



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ РФ
ВСЕМИРНАЯ ФЕДЕРАЦИЯ СЕРДЦА
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ФГБУ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ МИНЗДРАВА РОССИИ
РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО
ФОНД СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ КАРДИОЛОГИИ «КАРДИОПРОГРЕСС»

V МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ и ТЕРАПЕВТОВ

29 – 31 марта 2016 г.,
г. Москва

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Специальный выпуск журнала
Кардиоваскулярная терапия и профилактика,
2016; 15 (март)

FEATURES OF SYSTOLIC AND DIASTOLIC LEFT VENTRICULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE UNDERGOING SURGICAL REVASCULARIZATION

Alyavi A.L., Tulyaganova D.K., Sabirjanova Z.T., Shodiev J.D., Radjabova D.I.

JSC «The Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Therapy and Medical Rehabilitation», Tashkent, Uzbekistan

Objective. To study the effect of angioplasty of the coronary arteries on the state of systolic and diastolic function of the left ventricle (LV) in patients with coronary heart disease (CHD).

Materials and Methods. Total surveyed 45 patients with CHD, stable angina FC II–III, aged 43 to 65 years. The mean age was $51,4 \pm 5,8$ years. Among them, 21 patients with previous non-Q-wave myocardial infarction, the remaining 24 patients with a Q-wave myocardial infarction. Before and after the angioplasty, all patients were followed by general clinical and instrumental investigations. There were determined standard indicators on echocardiography to study the state of systolic heart function: the size of the right ventricle (RV), the size of the right atrium (RA). It measured the size of the left atrium (LA), end-diastolic diameter of left ventricle (EDD LV) and end-systolic diameter of left ventricle (ESD LV), the thickness of the interventricular septum and posterior wall of the left ventricle (IVST and PWLV) at the end of diastole.

Hemodynamic parameters were calculated (for Teichholz, 1976., Simson): end-diastolic volume of LV (EDV LV), end-systolic volume of LV (ESV LV), stroke volume of LV (SV LV), antero-posterior shortening fraction of the left ventricle size (FS) and ejection fraction (EF).

Diastolic parameters were evaluated by transmitral diastolic flow in pulsed mode with calculation of peak velocities of early diastolic filling (E) and atrial systole (A), their ratio (E / A), isovolumetric relaxation time (IVRT), deceleration time (DT), atrial filling fraction (AFF).

Selective coronary angiography was performed on polypositional complexes «Optima» («General Electric Medical Systems», USA). Quantify the degree of stenosis was carried out by special programs (CASS II). If necessary, it was performed intravascular ultrasound (IVUS). The procedure of percutaneous transluminal coronary angioplasty and stent placement was performed by transfemoral access, controlled by the same apparatus as in the performance of CAG. We used a balloon-expandable stent as a drug-coated, and without it.

Results. Baseline systolic and diastolic function were worse in patients with Q myocardial infarction. After intervention in patients with a Q-positive and Q-negative processes occurred unidirectional changes: increased ejection fraction from $50,5 \pm 0,5$ to $55,6 \pm 0,4$; $p < 0,05$, increased normokinesia area. Diastolic performance also improved, but more significant changes have occurred in patients with a Q-positive postinfarction cardiosclerosis. There was an increase in peak E from $56,2 \pm 2,6$ to $81,4 \pm 2,9$ ($p < 0,05$); normalization ratio E / A from $0,8 \pm 0,01$ to $1,3 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), with a decrease in the IVRT $110 \pm 6,0$ to $91,2 \pm 3,2$ ($p < 0,05$).

Similar but statistically insignificant changes have occurred in patients with Q negative cardiosclerosis.

Conclusions. Thus, coronary artery revascularization contributes the most pronounced positive changes in systolic and diastolic function in patients with Q-wave myocardial infarction, than in patients after non-Q-wave myocardial infarction.

НЕТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Абдрахманова А.И., Цибулькин Н.А.

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Нетипичная локализация болей является одним из актуальных проблем в диагностике инфаркта миокарда (ИМ). С помощью ретроспективного анализа представлены две клинические случаи, демонстрирующие клиническую картину нетипичной локализации болей при ИМ.

Пациент К., 59 лет. Ухудшение самочувствия с 31,07: интенсивные жгучие боли в груди справа с иррадиацией в правую руку, слабость на фоне повышения АД до 220/100 мм рт. ст., боль длилась около 30 минут, купировалась на фоне приема гипотензивных препаратов. 03,08. жгучие боли в правой половине грудной клетки, с иррадиацией в руки (больше – вправо), эпигастрий. Принимал оmez, гасгал – без значимого эффекта, купировались после инъекции кеторола. 04,08.: дискомфорт в эпигастральной области, без значимой динамики при нагрузках, прошел ФГДС. Заключение: Острый гастрит, дуоденит, ассоциированный с Нр. Амбулаторно снята ЭКГ (признаки ИМ с з.О передне-боковой стенки ЛЖ), доставлен в стационар. Проведена КАГ: Стеноз среднего сегмента ПМЖВ50%. Окклюзия 1ДА в проксимальном сегменте Стеноз среднего сегмента ОВ40%.

Стеноз ЗМЖВ 50 %. Сердечные маркеры: тропонин I 29,7 нг/мл, миоглобин 43,9 нг/мл. Выставлен диагноз: ИБС: ИМ с зубцом Q передней стенки левого желудочка от 02.08.2014 г. ХСН 1 стадии ФК 2.

Пациент С., 62 года. Поступил с жалобами на тяжесть в области сердца. С августа боли 1 раз в 2–3 дня в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в левую руку, кратковременные, без четкой связи с физической нагрузкой, купирующиеся при принятии определенного положения тела через несколько минут. Участковым терапевтом назначено лечение по поводу остеохондроза: массаж, НПВП – уменьшение болей в позвоночнике. 28,08. однократно сжимающе-давящая боль в позвоночнике при выходе на улицу, сопровождалась одышкой (улучшение в покое через 10 минут). С вечера 3,09. длительная сжимающая боль за грудиной, без иррадиации, носила волнообразный характер, 4,09. вызвана скорая помощь, снята ЭКГ, оказана помощь, пациент госпитализирован. КАГ: протяженный стеноз ПМЖВ в среднем сегменте 98 % по диаметру (субокклюзия). Устьевой стеноз 1ДВ 40–50 % по диаметру. Экстренное ЧКВ ПМЖА. Тропонин I 16,2 нг/мл, миоглобин 27,2 нг/мл. ЭХОКС: Акинезия всех апикальных сегментов (толщина миокарда 0,4–0,5 см), выраженный гипокинез медиальных переднего и перегородочных сегментов ФВ 45 %. В верхушке левого желудочка неподвижные тромбы 1×1,4 см, диаметром 0,7 см и 1 см. ДДЛЖ первого типа. Расхождение листков перикарда в диастолу над правым предсердием 0,8 см. Выставлен диагноз: ИБС: инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки левого желудочка от 28,08. 2014 г. Тромб левого желудочка (неподвижный). ХСН 2а стадии. ФКЗ. Умеренный гидрперикард.

