭКГ покоя) в 75,0% случаев выявлены признаки ишемии миокарда (инверсия сегмента S-T, отрицательный зубец T) а также экстрасистолическая (атриовентрикулярная и желудочковая) аритмии, неполная атриовентрикулярная блокада, пароксизмальная (желудочковая тахикардия, в т.ч. 6 случаев у лиц с гипертоническим кризом (ГК). По данным СМ ЭКГ, симптомы коронарной недостаточности (65%), из которых 1/4 — «безболевого» ишемия, различные экстрасистолы (50,5%), пароксизмальная желудочковая тахикардия (20,5%) и мерцательная аритмия (10,0%) преимущественно вследствие ГК, атриовентрикулярная блокада (25,5%) регистрировались несколько чаще среди сотрудников ОВД чем — ВА. В целом, у наблюдавшихся лиц опасных профессий частота ЭКГ признаков коронарной недостаточности, НРСИП достигает значительных уровней (85,5%), объясняется наряду с особенностями профессии и неконтролируемой АГ в абсолютном большинстве случаев «отягощенностью» иными факторами риска атеросклероза (стрессированность, курение, гиподинамия, гипертрофия левого желудочка), явно недостаточной медицинской информированностью и отсутствием психологической мотивации на длительное сотрудничество и выполнение рекомендаций.

Заключение. Использование СМ ЭКГ у лиц опасных профессий с АГ I-й степени позволяет диагностировать достаточно часто НРСИП и синдром коронарной недостаточности, что требует разработки системы медико-психологического и образовательного мониторинга сотрудников отдельных подразделений ОВД и ВА.

0903 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Эфендиева Л.Г., Азизов В.А.

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Целью исследования являлось изучение сравнительного влияния ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (эналаприл) и блокаторов АТ-I рецепторов (лозартан) на показатели гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) при гипертонической болезни.

Методы: объектом нашего исследования стали 100 больных ГБ I-II стадии. Диагноз ГБ устанавливался на основании результатов двухэтапного клинко-инструментального исследования по общепринятой программе, предложенной Г.Г.Арабидзе (1978).

Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали на основании формулы R.B.Devereux и N.Reicheck. Индекс ММЛЖ определяли как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. За критерий ГЛЖ в нашем исследовании принимали ИММЛЖ, превышающий 134 г/м² у мужчин и 110 г/м² у женщин.

50 больных принимали в качестве монотерапии эналаприл KRKA (Словения) в дозе 5-20 мг/сут, другие 50 больных получали лозартан MRKTD by Brown London 25-50 мг/сут. в течение 12 недель.

В результате исследования получено достоверное преимущество лозартана над эналаприлом при действии на показатели ГЛЖ. В частности, по сравнению с эналаприлом лозартан уменьшил толщину МЖП на 7,5% ($p < 0,001$) против 0,8%, толщину ЗСЛЖ уменьшил на 8,8% ($p < 0,001$) против 0,7%, относительную толщину стенок уменьшил на 8,6% ($p < 0,001$) против 1%, ММЛЖ уменьшил на 12,1% ($p < 0,01$) против 0,8%, ИММЛЖ уменьшил на 12,2% ($p < 0,05$) против 0,6%.

Выводы: Таким образом при выборе лечения у больных ГБ с наличием ГЛЖ предпочтение необходимо давать блокаторам АТ-I рецепторов.

0904 ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕВОЧЕК В

ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Эштрекова С.Г., Болова А.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: выявить особенности автономной регуляции сердечного ритма у девочек в зависимости от фазы менструального цикла.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 145 девушек в возрасте 16-17 лет. Из них 16 летних — 81 школьница, 17 летних — 62. Все подростки имели третью стадию становления менструальной функции, то есть регулярные менструации (МЗ). О становлении менструальной функции судили по результатам тщательно собранного анамнеза, при котором уточняли дату наступления менархе, продолжительность и длительность менструального цикла, а так же дату последних менструаций. Зная длительность менструального цикла и дату последних менструаций, с учетом даты обследования, мы могли судить о том, в какой фазе менструального цикла находится школьница.

Оценку автономной регуляции сердечного ритма проводили с использованием современного метода математического анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР). Аппаратное обеспечение методики представлено компьютерным кардиоанализатором «Анкар-131» с программным обеспечением анализа ВСР. Нами изучались следующие показатели: математическое ожидание (М), среднее квадратическое отклонение всех R-R интервалов в выборке (СКО), мода (Мо), амплитуда моды (АМо), вариационный размах (ВР), индекс напряжения (ИН) и частота сердечных сокращений (ЧСС).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA). Показатели ВСР не имели нормального распределения, поэтому для их описания использовались медиана и 25 — 75 центили (Ме; 25—75%). Для сравнения групп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. В зависимости от фазы менструального цикла все обследованные подростки были разделены на две группы. Одну группу составили 81 девушки, находящиеся в первой фазе (фолликулярной) менструального цикла. В другую группу вошли 62 школьницы, у которых менструальный цикл находился во второй фазе (желтого тела).

Изучение показателей ВСР в выделенных группах выявило, что у подростков, находящихся в первой фазе менструального цикла, наблюдались следующие значения показателей ВСР: М — 785 (716-873) мс, СКО — 48,0 (35,5-69,0) мс, Мо — 775 (725-875) мс, АМо — 37,5 (26,4-46,2) %, ВР — 270 (207-357) мс, ИН — 87,3 (45,1-145,3) усл.ед., ЧСС — 76,4 (68,7-83,8) уд. в мин.. Относительно них у девушек со второй стадией менструального цикла отмечались большие значения М, СКО, ВР и меньшие значения АМо, ИН. Из них статистически значимые различия наблюдались в показателях СКО — 58,0 (45,0-76,7) мс ($p = 0,040$), ВР — 339 (249-406) мс ($p = 0,0015$), ИН — 64,2 (42,9-102,7) усл. ед. ($p = 0,045$).

Выводы. Таким образом, можно предположить, что выявленные нами особенности в автономной регуляции сердечного ритма, проявляющиеся большей активностью парасимпатической нервной системы и уменьшением напряжения регуляторных систем у школьниц, находящихся в фазе желтого тела менструального цикла, связаны либо с падением концентрации гонадотропных гормонов, либо с ростом содержания прогестерона.

0905 РЕАКТИВНОСТЬ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ТИРЕОПАТИЯМИ

Эштрекова С.Г., Шорова М.Б.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель. Изучение реактивности автономной нервной системы (АНС) у детей с тиреопатиями при проведении активной ортостатической пробы (АОП).

Методы. Обследовано 130 детей с тиреопатиями в возрасте от 9 до 17 лет. По данным клинического обследования и лабораторно-биохимическим анализам с определением уровня тиреотроп-

ного гормона и йодсодержащих гормонов щитовидной железы у 45 детей был диагностирован диффузный нетоксический зоб, 73 ребенка были с аутоиммунным тиреоидитом, у семерых школьников был выявлен тиреотоксикоз. Пятеро были с врожденным гипотиреозом. Группу контроля составили 260 практически здоровых ребенка, сопоставимых по возрасту. Исследование реактивности АНС проводили по изменениям показателей вариабельности сердечного ритма (ВРС) в ответ на АОП. Анализ ВРС осуществляли по кардиоинтервалограмме (КИГ) методом вариационной пульсометрии по Р.М. Баевскому. КИГ регистрировали в покое и на ортостазе с соблюдением всех необходимых требований с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Статистическая обработка полученных данных проводилась современными методами с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты. В состоянии покоя у детей с эутиреозом и субклиническим гипотиреозом показатели ВРС характеризовались достоверно меньшими значениями относительно группы контроля среднего квадратического отклонения длительности RR-интервалов (СКО), вариационного размаха (ВР), а так же большими величинами индекса напряжения (ИН) и индекса вегетативного равновесия (ИВР). Не смотря на это, значимых различий в показателях математического ожидания (М), моды (Мо) и частоты сердечных сокращений не было в связи с большими (хоть и не достоверно) величинами амплитуды моды (АМо). У школьников с тиреотоксикозом статистически значимо больше были ЧСС, АМо, ИН и ИВР и меньше — М, Мо, СКО и ВР.

Динамика показателей ВРС при проведении АОП у больных эутиреозом и субклиническим гипотиреозом была идентична таковой у здоровых школьников. Отмечались статистически значимые рост ЧСС, АМо, ИН, ИВР и падение М, Мо, СКО и ВР. У девочек с тиреотоксикозом, в отличие от других больных, при достоверном повышении ЧСС и снижении М и Мо, не значимо увеличилось АМо, ИН, ИВР, ВР и упало СКО.

Выводы. У школьников с тиреопатиями в покое отмечены сдвиг автономного равновесия в сторону преобладания симпатического тонуса и напряжение регуляторных систем. У больных эутиреозом и субклиническим гипотиреозом такое состояние было обусловлено гиповаготонией, и на ортостазе выявлена нормальная реактивность парасимпатического и повышенная реактивность симпатического отделов АНС. У школьников с тиреотоксикозом фоновая автономная регуляция сердечного ритма обусловлена повышенным тонусом симпатического звена регуляции и значительным снижением вагусной активности. Выявленные у этих больных при проведении АОП низкая реактивность симпатической нервной системы и парадоксальное изменение тонуса вагуса характеризуют перенапряжение и срыв регуляторных механизмов.

0906 УРОВЕНЬ ФНО-α У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юбицкая Н.С., Антонюк М.В., Исаченко Е.Г.

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения — ГУ ВФ ДНЦ ФПД СО РАМН, Владивосток, Россия

Цель: изучить уровень фактора некроза опухолей — α (ФНО-α) в сыворотке крови у больных с различными компонентами метаболического синдрома и оценить участие цитокиноопосредованных механизмов в формировании метаболического синдрома (МС).

Методы: обследовано 70 больных, имеющих различные компоненты метаболического синдрома, из них 38 пациентов имели один или два компонента (1-ая группа), у 32 человек выявлены 3 и более компонентов МС (2-ая группа). Группу сравнения составили 17 человек, у которых был исключен МС, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца. Средний возраст наблюдавшихся составил 46,1±1,6 лет. Наличие МС определяли в соответствии с критериями NCEP ATP III.

Обследование включало оценку субъективного и объективного статуса, расчет индекса Кетле, измерение уровня артериального давления, определение в сыворотке крови содержания триглицеридов, холестерина липопротеида высокой плотности, общего холестерина, уровень гликемии и инсулина. Инсулинорезис-

тентность оценивалась при помощи критерия НОМА. Всем пациентам в сыворотке крови определяли уровень цитокина ФНО-α иммуноферментным методом с помощью тест-системы фирмы R & D Systems (USA).

Результаты: анализ полученных данных выявил достоверно повышенные уровни ФНО-α при наличии 1-2 компонентов МС и у больных с МС по отношению к группе стандарта ($p<0,01$). В 3-ей группе при отсутствии проявлений МС уровни ФНО-α варьировали в границах 24-33 пг/мл и составил в среднем $29,3\pm0,6$ пг/мл, в 1-ой и 2-ой группах в большинстве случаев уровень ФНО-α был выше 33 пг/мл и достигал при наличии МС $69,6$ пг/мл. В 1-ой группе ФНО-α в среднем составил $33,9\pm1,3$ пг/мл, во 2-ой группе — $38,8\pm1,9$ пг/мл. ФНО-α синтезируется клетками многих типов, в том числе моноцитами, макрофагами и адипоцитами. Несмотря на то, что ФНО-α чаще всего рассматривают как медиатор инсулинорезистентности при ожирении, полученные нами данные говорят о повышенном количестве ФНО-α при МС независимо от наличия избыточной массы тела.

Выводы: формирование метаболического синдрома сопряжено с гиперпродукцией ФНО-α, что говорит о роли этого цитокина в патогенезе МС и повышенный уровень ФНО-α может явиться ранним маркером прогнозирования метаболического синдрома.

0907 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН: ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Юлдашев С.С.

Клинический санаторий «Кибрай» Медико-Санитарного Обединения при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель — оценка диагностической значимости пульсовой диагностики у мужчин с артериальной гипертензией.

Методы исследования. Обследовано 236 больных гипертензией, мужчин в возрасте 20—54 лет. Пульс определяли на запястьях по традиционной восточной методике на участке лучевой артерии цунь-коу в 12 позициях в точках цунь, гуань и чи. Пульсовая диагностика сочеталась с клинической и параклинической диагностикой (электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, коронароангиография, биохимические методы исследования). Оценка пульса проводилась с учетом его соответствия возрасту, сезонности, времени суток. Определялись пальпаторно ритм, частота сердечных сокращений, наполнение, напряжение, глубина, длина, твердость, ширина, гладкость пульса.

За гипертензию принимали значения систолического и диастолического артериального давления, равные и выше 140/90 мм рт.ст. С гипертензией 1 степени было 94, 2 степени 142 больных (классификация ВОЗ).

Полученные результаты. Установлено, что у здоровых мужчин по данным пульсовой диагностики пульс сбалансирован в позициях определения пульса. У больных выявлялся энергетический дисбаланс и сопряженные с этим изменения пульсовых характеристик. При этом выраженность клинических проявлений болезни коррелировала с тяжестью гипертензии и была сопряжена с показателями пульса, отличаясь, соответственно от характеристик пульса в сопоставимых группах практически здоровых мужчин. Менее выраженные изменения пульсовых характеристик были у больных 1 степенью, а более выраженные пульсовые сдвиги выявлены у больных 2 степенью гипертензии. Адекватное медикаментозно /немедикаментозное лечение сопровождалось улучшением, нормализацией пульсовых характеристик.

Выводы. Пульсовая диагностика является предиктором функционального состояния сердечно-сосудистой системы и других органов. необходима для раннего выявления патологии на латентной и начальной стадии болезни, оптимизации выбора наиболее корректного воздействия акупунктурой и другими методами лечения, осуществления контроля терапии, понимания патогенеза процесса, вклада каждого органа в патологию. Основанная на данных пульсовой диагностики акупунктура в сочетании с медикаментозным и нелекарственным лечением положительно влияла на характеристики пульса, течение болезни, сроки улучшения и выздоровления. Пульсовая диагностика может быть ис-

пользована для оценки прогноза гипертензии.

0908 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Юренко А.В., Антонюк М.В.

Владивостокский филиал ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений метаболического синдрома у больных с заболеваниями желчевыводящих путей.

В исследовании на условиях добровольного информационного согласия участвовали 180 больных с патологией желчевыводящих путей (ЖВП) в фазе ремиссии, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $42,2 \pm 0,9$ лет). Хронический некалькулезный холецистит диагностирован у 45% больных, дисфункция желчевыводящих путей – у 42% больных, желчнокаменная болезнь – у 8% больных. У 18% пациентов течение заболевания желчевыводящих путей осложнилось жировым гепатозом, у 53 % больных выявлены диффузные изменения поджелудочной железы.

Диагноз патологии ЖВП выставлялся согласно критериям международной классификации (Римский консенсус, 1999) и верифицировался на основании клинических, лабораторных данных, результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости. Метаболический синдром диагностировали согласно критериям Национального комитета США по холестерину (АТР, 2001)

При обследовании использовались общеклинические, лабораторные и функциональные методы исследования. Комплекс лабораторных методов включал изучение показателей функционального состояния печени, липидного обмена (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности), углеводного обмена (глюкоза и инсулина натощак, пероральный глюкозотолерантный тест).

Анализ факторов, вовлеченных в развитие МС, у пациентов с патологией желчевыводящих путей показал, что ведущими компонентами МС являлись гипо-альфа-холестеринемия (54%) и артериальная гипертензия (54%). Гипертриглицеридемия и абдоминальное ожирение встречались у 40% пациентов. Нарушения углеводного обмена в основном выявлялись при более углубленном обследовании (определение инсулина в сыворотке крови). Это можно объяснить тем, что при развитии инсулинорезистентности на первых этапах выявляется гиперинсулинемия, которая может длительно компенсировать повышение глюкозы натощак.

Проведенное обследование позволило выявить зависимости проявлений компонентов МС от нозологической формы патологии желчевыводящих путей. При функциональном поражении желчевыводящих путей формирование МС происходит преимущественно на фоне нарушения липидного обмена (гипо-альфа-холестеринемии и гипертриглицеридемии). Для больных с хроническим холециститом наиболее характерными из проявлений МС являются АГ, АО и нарушения липидного обмена.

В случае осложнения течения данной патологии жировым гепатозом ведущим становится классический вариант МС (артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия и гипергликемия).

0909 ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Юсупова В.А., Якушин С.С.

Рязанский Областной Клинический Кардиологический Диспансер, Шацкая ЦРБ, Рязань, Россия

Цель: Сравнить наличие и изменение факторов риска сердечно-сосудистой патологии у больных с мягкой и умеренной гипертензией, при использовании у них комбинированной терапии.

Методы: В исследование вошло 104 человека, в возрасте от 38 до 62 лет. У половины пациентов гипертоническая болезнь сочеталась с сахарным диабетом 2 типа, в стадии компенсации. Все исследуемые принимали комбинированную гипотензивную терапию, в виде сочетания иАПФ с тиазидоподобным диуретиком. Титрование дозы проводилось до достижения целевых показателей артериального давления. Проводилось определение и сравнение таких показателей факторов сердечно-сосудистого риска, как индекс массы тела, уровень систолического и диастолического давления, общий холестерин и глюкоза крови.

Результаты: В многочисленных исследованиях было доказано, что сахарный диабет 2 типа является серьезным фактором риска развития сердечно-сосудистой патологии. В ходе исследования использование данной комбинированной гипотензивной терапии в виде иАПФ с тиазидоподобным диуретиком, в течение 3 месяцев, позволило снизить следующие факторы риска. Индекс массы тела у пациентов до исследования составлял $29,1 \pm 4,0$ кг/м² ($m=1,1$), к концу исследования наблюдалось снижение индекса массы тела до $26,1 \pm 3,7$ ($m=0,7$) кг/м². У всех пациентов были достигнуты целевые значения артериального давления, перед началом исследования артериальное давление обследуемых было $160,1 \pm 6,3/96,5 \pm 2,5$ мм рт.ст. ($m=0,7$), а по завершению исследования снизилось до $125,2 \pm 3,8/75 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($m=0,6$). Кроме того, наблюдалось снижение общего холестерина пациентов с $6,2 \pm 0,9$ ($m=0,2$), до $4,8 \pm 0,75$ ($m=0,1$) ммоль/л к концу исследования.