Заключение: Представленные примеры указывают на плохую информированность населения об атипичных клинических проявлениях острого инфаркта миокарда, на поверхностное, недостаточно внимательное отношение к жалобам врачей первичного звена, что является одной из наиболее частых причин запоздалой диагностики ИМ, нередко завершающейся серьезными клиническими осложнениями.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ИБС

Абдрахманова А.И.^{1,2}, Ослопова Ю.В.²

¹Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия,

²Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия

Цель: предоставить клинический случай безболевого ишемии миокарда как проявления ИБС.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинской документации.

Результаты: Пациент А. 66 л. Заболел 19,09. после переохлаждения и физической нагрузки стало першить в горле, появилась слабость. Обратился к терапевту, по ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 70 в мин, отклонение ЭОС влево, данные за ГЛЖ. Контрольный осмотр 20,09. ЭКГ (при отсутствии жалоб): ритм синусовый с ЧСС 70 в мин, отклонение ЭОС резко влево. БПВЛНПГ. ЭКГ картина переднего ИМСП|ST. Госпитализирован, выписан с диагнозом: ИБС. Острый передний распространенный инфаркт миокарда без з. Q. ХСН 1 ФК 1. Амбулаторно ХМТ ЭКГ:..максимальное ускорение синусового ритма до 125 в мин (подъем по лестнице) в 17,21. при выполнении физ. нагрузки (ходьба) в 10,58. – 10,59., 17,20. – 17,21., 8,10. – 8,21. зарегистрированы эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST -1,0–2,1–3,0 мм (без клинических проявлений). Поступил в КО для дообследования. Жалоб при поступлении нет. *Проведенные исследования:* ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС=68 уд. в минуту. Патологическое отклонение эл.оси сердца влево. Угол альфа = -59 град. БПВЛНПГ. ЭХОКС: уплотнение стенок аорты и створок аортального клапана. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка первого типа. Зоны нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлены. ФВ 68 %. КАГ: Тубулярный стеноз ПМЖВ в проксимальном сегменте в пределах 80 % по диаметру. Тубулярный стеноз ПМЖВ в среднем сегменте в пределах 20 % по диаметру. Межсистемные перетоки в ЗМЖВ и ЗБВ из бассейна ЛКА. ПКА. Окклюзия ПКА в проксимальном сегменте. *Перфузионная сцинтиграфия миокарда в покое:* Признаки слабо-выраженного нарушения перфузии передней стенки левого желудочка. Умеренное нарушение региональной сократимости апикального нижне-септального сегмента. Глобальная сократительная функция. *Перфузионная сцинтиграфия миокарда с нагрузочной пробой на ВЭМ:* признаки стресс-индуцированной ишемии миокарда ЛЖ, проявляющейся преимущественно его сократительной дисфункцией (транзиторная визуализация ПЖ), постнагрузочными явлениями «оглушения» миокарда в верхушечной области. Объем переходящего нарушения перфузии в передне-верхушечной области составил 10 % от общего объема миокарда. Стабильный слабо-выраженный дефект перфузии (рубцовая зона) передней стенки ЛЖ. Выставлен диагноз: ИБС: Безболевого ишемии миокарда. Атеросклероз КА. Тубулярный стеноз ПМЖВ в проксимальном сегменте (80 %). Окклюзия ПКА в проксимальном сегменте по данным КАГ от 24. 11. 2009 г. Перенесенный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка без зубца. Q (от 21,10.) Атеросклероз аорты. Недостаточность аортального клапана 1–2 ст.

Заключение: Клинический случай доказал необходимость динамического обследования больных с установленным диагнозом ИБС, включающего мониторинг ЭКГ, даже при отсутствии жалоб. Использование современных методов диагностики позволят своевременно и точно установить диагноз.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Турдикулова Ш.У., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Касымова Г.М.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Институт биоорганической химии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность аторвастатина и розувастатина у больных со стабильной формой ишемической болезни сердца.

Материал и методы. Обследовали больных стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса узбекской популяции: I группа (20) в качестве гиполипидемического препарата принимала аторвастатин, 20–40 мг сутки, II группа (20) – розувастатин в дозе 10–20 мг в сутки. До начала и через 3 месяца приема препаратов определяли липидный спектр (общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ)), С-реактивный белок (СРБ). Проводили определение полиформизмов генов ApoE и HMGCR методом полимеразно-цепной реакции в реальном времени (PCRRT). Базисная терапия включала антиагреганты, бета-адреноблокаторы, по показаниям – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов, нитраты.

Результаты. 55 % больных были с отягощенной наследственностью, индекс массы тела выше 25 (ИМТ>25) чаще определялся у пациентов со стенокардией напряжения III ФК. В день поступления в стационар отмечены более высокие показатели ОХС – $6,35 \pm 0,79$ ммоль/л, ТГ – $2,73 \pm 0,93$ ммоль/л и ХС-ЛПНП – $4,29 \pm 1,0$ ммоль/л в группе больных с сочетанными поражениями венечных артерий, по сравнению с таковыми у больных с изолированным поражением венечных артерий ($5,88 \pm 1,0$, $1,75 \pm 0,77$ и $3,27 \pm 1,01$ ммоль/л соответственно) и более низкий уровень ХС-ЛПВП, по сравнению с этим показателем у пациентов со стенокардией напряжения II и I ФК ($0,99 \pm 0,28$ и $1,03 \pm 0,34$ ммоль/л). В обеих группах отмечалось снижение уровня ХС, входящего в состав ЛПНП и очень низкой плотности (так называемый ХСнеЛПВП). Трехмесячное лечение розувастатином в дозе 10–20 мг/сут оказало более выраженный эффект в отношении общего ХС и ХС ЛПНП и других изученных показателей по сравнению с аторвастатином в дозе 20–40 мг/сут. В группе розувастатина отмечено повышение уровня ХС ЛПВП, что может говорить о более выраженном его антиатерогенном эффекте. Динамика снижения уровня СРБ оказалась сопоставимой в изучаемых группах больных ИБС с дислипидемией. При выборе статина для конкретного пациента обращали внимание на плейотропные (нелипидные) эффекты статинов. Изучение генов HMGCR и ApoE, участвующих в регуляции метаболизма липидов и статинов, позволило подобрать адекватные дозы аторвастатина и розувастатина для включенных в исследование больных ИБС узбекской популяции.