Исследование показателей углеводного обмена, при данной комбинированной терапии, показало снижение глюкозы крови, как у пациентов с гипертонической болезнью (снизилось с $4,7 \pm 0,4$ ($m=0,09$) до $4,2 \pm 0,4$ ($m=0,07$) ммоль/л), так и у пациентов с гипертонической болезнью с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (с $6,2 \pm 0,9$ ($m=0,1$) ммоль/л до $5,6 \pm 0,3$ ($m=0,06$) ммоль/л).

Выводы: Таким образом, при анализе результатов проведенного исследования, можно утверждать, что данная комбинированная гипотензивная терапия (в виде иАПФ с тиазидоподобным диуретиком), у больных с гипертонической болезнью, является эффективной (у всех пациентов были достигнуты целевые показатели артериального давления), безопасной (не наблюдалось ни у кого из исследуемых побочных или нежелательных эффектов). И способствует снижению таких факторов риска, как повышенный индекс массы тела, уровень глюкозы крови, общего холестерина.

0910 РАННЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Юсупова В.А., Якушин С.С.

Рязанский Областной Клинический Кардиологический Диспансер, Шацкая ЦРБ, Рязань, Россия

Цель: Доказать значимость раннего определения микроальбуминурии и снижения функционального почечного резерва, с целью предотвращения развития и ранней диагностики нефропатии. Возможности медикаментозной коррекции минимальных нарушений функции почек у больных с гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Методы: В исследование вошло 104 пациента, в возрасте от 38 до 62 лет. Все пациенты были разделены на 4 группы: первую группу составили пациенты с умеренной и легкой гипертензией без микроальбуминурии; вторую – составили больные с гипертензией с микроальбуминурией; в третью группу вошли пациенты с гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа без микроальбуминурии; четвертая группа обследуемых включала в себя пациентов с гипертензией с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа с микроальбуминурией. Все исследуемые принимали комбинированную гипотензивную терапию, в виде сочетания иАПФ с тиазидоподобным диуретиком в течение трех месяцев. Титрование дозы проводилось до достижения целевых показателей артериального давления. У всех пациентов проводилось определение микроальбуминурии и функционального почечного резерва (ФПР) в начале и при завершении исследования.

Результаты: Отсутствие ФПР, говорит о вовлечении всех почечных клубочков в функцию фильтрации. Истощение ФПР (от 0 до 10%) говорит о недостаточном количестве резервных клубочков, которые могли бы адекватно среагировать на возникшие повышенные условия работы почек. Сохранение ФПР (более 10%), означает наличие достаточного количества резервных клубочков, которые могут полноценно выполнять фильтрующую функцию почек и при условиях нагрузки. В первой группе пациентов, ФПР в начале исследования составил в среднем — $17,4 \pm 13,1\%$ ($m=2,6$); причем у 7,7% — он отсутствовал, а у 15,4% был истощен. ФПР в конце исследования у всех восстановился и составил — $28,3 \pm 11,6\%$ ($m=2,3$). Во второй группе обследуемых, ФПР в начале исследования составил в среднем — $5,85 \pm 5,6\%$ ($m=1,1$); причем у 34,6% — он отсутствовал, а у 42,3% был истощен. ФПР в конце исследования восстановился и составил — $12,4 \pm 11,5$ ($m=2,2$). Однако остался истощенным у 46,2%. В третьей группе пациентов ФПР в начале исследования составил в среднем — $8,7 \pm 5,9\%$ ($m=1,1$); причем у 73% — он был истощен. ФПР в конце исследования частично восстановился и составил — $11,5 \pm 5,5$ ($m=1,1$), остался истощенным у 11,5%. В четвертой группе — ФПР у пациентов в начале исследования составил в среднем — $4,1 \pm 2,3$ ($m=0,4$); причем у 15,4% — он отсутствовал, а у 76,9% был истощен. ФПР в конце исследования он частично восстановился и составил — $8,8 \pm 2,5$ ($m=0,4$), остался истощенным у 53,8%.

Выводы: Микроальбуминурия и ФПР являются ранними маркерами минимальных нарушений функций почек. Ранняя диагностика и коррекция данных нарушений у пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа, с использованием комбинации иАПФ и тиазидоподобного диуретика является эффективной и предупреждает развитие хронической почечной недостаточности.

0911 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юферова О.В., Мусихина Н.А., Гапон Л.И., Махнева Е.А.

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

Цель. Изучить особенности влияния фелодипина на суточный профиль артериального давления (АД), массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), показатели велоэргометрической пробы (ВЭМП) и уровень липидов крови у больных с артериальной гипертонией (АГ) I и 2 степени в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией напряжения I и II функционального класса.

Методы. Проведено открытое сравнительное исследование у 80 человек с АГ в сочетании с ИБС. Все пациенты рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по возрасту, длительности АГ и ИБС. В I группе 40 пациентов получали фелодипин (плендил, «Астра Зенека») 5-10 мг/сут, во 2 группе сравнения 40 чел — периндоприл (престариум, «Сервье») 4-8 мг/сут. При не достижении целевого уровня АД через 4 недели к лечению добавляли 12,5 мг гидрохлортиазида. Исходно и через 8 недель проводили суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате «ABPM-04» («Meditech», Венгрия), ВЭМП, Эхо КГ, определяли содержание общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ), концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле Friedewald с учетом уровня ТГ.

Результаты. К концу исследования снизились значения среднесуточных, дневных и ночных показателей систолического и диастолического давления (САД и ДАД), индекс площади и времени САД и ДАД в обеих группах ($p<0,01$). В I группе отмечено уменьшение вариабельности САД, ДАД и величины утреннего подъема САД ($p<0,05$), для САД увеличение числа «дипперов». Во 2 группе уменьшилось количество «найт-пикеров». Через 8 недель в I группе у пациентов с дислипидемией выявлено снижение общего холестерина (с $7,0 \pm 0,1$ до $5,9 \pm 0,3$ ммоль/л, $p<0,05$) и холестерина ЛПНП с исходным уровнем более 3,0 ммоль/л (с $3,9 \pm 0,1$ до $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л, $p<0,05$). Влияния терапии на индекс

массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в обеих группах не выявлено, однако, во 2 группе у пациентов с гипертрофией левого желудочка, не получавших до исследования регулярной гипотензивной терапии, отмечено уменьшение ИММЛЖ (с $141,3 \pm 5,8$ до $132,5 \pm 4,5$ р<0,05). В обеих группах уменьшился процент положительных результатов ВЭМП: с 27,6% до 10,3% в I группе и с 26,7% до 16,7% во 2 группе, кроме того, возросла мощность выполняемой физической нагрузки во 2 группе (с $89,1 \pm 5,0$ Вт до $97,5 \pm 5,9$ Вт, $p<0,05$), снизились значения САД и ДАД на высоте нагрузки в I группе ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, фелодипин и периндоприл обладают одинаковым антигипертензивным действием, но фелодипин в большей степени оказывает положительное влияние на суточный индекс, вариабельность АД, липидный профиль и уменьшает количество положительных результатов ВЭМП у больных АГ в сочетании с ИБС.

0912 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Яковлева Л.В., Мелитицкая А.В., Раянова Р.Р., Каткова С.Н. ГОУ ВПО «БГМУ», Уфа, Россия; ГУЗ «РКД», Уфа, Россия

Цель: определить особенности суточного ритма артериального давления у детей подросткового возраста со стабильной артериальной гипертензией в зависимости от массы тела.

Методы: в исследование были включены 88 детей в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст $14,6 \pm 0,6$) со стабильной артериальной гипертензией, из них 63 мальчика (71,5%) и 25 девочек (28,5%). Пациенты были разбиты на 2 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ). В I группу вошли 40 больных с нормальным ИМТ. Средний ИМТ в этой группе составил — $22,3 \pm 1,6$ кг/м². Во II группу вошли 48 пациентов с избыточной массой тела и ожирением, средний ИМТ — $31,0 \pm 0,8$ кг/м². Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр с исследованием антропометрических показателей, ИМТ, измерение АД, анкетирование больных и их родителей для выявления характера питания, особенностей образа жизни и факторов риска. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты: При анализе форм артериальной гипертензии выявлено: преимущественно систолическая артериальная гипертензия зарегистрирована в I группе у 20% больных, во II группе стойкая систолическая АГ встречалась достоверно чаще — у 67% подростков ($p<0,001$). У остальных детей зарегистрирована стойкая систолодиастолическая артериальная гипертензия. Диастолическая АГ в нашем исследовании у больных не отмечена. Для подростков с артериальной гипертензией на фоне избыточной массы тела характерны нарушения циркадной организации суточного профиля, которые проявляются ригидным ритмом систолического артериального давления (50%, нон-дипперы) и избыточным ночным снижением диастолического артериального давления (35%, овер-дипперы). Анализ данных показал, что средняя скорость утреннего подъема, как САД, так и ДАД в обеих группах была больше нормы. Причем в группе подростков с избыточной массой тела скорость утреннего подъема САД была увеличена в 75% случаев, ДАД — в 64,3%; а в группе с нормальной массой тела и артериальной гипертензией — в 34,8% и 60,9% случаев соответственно. Во второй группе по сравнению с первой скоростью утреннего подъема САД и ДАД была достоверно выше ($p<0,05$).

Выводы: Для подростков с артериальной гипертензией на фоне избыточной массы тела характерны преобладание систолической формы артериальной гипертензии (в 67,0% случаев) и нарушения циркадной организации суточного профиля, которые проявляются ригидным ритмом систолического артериального давления и избыточным ночным снижением диастолического артериального давления.

0913 ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

ЛАЦИДИПИНОМ, ЭНАЛАПРИЛОМ И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ

Яковлева О.И., Яковлев А.Н., Ларионова В.И., Богданова М.А., Конради А.О.

ФГУ ФЦСКИЭ им. В.А.Алмазова Росмедтехнологии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выявить молекулярно-генетические маркеры эффективности терапии эналаприлом и лацидипином в отношении регресса гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и ремоделирования сонных артерий.

Методы исследования. В открытое контролируемое рандомизированное исследование было включено 49 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). Пациентам первой группы (n=26) был назначен лацидипин (Лаципил, GlaxoSmithKline) в дозе 2 мг в сутки. В дальнейшем, если не был достигнут целевой уровень артериального давления через две недели доза могла быть увеличена до 4 мг 1 раз в сутки, и ещё через две недели — до 6 мг 1 раз в сутки. Больным второй группы (n=25) был назначен эналаприл (Ренитек, Merck Sharp & Dohme) в дозе 10 мг в сутки. В случае недостаточной эффективности, через две недели доза препарата могла быть увеличена до 20 мг, и далее, ещё через две недели, до 40 мг в сутки. В дальнейшем осуществлялся переход на комбинированную терапию. Исходно и через 6 месяцев терапии больным выполнялась эхокардиография, определение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий (КИМ) и анализ эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии. Генотипирование (ПЦР) проводилось на предмет выявления I/D полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), F1166C полиморфизма рецептора первого типа к ангиотензину II (AT1R), и двух полиморфизмов гена NO-синтазы.

Результаты. У гомозигот по аллелю D гена АПФ отмечалось более выраженное уменьшение толщины межжелудочковой перегородки на фоне терапии в обеих группах, а у гомозигот по аллелю I — более выраженное, по сравнению с остальными пациентами, относительное снижение индекса толщины КИМ сонных артерий. У носителей полиморфного маркера 4a/4b гена эндотелиальной NO-синтазы, напротив, на фоне терапии (независимо от её вида) отмечалось прирост индекса толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (10,2±23,6% и -7,4±19,5% соответственно, p=0,034). У пациентов, гомозигот по аллелю A гена рецептора к ангиотензину II на фоне лечения, независимо от его характера, снижение степени эндотелий-независимой вазодилатации было значительно менее выраженным, чем у остальных пациентов (2,3±27,9% и -44,5±17,6% соответственно, p=0,036). У больных с генотипом GG полиморфного маркера eNos298 гена NO-синтазы на фоне лечения, также независимо от его типа, отмечалось, в среднем, относительное уменьшение соотношения E/A (-2,82±15,10%), тогда как у остальных пациентов преимущественно отмечался прирост этого показателя (19,98±30,81%, p=0,005). Носительство аллеля T полиморфного маркера eNos298 гена NO-синтазы также ассоциировалось с относительным уменьшением отношения пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка на фоне лечения, независимо от его характера (-2,82±15,10%, у остальных пациентов 16,22±10,86%, p=0,018). У носителей аллеля C гена рецептора к ангиотензину II, по сравнению с остальными больными, на фоне лечения отмечалась тенденция к значительно более выраженному относительному снижению степени эндотелий-независимой вазодилатации (33,8±28,3% и 2,3±37,8% соответственно, p=0,08).

Выводы. Таким образом, эффективность терапии в плане обратного развития поражения органов-мишеней, по видимому, может зависеть от генетических факторов — присутствия в генотипе отдельных аллелей генов ренин-ангиотензиновой системы и NO-синтазы.

0914 СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Якусевич В.В.*, Можейко М.Е., Рябихин Е.А., Попова А.В.

Ярославская Государственная медицинская академия*, Ярославский областной клинический госпиталь ветеранов войн — международный центр по проблемам пожилых «Здоровое долголетие», Ярославль, Россия

Цель: Оценить изменение параметров функционального состояния сосудистой стенки у пациентов пожилого возраста, страдающих артериальной гипертензией (АГ). Изучить взаимосвязь наличия и тяжести течения АГ со скоростью распространения пульсовой волны (СПВ) и индексом аугментации (ИА) у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы: Обследован 31 пациент с АГ II и III степени, средний возраст 67,34±4,03 лет (основная группа) и 8 пациентов без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, средний возраст 57,25±8,64 лет (контрольная группа). Всем пациентам выполнялось исследование функции магистральных сосудов (измерение СПВ и ИА на плечевой артерии методом артериографии на аппарате TensioClinic, Венгрия).

Результаты. Для пожилых пациентов, страдающих АГ, средние значения показателей артериографии соответствуют: ИА=12,19±8,86%; СПВ=10,12±0,82 м/с (в контрольной группе ИА=-20,91±16,799%; СПВ=7,76±1,58 м/с). При исследовании жесткости сосудистой стенки артерий в контрольной группе выявлена высоко достоверная прямая корреляционная связь уровня АД и ИА с коэффициентом корреляции r=0,77 (p<0,005), уровня АД и СПВ r=0,766 (p<0,05), умеренная корреляционная связь возраста и ИА r=0,59 (p<0,05), возраста и СПВ r=0,58 (p<0,05). В группе пациентов с АГ выявлена высоко достоверная корреляционная связь длительности АГ и ИА r=0,81 (p<0,005); умеренная корреляционная связь уровня АД и ИА r=0,52 (p<0,005), уровня АД и СПВ r=0,55 (p<0,001), возраста и ИА r=0,34 (p<0,05).

Выводы: 1. Для лиц пожилого возраста характерно увеличение жесткости сосудистой стенки и скорости пульсовой волны, эти показатели прямо пропорциональны степени повышения артериального давления. 2. При наличии АГ выявлена более тесная взаимосвязь определяемых параметров с длительностью АГ, чем с возрастом и уровнем АД, что, возможно, связано с ремоделированием сосудистой стенки при длительном повышении АД. 3. Необходимо включение в схему комплексного диагностического исследования гипертоников доступного в практической работе амбулаторно-поликлинического звена неинвазивного метода артериографии с целью выявления ранних нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Учитывая способность ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента снижать жесткость крупных сосудов, начато проспективное исследование динамики упругоэластических свойств артерий у пожилых пациентов на фоне терапии цизалприлом (Инхибейс, «Ф.Хоффманн — Ля Рош Лтд» — ЗАО «МАКИЗ-ФАРМА»).

0915 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ ШЕСТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

Якушенко М.Н., Хатихова М.О.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение вариабельности скорректированного интервала QT (QTc) у детей 6 лет.

Материалы и методы: обследовано 212 детей шестилетнего возраста, I-II групп здоровья, учащихся средних школ г. Нальчика. Из них 106 мальчиков и 106 девочек. Детям проводилась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в системе 12 отведений с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Запись осуществлялась в течение 30 секунд в покое после 15 минутного отдыха. Расчет скорректированного интервала QT был проведен по формуле $QTc = QT/\sqrt{RR}$, с использованием минимального, среднего и максимального значений RR интервала и следующих за ними QT. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Для сравнения групп использовался непараметрический метод Манна-Уит-

ни, для сравнения в одной группе критерий Вилкоксона, описание данных осуществлялось медианой (Me) и интерквартильным размахом (25–75%).

Результаты исследования. Выявлены достоверные различия в длительности QTc интервала рассчитанного при среднем, минимальном и максимальном значениях RR интервала и у девочек и у мальчиков. У девочек QTc рассчитанный на среднем значении RR 400 мс (393–411 мс) статистически значимо больше ($p < 0,0001$), чем QTc рассчитанный на максимальном значении RR 365 мс (350–378 мс) и меньше чем QTc рассчитанный на минимальном значении RR 434 мс (422–445 мс). Аналогичная картина отмечалась и у мальчиков: QTc при среднем значении RR был равен 408 мс (399–416 мс), при минимальном значении RR 443 мс (422–454 мс), при максимальном значении RR 374 мс (350–385 мс), с уровнем достоверности $p < 0,0001$. Выявлены и половые различия в длительности QTc у шестилетних детей. QTc рассчитанный на среднем, минимальном и максимальном значениях RR интервала у мальчиков достоверно больше, чем у девочек с уровнем статистической значимости $p = 0,004$, $p = 0,05$, $p = 0,004$ соответственно. Значения QTc (при среднем значении RR) более 440 мс были выявлены у 1 мальчика (0,95%) и 1 девочки (0,95%), QTc менее 350 мс у 1 мальчика (0,95%). При расчете QTc после минимального RR интервала его длительность свыше 440 мс отмечалась у 30 мальчиков (28,3%) и 26 девочек (24,5%); более 460 мс у 18 мальчиков (17,0%) и 10 девочек (10,0%); свыше 480 мс выявлено у 1 девочки (0,95%) и 2 мальчиков (2,0%). Длительность QTc при максимальном значении RR была менее 350 мс у 14 мальчиков (14,0%) и 20 девочек (19,0%), менее 330 мс у 3 девочек (3,0%) и 4 мальчиков (4,0%).

Выводы. Выявленные различия в длительности скорректированного интервала QT при минимальном, среднем и максимальном значениях RR свидетельствуют о его вариабельности в условиях синусовой аритмии присущей детскому возрасту и сложности диагностики таких нарушений как синдром удлиненного интервала QT и синдром короткого интервала QT (предикторов жизнеугрожающих аритмий), без учета клинической картины и данных анамнеза. Полученные результаты указывают на необходимость разработки нормативов длительности QTc у детей, при минимальном, среднем и максимальном значениях RR интервала.

0916 ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ЕСТЬ ЛИ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Якушин С.С., Никулина Н.Н., Петров В.С., Евсина О.В.
РязГМУ, Рязань, Россия

Цель: 1) Сравнить эффективность и частоту осложнений тромболиза при ОИМ у мужчин и женщин. 2) Сравнить частоту осложнений ОИМ в зависимости от пола. 3) Оценить независимый вклад пола на раннюю (30-дневную) летальность после острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ 133 историй болезни пациентов с крупноочаговым инфарктом миокарда, у которых осуществлялся тромболизис (альтеплазой – 120 больных, стрептокиназой – 13). Доля женщин составила 21%, средний возраст мужчин $53,5 \pm 14,5$ года, средний возраст – $64,0 \pm 11,0$ года. Тромболизис оценивался как эффективный при снижении элевации сегмента ST на 1/2 относительно J-точки в течение 3–6 ч от начала его проведения, прекращении ангинозной боли.

Результаты: Тромболизис был проведен в течение 2 ч от момента возникновения симптомов ОИМ у $7,5 \pm 0,04\%$ женщин и $17,4 \pm 0,04\%$ мужчин, в период 2–6 ч – у $85 \pm 0,06\%$ и $74 \pm 0,07\%$, 6–12 ч – у $5 \pm 0,03\%$ и $3 \pm 0,017\%$, после 12 ч – $2,5 \pm 0,02\%$ и $3 \pm 0,017\%$. Эффективный тромболизис у $45 \pm 0,08\%$ женщин и $61 \pm 0,05\%$ мужчин ($p > 0,05$), неэффективный – $37,5 \pm 0,07\%$ и $35 \pm 0,05\%$ ($p > 0,05$), в остальных случаях эффект неясный. В возрасте 50–60 лет тромболизис эффективен у 62,5% женщин и 46% мужчин ($p > 0,05$); 60–70 лет – соответственно у 44,5% и 53% ($p > 0,05$); 70–80 лет – у 78,8% и 54,5% ($p > 0,05$). Госпитальная летальность составила у женщин – $6,15 \pm 0,06\%$, у мужчин – $0,75 \pm 0,01\%$ ($p < 0,001$). Женщины были, в среднем, значительно старше, чем мужчинами (64 против 53,5 лет), имели более высокую распространенность артериальной гипертензии ($90 \pm 0,002\%$

против $59 \pm 0,05\%$), сахарного диабета ($25 \pm 0,03\%$ против $9,8 \pm 0,01\%$), ожирения 1–2 ст. ($28 \pm 0,005\%$ против $6,5 \pm 0,02\%$).

Осложнения ОИМ: отек легких – у $12,5 \pm 0,06\%$ женщин и $5 \pm 0,022\%$ мужчин ($p > 0,05$); кардиогенный шок – соответственно $17,5 \pm 0,06\%$ и $2 \pm 0,015\%$ ($p < 0,05$); образование аневризмы левого желудочка (ЛЖ) – 0% и $13 \pm 0,035\%$ ($p < 0,001$), рецидив ИМ – $17,5 \pm 0,06\%$ и $13 \pm 0,035\%$ ($p < 0,05$), разрыв миокарда – $7,5 \pm 0,04\%$ и 0% ($p < 0,001$). Осложнения тромболизиса – желудочно-кишечные кровотечения – у 0% женщин и $5,4 \pm 0,02\%$ мужчин ($p < 0,05$), ОНМК – у $7,5 \pm 0,4\%$ и 0% ($p < 0,001$).

Выводы: 1) Значимых различий в эффективности тромболизиса по ЭКГ-критериям у мужчин и женщин не получено. 2) Отмечается более позднее начало тромболизиса у женщин. 3) Госпитальная летальность, развитие кардиогенного шока, ОНМК, разрыв миокарда у женщин после проведения тромболизиса выше, что может быть обосновано старением, факторам риска, сопутствующей патологией и более поздним началом тромболитической терапии. 4) У мужчин чаще геморрагические осложнения тромболизиса и образование аневризмы ЛЖ.

0917 НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: АКТУАЛЬНОСТЬ И МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ

Якушин С.С., Никулина Н.Н., Лиферов Р.А.
РязГМУ им. акад. И.П. Павлова; РОККД, Рязань, Россия

Актуальность: с учетом высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России и отсутствия национальных эпидемиологических данных по распространенности, летальности и прогнозу пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в настоящее время существует необходимость проведения Российского Регистра больных с ОКС.

Цель: определение и разработка организационных мероприятий по улучшению оказания медицинской помощи, прогноза больных с ОКС, внедрения современных терапевтических подходов в широкую клиническую практику и формирования клинических рекомендаций по ОКС с учетом национальных особенностей.

Материал и методы: Планируется формирование базы данных по следующим направлениям: 1) госпитальное ведение больных с ОКС, 2) амбулаторное ведение больных с ОКС, 3) регистрация догоспитальной летальности больных с ОКС, 4) регистрация впервые выявленного зубца Q как признака перенесенного, но незарегистрированного Q-инфаркта миокарда.

Регистр госпитальных и амбулаторных случаев ОКС предусматривают сбор и анализ демографических данных, факторов риска, результатов физикального обследования, лабораторных и инструментальных диагностических процедур, медикаментозное лечение и все виды медицинских вмешательств на догоспитальном и госпитальном этапах; в случае смерти больного и проведения аутопсии – данные протокола вскрытия. Наблюдение после выписки из стационара включает оценку конечных точек.

Регистр случаев догоспитальной летальности включает регистрацию и сопоставление официальной причины смерти (по данным справки о смерти), обстоятельств смерти (данные амбулаторной карты, бланка скорой медицинской помощи, а также со слов родственников), результатов аутопсии.

Регистр впервые выявленного зубца Q: регистрируется стандартная ЭКГ в 12 отведениях всем больным, обратившимся в поликлинику данного административного района по причинам, не связанным с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты: в настоящее время проводится формирование базы данных с последующей статистической обработкой и публикацией материалов.

Выводы: проведение в России Национального Регистра ОКС по современному Протоколу позволит получить сопоставимые с международными данные о заболеваемости, смертности и отдаленных исходах ОКС в России, а следовательно разработать максимально приближенные к отечественным условиям клинические Рекомендации и организационные подходы ведения больных с ОКС.

0918 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Яльмов А.А., Шехян Г.Г., Данилова Н.В., Лексина К.С., Щикота А.М., Терехова Т.М., Задонченко В.С.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель изучить роль аторвастатина в составе комплексной терапии больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы исследования: в исследование было включено 116 больных, распределенных на 2 сравнимые группы. Пациенты I группы кроме стандартной терапии получали аторвастатин 40 мг/сут (аторис). Изучалась клиническая эффективность проводимого лечения, неблагоприятные исходы, влияние на показатели липидного спектра плазмы крови и качество жизни пациентов с ОКС в ходе 30 дневного наблюдения.

Результаты исследования: на фоне терапии аторвастатином все пациенты достигли целевых значений общего холестерина (ОХС), ХС ЛПНП. ОХС снизился на 43,5%, ХС ЛПНП на 54,4%. Максимальное число пациентов с хорошей клинической эффективностью выявлено в основной группе — 50%, в контрольной группе — 38,3%. Удовлетворительная клиническая эффективность выявлена у 26,8%, 21,7% пациентов I и II группы соответственно, неудовлетворительная клиническая эффективность выявлена у 23,2% и 40% больных I и II группах соответственно. Суммарная частота случаев смерти, рецидивов инфаркта миокарда и ранней постинфарктной стенокардии была ниже на 16,8% в основной группе. По результатам опросников ВОЗКЖ-100, SAQ, FS-36 на фоне терапии аторвастатином отмечается более выраженное улучшение качества жизни.

Выводы: по данным проведенного исследования аторвастатин является эффективным препаратом с первых дней значительно снижающим липидные показатели плазмы крови, выраженным антиишемическим действием и способностью препятствовать развитию тяжелых ишемических исходов. На фоне терапии аторвастатином больных ОКС, существенно улучшается качество жизни, обеспечивая повышение активности и улучшение общего самочувствия пациентов.

0919 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КАРДИОСТАТИНА В СОЧЕТАНИИ С КОНКОРОМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Яруллина А.Р., Закирова А.Н., Янбаева С.М.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и переносимость кардиостатина в сочетании с конкором у больных после хирургической реваскуляризации миокарда с гиперхолестеринемией.

Материалы и методы: обследовано 45 мужчин (средний возраст $54 \pm 0,6$ лет) с уровнем холестерина (ХС), превышающего 5 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), превышающего 3,0 ммоль/л. На фоне терапии антиагрегантами, конкором в дозе от 2,5 до 10 мг в сутки, ингибиторами АПФ был добавлен кардиостатин в начальной дозе 20 мг в сутки с последующим титрованием дозы.

Исходно, через 12 и 24 недели терапии кардиостатином оценивался клинический статус больного (наличие приступов стенокардии), определялись показатели ХС, ХС ЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГ), проводилось ЭКГ. Оценка толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии (ВЭМ), оценка динамики показателей глюкозы, креатинина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), креатинфосфокиназы (КФК) проводились исходно и через 24 недели лечения.

В исследование включены больные после аортокоронарного, маммарокоронарного шунтирования с перенесенным ранее инфарктом миокарда (не ранее, чем за 3 месяца) — 25 человек; аортокоронарного, маммарокоронарного шунтирования без перенесенного ранее инфаркта миокарда — 5 человек; операции стентирования одной и более коронарной артерии — 15 человек.

Результаты: Установлено, что длительный прием кардиостатина в сочетании с конкором способствовал повышению толерантности к физической нагрузке, оцененной через 24 недели. Приступов стенокардии и эпизодов безболевой ишемии миокарда не было зарегистрировано ни у одного из пациентов. Достоверно снижались ХС, ХС ЛПНП, ТГ через 8 недель с достижением целевого уровня через 24 недели у 73% больных. АСТ, АЛТ и КФК повышались не более чем в 1,5 раза. Повышение дозы кардиостатина до 40 мг в сутки потребовалось у 20 пациентов.

Выводы: Результаты длительной терапии с использованием кардиостатина в суточной дозе 20–40 мг в сочетании с конкором течение 24 недель показали, что кардиостатин эффективно снижает показатели ХС, ХС ЛПНП с достижением целевого уровня у 70% больных, безопасен, хорошо переносится и улучшает клиническое течение ишемической болезни сердца.

0920 ГИПЕРИНСУЛИНЕМИЯ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Яскевич Р.А., Поликарпов Л.С., Таттыгина Е.В., Хамнагадаев И.И., Мандрык В.И.

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН; ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Красноярск Россия

Цель. Изучить частоту встречаемости гиперинсулинемии у больных ишемической болезнью сердца и больных артериальной гипертензией в зависимости от принадлежности к соматотипу.

Методы: В исследование включено 129 человек в возрасте 30–59 лет. Группа больных с ИБС составила 79 чел., группа больных с АГ — 50 чел., группа контроля — 39 чел. без ИБС и АГ. Соматотипирование проводилось по методу Бунака В.В. в модификации Чтецова В.П.. Иммунореактивный инсулин (ИРИ) в венозной крови определялся натошак и через 1 и 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы радиоиммунологическим методом. Базальная концентрация ИРИ, считалась нормальной, при $\leq 12,5$ мкЕд/мл и через 2 часа после нагрузки глюкозой, при величине < 28 мкЕд/мл. Статистическая обработка проведена с использованием непараметрических методов: ранговой корреляции Спирмена, критерия углового преобразования Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Степень связности показателей углеводного обмена и антропометрических данных оценивалась с помощью методики корреляционной адаптометрии.

Результаты. Для определения индивидуально-типологических особенностей течения АГ и ИБС все больные были разделены на основании антропометрических данных по соматотипам. Среди мужчин, больных АГ, чаще определялся брюшной соматотип — 62,0%. Среди мужчин, больных ИБС, чаще определялся мускульный соматотип — 51,9%. При АГ гиперинсулинемия выявлена при брюшном соматотипе у 60%, при мускульном соматотипе у 25%, при неопределенном соматотипе у 50% и при грудном соматотипе — отсутствовала. При ИБС гиперинсулинемия выявлена более, чем у 50% при брюшном, мускульном и неопределенном соматотипах.

Для оценки взаимосвязи между антропометрическими показателями и уровнями ИРИ у больных АГ и у больных ИБС различных соматотипов проводился корреляционный анализ. При корреляционной адаптометрии установлено, что у мужчин с АГ наиболее выражены корреляционные связи при наличии брюшного и неопределенного соматотипов. Меньшей степенью скоррелированности отличались мужчины с АГ мускульного и грудного соматотипов. У мужчин с ИБС наиболее выражены корреляционные связи при наличии брюшного и мускульного соматотипов. Меньшей степенью скоррелированности отличались мужчины с ИБС неопределенного и грудного соматотипов.

Выводы. Полученные нами данные могут свидетельствовать о наличии особенностей состояния гиперинсулинемии у мужчин различных соматотипов при наличии патологии сердечно-сосудистой системы (АГ и ИБС).

0921 APPLE CIDER VINEGAR IN THE REDUCTION OF ARTERIAL PLAQUING

Gabinskiy V., von Peters W., Kushnir I., Gorinshteyn B., Gabinskaya L., Gabinskiy S., Gabinskaya I.

Apple Cider Vinegar has been used in health practice for thousands of years. Scientists have measured ninety different substances in apple cider vinegar such as thirteen types of carboxylic acids, four aldehydes, twenty ketones, eighteen types of alcohols, eight ethyl acetates etc.

It also contains important minerals, trace elements and vitamins (as listed underneath) as well as acetic acid, propionic acid, lactic acid, enzymes, amino acids as well as roughage in the form of potash and apple pectin. Minerals include Potassium, Calcium, Magnesium, Phosphorous, Chlorine, Sodium, Sulfur, Copper, Iron, Silicon, and Fluorine.

Oral ingestion of Apple Cider Vinegar has been shown to reduce LDL cholesterol, help regulate blood pressure, assists in preventing circulatory problems and preventing premature calcification of the arteries.

In a 6 month study involving 34 men aged 50-70 diagnosed with a 50-80% arterial plaque received 1 to 3 teaspoons of unpasteurized Apple Cider Vinegar in water taken just before meals as they could tolerate it. All were on 3 teaspoons per meal by the end of the study.

Results were an average of 30% reduction in plaque, an average drop in blood pressure of 15 points and a reduction in arterial inflammation.

0922 INCREASING TESTOSTERONE LEVELS IN PREVENTIVE CARDIOLOGY

Gabinskiy V., von Peters W., Kushnir I., Gorinshteyn B., Gabinskaya L., Gabinskiy S., Gabinskaya I.

It is established that atherosclerosis begins with a buildup of fatty plaque in the coronary arteries. As the accumulation narrows the blood flow it begins to deprive the heart of oxygen and can cause chest pain, and, if a clot forms a heart attack.

In a study by Columbia University it was found that of 55 men who complained of chest pain but had not experienced a heart attack, blood tests and X-rays showed that the higher the level of testosterone, the lower the degree of damage to men's coronary arteries. Further, that men with more testosterone had more high-density lipoprotein (HDL), the type of cholesterol which helps prevent heart disease.

According to Dr. Gerald S. Phillips, the correlation of low testosterone and degree of coronary artery disease was highly significant in statistical terms, although his team did not know precisely how low levels of testosterone might lead to a heart attack or normal amounts might protect against one.

The correlation of low testosterone and degree of coronary artery disease was highly significant in statistical terms. As an independent check on the findings, Dr. Phillips eliminated 21 men who had conditions like diabetes that put them at greater risk for heart attacks. Even so, the very strong correlation of low testosterone with the degree of coronary artery disease persisted.

Although the study did not prove that low testosterone led to coronary artery disease, the researchers wrote that «because the correlation is so strong, it suggests that is a possibility.»

Testosterone production in males declines with age. In our study a group of 17 men age 45-60 with low libido, problems with erections, and chest pain were given an over the counter preparation designed to increase sexual libido and erections. Each participant took 1 capsule of the herbal compound every other day for a period of 60 days.

The average participant noticed improvement in his sexual abilities within one week. Chest pains decreased after 3 weeks and in 67% of the men were gone by the end of the 60 days. All the participants had decreased coronary risk factors for heart attacks, better oxygenation of their system, and increased stamina in addition to normal erections and increased libido.

0923 THE EFFECT OF CONCOMITANT USE OF MONOPRIL AND SPIRONOLACTONE IN PATIENTS WITH MILD TO MODERATE CONGESTIVE HEART FAILURE

Krstic N., Pavlovic M., perisic Z., Lazovic M., Salinger S., Stojkovic A., Milic D

Clinic for Cardiovascular Diseases, Nis, Serbia

Background: Monopril (M) and spironolactone (S) have been reported to provide a favorable effect in the treatment of chronic heart failure (CHF). However, no information is available on the effect of the concomitant use of monopril and spironolactone in CHF patients.

Methods: We have studied 30 patients who had left ventricular ejection fraction (EF) <0.40 (EF: 32±8%, NYHA class: 2.4±0.8 echocardiography by Teicholz). At the entry, 16 out of 30 patients had received spironolactone (42±12mg/d).

Echocardiography and 24 hour Holter monitoring were performed before and six month after administration of monopril (12.8±2.8 g/d).

Results: At the entry, there were no significant differences in age, NYHA class, blood pressure, heart rate, left ventricular end-diastolic dimension (LVDd), EF between patients with the concomitant use (M+S: n=16) and those with monopril only (M:n=14). LVDd significantly decreased six month after administration of M+S (61.6±8.4 to 57.6±6.2mm p<0.05), while there was trend of decrease in patients with M only. Although EF significantly increased six month after the entry in both M+S (32.4±6.8 to 45.2±10.2%) and M only (33.1±8.1 to 39.2±9.1%), the degree of the improvement in EF was significantly greater in patients with M+S than those with M only (14.2±8.1 vs. 8.1±5.9%, p<0.05).