Заключение. Учет генетических маркеров является ключевым в выборе практикующего врача. Это может выделить группы пациентов с «относительной резистентностью» к статинам, позволяет повысить эффективность проводимого лечения и снизить побочные эффекты и материальные затраты при проведении гиполипидемической терапии.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 И МАГНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Абдуллаев Р.Ф., Кулиева А.Д., Гусейнзаде Р.Р.

НИИ кардиологии им. Дж. Абдуллаева;
Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Цель. Оценка взаимосвязи между уровнем эндотелина-1 (ЭТ-1) и магния (Mg^{++}) в сыворотке крови в зависимости от функционального класса (ФК) и перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материал и методы. Обследованы 58 пациентов со ССН. Средний возраст $57,1 \pm 1,9$ лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Средний возраст $48,2 \pm 3,5$ лет. Уровень ЭТ-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на микропланшетном ридере InfiniteF-50 фирмы TЕСAN (Швейцария). Концентрацию Mg^{++} в сыворотке крови определяли калориметрическим методом с помощью набора реактивов PRESTIGE 24 на аппарате Biolis24 Premium (Польша).

Результаты. Исследования показали статистически значимое повышение уровня ЭТ-1 и снижение уровня Mg^{++} в сыворотке крови в общей группе больных со ССН в сравнение с контрольной группой и составили $1,28 \pm 0,23$ и $0,52 \pm 0,13$ фмоль/мл для ЭТ-1 и $0,82 \pm 0,02$ и $0,98 \pm 0,08$ ммоль/л для Mg^{++} соответственно ($p < 0,05$). Выявлена обратная связь между уровнями ЭТ-1 и Mg^{++} в зависимости от тяжести ФК и перенесенного ИМ

и характеризовалась увеличением содержания ЭТ-1 и снижением концентрации Mg^{++} по мере ухудшения ФК стенокардии. Самый высокий уровень ЭТ-1 и самый низкий уровень Mg^{++} наблюдались у больных перенесенным ИМ. При оценке корреляционной связи между уровнями ЭТ-1 и Mg^{++} установлена отрицательная корреляционная связь между этими показателями ($r = -0,45$; $p < 0,05$). Полученные данные могут косвенно свидетельствовать о наличии повреждающего влияния ЭТ-1 и наоборот, протективного действия магния на эндотелий сосудов у больных ССН.

Выводы: 1. У больных стабильной стенокардией напряжения II и III ФК отмечается статистически достоверное повышение уровня эндотелина-1 и снижение концентрации магния в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой.

2. Установлена отрицательная корреляционная связь между уровнем эндотелина-1 и магния в крови и характеризуется усилением степени корреляции в зависимости от тяжести функционального класса стенокардии и перенесенного инфаркта миокарда.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В ГРУППАХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

*Авдеева К.С., Петелина Т.И., Гапон Л.И., Третьякова Н.В., Петрашевская Т.Г., Поливцева Н.В.,
Терехова Ж.В., Добрынина Л.А.*

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

Цель. Изучить особенности показателей жесткости сосудистой стенки, взаимосвязь с биохимическими параметрами сыворотки крови у пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением (АГ и АО), разделенных по гендерному признаку.

Материал и методы. В исследование включено 66 человек мужского и женского пола с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением (АГ и АО). 1 группу составили мужчины 24 человека (средний возраст $51,75 \pm 3,47$ лет), из них 6 человек до 50 лет ($47,5 \pm 1,76$ лет) и 18 человек старше 50 лет ($53,16 \pm 2,61$ лет). 2 группа – женщины (средний возраст $50,02 \pm 5,06$ лет), из них 18 женщин до 50 лет ($44,83 \pm 3,90$ лет) и 24 женщины старше 50 лет ($53,91 \pm 2,7$ лет). Индекс массы тела (ИМТ) в 1 группе ($33,08 \pm 3,92$ кг/м²), во 2 группе ($34,03 \pm 3,57$ кг/м²). Группы пациентов сопоставимы по возрасту, уровню офисного давления. Пациентам во всех исследуемых группах проводилось исследование эластических свойств сосудистой стенки методом сфигмографии на аппарате Vasera VS-1000 Series (Fukuda Denishi, Япония), с оценкой показателей: PWV-R/L – скорость распространения пульсовой волны по артериям эластического типа, САVI – сердечно-лодыжечный индекс, R-AI – индекс аугментации, ABI-R/L – лодыжечно-плечевой индекс; биохимических параметров крови – липидный спектр (общий холестерин ОХС, липопротеиды низкой плотности ЛПНП, липопротеиды высокой плотности ЛПВП, триглицериды ТГ); воспалительные маркеры -высокочувствительный С-реактивный белок (вч. СРБ); продукты перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид (МДА); маркеры эндотелиальной дисфункции – нитриты, эндотелин-1

Результаты. Достоверной разницы в группе мужчин и женщин с АГ и АО до 50 лет по показателям эластических свойств сосудистой стенки не выявлено. В группах старше 50 лет у женщин выявлено достоверное снижение показателя ABI-R, L ($p=0,05$) по сравнению с мужчинами. Из биохимических маркеров у женщин зарегистрированы достоверно более высокие показатели продуктов перекисного окисления липидов – МДА ($p=0,046$). Выявлены достоверные корреляции у женщин старше 50 лет ЛПВП с ABI-R ($p=0,001$), ABI-L ($p=0,008$); нитритов и эндотелина-1 с САVI ($p=0,033$ и $p=0,05$, соответственно). У мужчин старше 50 лет отмечается прямая взаимосвязь ОХ с PWV-R/L ($p=0,06/p=0,045$); вч. СРБ с ABI ($p=0,045$).

Выводы. Выявлены особенности во взаимосвязи параметров липидного профиля и маркеров воспаления с параметрами эластических свойств сосудистой в группах пациентов, разделенных по гендерному признаку. В возрастной группе старше 50 лет у женщин повышение жесткости сосудистой стенки ассоциировано с уровнем нитритов и эндотелина-1, у мужчин с уровнем общего холестерина и вч. СРБ.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,
Новосибирск, Россия

Цель. Целью исследования явилось установить ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) с высокими уровнями личностной тревожности (ЛТ) и депрессии в открытой популяции у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного сибирского города.

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

Результаты. При оценке влияния ЛТ на развитие ИБС по расширенным критериям было получено отношение шансов (ОШ) 4,07 (95 % ДИ=1,40±11,83, $p<0,05$), то есть у лиц с ИБС 25–64 лет высокие уровни ЛТ встречались достоверно чаще, чем у лиц без ИБС. Такая же закономерность наблюдалась и при рассмотрении влияния ЛТ на развитие ОИБС, причем в группе мужчин с ОИБС и ЛТ ОШ увеличилось более чем в два раза сравнительно с группой мужчин с наличием ИБС по расширенным критериям. Так, у мужчин с ОИБС 25–64 лет по критериям МК имели место значимые различия распространенности высокого уровня ЛТ сравнительно с группой без ОИБС – ОШ 9,51 (95 % ДИ=1,23±73,26, $p<0,05$). У лиц с ВИБС и ЛТ различия с группой без ИБС по ОШ были недостоверными. При наличии высокого уровня депрессии с ИБС у мужчин 25–64 лет установлено ОШ 21,07, с ОИБС – 39,84.

Заключение. Таким образом, эпидемиологические критерии личностной тревожности и депрессии, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, необходимо использовать при профилактических осмотрах мужского населения и отборе лиц трудоспособного возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Акимов М.М., Акимова А.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,
Новосибирск, Россия

Цель. Целью исследования явилось изучение наличия жалоб и отношения к своему здоровью открытой популяции 25–64 лет в гендерном аспекте.

Материал и методы. Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского и женского пола в количестве 2000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % среди мужчин и 70,5 % среди женщин. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты по отношению к своему здоровью, вопросы анкеты сопровождался перечнем фиксированных ответов.

Результаты. В открытой городской популяции 42,4 % мужчин и 22,7 % женщин не имели жалоб на свое здоровье. Вместе с тем, 91,1 % мужчин и 88,5 % женщин указали на недостаточную заботу о своем здоровье.

Достаточно высоким уровень жалоб на свое здоровье оказался уже в возрастной группе 25–34 лет, показатель достоверно увеличивался в каждой последующей возрастной группе. Статистически значимые различия по этому параметру между мужчинами и женщинами имели место в возрастных категориях 25–34, 35–44, 45–54 лет и в целом в популяционной выборке 25–64 лет. Если в двух младших возрастных группах

и в популяции в целом показатель превалировал у женщин, то в возрасте 45–54 лет тенденция поменялась, жалоб на свое здоровье стало существенно больше среди мужчин.

В зависимости от возраста отмечалась выраженная тенденция к увеличению заботы о своем здоровье. На вопрос: «Как по-вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?», в возрастных группах были получены статистически значимые различия. Так, ответ «да» достоверно чаще давали респонденты в возрасте 35–44 лет сравнительно со старшими возрастными группами, доля ответов «мог бы заботиться больше» и «явно недостаточно» существенно возрастала с увеличением возраста, начиная с возрастной категории 25–34 лет. По параметру заботы о своем здоровье в популяции в целом существенных гендерных различий не было выявлено, однако такие различия имели место в молодом возрасте. Так, достаточно заботились о своем здоровье достоверно большее число женщин сравнительно с мужчинами в возрасте 35–44 лет (12,0–3,9 %, $p < 0,01$), недостаточно – достоверное большее число мужчин по сравнению с женщинами в возрасте 25–34 лет (66,1–52,5 %, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, в открытой городской популяции среди молодых женщин отмечается выраженная тенденция к увеличению жалоб и заботы о своем здоровье.

АНАЛИЗ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ЗА ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД В ПОПУЛЯЦИИ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Акулова О.А.

ТюмГМУ, Тюмень, Россия

Показатель внебольничной летальности является одним из весомых критериев оценки качества оказания медицинской помощи населению на догоспитальном этапе. Изучение данного параметра позволяет выявить дефекты в вопросах доступности, своевременности и организации экстренной медицинской помощи, в частности, при остром инфаркте миокарда.

Цель. Изучить состояние внебольничной летальности (ВЛ) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) в городской и сельской местностях за 20-летний период в популяции Курганской области.

Материал и методы. Ретроспективный анализ летальных исходов у больных с острым ИМ (определенным и возможным) за период с 1.01.1996 г. по 31.12.2015 г. Данные о каждом случае ИМ и информация о месте наступления смерти были получены из базы данных областного «Регистра острого инфаркта миокарда», созданного в ГБУ «Курганский областной кардиологический диспансер». Анализ проводился в общей популяции, а также в городской (Г) и сельской (С) когортах: рассчитывались среднегодовые уровни больничной и внебольничной летальности (отношение числа смертельных случаев, наступивших в лечебном учреждении или вне его (дома, на работе и прочее) к общему числу зарегистрированных острых ИМ). Данные обработаны в программе Statistica 6,0 с применением однофакторного дисперсионного анализа, критериев Фишера (F) и Стьюдента (t); результаты представлены в виде $M \pm SD$ (среднее значение и стандартное отклонение) в %, различия считались достоверными при $p < 0,01$.