Conclusion: The concomitant use of monopril and spironolactone is more effective than the individual use of monopril in patients with mild to moderate CHF.

0924 THE ROLE OF EPSOM SALTS [MAGNESIUM SULPHATE] IN RAISING SERUM MAGNESIUM

von Peters W., Gabinskiy V., Kushnir, I., Gorinshteyn B., Gabinskaya L., Gabinskiy S., Gabinskaya I.

Magnesium is imperative for heart health as well as normal blood pressure, and is used in storage and utilization of energy, including heart energy. More important than calcium, potassium or sodium, as it regulates all three; it has been referred to as «nature's calcium channel-blocker» because of its ability to block the entry of calcium into vascular smooth-muscle cells and heart muscle cells. As a result, magnesium supplementation can help reduce vascular resistance, lower blood pressure, and lead to more efficient heart function. [Murray, Michael T. (1996). The Encyclopedia of Nutritional Supplements. Rocklin, CA: Prima Publishing, p. 162.]

It has been reported that «Animal and human data suggest that magnesium may play an important role in ischemic heart disease.» [Int J Epidemiol. 1999 Aug;28(4):645-51.] Serum magnesium and ischemic heart disease: findings from a national sample of US adults. Ford ES; and that «...serum magnesium concentration, independent of other risk factors, was inversely associated with mortality from all causes and [from] ischemic heart disease.» [Int J Epidemiol 1999;28:645-651.]

While magnesium can be absorbed through the digestive tract, its effective assimilation can be diminished by many foods, drugs and medical conditions. Epsom Salts (magnesium sulphate) baths therefore represent an easy and efficient method of increasing magnesium and sulphate levels in the serum and tissues through the skin while bathing in the solution. Thus it can be utilized as both a preventive and a therapeutic measure.

In our study a group of 24 men aged 43-62 with serum magnesium levels below 1.8 mg/dL were directed to add two cups of Epsom Salt to warm water in a standard-sized bathtub and to soak in the solution for 20-25 minutes, and then to shower to wash off any solution remaining upon the skin. This was directed to be done every other day until serum levels fell into the normal range.

The average participant gained normal serum magnesium levels (1.8 to 3.0 mg/dL) within 6 weeks, and was able to maintain the serum levels during the tracking period (6 months) with one maintenance 20 minute bath in the Epsom Salts solution per week.

0925 STRATEGIES TO TREAT AND PREVENT CARDIAC DISEASES BY PHARMACOLOGICALLY TARGETED CARDIAC GAP JUNCTIONS

Running title: Pharmacological Strategies of Cardiac Gap Junctions

Xu Han-You

Doctor in charge of western internal medicine Department of emergency medicine, clinical institute, Xin Ye county people's hospital, Henan province, China

Objective: In order to prevent and treat cardiac diseases, the author developed strategies of special new target for pharmacological usage.

Method: Summarized the ideas about the cardiac gap junctions' functions, physiology and pathophysiology characters.

Results: The cardiac gap junctions have special functions, physiology and pathophysiology characters which are the foundations for future clinical usages. The 5 principle strategies to treat and prevent the cardiac diseases are created. They are: (1). Cardiac gap junctions blockers or mediators for clinical usages. (2). Modulating gap junction protein expression, transcriptions, and translations or proteins catabolism are also bright ways to mediate cardiac gap junction channels' functions, physiology, pathophysiology activities. These strategies may affected gap junction conductance chronically. (3). Modulating protein kinases. (4).

Reformed mediators like endothelin-1, angiotensin-II, TGF-beta, VEGF, and cAMP to mediate cardiac gap junction conductance. (5). Modification of gap junction communication for prevention cardiac diseases.

Conclusions: The cardiac gap junctions have the great potentialities to be used as a novel target for its mediators to treat and prevent cardiac diseases.

Key words: Cardiac gap junctions; Cardiac diseases; Clinical usages; prevention; Pharmacology; strategy.

0926 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИЛИ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ПОВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Платонов Д. Ю., Костюк Т. А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель: изучить влияние психологических особенностей личности больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) на их профилактическое поведение (ПП).

Материал и методы. Обследовано 285 больных АГ (44,2% мужчин и 55,8% женщин, средний возраст мужчин — 52,2 года, женщин — 50,7). Была использована оригинальная комплексная анкета, опросник СМОЛ.

Исходя из полученных сведений, оценивалось ПП, складывающееся из самоконтроля состояния здоровья, характера питания, потребления алкоголя, курения, физической активности, выполнения медикаментозных и немедикаментозных назначений. Для выявления психологических особенностей личности обследуемых применялся опросник СМОЛ, результаты которого выражались суммой Т-баллов по следующим клиническим шкалам: ипохондрии, депрессии, истерии, социальной дезадаптации, паранойальности, психастении, шизоидности, гипомании. Для анализа использовался многофакторный регрессионный пошаговый анализ, который позволил определить независимое влияние каждой из психологических особенностей личности на компоненты ПП и ПП в целом, исключив влияние вмешивающихся факторов.

Результаты. Анализ показал, что склонность к ипохондрии препятствует большинству аспектов адекватного ПП — правильному характеру питания (ОШ=0,36 при 95% ДИ), выполнению медикаментозных (ОШ=0,49) и немедикаментозных (ОШ=0,19) назначений, а также ПП в целом (ОШ=0,49). Отрицательное воздействие на большинство компонентов ПП больных АГ оказывает также склонность к паранойальности (на регулярность самоконтроля здоровья (ОШ=0,27), отказ от употребления алкоголя (ОШ=0,45), выполнение немедикаментозных рекомендаций (ОШ=0,32), ПП в целом (ОШ=0,28)). Склонность к социальной дезадаптации оказывает воздействие на меньшее количество компонентов ПП, однако оно также имеет стойкую отрицательную направленность (в отношении правильного характера питания (ОШ=0,40), отказа от курения (ОШ=0,30), выполнения немедикаментозных назначений (ОШ=0,41)). Аналогичным об-

разом на ПП воздействует склонность к психастении (в отношении самоконтроля состояния здоровья (ОШ=0,17), отказа от употребления алкоголя (ОШ=0,43)). Другие психологические особенности личности не оказали существенного влияния как на компоненты ПП, так и на ПП в целом.

Выводы. Таким образом, психологические особенности личности, характеризующимися устойчивой отрицательной связью с большинством частных моделей и единой моделью ПП, являются склонность к ипохондрии и склонность к паранойальности. Такие особенности личности, как склонность к социальной дезадаптации и склонность к психастении характеризуются устойчивой отрицательной связью с меньшим количеством аспектов ПП и не оказывают влияния на ПП в целом.

0927 УРОВЕНЬ NT-PROBNP У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Александров А.А., Шацкая О.А., Бондаренко И.З., Кухаренко С.С., Дроздова Е.Н., Ильин А.В., Колесникова Г.А., Шестакова М.В., Мошина В.А., Дедов И.И.

ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологии, Москва, Россия

Ведение: Сердечная недостаточность является основной причиной смертности у больных сахарным диабетом 2 типа. Сердечно-сосудистая смертность у больных сахарным диабетом 2 типа в 2-4 раза выше, чем у больных без сахарного диабета. Для диагностики сердечной недостаточности в настоящее время используется определение уровня натрийуретических пептидов в крови, к которым относится и BNP. Концевой фрагмент BNP (NT-proBNP) отличается длительной циркуляцией в крови, что расширяет возможности диагностики сердечной недостаточности у больных.

Цель: Сравнить плазменный уровень NT-proBNP у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и недостаточностью кровообращения и больных без сахарного диабета. Проанализировать взаимосвязь уровня NT-proBNP с выраженной структурно-функциональных изменений со стороны сердца у этих больных.

Материалы и методы: В исследование включено 30 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и недостаточностью кровообращения (ФВ ЛЖ — $35 \pm 3,5\%$) и 20 человек без сахарного диабета (ФВ ЛЖ — $314,1\%$). Обе группы не отличались по возрасту, полу, ИМТ. Диагноз сердечной недостаточности ставился по данным ЭХО КГ. Все больные сахарным диабетом получали сахароснижающую терапию (инсулинотерапия либо сочетание инсулинотерапии с сахароснижающими препаратами). Плазменный уровень NT-proBNP определялся электрохемилюминисцентным методом.

Результаты и выводы: Показано, что плазменный уровень NT-proBNP значительно выше у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, чем в контрольной группе. При одном и том же уровне нарушения сократительной способности миокарда отмечается повышенный плазменный уровень NT-proBNP у больных сахарным диабетом 2 типа, что свидетельствует о худшем сердечно-сосудистом прогнозе этих больных.

0928 ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ДЕСАТУРАЦИОННЫХ ЭПИЗОДАХ И УТРЕННИХ ПОДЪЕМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ ВО СНЕ

Бунятыан М.С.¹, Зельвея П.А.², Лазарева Н.В.³, Ощепкова Е.В.³, Рогоза А.Н.³

¹ГОУ ВПО РГМУ, МБФ, Москва, Россия; ²НИИ кардиологии, Ереван, Армения; ³ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: Изучить возможную взаимосвязь изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС) во время десатурационных эпизодов (ДЭ) и утренних подъемов артериального давления (АД) у больных I-II ст. артериальной гипертензии (АГ) и дыхательными нарушениями (ДН) во время сна.

Методы: 80 больным (58м / 22ж, ср. возраст 49 ± 11 лет) I-II степени АГ было проведено бифункциональное мониторирование [24-ч мониторирование АД («ТМ-2421», Japan) и ночное мониторирование насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом (НГАКК) и ЧСС («NONIN-8500 М», USA)]. Были рассчитаны: ИД – индекс эпизодов 4% десатурации (соотношение ДЭ на время мониторирования); $BAPI_{SaO_2}$ – среднеквадратичное отклонение от средних значений НГАКК за время мониторирования; минимальное ($HR_{мин.эп.}$) и максимальное ($HR_{макс.эп.}$) значение ЧСС во время ДЭ; dHR – абсолютное значение разницы макс.ЧСС к мин.ЧСС на ДЭ; МаксСАД и МаксДАД – максимальное значение систолического и диастолического АД с 6:00 до 11:00; скорость утреннего подъема АД (СУП) – разница между минимальным и максимальным значением индивидуальных измерений с 6:00 до 11:00, отнесенная к разности (время максимума – время минимума). Пациенты были разделены на две группы, с наличием ДН ($ID > 5 \text{ эп/час}$) – Gr.I ($n=22$) и без ДН ($ID < 5 \text{ эп/час}$) – Gr.II ($n=58$). Далее Gr.I была разделена на подгруппы Gr.I-A ($n=11$, $dHR > 14.05$) и Gr.I-B ($n=11$, $dHR < 14.05$) по значению медианы dHR. При статистической обработке результатов ($M \pm m$) использовались критерий «Mann-Whitney U test» и непараметрический корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты: Не были выявлены статистически значимые изменения по длительности АГ. По возрасту в Gr.I были более пожилые пациенты. Результаты корреляционного анализа представлены в таблице (*- $p < 0.05$; ** - $p < 0.01$; *** - $p < 0.001$).

N=80	ИД	$BAPI_{SaO_2}$	HR мин.эп	HR макс.эп	dHR
МаксСАД	0.35**	0.35**	-0.15	-0.42***	-0.42***
МаксДАД	0.31**	0.16	-0.13	-0.37***	-0.36***
СУП САД	0.12	0.17	0.06	0.01	0.07
СУП ДАД	0.05	0.09	0.01	0.10	0.28*

МаксСАД (171 ± 2 ; 157 ± 3 , $p < 0.008$) и СУП САД (42 ± 4 ; 28 ± 3 , $p < 0.05$) были достоверно выше в Gr.I. Различия выявлены также в подгруппе Gr.I-B по сравнению с Gr.I-A: МаксСАД (160 ± 4 ; 183 ± 5 , $p < 0.003$), МаксДАД (99 ± 4 ; 110 ± 3 , $p < 0.048$). В то же время не выявлены значимые различия между Gr.I-B и Gr.I-A по возрасту и ИД.

Выводы: Выявленные высокие значения утреннего подъема АД у больных с пониженным кардиохронотропным эффектом в ответ на десатурационный эпизод, а также взаимосвязи между вариабельностью, частотой десатурационных эпизодов и утренними показателями АД, могут быть причиной возникновения сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с АГ и дыхательными нарушениями во сне.

0929 УТРЕННИЙ ПОДЪЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Лазарева Н.В.¹, Ощепкова Е.В.¹, Зелвеян П.А.², Буниятян М.С.³, Рогоза А.Н.¹

¹ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия; ²НИИ кардиологии, Ереван, Армения; ³ГОУ ВПО РГМУ, МБФ, Москва, Россия

Цель: Изучить возможную взаимосвязь утреннего подъема артериального давления (АД) и гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст.

Методы: 130 больным (102 мужчин и 28 женщин, среднего возраста 49 ± 9 лет) ГБ I-II ст проведено суточное мониторирование АД («ТМ-2425» A&D, Япония). Помимо общепринятых показателей в суточном профиле АД для оценки утренней динамики АД рассчитывали максимальные (Макс.) значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) с 6:00 до 11:00 часов. ГЛЖ оценивали методом Эхокардиографии (Эхо-КГ) (System Five и Vivid, GE, США). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали по формуле «Пенн-куб». ГЛЖ считали ИММЛЖ $> 125 \text{ гр/м}^2$ для мужчин и $> 110 \text{ гр/м}^2$ для женщин. Для оценки взаимосвязи между ГЛЖ и показателями АД приме-

няли метод корреляционного анализа по Спирману.

Результаты: Статистически достоверные взаимосвязи выявлены между ИММЛЖ и АД: дневными САД ($r=0.21$, $p < 0.01$), дневными ДАД ($r=0.31$, $p < 0.001$); ночными САД ($r=0.29$, $p < 0.001$) и ночными ДАД ($r=0.34$, $p < 0.001$), а также Макс САД ($r=0.17$, $p < 0.15$) и Макс ДАД в утренние часы ($r=0.25$, $p < 0.01$). Для исключения возможного влияния ночного АД на развитие ГЛЖ, больные были разделены на 2 группы по показателю суточного ритма АД: гр.А, ($n=71$) – больные со степенью ночного снижения САД $> 10\%$ и гр.Б, ($n=59$) – больные с нарушенным суточным ритмом (степень ночного снижения САД $< 10\%$). Статистически значимые взаимосвязи между показателем утреннего подъема АД и ГЛЖ были выявлены только в группе больных с нарушенным суточным ритмом: Макс САД – $r=0.28$, $p < 0.05$ и Макс ДАД – $r=0.37$, $p < 0.01$.

Выводы: У больных ГБ с нарушенным суточным ритмом выявлена статистически значимая корреляционная связь между максимальными значениями САД и ДАД в утренние часы с ГЛЖ.

0930 ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАН

Потосян А.А.¹, Узунян Т.Г.¹, Зелвеян П.А.^{1,2}

¹Армянская медицинская ассоциация, Ереван, Армения; ²НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью эпидемиологического исследования по скринингу артериального давления (АД) и факторов риска артериальной гипертонии (АГ) среди взрослого населения г.Еревана. Целью данного фрагмента исследования являлось изучение распространенности некоторых модифицируемых факторов риска АГ.

Методы: Среди 748 жителей г.Еревана (33,4% мужчин и 66,6% женщин) старше 18 лет (средний возраст 41 ± 18 лет), отобранных случайным образом, было произведено измерение антропометрических показателей и осуществлен опрос для выявления наличия и выраженности факторов риска АГ.

Результаты: Результаты исследования представлены в таблице.

Факторы риска АГ	Мужчины (%)	Женщины (%)	Общая популяция (%)
Курение			
<20 сигарет/день	46,2	6,3	19,5
>20 сигарет/день	20,0	6,9	11,2
Всего	66,2	13,2	30,7
Злоупотребление алкоголем	21,2	4,1	10,0
Избыток массы тела (индекс массы тела – ИМТ $> 25 \text{ кг/м}^2$)	56,6	56,8	56,4
Ожирение (ИМТ $> 30 \text{ кг/м}^2$)	14,9	24,2	20,1
Низкая физическая активность	20,8	27,7	25,1
Чрезмерное употребление соли	26,6	14,5	18,3

Выводы: Анализ распространенности некоторых модифицируемых факторов риска АГ с учетом распределения по полу показал, что угрожающих значений достигает курение среди мужчин, избыток массы тела и ожирение у более чем половины взрослого населения г.Еревана. В то же время, аддитивное влияние вышеперечисленных факторов со снижением физической

активности и чрезмерным употреблением соли может послужить одной из причин высокой распространенности АГ среди взрослого населения г.Еревана.

0931 ВЛИЯНИЕ КАПТОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРОМ ТЕСТЕ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Узунян Т.Г.¹, Ароян С.А.², Зелвеян П.А.²

¹Ереванский Государственный Медицинский Университет, Ереван, Армения; ²НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью клинического исследования по сравнению различных антигипертензивных препаратов на показатели ригидности крупных артерий в зависимости от их антигипертензивного действия у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ). Целью данного фрагмента исследования является изучение влияния каптоприла на каротидно-радиальную (КР) и каротидно-фemorальную (КФ) скорости пульсовых волн (СПВ) и сравнение этих эффектов с изменениями гемодинамических показателей в остром тесте.

Методы: В исследование были включены 25 нелеченых больных ЭГ (13м/12ж, средний возраст – 52±13 лет, индекс массы тела – 27,6±3,6 кг/м²). До и через 3 часа после приема внутрь 25 мг каптоприла были оценены показатели артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), каротидно-радиальная и каротидно-фemorальная СПВ. Достоверность изменений измеряемых параметров оценивали парным критерием Стьюдента. Для определения взаимосвязи между показателями использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты: Средние значения ± стандартные отклонения сходных характеристик и результатов острого теста представлены в таблице (* – p<0,05; ** – p<0,01):

Исследуемые параметры	Исходные	Через 3 часа	Δ
Систолическое АД (САД, мм рт.ст.)	156,3±21,8	136,1±18,7	20,3±10,4**
Диастолическое АД (ДАД, мм рт.ст.)	94,8±9,2	83,1±7,4	11,8±7,1*
Пульсовое АД (ПАД, мм рт.ст.)	61,1±19,2	53,2±16,1	8,5±11,1*
ЧСС (уд в мин)	75,5±9,0	72,8±5,8	2,7±8,3
Каротидно-радиальная СПВ (м/с)	13,2±6,3	11,2±2,9	2,0±5,1*
Каротидно-фemorальная СПВ (м/с)	14,1±6,5	12,2±2,7	2,0±5,05*

До проведения теста из показателей ригидности только КФ СПВ достоверно коррелировала с возрастом (r=0,4, p<0,05) и исходной величиной ПАД (r=0,41, p<0,05). В результате проведенного теста все исследуемые параметры изменялись достоверно за исключением ЧСС. Снижение КФ СПВ из всех гемодинамических показателей достоверно коррелировало только со снижением ПАД (r=0,45, p<0,05).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что каротидно-фemorальная СПВ, ассоциируясь достоверно с величиной ПАД, может служить маркером ригидности крупных артерий. В основе снижения ригидности крупных артерий, обусловленных приемом каптоприла, скорее всего, лежит его антигипертензивный эффект, в частности, снижение уровня ПАД.

0932 УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПОКАЗАТЕЛЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЕРЕВАНА

Узунян Т.Г.¹, Потосян А.А.¹, Зелвеян П.А.^{1,2}

¹Армянская медицинская ассоциация, Ереван, Армения; ²НИИ кардиологии, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью эпидемиологического исследования по скринингу артериального давления (АД) и факторов риска (АГ) среди взрослого населения г.Еревана. Целью данного фрагмента исследования являлось изучение уровня информированности взрослого населения г.Еревана о критических значениях показателей АД и степени контроля АГ.

Методы: Среди 748 жителей г.Еревана (33,4% мужчин и 66,6% женщин) старше 18 лет (средний возраст 41±18 лет), отобранных случайным образом, было произведено одномоментное измерение АД и опрос с помощью специального анкетирования, в которое были включены вопросы о знаниях уровня собственного АД, а также вопросы, касающиеся приверженности к лечению и оценке результатов лечения АГ.

Результаты: В результате проведенного опроса исследуемые были разделены на 2 группы: 1-ая (n=170 – 22,7%) состояла из жителей знающих о наличии у них АГ (АД≥140/90 мм рт.ст.) и 2-ая (n=578 – 77,3%) – из лиц, у которых «АД никогда не регистрировалось выше нормы». Среди лиц 2-ой группы 24% не имели представления об уровне собственного АД, а в 1-ой группе АД периодически измерялось опрошенными только в 30% случаев. Из всех опрошенных 38% (26% в 1-ой и 41% во 2-ой группах) не знало о том, что АД ≥ 140/90 мм рт.ст. является АГ и 20% опрошенных (15% в 1-ой и 21% во 2-ой группах) не знало о том, что АГ является фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. 33% опрошенных из 1-ой группы не знало, что лечение АГ необходимо проводить постоянно. Всего 8% из всех опрошенных ведет дневник записей АД. В 1-ой группе за помощью к врачам не обращалось 22% жителей, 32% жителей этой группы вообще не принимают никакого лечения, а из леченых больных более половины (59%) не довольны результатами своего лечения.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о низкой степени информированности жителей города Еревана о показателях повышенного АД, способах эффективного контроля и коррекции АД, особенно среди лиц когда-либо имеющих показатели АД выше нормы, что вероятно и служит причиной низкой приверженности к лечению АГ.

0933 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПУЛЬСОВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Зелвеян П.А.^{1,2}, Узунян Т.Г.¹, Потосян А.А.¹

¹НИИ кардиологии, Ереван, Армения; ²Армянская медицинская ассоциация, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью эпидемиологического исследования по скринингу артериального давления (АД) и факторов риска (АГ) среди взрослого населения г. Еревана. Целью данного фрагмента являлось изучение влияния различных факторов риска АГ на пульсовое АД (ПАД, определяемое как разница между систолическим и диастолическим АД).

Методы: У 748 жителей г.Еревана старше 18 лет (средний возраст 41±18 лет), отобранных случайным образом во время скрининга было произведено одномоментное измерение АД, а также для выявления наличия и выраженности факторов риска АГ был осуществлен опрос с помощью специального опросника. Для исключения возможной систематической ошибки были проанализированы данные только 629 жителей (35,3% мужчин и 64,7% женщин), никогда не принимавших антигипертензивного лечения.

Результаты: Было выявлено статистически значимое увеличение ПАД с возрастом (38,4 ± 7,9 мм рт.ст. в возрастной группе <45 лет, 41,5 ± 10,0 мм рт.ст. в возрастной группе 45-54 лет, 48,7 ± 13,4 мм рт.ст. в возрастной группе 55-64 лет, 50,5 ± 15,9 мм рт.ст. в возрастной группе 65-74 лет и 63,7 ± 25,4 мм рт.ст. у лиц старше 75 лет, p<0,0001), а также достоверная разница ПАД между мужчинами и женщинами, которая составила 2,31 мм рт.ст. (42,5 ± 12,0 и 40,2 ± 10,3 мм рт.ст. соответственно, p<0,006). Курение

достоверно ассоциировалось с повышенным ПАД только у лиц, курящих более 10 сигарет в день. Среднее ПАД у некурящих составило $40,0 \pm 10,1$ мм рт.ст. У курящих 10–20 сигарет в день — $43,8 \pm 10,9$ мм рт.ст. ($p=0,014$), а у курящих >20 сигарет в день — $44,4 \pm 14,0$ мм рт.ст. ($p=0,0014$). Средние величины ПАД у лиц с нормальным весом (индекс массы тела — ИМТ <25 кг/м²), у лиц с избыточным весом (ИМТ 25 — 30 кг/м²) и у лиц с ожирением (ИМТ >30 кг/м²) составило $39,2 \pm 10,1$, $42,0 \pm 10,9$ и $46,0 \pm 11,3$ мм рт.ст. соответственно. ПАД между лицами с нормальным и избыточным весом достоверно отличалось только у женщин ($p=0,003$), а при сравнении лиц с нормальным весом и ожирением ПАД достоверно отличался у представителей обоих полов ($p<0,0001$). Средние значения ПАД у физически «активных» и «неактивных» жителей ($40,7 \pm 10,5$ мм рт.ст. против $42,2 \pm 12,2$ мм рт.ст., $p=0,07$) достоверно не отличались. У лиц с низким, умеренным и повышенным потреблением поваренной соли также не было выявлено достоверных отличий ($41,4 \pm 11,5$, $40,6 \pm 9,9$ и $41,8 \pm 12,9$ мм рт.ст. соответственно, $p=0,22$).

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что возраст, пол, курение и избыточный вес могут служить прогностическими детерминантами ПАД, особенно при выраженности указанных факторов риска. В свою очередь физическая активность и количество принимаемой в пищу поваренной соли мало влияет на ПАД.

0934 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАН

Зелаян П.А.^{1,2}, Узуян Т.Г.², Потосян А.А.²

¹НИИ кардиологии, Ереван, Армения; ²Армянская медицинская ассоциация, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью эпидемиологического исследования, по скринингу артериального давления (АД) и факторов риска артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения г.Еревана. Целью данного фрагмента исследования являлось изучение распространенности АГ.

Методы: Среди 748 жителей г.Еревана (33,4% мужчин и 66,6% женщин) старше 18 лет (средний возраст 41 ± 18 лет), отобранных случайным образом было произведено одномоментное измерение АД и опрос с помощью специального опросника, в который были включены вопросы о знаниях уровня собственного АД, а также вопросы, касающиеся приверженности к лечению и оценки результатов лечения АГ.

Результаты: Из общего числа выборки (748 человек) 170 жителей (23%) имели в прошлом стабильные или транзиторные повышения АД (у мужчин — 18%, у женщин — 25%). Из лиц, не указывающих на АГ в анамнезе, у 31 (5,4%) во время скрининга было зарегистрировано АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. Таким образом, из общей выборки у 201 или у (26,9%) имелась АГ, независимо от осведомленности о наличии АГ и принимаемого лечения. В результате скрининга, уровень систолического АД (САД) >140 мм рт.ст. был зарегистрирован у 62,9% исследуемых, имеющих АГ в анамнезе и у 5,2%, не имеющих АГ в прошлом. Уровень диастолического АД (ДАД) >90 мм рт.ст. был зарегистрирован у 54,7% лиц, имеющих и у 9,5%, не имевших АГ в анамнезе. Факт регистрации САД >140 мм рт.ст. и ДАД >90 мм рт.ст. во время скрининга у значительного количества больных АГ свидетельствует о неэффективности или отсутствии антигипертензивного лечения у большинства больных АГ.

Выводы: Согласно результатам проведенного исследования, АГ имелась в анамнезе или была обнаружена во время скрининга у 26,9% выборки. Экстраполируя результаты исследования на все взрослое население г.Еревана (826630 человек), можно утверждать с достоверностью до 95%, что 23,7%–30,0% или 195868–248390 жителей г.Еревана страдает АГ.

0935 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАН

Зелаян П.А.^{1,2}, Узуян Т.Г.¹, Потосян А.А.¹

¹НИИ кардиологии, Ереван, Армения; ²Армянская медицинская ассоциация, Ереван, Армения

Цель: Исследование является частью эпидемиологического исследования по скринингу артериального давления (АД) и факторов риска артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения г.Еревана. Целью данного фрагмента исследования являлось изучение распределения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД).

Методы: Среди 748 жителей г. Еревана (33,4% мужчин и 66,6% женщин) старше 18 лет (средний возраст 41 ± 18 лет), отобранных случайным образом было произведено одномоментное измерение АД с помощью анэроидного сфигмоманометра. Распределение показателей САД и ДАД было осуществлено согласно классификациям ISH/ESH 2003 года.

Результаты: Результаты исследования представлены в таблице:

мм рт.ст.	САД <120	САД 120-129	САД 130-139	САД 140-159	САД 160-179	САД ≥ 180	САД ≥ 140
	ДАД <80	ДАД 80-84	ДАД 85-89	ДАД 90-99	ДАД 100-109	ДАД ≥ 110	ДАД <90
Пол	%						
М, n=250	38,4	24,0	12,4	12,0	5,2	2,0	6,0
Ж, n=498	52,0	17,2	7,4	8,4	6,6	4,0	4,4
Возраст (лет)							
<30, n=253	68,8	21,3	4,7	4,3	0,5	-	0,4
30-39, n=95	67,4	20,0	7,4	5,2	-	-	-
40-49, n=150	44,0	26,7	9,3	12,7	4,7	2,0	0,7
50-59, n=114	28,9	21,9	12,3	6,2	23,7	3,5	3,5
60-69, n=79	15,2	16,5	16,5	15,2	16,5	6,3	13,8
≥ 70 , n=53	7,6	7,5	15,1	11,3	15,1	17,0	26,4

Выводы: По данным проведенного исследования у мужчин преобладает частота встречаемости высокого нормального АД и АГ 1-ой степени, а также более распространена изолированная систолическая АГ, кроме того, отчетливо наблюдается увеличение распространенности и тяжести АГ с возрастом среди населения г.Еревана.

ДИНАМИКА ФАКТОРА Виллебранда В КРОВИ У БОЛЬНЫХ КБС ПОСЛЕ ЖИРОВОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНОМ

Салманова А.С., Ратникова Л.А.

ФГУ «ГНИЦ Профилактической медицины Росмедтехнологий», Москва, Россия

Активность фактора Виллебранда (фВ) в крови считается биомаркером дисфункции эндотелия, позволяющим оценить наличие и степень выраженности нарушения функционального состояния эндотелия при КБС. В постпрандиальном состоянии и на фоне физической нагрузки риск дисфункции эндотелия и развития тромботических нарушений максимален, поэтому одним из направлений в лечении КБС является оптимизация энергетического обмена миокарда.

Цель: Изучить влияние триметазидина на активность фактора Виллебранда на фоне жировой и ее комбинации с острой физической нагрузкой у больных КБС.

Материал и методы исследования: Обследованы 9 мужчин 35–65 лет с КБС и стенокардией напряжения II–III фк. В дополнение к базисной терапии пациенты получали триметазидин МВ

35мг (предуктал MB, SERVIER) по 1т 2 раза в день в течение двух месяцев. Стандартная жировая нагрузка (жн) (постпрандиальная модель) проводилась по модифицированной методике Patsch J.R. Через 3 часа проводили физическую нагрузку (фн) – индивидуально максимальную для каждого пациента велоэргометрическую пробу. Кровь для исследования брали натощак, через 3 часа после жировой нагрузки и через 10 минут после физической нагрузки. Активность фВ в крови определяли по степени агглютинации фиксированных тромбоцитов в ответ на добавление ристомиина.

Результаты: Достаточно высокая активность фВ больных КБС натощак ($200 \pm 76\%$, $\text{Mean} \pm \text{SD}$) после двух месячного приема препарата снизилась до $158 \pm 47\%$ (на 21%; $P=0,043$). Через 3 часа после жн активность снизилась с $204 \pm 80\%$ до $161 \pm 59\%$ (на 18%; $P=0,044$), а сразу после фн – с $187 \pm 106\%$ до $163 \pm 52\%$ (на 20%; $P=0,064$).

Закключение: Препарат триметазидин, селективно ингибирующий бета-окисление жирных кислот и способствующий тем самым, переходу миокарда на менее кислородозатратный путь окисления глюкозы, благоприятно влияет на функциональную активность сосудистого эндотелия, о чем свидетельствует снижение активности фактора Виллебранда практически до нормы (50-150%) как натощак, так и в условиях жировой и физической нагрузки.

0001	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОН-УАЙТА	9
0002	ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	9
0003	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И МЕТОПРОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕР	9
0004	ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ПОСЛЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА	10
0005	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БИСОПРОЛОЛОМ И АМИОДАРОНОМ НА ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЧАСТОТУ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	10
0006	ВЗАИМОСВЯЗЬ АРИТМИЙ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	10
0007	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И ПАРАМЕТРАМИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	11
0008	ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА И ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ СЕРДЦА ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	11
0009	КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	12
0010	КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТочНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРВЕДИЛОЛОМ	12
0011	ВЫРАЖЕННОСТЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ И БЕЗ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	13
0012	ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	13
0013	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОМБИНАЦИИ ПРОИЗВОДНЫХ ДИГИДРОПИРИДИНА И НЕДИГИДРОПИРИДИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	13
0014	ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	14
0015	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО КРУГА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИБС	14
0016	ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА	15
0017	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТЕПЕНИ РИСКА ОКС	15
0018	ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	15
0019	ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИБС	16
0020	КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ – СТАНДАРТНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	16
0021	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОМ НОСИТЕЛЬСТВЕ	17
0022	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	17
0023	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	17
0024	ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	18
0025	РЕАКТИВНОСТЬ ПРАВОЙ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН И ПАЦИЕНТОВ МУЖЧИНСКОГО ПОЛА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	18
0026	РОЛЬ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ С ФЛЕКАИНИДОМ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	18
0027	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЕЙ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА И МОНИТОРИРОВАНИИ ТЕРАПИИ БЕТА-БЛОКАТОРАМИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	19
0028	ИВАБРАДИН УЛУЧШАЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	19
0029	МОРФО-ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИХ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	19
0030	ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГОРМОНОТЕРАПИЮ	20
0031	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ В КОРОНАРНОЙ ШКОЛЕ «ЗДОРОВОЕ СЕРДЦЕ» В ГОРОДЕ КОКШЕТАУ	20
0032	ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ОТКРЫТОЙ ТЮМЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: ГОТОВНОСТЬ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ	20
0033	СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОСОБЕННОСТИ КАРДИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	21
0034	ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ИЗОЛИРОВАННОЙ И В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	21

0035	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АМЛОТОПА И НОРВАСКА У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	22
0036	РОЛЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	22
0037	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИЙ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ МЕРЦАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ	22
0038	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕДИКОВ МОРДОВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМ ОБЩЕСТВОМ КАРДИОЛОГОВ В МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЕ «РЕГИСТР ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ»	23
0039	НЕЗАВИСИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	23
0040	ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	24
0041	СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА В ДИНАМИКЕ И ДАННЫМ КОРОНАРОГРАФИИ	24
0042	АКУПУНКТУРНАЯ ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	24
0043	ДИНАМИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ЭКСЦЕНТРИЧЕСКИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ	25
0044	ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	25
0045	СОПОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ДНЕВНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	26
0046	АСИСТОЛИЯ ГЛАЗАМИ ЛАБОРАНТОВ	26
0047	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	26
0048	ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЖЕНЩИН	27
0049	ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ДОКСОРУБИЦИНА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОТЕКЦИИ МИОКАРДА ПРИ ПОМОЩИ СТАТИНОВ	27
0050	ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ С ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	28
0051	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У РАБОТНИКОВ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	28
0052	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГНУТЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, ПРИ ПЕРЕВОДЕ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ	28
0053	ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	29
0054	ВЛИЯНИЕ МЕТОПРОЛОЛА НА ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМУЮ ДИЛАТАЦИЮ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	29
0055	ДИНАМИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА АОРТЫ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ ЗА 40-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД	30
0056	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПЕРМИ	30
0057	СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	30
0058	ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ, ФЕРРИТИНА И ЖЕЛЕЗА СЫВОРОТКИ ПРИ ИБС И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	31
0059	АЛКОГОЛЬ-ИНДУЦИРОВАННАЯ ЭКСПРЕССИЯ АТРОГИНА-1 И TGF β В МИОКАРДЕ ВИЧ-ТРАНСГЕННЫХ И ДИКОГО ТИПА КРЫС И КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОЦИСТЕИНА	31
0060	МАСКИ ГИПОТИРЕОЗА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	31
0061	МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ СЕРИИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК	32
0062	ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ПРОДОЛЬНОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СОКРАТИМОСТИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ	32
0063	САМОКОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	33
0064	ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ БЕТА-БЛОКАТОРОМ III ПОКОЛЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛОМ	33
0065	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 1-2 СТЕПЕНИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	33
0066	ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В КАЗАХСТАНЕ	34
0067	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	34
0068	ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	35
0069	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ	35
0070	ВЛИЯНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ДИНАМИКУ БОЛЕВОЙ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И АРИТМИИ СЕРДЦА У КОРОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ	35