Результаты. За 20-летний период среднегодовой уровень ВЛ в популяции в разные годы регистрировался от 3,37 до 15,0 % ($7,51 \% \pm 3,28$), в Г – от 0 до 4,19 % ($1,49 \pm 1,22$), в С – от 6,36 до 26,21 % ($14,29 \pm 5,84$), ($F=52,93$, $p < 0,0001$). Разница между максимальным и минимальным уровнем ВЛ составила 4,7 раза, в том числе в Г – в 4,2 раза, в С – в 4,1 раза. При этом, ВЛ в селе превышает среднюю по региону почти в 2 раза ($t=-4,525$, 95 %ДИ: -9,82; -3,75, $p < 0,0001$) и в 9,59 раз выше, чем ВЛ в городе ($t=-9,581$, 95 %ДИ: -15,5; -10,09, $p < 0,0001$). Очевидно, что показатель ВЛ в селе вносит основной вклад в популяционный показатель ВЛ. При условии проведения медианы времени через 31.12.2005 год, за последние 10 лет уровень ВЛ в С снизился с $17,11 \% \pm 5,29$ до $11,47 \% \pm 5,14$ ($t=2,418$, 95 %ДИ: 0,74; 10,54, $p=0,026$), в Г увеличился с $1,18 \% \pm 0,94$ до $1,82 \% \pm 1,44$ ($t=-1,183$, 95 %ДИ: -1,79; 0,49, $p=0,252$); в целом по области появилась недостоверная тенденция к снижению ВЛ с $9,05 \% \pm 3,29$ до $5,96 \% \pm 2,57$ ($t=2,335$, 95 %ДИ: 0,31; 5,87, $p=0,031$).

Заключение. В регионе существует проблема высокой внебольничной летальности от острого ИМ среди сельского населения, требующая управленческих решений по организации медицинской помощи в отдаленных населенных пунктах в соответствии с социально-географической спецификой и популяционными особенностям региона.

К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ

Александровский А.А., Балыкова Л.А., Лещанкина Н.Ю., Колпаков Е.В.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарёва», ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Саранск, Москва, Россия

Цель. Оценить конкретную осведомленность врачей – терапевтов и кардиологов в основных документах, регламентирующих лечебно-диагностический процесс – Стандартах диагностики и лечения Минздрава РФ, Клинических рекомендациях и Порядках оказания медицинской помощи взрослому населению.

Материал и методы. На циклах повышения квалификации в 2011–2015 г. знания по неотложным состояниям 351 врача идентифицировали с помощью тестов, составленных преимущественно по вышеуказанным предписаниям. Контрольную работу проводили дважды: в начале и в конце цикла. Количество правильных ответов < 70 % оценивали как «неудовлетворительно», а ≥ 90 % как «отлично».

Результаты. «Входное» тестирование в первый день цикла показало: средний балл $2,4 \pm 0,3$, количество правильных ответов/1 слушателя 59 ± 6 %. «Отлично» получили 8 чел. (4 %), а «неудовлетворительно» – 239 чел. (68 %). Этот результат оказался несколько лучше данных Росздравнадзора, который после 1339 проверок выявил 1063 нарушения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи практически в половине проверяемых клиник. Знания «наших» слушателей и их «пробелы» носят мозаичный характер, что, несомненно, отражает напряженную ситуацию с освоением ими указанных Стандартов Минздрава РФ и Порядков оказания медицинской помощи взрослому населению. Например, 100 % положительный результат на вопросе: «Противопоказания для назначения Гидрохлоротиазида?», но ни одного правильного ответа, чтобы уточнить: «Какие признаки при стенокардии напряжения прямо и однозначно указывают на возникновение инфаркта миокарда?» и т. д. Средний стаж работы врачей составил 13 ± 1 год. Влияние врачебного стажа (а, следовательно, и возраста), места работы (город-район, стационар-поликлиника) практически отсутствуют. Коэффициенты корреляции малы и недостоверны. Прошедшее время так же не оказало воздействия на квалификацию: и в 2011, и в 2015 г. «входной» средний балл оказался одинаково неудовлетворительным. Результаты итогового тестирования вполне удовлетворительные: средний балл $4,1 \pm 0,3$, среднее количество правильных ответов/1 слушателя 88 ± 3 %, причем 23 чел. вышли на уровень 100 %, а, в целом, оценку «отлично» получили 70 чел. – 59 %, «неудовлетворительно» не было.

Выводы: Необходимо шире внедрять систему непрерывного медицинского образования. В частности, тесты должны еще интенсивнее внедряться в методику обучения. Они представляют, фактически, элемент обратной связи (контроль исполнения!) и позволяют количественно выявить приверженность специалистов Стандартам и др. юридическим документам Минздрава РФ, с одной стороны, и, с другой, – оценить эффективность курсов усовершенствования врачей. Но эти учебные элементы должны постоянно совершенствоваться в сторону клинических задач так, чтобы для ответа требовались знания, а не подсказка из интернета. Одним словом, учебные программы в вузе и в системе последипломного непрерывного врачебного образования должны более пунктуально согласовываться со Стандартами диагностики и лечения и Порядками оказания медицинской помощи взрослому населению, утвержденных Минздравом РФ.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ «НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Алиева Н.А.¹, Осипова И.В., Кулишова Т.В., Джумиго М.А.²

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

²НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Цель. Оценить эффективность применения селективной хромотерапии при артериальной гипертонии (АГ) «на рабочем месте» в комплексном лечении у работников локомотивных бригад.

Материал и методы. Обследовано 98 мужчин, больных стресс-индуцированной АГ в возрасте 24–54 лет по профессии машинисты и помощники машинистов. Больным основной группы (48 человек) в комплексное лечение включалась процедура хромотерапии синим и зеленым цветом на аппарате «Хромоджей». Группа сравнения (50 человек) получала: массаж по Мошкову, циркулярный душ, магнитотерапия «Магнитер» на воротниковую область, ЛФК.

Результаты. По данным СМАД среднесуточное АД после курса селективной хромотерапии достоверно снизилось ($p < 0,05$). Процент снижения АД в основной группе составил: САД – 12,4 % ($p < 0,05$), ДАД – 10,2 % ($p < 0,05$). После курса хромотерапии индекс напряжения (ИН) и АМо (по данным ВСР) снизились в 2,7 раза

и в 1,4 раза соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о снижении гипертонуса симпатической нервной системы. При выполнении психоментального теста (ПМТ) результаты показали, что пациенты основной группы и группы сравнения реагируют значительным повышением САД, ДАД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в начале лечения без достоверного различия (при норме: САД не более 7 % и ЧСС не более 10 % от исходного уровня). После курса селективной хромотерапии в основной группе прирост САД составил 6,6 % ($p < 0,05$), ДАД – 5,1 % ($p < 0,05$), что соответствовало нормальной реакции АД на ПМТ. ЧСС до хромотерапии составила 17,7 %, тогда как после проведения курса лечения селективной хромотерапией величина прироста была существенно ниже и составила лишь 4,5 % ($p < 0,05$). По результатам цветового теста Люшера было установлено, что в результате влияния курса селективной хромотерапии повысилось число лиц с оптимальным уровнем энергетической мобилизации, способных успешно действовать в стрессовых ситуациях (ВК (4)) в 3 раза ($p < 0,05$). Тест Спилбергера-Ханина показал, что после селективной хромотерапии в 8 раз увеличилось количество лиц с низким уровнем реактивной тревожности (с 8,3 до 50,0 %), отмечено уменьшение доли лиц со средним и высоким уровнем реактивной тревожности (с 48,0 до 27,1 % и с 43,7 до 22,9 % соответственно) ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, включение в комплексное лечение селективной хромотерапии синим и зеленым цветом у работников локомотивных бригад со стресс-индуцированной АГ позволяет получить положительный гипотензивный эффект: у 87 % пациентов основной группы выявлено снижение в конце курса лечения САД на $17,8 \pm 0,8$ мм.рт. ст. и ДАД на $12,0 \pm 1,2$ мм.рт. ст. ($p < 0,05$); снизить гиперсимпатикотонию: в 2 раза снизился индекс напряжения регуляторных систем ($p < 0,05$), снизить прирост АД при проведении ПМТ до 8,6 % ($p < 0,05$), в 2 раз уменьшить долю лиц с высоким уровнем реактивной тревожности (на 20,8 %) ($p < 0,05$).

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ARG389GLY ГЕНА ADRB1 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Алиева Т.А., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить полиморфизм гена Arg389Gly гена ADRB1 у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) у лиц узбекской национальности.

Материал и методы. Генотипирование полиморфизма rs1801253 гена ADRB1 проведено у 81 больных с ХСН и 90 здоровых доноров узбекской национальности. Сопоставление частот встречаемости аллелей и генотипов исследуемого гена среди больных с ХСН и группы сравнения проведен методом «случай-контроль».

Результаты. При анализе частот аллелей полиморфизма rs1801253 гена ADRB1 было отмечено, что в группе больных ХСН частота функционально-значимого аллеля 389Gly составляет 18,5 %, что ниже, чем в контрольной группе (21,7 %), однако при статистической обработке достоверных отличий получено не было ($\chi^2 = 0,5$; $P = 0,4$; $OR = 0,8$; 95 % CI 0,4828, 1,399). Распределение генотипов по данному полиморфизму также достоверно не отличалось от такового в контрольной группе ($p > 0,05$). Частота генотипа Arg/Arg увеличивается в группе больных ХСН (65,4 %) по сравнению с контрольной группой (56,7 %). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития ХСН при наличии генотипа Arg/Arg незначимо увеличивается более чем в 1,4 раза ($\chi^2 = 1,4$; $P = 0,2$; $OR = 1,4$; 95 % CI 0,7793, 2,689). Близким к значимым различиям оказалось и снижение частот генотипа Arg/Gly гена ADRB1 среди пациентов 32,1 % в отношении контрольной группы 43,3 %, что можно рассматривать гетерозиготного генотипа как защитный фактор развития заболевания ($\chi^2 = 2,3$; $P = 0,1$; $OR = 0,6$; 95 % CI 0,3307, 1,156). Интересно отметить, в группе больных нами была выявлена тенденция к увеличению числа носительства гомозиготного генотипа Gly/Gly. Частота встречаемости данного функционально неблагоприятного генотипа составляла 2,5 %. В исследованной группе здоровых доноров данный генотип не был обнаружен. Эти данные еще больше укрепляют позицию генотипа Gly/Gly гена ADRB1 как маркера, ассоциированного формированием ХСН, и вероятно, обуславливающего нарушение функции β_1 -рецептора.

Заключение. Таким образом, результаты вычисления функциональной эффективности исследуемого локуса гена ADRB1 в качестве самостоятельного маркера ХСН определили статистически незначимые показатели OR.

ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И КОСТНОЙ МАССОЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Алиханова Н.А., Скрипникова И.А., Ткачева О.Н., Абирова Э.С., Новиков В.Е., Мурашко Л.М., Шарашкина Н.В., Исайкина О.Ю., Выгодин В.А.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: изучить взаимосвязь параметров сосудистой жесткости и субклинического атеросклероза с минеральной плотностью кости (МПК) у женщин в постменопаузальном периоде.

Материал и методы. В одномоментное исследование включено 107 пациенток от 45 до 82 лет, наблюдавшихся амбулаторно и подписавших информированное согласие. В исследование не включались пациентки с любыми клиническими проявлениями атеросклероза, злокачественными заболеваниями, с заболеваниями вызывающие вторичный остеопороз, принимающие препараты, влияющие на костный обмен и на показатели сосудистой жесткости. Толщина комплекса интима-медиа (ТИМ), наличие и количество атеросклеротических бляшек (АБ) исследовались с помощью дуплексного сканирования. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс аугментации (ИА) измерялись методом аппланационной тонометрии (SphygmoCor). МПК позвоночника и проксимального отдела бедра измерялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DelphiW, Hologic, USA). Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ StatisticalAnalysisSystem (USA).

Результаты. С увеличением продолжительности менопаузы отмечалось постепенное увеличение показателей жесткости (СРПВ, ИА), толщины КИМ и снижение МПК во всех измеренных отделах скелета. Максимальные показатели сосудистой жесткости и наиболее низкая МПК были выявлены после 10 лет менопаузы. Остеопороз был выявлен у 27 пациенток (25 %), остеопения у 38 (36 %), нормальный уровень МПК у 42 (39 %).

Риск снижения костной массы и развития остеопороза возрастал в 3 раза при высоких значениях СРПВ (≥ 10 м/с) ($p < 0,05$), более чем в 4 раза при $ИА \geq 20$ % ($p < 0,05$) и толщины КИМ > 9 мм ($p = 0,02$) и в 2,45 раза при наличии АБ в сонных артериях ($p = 0,03$).