0071	СОСТОЯНИЕ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ РЕЦЕПТОРОВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПРИ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ЭНАЛАПРИЛ (ЭНАП)	36
0072	ФАРМАКОТЕРАПИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ ПРЕПАРАТОМ ЭНАП	36
0073	СТРАТИФИКАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	37
0074	ДИНАМИКА СИММЕТРИИ ВОЛНЫ Т (bT) КАК ОТРАЖЕНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТА МИОКАРДА	37
0075	ПАРАМЕТРЫ ВЕКТОРА QRS И ИХ СВЯЗЬ С МАССОЙ МИОКАРДА ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ	37
0076	ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	38
0077	РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УМСТВЕННОГО ТРУДА В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ г. БАКУ	38
0078	СОСТОЯНИЕ ГЕМО- И ЛИМФОКАУГУЛЯЦИИ И ЛИМФООБРАЩЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ В УСЛОВИЯХ СПАЗМА КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ БЛОКАТОРОВ ИОНОВ КАЛЬЦИЯ	38
0079	СОСТОЯНИЕ КАМЕР СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОМ КАНДИДОЗЕ У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	39
0080	ОБЪЕМНАЯ НАГРУЗКА НА СЕРДЦЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	39
0081	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ БЕТАБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С И БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST	40
0082	ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ЗАЩИТЫ И ИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	40
0083	ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО–КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	40
0084	ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ	41
0085	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЭНАЛАПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	41
0086	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ КЛОПИДОГРЕЛЯ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	42
0087	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ СИМВАСТАТИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	42
0088	СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	43
0089	ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ МИОКАРДИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	43
0090	МЕСТО АТИПИЧНЫХ ФОРМ ГИПЕРТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ	43
0091	ИССЛЕДОВАНИЕ «ПРОФИЛЕЙ» КОНЦЕНТРАЦИИ КРЕАТИНКИНАЗЫ И МВ-ФРАКЦИИ КРЕАТИНКИНАЗЫ В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЕВ УСПЕШНОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ РЕПЕРФУЗИИ	44
0092	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УСПЕШНОЙ КОРОНАРНОЙ РЕПЕРФУЗИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	44
0093	О ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ «КОРОНАРНОГО» ТИПА ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ РАБОТНИКОВ УМСТВЕННОГО ТРУДА	45
0094	МЕДИКО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО	45
0095	ПРАВОВАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ И ПАЛАТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	45
0096	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМНОГО ГОМЕОСТАТИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС	46
0097	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	46
0098	БИОМЕХАНИКА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ	47
0099	СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	47
0100	СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	48
0101	СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	48
0102	ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	48
0103	ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	49
0104	СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНОМ И НОРМОТЕНЗИВНОМ СОСТОЯНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	49
0105	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	49

0106	УРОВНИ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С ХСН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	50
0107	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	50
0108	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ГИПОТИРЕОЗОМ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	51
0109	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИИНСУЛЬТНОЙ АКТИВНОСТИ 3-ОКСИПИРИДИНАЦЕТИЛЦИСТЕИНАТА И МАЛОНАТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	51
0110	МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	51
0111	РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ГРУППЕ ЛИЦ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА	52
0112	ИНДЕКСЫ НАГРУЗКИ ДАВЛЕНИЕМ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	52
0113	ПРИЧИНЫ СОХРАНЕНИЯ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	52
0114	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КРОВИ С ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	53
0115	ДИНАМИКА УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	53
0116	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФРАГМЕНТАРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИ- И БРАДИАРИТМИЯМИ	54
0117	ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ	54
0118	ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ ИБС С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	54
0119	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	55
0120	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОКСОНИДИНА В МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	55
0121	ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ АНТРАЦИКЛИНОВ	56
0122	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ (АНЕМИЧЕСКОЙ) КАРДИОМИОПАТИИ	56
0123	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПАЦИЕНТОВ	56
0124	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ	57
0125	ЗАВИСИМОСТЬ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ	57
0126	ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АПФ ФОЗИНОПРИЛА НА МЕМБРАННО-КЛЕТОЧНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ	57
0127	ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	58
0128	ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ	58
0129	ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	59
0130	ВЛИЯНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДВИЖЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА	59
0131	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЗУБЦОМ Q У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДЛЯ ПРОГНОЗА ИЗМЕНЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРОСПЕКТИВ	59
0132	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ МЕДИАТОРОВ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИМ С ЗУБЦОМ Q, У БОЛЬНЫХ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	60
0133	ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ	60
0133	ОБОСНОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	61
0134	ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С КАЛЬЦИФИКАЦИЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	61
0135	К ВОПРОСУ АВТОМАТИЗАЦИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	61
0136	ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРИСТИЧЕСКОГО ИМПЕДАНСА НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА	62
0137	КЛИНИКО-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	62
0138	ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИНФЕКЦИИ CHLAMYDIA PNEUMONIAE	63
0139	К ВОПРОСУ О НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	63
0140	ПРИМЕНЕНИЕ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ВЫСОКИМ РИСКОМ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	63
0141	РОЛЬ ЦИТОМЕМБРАННЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	64

0142	РЕПЕРFUЗИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST: ДАННЫЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА	64
0143	ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	64
0144	ПОСТИНФАРКТНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	65
0145	КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АФОБАЗОЛА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	65
0146	ОБЩИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ» ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	66
0147	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАПРАВЛЕННОСТИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА	66
0148	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	67
0149	ИНСУЛЬТ И НАРУШЕНИЕ СНА: РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)	67
0150	НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)	67
0151	10-ЛЕТНЕЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЯ СНА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)	67
0152	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА И ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНЫ – МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	68
0153	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	68
0154	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СО СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	69
0155	ВЛИЯНИЕ ДИГОКСИНА НА КИНЕТИКУ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	69
0156	ВТОРИЧНАЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ: ВАРИАНТЫ И ЛЕЧЕНИЕ	70
0157	ПЕРВЫЙ ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ С ПОМОЩЬЮ НИБЕНТАНА В ДОЗЕ ДО 0,125 МГ/КГ	70
0158	ПОВТОРНЫЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	70
0159	HLA-СПЕЦИФИЧНОСТИ И АКТИВНОСТЬ ЦИТОКИНОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	71
0160	СУММАРНЫЙ ПРИРОСТ РАДИУСА МЕЛКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОСТРОЙ СТАДИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	71
0161	ПОКАЗАТЕЛИ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ	71
0162	СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ – 1b, 4 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-D ПРИ СИНДРОМЕ ГИПОТИРЕОЗА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	72
0163	ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	72
0164	ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ	72
0165	ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	73
0166	ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИЛОМ И ПРЕСТАРИУМОМ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	73
0167	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ: ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ	73
0168	ОПЫТ 7-ЛЕТНЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИПРИМАРОМ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ	74
0169	25-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ	74
0170	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	74
0171	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ МАРКОВСКИХ ЦЕПЕЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	75
0172	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОСЕТЕЙ	75
0173	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ ЯКУТОВ	76
0174	КАРДИО-РЕНАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ И ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ	76
0175	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК НА РАННИХ СТАДИЯХ: ОЦЕНКА КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА	76
0176	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ	77
0177	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	77
0178	ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	78

0179	ВОЗМОЖНОСТИ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ ПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	78
0180	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	78
0181	ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЛИКОРА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ	79
0182	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОБ И ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	79
0183	ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ: НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ	80
0184	ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ И ВЯЗКОУПРУГИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭРИТРОЦИТОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС	80
0185	ОЦЕНКА РОЛИ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ДРУГИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	81
0186	ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	81
0187	ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ	81
0188	ВЗАИМОСВЯЗАНЫ ЛИ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	82
0189	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА ПРИ ГОМОЗИГОТНОЙ β – ТАЛАССЕМИИ У ДЕТЕЙ	82
0190	ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ТЯЖЕСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	83
0191	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПОЖИЛЫХ МУЖЧИН С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	83
0192	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	83
0193	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ СИСТЕМЫ АНТИИНФЕКЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ВТОРИЧНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	84
0194	ИЗУЧЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ ИСХОДОВ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ТОМСКЕ	84
0195	УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ КОРРЕЛИРУЕТ С ПРОГНОЗОМ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ДИАБЕТОМ	85
0196	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСКАТТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ОККЛЮДЕРОМ АМПЛАТЦ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ	85
0197	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ	85
0198	СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	86
0199	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОГРАММЫ У ЖЕНЩИН С ИБС В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	86
0200	ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ	86
0201	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА	87
0202	АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	87
0203	ПОВЫШЕННАЯ ЖЕСТКОСТЬ СОСУДОВ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ РЕНАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	88
0204	ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА - β 1 И КОЛЛАГЕН IV ТИПА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ	88
0205	КАРДИОРЕСПИРАТОРНАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	88
0206	ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	89
0207	ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	89
0208	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ НА ФОНЕ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	89
0209	ДИНАМИКА ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ С КАРВЕДИЛОЛОМ, НЕБИВОЛОЛОМ И АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	90
0210	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	90
0211	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	91
0212	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	91
0213	ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	91
0214	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	92
0215	РОЛЬ УРОВНЕЙ НЕОПТЕРИНА, С-РЕКТИВНОГО БЕЛКА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	92
0216	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ	92

0217	ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ	93
0218	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	93
0219	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	94
0220	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕПЕНИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ПРИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	94
0221	ПОЛНАЯ И НЕПОЛНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ	94
0222	ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ УДЛИНЁННОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ	95
0223	ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ КОРОТКОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ	95
0224	ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ КОРОТКОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ	96
0225	ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ УДЛИНЁННОГО ИНТЕРВАЛА QT СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ	96
0226	СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЗОФЕНОПРИЛОМ	97
0227	ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	97
0228	ОБ ОЦЕНКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	97
0229	ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА АРИТМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	98
0230	ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	98
0231	ДЕПРЕССИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	98
0232	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	99
0233	ВЫСОКОНОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ЕГО СУТОЧНОЙ РЕГУЛЯЦИИ	99
0234	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РОССИЙСКОГО РЕГИСТРА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В Г. СТАВРОПОЛЕ	99
0235	РИСКОМЕТРИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	99
0236	СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТЬ И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ СОМАТО- И ПСИХОТИПА	100
0237	НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ И РИТМ СЕРДЦА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	100
0238	О ВЗАИМОСВЯЗИ КАБИНЕТНОГО И МОНИТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	100
0239	ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	101
0240	«МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ» ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ	101
0241	НОСИТЕЛЬСТВО ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	101
0242	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ УМСТВЕННОГО ТРУДА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	102
0243	ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ	102
0244	ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ «ШКОЛЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ» ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	103
0245	АКТИВНАЯ ОРТОПРОБА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА АДЕКВАТНОСТИ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ ТРЕНИРОВОК В БАССЕЙНЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТНОМ МИОКАРДА	103
0246	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТНОМ МИОКАРДА	103
0247	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	104
0248	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. СУРГУТА	104
0249	НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА	105
0250	КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	105
0251	ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ ГОЛОВКИ ВОЛНОВОДА И СКВАЖНОСТИ НА СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ IN VITRO ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НИЗКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКА	106
0252	МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЛИПИД-СНИЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ СТАТИНОВ НА СОСУДИСТУЮ СТЕНКУ ЧЕЛОВЕКА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	106
0253	МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ДИЗОРГАНИЗАЦИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ И ИХ РОЛЬ В АТЕРОГЕНЕЗЕ	106
0254	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	107
0255	РОЛЬ БОРРЕЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ КАРДИОМИОПАТИЙ В ЭНДЕМИЧНОМ РЕГИОНЕ	107

0256	МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ФАКТИЧЕСКИМ ПИТАНИЕМ У ПОДРОСТКОВ	107
0257	Ь-СУБЪЕДИНИЦА КСНЕ2 РАЗЛИЧАЕТСЯ В МОДУЛЯЦИИ ИЗОФОРМ HCN КАНАЛА	108
0258	АКТИВАЦИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	108
0259	ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТРАДИЦИОННЫЙ И НОВЫЙ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ	109
0260	ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ	109
0261	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	109
0262	ЭКСПРЕССИЯ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	110
0263	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРДИПИН-XL В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	110
0264	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НОСОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	111
0265	ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ	111
0266	СВЯЗЬ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СО СТЕПЕНЬЮ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	111
0267	СОВМЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИВАЕТ КОЛИЧЕСТВО ВЫЯВЛЯЕМЫХ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫХ ТРОМБОВ	112
0268	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НЕ ВЛИЯЕТ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ	112
0269	ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ	113
0270	ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КИСЛОРОДНЫЙ РЕЖИМ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	113
0271	ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ	114
0272	ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛЕНИЯ НА ТКАНЕВУЮ АДАПТАЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ	114
0273	ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РЕЦИДИВОВ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ КАРДИОВЕРСИИ	115
0274	К ВОПРОСУ О ГИПЕРДИАГНОСТИКЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	115
0275	НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ АВТОНОМИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	115
0276	ПОПЫТКА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ИСХОДОВ ОСТРОГО ПЕРИОДА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	116
0277	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	116
0278	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	116
0279	ОСОБЕННОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	117
0280	ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНЫХ КОЭФФИЦИЕНТОВ ВНУТРИГОРОДСКОЙ МИГРАЦИИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ МОНИТОРИНГА ЗА ЖИЗНЕННЫМ СТАТУСОМ ОБСЛЕДОВАННЫХ РАНЕЕ ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	117
0281	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КУМУЛЯТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ВЫБЫТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	118
0282	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	118
0283	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ СПИРУЛИНОМ (БИОР), ЛОВАСТАТИНОМ А ТАКЖЕ ИХ КОМБИНАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ	118
0284	ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ В СТАЦИОНАРЫ ГОРОДА ПЕРМИ	119
0285	ЦИРКАДИАННЫЙ РИТМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАЦИОННОЙ РИТМОПУЛЬСОМЕТРИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МАГНИЯ	119
0286	ВЛИЯНИЕ «СУХИХ» УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН НА ИНДЕКС ВРЕМЕНИ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНДЕКС ГИПОТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	120
0287	ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	120
0288	ЧАСТОТА ТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	120
0289	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОПУНКТУРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	121
0290	ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕЛЕКТИВНОГО Ъ-БЛОКАТОРА БИСОПРОЛОЛА И ЦИТОПРОТЕКТОРА ТРИМЕТАЗИДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	121

0291	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АПОПТОЗНОЙ ГОТОВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И РЕВМАТИЧЕСКИМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	122
0292	АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	122
0293	СНИЖЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	123
0294	ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ	123
0295	ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ РЕАКТИВНОСТЬ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	123
0296	ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ МОКСОНИДИНОМ И КВИНАПРИЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛАСТИЧНОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	123
0297	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	124
0298	ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМАЯ РЕАКТИВНОСТЬ АРТЕРИЙ И КОНЦЕНТРАЦИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	124
0299	СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛОМ (ДИЛАТРЕНДОМ)	125
0300	ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	125
0301	ВЛИЯНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	125
0302	СТАТИН СИМГАЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	126
0303	РЕАБИЛИТАЦИЯ МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	126
0304	ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРМАННЫХ АПТЕЧЕК	126
0305	АДИПОНЕКТИН И ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С НЕЛЕЧЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	127
0306	МЕХАНИЧЕСКОЕ ТУННЕЛИРОВАНИЕ	127
0307	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ТРЕВОГИ У ЛИЦ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА	127
0308	ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА	128
0309	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЧЕТАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАСЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС	128
0310	К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ПОЛИМОРБИДНОМ ФОНЕ В УСЛОВИЯХ ХОЛОДНОГО КЛИМАТА	129
0311	АРИТМИИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА	129
0312	ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	129
0313	ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА НА ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	130
0314	ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ, РОЗУВАСТАТИНОМ ИЛИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	130
0315	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ДИУРЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	131
0316	ПРИМЕНЕНИЕ ПЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	131
0317	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ АТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ АКТИВАЦИИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ	132
0318	КОРРЕКЦИЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ АТЕРОГЕННОГО ГЕНЕЗА	132
0319	РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИИ ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	132
0320	К ВОПРОСУ О ЛИПИДНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	133
0321	АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	133
0322	ДИНАМИКА УРОВНЯ АЛЬДОСТЕРОНА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ СПИРОНОЛАКТОНОМ	133
0323	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	134
0324	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗИЛИПА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	134
0325	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	134
0326	АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	135
0327	СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТАМ МИОКАРДА	135
0328	УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	136
0329	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	136

0330	ПРОГРАММЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	136
0331	РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	137
0332	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ И ДЕТАМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ	137
0333	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ШАХТЕРОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	137
0334	АНАЛИЗ ИММУННОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ИБС В РАННЕМ СРОКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	138
0335	ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	138
0336	К ВОПРОСУ ОБ ИНФОРМАТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-а И ИНТЕРЛЕЙКИНА-4 В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	139
0337	ВЛИЯНИЕ АРИФОНА РЕТАРД НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	139
0338	ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	139
0339	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	140
0340	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МАРКЕРОВ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ И УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ	140
0341	ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	141
0342	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАРУШЕНИЕМ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ТИП «НОН-ДИППЕР»)	141
0343	ВЛИЯНИЕ АЛЬТЕПЛАЗЫ НА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА (ИМ)	141
0344	ФАКТОРЫ РИСКА И СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ 20-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ МУЖЧИН ВОЗРАСТА 40-59 ЛЕТ	142
0345	ВЛИЯНИЕ 12-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ЛОВАСТАТИНОМ НА МИОКАРДИАЛЬНОЕ И СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	142
0346	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	142
0347	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА	143
0348	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРИФОНОМ РЕТАРД БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	143
0349	ДИНАМИКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ФОЗИНОПРИЛОМ И АТЕНОЛОЛОМ	144
0350	КЛАПАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ	144
0351	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	145
0352	ВЛИЯНИЕ ЛАКТОЛИКОПИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	145
0353	ДИНАМИКА ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОЗЫ ИСПОЛЬЗУЕМОГО СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА	145
0354	ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНЕРТНОСТЬ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	146
0355	ВРАЧЕЙ О ПРЕПЯТСТВИЯХ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	146
0356	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДА SR У ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНОКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	146
0357	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОРОНАРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	147
0358	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ	147
0359	ПОЧЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	148
0360	ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕГАТОГРАММЫ НА ТЕЧЕНИЕ ИБС	148
0361	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	148
0362	ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ НА ПОРТАТИВНОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ СКАНЕРЕ В БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	149
0363	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ КОРОНАРОГЕННОЙ И НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	149
0361	АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА, УРОВЕНЬ СЕРОТОНИНА И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	150
0365	ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЕННОГО С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ ПОКРЫТЫХ СИРОЛИМУСОМ	150
0366	ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТОВ, ИНФАРКТОВ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ ЧИСЛА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК, АДГЕЗИИ ЛЕЙКОЦИТОВ, АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТ	150
0367	УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	151