В ходе многомерного регрессионного анализа отрицательная связь между ИА, толщиной КИМ и МПК сохранялась, в то время, как ассоциация между СРПВ, наличием АБ не подтвердилась.

Заключение: С увеличением продолжительности менопаузы отмечалось увеличение параметров сосудистой жесткости (СРПВ, ИА), толщины КИМ и потеря костной массы. Снижение МПК у женщин в постменопаузе ассоциируется с высокими показателями СРПВ, ИА, толщины КИМ и количеством АБ, однако независимыми маркерами низкой костной массы показали себя только ИА и толщина КИМ.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ТИВОРТИНА НА СОСТОЯНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Якубов М.М., Шодиев Ж.Д., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б.

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

Цель. Изучить особенности влияния тивортина на показатели систолической и диастолической функции у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших транслюминарную баллонную ангиопластику (ТЛБАП) коронарных артерий.

Материал и методы. В исследование включены 55 больных ИБС, подвергшихся реваскуляризации миокарда в отделении интервенционной кардиологии центра, из них мужчин – 39 (70,9 %), женщин – 16 (29,1 %). Средний возраст больных составил $57,5 \pm 5,3$ лет. Оценка состояния пациентов проводилась дважды: исходно до операции и через 10 дней после операции. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, эхокардиография и доплер-ЭхоКГ. Изучались: конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический размер (КДР), толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки (ЗС) левого желудочка (ЛЖ), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракция выброса (ФВ), рассчитываемой по методу L. Teichholtz. Больные разделены на две группы: 1-я группа которые до и после реваскуляризации принимали только базисную медикаментозную терапию, 2 группа больных, которым дополнительно назначался L-аргинин (тивортин) в дозе 4,2 % по 100 мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Результаты. При анализе динамики параметров эхокардиографии через 10 дней реваскуляризации систолические размеры ЛЖ, т. е. КСР имел некоторую тенденцию к снижению до $3,41 \pm 0,62$ см ($p > 0,05$), и не превы-

сил своего исходного значения – $3,43 \pm 0,45$ см. КСО в составил $50,35 \pm 25,04$ мл и значимо не отличался от своего исходного значения $-49,71 \pm 16,43$ мл. КДР имел тенденцию к увеличению до $5,10 \pm 0,59$ см, однако достоверных различий по данному показателю в сравнении с его исходным значением – $5,00 \pm 0,49$ см, выявлено не было ($p > 0,05$). Аналогичная картина сложилась в отношении КДО: через 10 дней исследования КДО увеличился до $125,52 \pm 35,64$ мл, но не превысил исходного значения – $119,84 \pm 27,31$ мл. ФВ повысилась до $60,98 \pm 8,88$ в сравнении с исходной – $58,82 \pm 6,66$ % ($p < 0,05$). При изучении показателей доплер-ЭхоКГ выявлено, что через 10 суток исследования отмечается улучшение диастолических показателей ЛЖ, что было наиболее выражено в группе с применением тивортина.

Заключение. Таким образом, установлено, что в группе больных с использованием тивортина после успешной реваскуляризации на ЭхоКГ наблюдались более высокие показатели систолической и диастолической функции ЛЖ, что, по-видимому это связано с кардиопротективными, антиоксидантными свойствами тивортина, тем самым уменьшением реперфузионных повреждений миокарда во время проведения ангиопластики.

СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т.

АО, РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), также «оксидативный стресс» у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией (ЛГ) в динамике комплексного лечения.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет). Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы соответственно: 1–11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2–11 больных ХОБЛ на фоне БТ получали амлодипин (А) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3–12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст.). Изучались показатели активности некоторых ферментов перекисного окисления липидов (ПОЛ) / антиоксидантной (АО) системы.

Результаты. Результаты исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, в следствии чего замедляется снижение внутривентрикулярного наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением амлодипина и озонотерапии у больных ХОБЛ с ЛГ отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5 %, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3 %, ФПН – на 13,9 %, ЛАДср – на 15,7 %. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4 %, ($p < 0,05$). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 4,1 %, ФПН – на 9,9 %, ЛАДср – на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно на 8,3 % ($p < 0,05$). У больных ХОБЛ 3-й группы по сравнению с 1-й группой наблюдалось значительное уменьшение оксидативных радикалов, а также повышение антиоксидантной защиты. Режимы базисной терапии не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня среднего легочного артериального давления.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. Озонотерапия и амлодипин улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию правого желудочка сердца. Лечебные эффекты у больных хронической обструктивной болезнью с ЛГ более выражены во 2-й группе по сравнению с 3-й группой.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ РАЗНОСТИ МЕЖДУ УРОВНЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО И АМБУЛАТОРНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г.Ф., Молчанова О.В., Горбунов В.М., Лерман О. В., Дмитриева Н. А., Зволгинская Е.Ю.,
Исайкина О.Ю., Кукушкин С.К.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава РФ, Москва, Россия

У большинства больных с артериальной гипертензией (АГ) уровень клинического артериального давления (АД) превышает средний уровень дневного амбулаторного АД из-за тревожной реакции на процесс измерения АД. Переоценка врачом уровня АД больного, пришедшего на визит, может привести к неправильной постановке диагноза и неадекватному назначению антигипертензивных препаратов. Поэтому **целью представленного исследования** было определить влияет ли длительный прием антигипертензивной терапии на степень выраженности разности между клиническим и амбулаторным давлением у пациентов со АГ.

Материал и методы: В представленном исследовании были проанализированы данные 508 суточных мониторингов артериального давления (СМАД) 5 исследований со сходным дизайном. Критериями включения в исследование было: 1) наличие у больных стабильной АГ; 2) отсутствие серьезных сопутствующих заболеваний; 3) проведение СМАД при помощи прибора Spacelabs 90 207; 4) начало СМАД в 10,00–10,30; 5) период отмены антигипертензивной терапии перед включением в исследование одна – две недели; 6) монотерапия антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозировках в течение 1–3 месяцев. Больные получали дилтиазем (25 человек), амлодипин (44), моксонидин (17), эналаприл (38), лизиноприл (57), лозартан (20), метопролол (19), телмисартан (18). Различия между клиническим и амбулаторным АД оценивались как разность между средним дневным АД и клиническим измерением АД.