0368	АКЦИЯ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ «СЛАВЯНСКОГО БАЗАРА В ВИТЕБСКЕ-2006»	151
0369	УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	152
0370	ПРИМЕНЕНИЕ КАВИНТОНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ПОСТКРИЗОВОМ ПЕРИОДЕ	152
0371	ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА C825T ГЕНА GNB-3 У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АД	152
0372	ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО ТРОМБОЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	153
0373	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	153
0374	ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I и II СТАДИЙ	153
0375	МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ИХ КОРРЕКЦИЯ КЛОПИДОГРЕЛЕМ	154
0376	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. ТОМСКА И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2006 ГОДАХ	154
0377	ПАТОМОРФОЗ ЛЕТАЛЬНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	155
0378	ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	155
0379	РАЗЛИЧИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ	155
0380	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КОЛЛАГЕНА ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	156
0381	ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, НЕ ДОСТИГАЮЩИХ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	156
0382	ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА СТЕРЕОТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	157
0383	ВЗАИМОСВЯЗЬ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЯ И ЛИНЕЙНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В МИКРОСОСУДАХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	157
0384	ВОЗМОЖНОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД И ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	158
0385	НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИПИД-СНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	158
0386	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	158
0387	ИЗОЛИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТОГО КАРКАСА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	159
0388	СИСТЕМА ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ IMPELLA RECOVER В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – ПЕРВЫЙ ЭТАП КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	159
0389	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	159
0390	ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС	160
0391	ДАННЫЕ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	160
0392	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I и II СТАДИИ	161
0393	ВЛИЯНИЕ ФОЛАТНОГО КОМПЛЕКСА «АНГИОВИТ» НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И ЭНДОТЕЛИНА-1 В КРОВИ, А ТАКЖЕ ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	161
0394	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ КОЛЛАГЕНА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АСПЕКТЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	161
0395	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АДАПТИВНЫМ И ДЕЗАДАПТИВНЫМ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	162
0396	СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	162
0397	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	162
0398	АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ СРЕДИ ПОСТУПИВШИХ НА АУТОПСИЮ С ДИАГНОЗОМ «ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА»	163
0399	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АССОЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА: СВЯЗЬ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАРУШЕНИЕМ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЧЕК	163
0400	ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДИЛАТРАНДОМ И МОНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	164
0401	ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ИБС	164
0402	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИБС	164
0403	ВЛИЯНИЕ ПРИОБРЕТЕННОГО АНДРОГЕНОДЕФИЦИТА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИБС	165
0404	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ ЧСС, НАРУШЕНИЙ РИТМА И ДЕПРЕССИИ СЕГМЕНТА ST ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЫ	165
0405	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЭКСТРЕННОЙ РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА В КОМБИНАЦИИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ ИБС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ 12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ	165

0406	КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОСУДОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	166
0407	ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	166
0408	ИЗМЕНЕНИЯ ФАКТОРА Виллебранда при артериальной гипертонии	167
0409	ВЛИЯНИЕ БАТРОКСОБИНА НА УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	167
0410	ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	167
0411	ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	168
0412	КАК МЫ ЛЕЧИМ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ?	168
0413	ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩЕМУ КОНТИНГЕНТУ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	168
0414	ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕПАРАТОМ МЕКСИДОЛ	169
0415	КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ ЛОЗАП-ПЛУС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ	169
0416	ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНООРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ	169
0417	ПОЛИМОРФИЗМЫ GLU298ASP ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO СИНТАЗЫ И C242T P22 PNOX ГЕНА NADPH ОКСИДАЗЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	170
0418	ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	170
0419	ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ДИАГОНАЛЬНОЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ	171
0420	ОСТРАЯ ФОРМА ДЕСЕКЦИИ АОРТЫ: ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗ	171
0421	ИЗУЧЕНИЕ БЫСТРОПРОТЕКАЮЩИХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОТВЕТОВ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	171
0422	ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	172
0423	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНТРОЛИРУЕМОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН-ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС	172
0424	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАК МЕТОД ПРИФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ	172
0425	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ «ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	173
0426	ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПОДБОРЕ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1-2 СТЕПЕНИ	173
0427	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	174
0428	ПРОГНОЗ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ	174
0429	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ТОЛЩИНОЙ СТенок ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПРОГНОЗОМ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	174
0430	ОСОБЕННОСТИ ПОЗДНЕГО ПОСТИНФАРКТОВОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ИСХОДНОМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	175
0431	ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ С Q ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ	175
0432	ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	175
0433	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	176
0434	СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	176
0435	ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИПАП-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ НОЧНЫМИ АСИСТОЛИЯМИ, СОПРЯЖЕННЫМИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА	176
0436	СОЗДАНИЕ УНИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ДЖЕНЕРИКОВ И ОРИГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ	177
0437	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II 1 ТИПА У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ	177
0438	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИБС КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ	177
0439	МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭФФЕКТ ДОЛГОСРОЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	177
0440	ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	178
0441	ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДИЛАТЕНДОМ И МОНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	178
0442	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИТОКИНА ФНО-а С ПОКАЗАТЕЛЯМИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ИЛ-6 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	179
0443	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ ФНО-а У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	179
0444	СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ЛИПИДОВ	179

0445	СИСТЕМНАЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА	180
0446	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ	180
0447	РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	180
0448	ИЗМЕНЕНИЯ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ЛИПИДОВ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	181
0449	ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ б-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ФУНКЦИЮ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	181
0450	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКРЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	182
0451	КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТРИМЕТАЗИДИНОМ И АТЕНОЛОЛОМ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	182
0452	ВЛИЯНИЕ ЭНАМА И КВАДРОПРИЛА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	182
0453	ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	183
0454	КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАБОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	183
0455	НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	184
0456	ЭФФЕКТЫ ПРАВАСТАТИНА НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	184
0457	ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ И ГЕОМЕТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ОДНОГОДИЧНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	184
0458	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ	185
0459	ДИНАМИКА ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	185
0460	ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА	186
0461	ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	186
0462	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	186
0463	САНАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	187
0464	ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИХ ДИНАМИКА В ПРОЦЕССЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ	187
0465	СЕМЕЙНАЯ И СПОРАДИЧЕСКАЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ: ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ, СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ	187
0466	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ	188
0467	РЕЗУЛЬТАТЫ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СУБМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	188
0468	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЯ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	189
0469	ВЛИЯНИЕ КВАДРОПРИЛА НА СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	189
0470	СТРУКТУРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПО ДАННЫМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ИХ ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ	189
0471	КОРРЕКЦИЯ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИБС С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЕВАРИНОМ	190
0472	C516T ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА В И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	190
0473	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА Е И АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН КЫРГЫЗОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	190
0474	ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ-МУЖЧИН С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	191
0475	ВЛИЯНИЕ НИМЕСУЛИДА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ	191
0476	АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСКЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ: ОЦЕНКА МЕТОДОМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ	192
0477	ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ В ЦИКЛЕ СОН-БОДРСТВОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	192
0478	ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОЦЕДУР У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА	192
0479	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИНДИКАТОРОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	193
0480	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ б-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПЕРВЫЕ СУТКИ НАХОЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ	193

0481	ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАЛЬЦИЙ-АКТИВИРУЕМЫХ КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ КРЫС ПОСЛЕ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА	194
0482	НОВЫЙ ПРЕПАРАТ АМЛОДИПИНА (S-АМЛОДИПИН): СРАВНИТЕЛЬНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I-II СТЕПЕНИ	194
0483	ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ	194
0484	ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	195
0485	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА	195
0486	УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	196
0487	АМБУЛАТОРНАЯ БИОРИТМИЧЕСКАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	196
0488	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЧАСТОТУ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	196
0489	ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И ЖЕСТКОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ	197
0490	ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 40-59 ЛЕТ	197
0491	НАСЛЕДУЕМЫЕ ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПОТОМКОВ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ	198
0492	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ	198
0493	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ВАХТОВИКОВ НЕФТЕГАЗОВЫХ ПРОМЫСЛОВ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ	198
0494	ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА И ВЕРАПАМИЛА SR НА ОКСИДАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА	199
0495	ТОРМОЖЕНИЕ АПОПТОЗА КАРДИОМИОЦИТОВ МИЦЕЛЛЯРНОЙ ФОРМОЙ ИЗОСОРБИДА ДИНИТРАТА	199
0496	СОЗДАНИЕ НАНОКАПСУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА	200
0497	СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	200
0498	СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	200
0499	ДИНАМИКА СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	201
0500	МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	201
0501	СОСТОЯНИЕ АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСА, ЛИПИДНОГО И БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	201
0502	ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	202
0503	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НА ЖЁСТКОСТЬ АРТЕРИЙ СПИРАПРИЛА И АМЛОДИПИНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 1 И 2 СТЕПЕНИ	202
0504	СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	202
0505	СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У ЛИЦ СО СНИЖЕННОЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИЕЙ	203
0506	НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	203
0507	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕВЕТЕНА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	204
0508	КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	204
0509	ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ	204
0510	АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ	205
0511	ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	205
0512	ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	205
0513	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	206
0514	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРВЕДИЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	206
0515	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	207
0516	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА СЕВЕРЕ	207
0517	СКОРОСТЬ ОСЕДАНИЯ И ПАРАМЕТРЫ АГРЕГАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ В ПРЕД- И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	207

0518	ВОЗМОЖНОСТИ РЕОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	208
0519	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА A (-153) G ГЕНА AT2R1 С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ	208
0520	ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	208
0521	НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ПРОДУКЦИИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ D ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.	209
0522	ВЫЖИВАНИЕ КАРДИОМИОЦИТОВ МЫШЕЙ MDX И РЕПАРАЦИЯ ДНК ПОСЛЕ ДИНАМИЧЕСКОГО СТРЕССА	209
0523	ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В БЛИЖАЙШИЙ (ДО 1 ГОДА) ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД	210
0524	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КИСЛОВОДСКЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРИ НАЛИЧИИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ	210
0525	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	210
0526	ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	211
0527	ПЛОТНОСТЬ И ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ «ЭПСИЛОН» ВОЛНЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН	211
0528	ЧАСТОТА, ПЛОТНОСТЬ НОВЫХ СЛУЧАЕВ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА БРУГАДА СРЕДИ ЖЕНЩИН	212
0529	ЧАСТОТА СОКРАЩЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	212
0530	КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС	212
0531	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ «НЕБИДО» НА ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ	213
0532	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕСТОСТЕРОНА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ	213
0533	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ	213
0534	ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЕЁ ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПОДВЫБОРКЕ НОВОСИБИРСКА	214
0535	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	214
0536	ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАДАЛАФИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2 СТАДИИ	214
0537	ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ НОВОГО АНТИАГРЕГАНТА СРЕДИ ДИЕНО ДЕРИВАТОВ ИНДОЛЬНОГО РЯДА	215
0538	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКВАТОРА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	215
0539	ВЛИЯНИЕ ЛИШУАНА НА СОДЕРЖАНИЕ ЛИПОПРОТЕИДОВ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	216
0540	ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИИ С КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	216
0541	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СОТРУДНИКОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	216
0542	ГИПОТИРЕОЗ КАК ПРИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	217
0543	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕРИКА АТОРВАСТАТИНА – ПРЕПАРАТА АТОРИС ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	217
0544	СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ	217
0545	КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ	218
0546	ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И РЕПОЛЯРИЗАЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	218
0547	СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	219
0548	ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ	219
0549	ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОФЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ	219
0550	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ	220
0551	ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ	220
0552	ИССЛЕДОВАНИЕ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА-В-ТИПА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	220
0553	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	221
0554	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИНДРОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	221
0555	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	222

0556	СОСТОЯНИЕ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПАРАМЕТРЫ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ПРИ СТАБИЛЬНОМ И КРИЗОВОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	222
0557	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	223
0558	РОЛЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	223
0559	ВЛИЯНИЕ ГИПЕРФИБРИНОГЕМИИ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	223
0560	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Г. ЯКУТСКА	224
0561	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА РЕСИНХРОНИЗАЦИЮ РАБОТЫ СЕРДЦА	224
0562	ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ	224
0563	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АГРЕССИВНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ВЫСОКИМ РИСКОМ	225
0564	КЛИНИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ СЕЛЕКТИВНОГО β - АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБИВОЛОЛА У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА	225
0565	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У МУЖЧИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	225
0566	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	226
0567	РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ, КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	226
0568	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ	227
0569	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ИСКУССТВЕННОГО КЛАПАНА: СОВРЕМЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ	227
0570	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС И АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ЖЕНЩИН	227
0571	НАРУШЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	228
0572	ПРЕОБЛАДАНИЕ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ β_1 АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ И ТРАНСКРИПЦИОННОГО ФАКТОРА SP4 ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	228
0573	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ	229
0574	ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И ОБЩЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ПУТЕМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	229
0575	НОВЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	229
0576	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	230
0577	ТЕСТОСТЕРОН И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	230
0578	ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	231
0579	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ, СОСТОЯНИЕ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	231
0580	РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В ТОМСКЕ ПРОГРАММЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	231
0581	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	232
0582	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗОРИЛА В ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	232
0583	ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ	233
0584	ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ АКТИВНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ	233
0585	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗОДИЛАТАТОРОВ ПРИ ХСН У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	233
0586	РАЦИОНАЛЬНОЕ ДОЗИРОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ	234
0587	ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХСН	234
0588	ОЦЕНКА РЕАКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	235
0589	ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ КАК РАННЕГО МАРКЕРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	235
0590	ОЦЕНКА СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ	235
0591	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С РАЗЛИЧНОЙ СОХРАННОСТЬЮ ФУНКЦИИ ПОЧЕК	236
0592	ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХСН НА ФОНЕ CRT	236
0593	РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА	237
0594	НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	237
0595	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЛИЦ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	237
0596	ПРЕДЫНФАРКТНАЯ СТЕНОКАРДИИ И ВОЗРАСТ: ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ТЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	238

0597	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ	238
0598	УВЕЛИЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА НА РАННИХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	239
0599	ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	239
0600	ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	239
0601	КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	240
0602	ИЗМЕНЕНИЯ АД И НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С СИСТЕМНОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ МНОГОЛЕТНЕМ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ	240
0603	ПРОБЛЕМЫ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	241
0604	ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС	241
0605	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	241
0606	ОСОБЕННОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	242
0607	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У КУРЯЩИХ МУЖЧИН	242
0608	МОЖЕТ ЛИ КОРОНАРНАЯ БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА, ПРОВЕДЕННАЯ В ОСТРУЮ СТАДИЮ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОВЛИЯТЬ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ	243
0609	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	243
0610	ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХО-КГ	243
0611	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	244
0612	КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ОСЛОЖНЕННЫЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	244
0613	ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕЕВРА	245
0614	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕАТИНФОСФАТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	245
0615	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ КАПТОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	245
0616	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЛИЗИНОПРИЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	246
0617	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	246
0618	ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВАЗОДИЛАТАЦИОННОЙ И ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИКОРАНДИЛА	247
0619	ЗАЩИТНОЕ ДЕЙСТВИЕ 2,3-БУТАНДИОНМОНОКСИМА ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ СЕРДЦА КРЫСЫ	247
0620	ВЛИЯНИЕ ТЕТРАНИТРОЗИЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ЖЕЛЕЗА НА АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ	247
0621	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ХРОНИЧЕСКОГО РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	248
0622	ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ СТРЕССА С ПОМОЩЬЮ «ШКОЛЫ УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ» (пилотное исследование)	248
0623	РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ, ПРОЖИВАЮЩЕЙ НА ЗАГРЯЗНЕННЫХ РАДИОНУКЛИДАМИ ТЕРРИТОРИЯХ	249
0624	ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	249
0625	КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	249
0626	ОПЫТ СИМУЛЬТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТРЕПТОКИНАЗЫ И АЛПРОСТАДИЛА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	250
0627	ДИАГНОСТИКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕИНВАЗИВНОЙ ИМПЕДАНСНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ	250
0628	ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА С СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	251
0629	ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА, ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И β_2 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	251
0630	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	251
0631	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	252
0632	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА	252
0633	СЕРДЦЕ ПРИ СИНДРОМЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	253

0634	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС	253
0635	ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЕ СОПРЯЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ	253
0636	ИЗМЕНЕНИЕ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОМ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИИ	254
0637	КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	254
0638	ВЛИЯНИЕ ДЕЗАГРЕГАНТОВ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	255
0639	ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	255
0640	О СООТНОШЕНИИ НАТРИЯ И КАЛИЯ В СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЕГО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	255
0641	ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И КОГНИТИВНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	256
0642	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	256
0643	ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	256
0644	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	257
0645	ЧАСТОТА ГЕМОДИЛЮЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕЕ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЕМИИ РАЗВЕДЕНИЯ	257
0646	ПРОБЛЕМА ГИПОДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	258
0647	РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	258
0648	РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ КУЛЯБА	258
0649	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ НА ФОНЕ ПРИЕМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ	259
0650	ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ	259
0651	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	260
0652	ВЛИЯНИЕ ОКИСЛЕННОГО ФИБРИНОГЕНА НА ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ИБС И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	260
0653	ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ	260
0654	ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ГОРОДЕ БИШКЕК	261
0655	ТРАНСДУКЦИЯ EX VIVO КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА МЫШИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ НА ОСНОВЕ ЛЕНТИВИРУСА HIV	261
0656	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ	261
0657	ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ КОМИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА В СРАВНЕНИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМИ РЕГИСТРАМИ	262
0658	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	262
0659	АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РУКОВОДСТВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	263
0660	АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ЭУТИРЕОИДНЫМ ЗОБОМ	263
0661	ОБ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛАПИНИНА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	264
0662	ХАРАКТЕР ЛИПИДНОГО СПЕКТРА БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА	264
0663	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	264
0664	ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	265
0665	ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	265
0666	ОСОБЕННОСТИ САНАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	265
0667	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН МАТЕРИ – ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛОЙ МАССОЙ ТЕЛА	266
0668	РОЛЬ УРОВЕНЯ ЭКСПРЕССИИ И ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА ABCA1 ТРАНСПОРТЕРА В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ	266
0669	СПЕЦИФИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУННОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ	267
0670	АССОЦИАЦИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ	267