Результаты. Среднее дневное систолическое АД (САД) составило $142,1 \pm 14,5$; дневное диастолическое АД (ДАД) – $89,1 \pm 9,9$ мм рт. ст. ($M \pm SD$). Было выявлено, что только длительный прием метопролола достоверно уменьшает выраженность разницы между клиническим и амбулаторным АД: 1) для САД эта разница снизилась с $12,6 \pm 2,8$ мм рт. ст. до $0,8 \pm 2,8$ мм рт. ст. ($p < 0,005$); 2) для ДАД – с $10,4 \pm 1,8$ мм рт.ст до $3,0 \pm 1,8$ мм рт.ст ($p < 0,005$). Длительный прием других антигипертензивных препаратов существенно не влиял на выраженность различий между уровнями клинического и амбулаторного АД.

Выводы. Таким образом, только длительный прием метопролола приводил к достоверному уменьшению выраженности разности между уровнями клинического и амбулаторного давления. Возможно, это связано с уменьшением активации симпатно-адреналовой системы и как следствие меньшей выраженности тревожной реакции на измерение АД на визите у врача.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андреева Е.А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный университет», Ставрополь, Россия

Актуальность. Известно, что метаболический синдром (МС) расценивается, как «пандемия XXI века». У людей с МС существенно выше сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность по сравнению с лицами без него. В свою очередь, наиболее важными факторами внешней среды, способствующими развитию МС, является избыточное и иррациональное питание.

Цель. Выявить особенности алиментарного поведения молодых пациентов с МС.

Материал и методы. Обследовано 103 пациента с комплексом метаболических нарушений, согласно критериям International Diabetes Federation (2005), а именно: абдоминальное ожирение (окружность талии >80 см для женщин и >94 см для мужчин), а также два и более из нижеуказанных факторов риска: повышение триглицеридов более 1,7 ммоль/л; снижение ЛПВП менее 1,29 ммоль/л; повышение АД (САД более 130 мм рт. ст. или ДАД более 85 мм рт. ст.) или необходимость проведения антигипертензивной терапии; повышение глюкозы натощак более 5,6 ммоль/л или ранее выявленный сахарный диабет 2 типа. Средний возраст составил $27 \pm 4,9$ лет. Анализировались дневники питания. Общую энергетическую ценность рациона рассчитывали на основании стандартных калорических коэффициентов в ккал на 1 грамм: 4 ккал для белков и углеводов, 7 ккал для алкоголя и 9 ккал для жиров. Пациенты проходили анкетирование на выявление особенностей

пищевого поведения (ПП) по голландскому опроснику DBEQ (T.Van Strien, 1986). Выполнялся расчет индекса массы тела (ИМТ) по стандартной формуле. ИМТ 25–30 – избыточная масса тела (предожирение), ИМТ 30–35 – ожирение первой степени, ИМТ 35–40 – ожирение второй степени, ИМТ 40 и более – ожирение третьей степени (морбидное). Статистическую обработку данных проводили в Excel.

Результаты. Среднее значение ИМТ в группе обследуемых составило $36,5 \pm 3,8$ кг/м². Средний показатель окружности талии – $99,1 \pm 8,3$ см. Среднее значение суточной калорийности рациона – $1841,8 \pm 99,3$ ккал/сутки. У всех пациентов были выявлены нарушения ПП. Так, ограничительный тип ПП – следствие самолечения от ожирения – основанный на строгих диетах, встречался у 22,1 % обследованных. Эмоциогенный тип ПП, в основе которого лежит «заедание» проблем на фоне эмоционального дискомфорта, преобладал у 23,4 %. Экстернальное ПП – повышенная реакция на внешние стимулы (накрытый стол, рекламу пищевых продуктов) – составило 54,5 %. Резонировал комбинированный характер нарушений ПП в большинстве случаев (74,2 %). Основная часть пациентов указывала на невозможность рационального режима питания. Ожирение I степени выявлено у 59,8 % пациентов, ожирение II степени – у 30,1 %, ожирение III степени – у 10,1 %.

Выводы. Таким образом, у всех молодых пациентов с МС, выявлены особенности характера питания, свидетельствующие о наличии нарушений типа ПП, преобладании нерационального питания, превышении калорийности. Эти данные указывают на необходимость разработки современных образовательных программ по превентивным мерам в отношении прогрессирования алиментарно-обусловленных заболеваний у молодых пациентов с МС.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТФОРМИНОМ И АГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРА ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА (ГПП-1) БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Андреева Е.И.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

Актуальность. Катастрофический рост распространенности ожирения свидетельствует о том, что оно приобрело характер глобальной эпидемии. Увеличенная массы тела (МТ) приводит к развитию сахарного (СД) 2 типа, метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Изучить влияние метформина и агонистов рецептора ГПП-1-эксенатид на МТ, гликированного гемоглобина (HbA1c), липидный обмен у больных СД 2 типа с ожирением.

Материал и методы. Обследован 51 пациент. В 1 группу вошли 25 больных в возрасте $53,16 \pm 8,92$ лет с длительностью заболевания СД 2 типа $6,44 \pm 0,65$ лет. Всем больным этой группы был назначен метформин в начальной дозе 1000 мг в сутки. Пациентам 2 группы, состоящей из 26 человек с СД 2 типа и ожирением в возрасте $54 \pm 0,86$ года со стажем заболевания $2,60 \pm 2,91$ года, был назначен агонист рецептора ГПП-1 (эксенатид по 5 мг 2 раза в день). Исследовалась венозная кровь для определения основных параметров жирового и углеводного обменов. Степень компенсации углеводного обмена оценивали по уровню HbA1c и глюкозы крови натощак.

Результаты. До лечения достоверных различий в возрасте, длительности СД, антропометрических параметрах между группами больных, принимавших метформин или эксенатид, не выявлено. После 6 месяцев лечения МТ снизилась во второй группе с $101,95 \pm 14,63$ кг до $93,23 \pm 14,63$ кг, а в первой – с $96,00 \pm 20,52$ до $93,36 \pm 20,23$ кг, при этом достоверные различия между группами отсутствовали. ИМТ у пациентов, принимавших эксенатид снизилась с $36,14 \pm 6,11$ кг/м², а принимавших метформин