0671	О РОЛИ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	267
0672	АПРОБАЦИЯ И ОЦЕНКА СТАНДАРТИЗОВАННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА, КАК МЕТОДА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	268
0673	ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И РЕАКЦИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У ЮНОШЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	268
0674	БАРОРЕФЛЕКТОРНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ	269
0675	ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Ь-БЛОКАТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	269
0676	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ИССЛЕДУЕМЫХ РАЗЛИЧНЫХ ВЫСОТНЫХ УРОВНЕЙ	269
0677	СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	270
0678	ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕАКТИВНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ И ФАКТОРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	270
0679	МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	271
0680	СИНДРОМ ЭНДОТЕЛИОЗА И ЛИМФОЦИТАРНО – ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	271
0681	ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ КОРОТКИХ (ПЯТИМИНУТНЫХ) ЗАПИСЕЙ ЭКГ	271
0682	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ: СЕМЕЙНАЯ АГРЕГАЦИЯ ФЕНОТИПОВ И ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ	272
0683	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЬЮТЕРНОЙ АПЕКСКАРДИОГРАФИИ, СФИГМОГРАФИИ И РЕОГРАФИИ	272
0684	СОСТОЯНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПОЧВЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ: ИМЕЕТ ЛИ ОНО КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	272
0685	ЗНАЧЕНИЕ ГЕОМЕТРИИ ПОЛОСТИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗОГЕННОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ПРОБЕ В ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	273
0686	ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ РАЗЛИЧНЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	273
0687	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	274
0688	МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК КРИТЕРИИ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЁННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	274
0689	ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ НАГРУЗОЧНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	274
0690	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ ОМЕГА-3 И АТОРВАСТАТИНА НА СОСТАВ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ИБС	275
0691	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	275
0692	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНОГО ПРЕПАРАТА МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДКМП	275
0693	ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «АРИФОН-РЕТАРД» У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	276
0694	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2: ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT	276
0695	КАРДИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ВЫЯВЛЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	277
0696	КОРРЕКЦИЯ ИМПАЗОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	277
0697	ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОАЛЬБУМИУРИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	277
0698	ВЕГЕТАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	278
0699	ТРЕХМЕРНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ – НОВОЕ ВИДЕНИЕ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	278
0700	ВЗАИМОСВЯЗИ ОЖИРЕНИЯ, ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУ-ЗЕ	279
0701	ГИПЕРУРИКЕМИЯ – КАК КОМПОНЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ИБС И БЕЗ ИБС	279
0702	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	279
0703	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ГОМОЦИСТЕИН	280
0704	ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ТРЕХЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА	280

0705	ГИПЕРГЛИКЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	281
0706	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНОМ И ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ФАКТОРЫ РОСТА АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	281
0707	ИЗУЧЕНИЕ КАРДИОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 3-ГИДРОКСИПИРИДИНА НА АДРЕНАЛИНОВОЙ МОДЕЛИ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ	281
0708	РАССЛАИВАЮЩАЯ АНЕВРИЗМА ГРУДНОЙ АОРТЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА	282
0709	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	282
0710	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ МАРКЕРОВ АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРИТМИЯМИ СЕРДЦА	283
0711	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОКАЗАТЕЛИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	283
0712	ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ – ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	283
0713	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КОРРЕКТОРАМИ МЕТАБОЛИЗМА НА ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ	284
0714	ОСОБЕННОСТИ ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СИНДРОМАХ ТИРЕОТОКСИКОЗА И ГИПОТИРЕОЗА	284
0715	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	285
0716	ИЗМЕНЕНИЕ ЦИРКАДИАННОГО И УЛЬТРАДИАННОГО РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	285
0717	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАЗ СТРЕССА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	285
0718	ТРОМБЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА#	286
0719	ПРИМЕНЕНИЕ НОЛИПРЕЛА-ФОРТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	286
0720	ШКОЛЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	287
0721	ГЕМОСТАЗ И ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ПЛАЗМАФЕРЕЗЕ	287
0722	ПРИЗНАКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ	287
0723	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	288
0724	ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПО ДАННЫМ ОПРОСА ВРАЧЕЙ	288
0725	СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ВИДЕОБИОМИКРОСКОПИИ СОСУДОВ БУЛЬВАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ	289
0726	ДИНАМИКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕРАПИИ	289
0727	ПРОТЕИНУРИЯ – ВОЗМОЖНЫЙ ФАКТОР РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	289
0728	ФАКТОРЫ РИСКА МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	290
0729	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН В ХИРУРГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ	290
0730	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СОЧЕТАНОЙ ПАТОЛОГИИ	291
0731	ЗНАЧЕНИЕ hs-CRP В РАЗВИТИИ МИОКАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СВЯЗИ С ЧРЕСКОЖНЫМИ КОРОНАРНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ У БОЛЬНЫХ ИБС	291
0732	АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ	291
0733	ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОПРАНОЛОЛА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ	292
0734	ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА КАРДИОГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И СНИЖЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	292
0735	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ПРОПРАНОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И НОРМАЛЬНЫМИ РАЗМЕРАМИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ОСТРОМ ЛЕКАРСТВЕННОМ ТЕСТЕ	293
0736	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТЛИЧИЯ ЮНЫХ ГРЕБЦОВ С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	293
0737	ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС, ИШЕМИЯ МИОКАРДА, НЕЙРОХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ КРОВИ И ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ КСХ	293
0738	ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ТЕМПЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.	294
0739	РОЛЬ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА ГЛУТАТИОН-S-ТРАНСФЕРАЗ В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	294
0740	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ СТРЕССА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ КАТФ И КСА КАНАЛОВ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ	295
0741	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРТОВОЙ СЕПТАЛЬНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	295

0742	ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	296
0743	M235T ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	296
0744	ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ И ЕЕ РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	296
0745	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНХИБЕЙСОМ И АМЛОТОПОМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	297
0746	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	297
0747	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	297
0748	НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ	298
0749	ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ДИСФУНКЦИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И УРОВЕНЬ НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ	298
0750	ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ	299
0751	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИЗААРА НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	299
0752	ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И НЕКОТОРЫХ СВЯЗАННЫХ С НИМ ФАКТОРОВ НА ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	299
0753	ОЦЕНКА ДОСТИЖЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ЦЕЛЕВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	300
0754	СИСТОЛИЧЕСКАЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ	300
0755	ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ И РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ	300
0756	ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА	301
0757	ВЗАИМОСВЯЗЬ ДАННЫХ ЦВЕТНОЙ И ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОМЕТРИИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	301
0758	МЫШЕЧНЫЙ СТАТУС У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЖНО УЛУЧШИТЬ УЖЕ В СТАЦИОНАРЕ	302
0759	ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ	302
0760	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИВАБРАДИНА В СОЧЕТАНИИ С БИСПРОЛОЛОМ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	302
0761	ИНФАРКТ МИОКАРДА: ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРОМБОЛИЗИСА	303
0762	ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ	303
0763	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	304
0764	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	304
0765	ПРОИСХОЖДЕНИЕ КЛЕТОК НЕОИНТИМЫ У ХИМЕРНЫХ КРЫС С ГЕНЕТИЧЕСКИ МАРКИРОВАННЫМИ КЛЕТКАМИ КОСТНОГО МОЗГА	304
0766	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НА РАЗМЕРЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ	305
0767	ВОЗМОЖНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	305
0768	СИСТЕМНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ	305
0769	ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭПИЗОДОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	306
0770	ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ОЦЕНКЕ ЭНДОТЕЛИЙ-НЕЗАВИСИМОЙ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОЙ ВНУТРИГРУДНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	306
0771	ЭФФЕКТ АЦИПИМОКСА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	307
0772	КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	307
0773	ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	307
0774	АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ СЕМЕЙСТВА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	308
0775	ОЦЕНКА МИКРОВОЛЬТОВОГО АЛЬТЕРНАНСА ЗУБЦА T У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	308
0776	НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	309
0777	МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	309
0778	ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	309
0779	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛОЗАРТАНОМ И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ В СРАВНЕНИИ С АМЛОДИПИНОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.	310

0780	ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ И ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫХ СВОЙСТВ ЭНАЛАПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	310
0781	ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНОТИПОВ И АЛЛЕЛЕЙ ГЕНА СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА У ЛИЦ КАЗАХСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ	311
0782	ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА	311
0783	ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТАМ САМОКОНТРОЛЯ И САМОЛЕЧЕНИЯ	311
0784	АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПЕРИОД ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ СТЕНОКАРДИИ	312
0785	ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	312
0786	КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ ФИБРОЭЛАСТОМЕ СЕРДЦА	313
0787	НАРУШЕНИЯ СНА И ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	313
0788	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РОССИЙСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ ДВУХЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)	314
0789	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	314
0790	ВКЛАД ОСНОВНОГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ И ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО РОСТОВОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИЕ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	314
0791	КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ: ВАРИАНТЫ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОГО ДЕФИЦИТА	315
0792	ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНОГО СОСТАВА КРОВИ, ПРОДУКТОВ ИХ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ И МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ	315
0793	ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРЮШНОТИФОЗНОГО МИОКАРДИТА	316
0794	АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ	316
0795	К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИМПЛАНТИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ	316
0796	КЛИНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА, КОРРЕГИРОВАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ	317
0797	МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ГЕНЕРАТОРА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ	317
0798	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА	317
0799	ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СКОРОСТИ Na^+ - Li^+ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА И МИКРОВЕЗИКУЛЯЦИИ, КАК ПЕРВОГО ЭТАПА ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	318
0800	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	318
0801	ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	319
0802	КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС	319
0803	ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ХМАО-ЮГРЕ	319
0804	ВНУТРЕННЯЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	320
0805	ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	320
0806	МАТЕМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА	321
0807	МАТЕМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОЦЕНКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	321
0808	МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ИНФАРКТА МИОКАРДА	321
0809	ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	322
0810	ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В МОНИТОРИНГЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	322
0811	ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА, КАК ФАКТОР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	323
0812	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	323
0813	РОЛЬ ЭНДОТОКИСКАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	323
0814	СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ T174M И M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ МЕМБРАННЫХ БЕЛКОВ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	324
0815	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	324
0816	КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В НОРМАЛЬНЫХ И ИШЕМИЗИРОВАННЫХ СТРУКТУРАХ ПО ДАННЫМ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ	325
0817	КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ТЕВЕТЕНОМ	325

0818	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ СИМВАСТАТИНА НА ДИСПЕРСИЮ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА	325
0819	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДОЗАЗАВИСИМОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА	326
0820	СЕГМЕНТАРНАЯ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	326
0821	ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, СУТОЧНОГО РИТМА АД И СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ СТАДИЕЙ АГ	327
0822	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПО ДАННЫМ СПИРОЭРГОМЕТРИИ У МУЖЧИН С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ТРЕДМИЛ-ТЕСТЕ	327
0823	ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА	328
0824	ИЗМЕНЕНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОПАФЕНОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛИЗИНОПРИЛОМ	328
0825	ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ	328
0826	КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛЫХ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	329
0827	РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АСПИРИНУ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	329
0828	ВЕЛИЧИНА ПРОСТРАНСТВЕННОГО УГЛА QRS-T У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ	330
0829	ЖЕСТКОСТЬ И ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ И ПОЛОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ	330
0830	ВОЗМОЖНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКЦИИ МОНОТЕРАПИЕЙ МЕТОПРОЛОЛОМ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	330
0831	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ Gln27Glu ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА b2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА	331
0832	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	331
0833	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ – АЙСБЕРГ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	331
0834	ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗИНОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	332
0835	ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА В СОЧЕТАНИИ С ТРАДИЦИОННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	332
0836	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ – НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАПИЛЛЯРОВ И ПРЕКАПИЛЛЯРНЫХ СОСУДОВ СОПРОТИВЛЕНИЯ	333
0837	ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	333
0838	ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДОИНСУЛЬТНЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	333
0839	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	334
0840	СПОСОБЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ БРАДИКАРДИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	334
0841	ПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОПАФЕНОНА И СОТАЛОЛА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ ТАХИКАРДИЯХ	335
0842	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫМИ РЕЦИПРОКНЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ ДО ОПЕРАЦИИ И В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ	335
0843	ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	336
0844	СТРУКТУРА ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	336
0845	ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА	336
0846	СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА	337
0847	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛИПОДОГРЕЛЯ В РАЗЛИЧНЫХ НАГРУЗОЧНЫХ ДОЗАХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	337
0848	ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМНОГО ВЛИЯНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	337
0849	ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	338
0850	СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ОТРАЖЕНИЕ ОБЩИХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА	338
0851	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТИЛТ-ТЕСТА И GLN27GLU ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА b2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	339

0852	ДЕЗАДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ПЕРСОНАЛА НЕФТЕГАЗОВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	339
0853	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПЕРСОНАЛА НЕФТЕГАЗОДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ, РАБОТАЮЩИХ ВАХТОВЫМ МЕТОДОМ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	339
0854	ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	340
0855	ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	340
0856	ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	341
0857	МЕСТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОРА РИСКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	341
0858	ИССЛЕДОВАНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ	341
0859	ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ОЖИРЕНИЯ НА ГЕОМЕТРИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	342
0860	ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ: ДАННЫЕ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА	342
0861	ЭФФЕКТЫ КАРВЕДИЛОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	342
0862	ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ. РОЛЬ РАННЕЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ	343
0863	ВЫБОР ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	343
0864	РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ (АСПИРИН + КЛОПИДОГРЕЛЬ)	343
0865	ОПЫТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	344
0866	ВЛИЯНИЕ КОРАКСАНА НА СУТОЧНУЮ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	344
0867	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОРАКСАНОМ	345
0868	МАРКЕР НЕОАРТЕРИОГЕНЕЗА PLGF КОРЕЛЛИРУЕТ С ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ОТДАЛЕННЫМ ПРОГНОЗОМ У БОЛЬНЫХ ИБС	345
0869	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТРОФАЗНОГО БЕЛКА ГАПТОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИБС	345
0870	МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ	346
0871	УРОВНИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ В АРТЕРИЯХ ПРИ ОСТРОМ АТЕРОТРОМБОЗЕ	346
0872	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ КАК МАРКЕРОВ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	346
0873	ГЛОБАЛЬНАЯ И ЛОКАЛЬНАЯ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ	347
0874	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ НА БИОМАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	347
0875	ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ G272S И C825T ГЕНА GNB3 В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ЧЕРНОЗЕМЬЕ	347
0876	РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	348
0877	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	348
0878	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	349
0879	РОЛЬ ОПТИМАЛЬНОЙ АППОЗИЦИИ КОРОНАРНОГО СТЕНТА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗА	349
0880	ИЗУЧЕНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ	349
0881	КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ	350
0882	НЕЙРОВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ, КОГНИТИВНЫЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	350
0883	ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО И НЕИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	351
0884	ПРИМЕНЕНИЕ БИОУПРАВЛЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	351
0885	ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	351
0886	РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ У НИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	352

0887	ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И РЕОЛОГИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РЕВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	352
0888	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ	353
0889	СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	353
0890	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	353
0891	ТЕТРАЗОЛИЕВАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	354
0892	ВЛИЯНИЕ ТЕОТАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	354
0893	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	355
0894	НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ)	355
0895	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	355
0896	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА, ЭНДОТЕЛИНА-1 И СИНТЕТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	356
0897	СОСТОЯНИЕ СТЕНКИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАРУШЕННЫМ СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	356
0898	ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ	356
0899	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ТЕНЕКТЕПАЗОЙ (МЕТАЛИЗЕ) В САРАТОВЕ	357
0900	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НЕБИВОЛОЛОМ	357
0901	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В СНИЖЕНИИ ЯВЛЕНИЙ ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	357
0902	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	358
0903	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА И ЛОЗАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	358
0904	ОСОБЕННОСТИ АВТОНОМНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕВОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА	358
0905	РЕАКТИВНОСТЬ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ТИРЕОПАТИЯМИ	359
0906	УРОВЕНЬ ФНО-а У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	359
0907	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН: ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	360
0908	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	360
0909	ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	360
0910	РАННЕЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	361
0911	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	361
0912	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА	362
0913	ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЛАЦИДИПИНОМ, ЭНАЛАПРИЛОМ И ИХ КОМБИНАЦИЕЙ	362
0914	СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	362
0915	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT У ДЕТЕЙ ШЕСТИЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА	363
0916	ТРОМБОЛИЗИС ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ЕСТЬ ЛИ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ	363
0917	НАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: АКТУАЛЬНОСТЬ И МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ	364
0918	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	364
0919	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КАРДИОСТАТИНА В СОЧЕТАНИИ С КОНКОРОМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	364
0920	ГИПЕРИНСУЛИНЕМИЯ У МУЖЧИН РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	365
0921	APPLE CIDER VINEGAR IN THE REDUCTION OF ARTERIAL PLAQUING	365
0922	INCREASING TESTOSTERONE LEVELS IN PREVENTIVE CARDIOLOGY	365
0923	THE EFFECT OF CONCOMITANT USE OF MONOPRIL AND SPIRONOLACTONE IN PATIENTS WITH MILD TO MODERATE CONGESTIVE HEART FAILURE	365
0924	THE ROLE OF EPSOM SALTS [MAGNESIUM SULPHATE] IN RAISING SERUM MAGNESIUM	366
0925	STRATEGIES TO TREAT AND PREVENT CARDIAC DISEASES BY PHARMACOLOGICALLY TARGETED CARDIAC GAP JUNCTIONS	366
0926	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИЛИ ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ПОВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	366

0927	УРОВЕНЬ NT-PROBNP У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ	367
0928	ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРДИОХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ДЕСАТУРАЦИОННЫХ ЭПИЗОДАХ И УТРЕННИХ ПОДЪЕМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВО СНЕ	367
0929	УТРЕННИЙ ПОДЪЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	367
0930	ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАНА	368
0931	ВЛИЯНИЕ КАПТОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ РИГИДНОСТИ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРОМ ТЕСТЕ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	368
0932	УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ПОКАЗАТЕЛЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЕРЕВАНА	368
0933	ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ПУЛЬСОВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ	369
0934	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАНА	369
0935	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЕРЕВАНА	369
	ДИНАМИКА ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ КБС ПОСЛЕ ЖИРОВОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРИМЕТАЗИДИНОМ	370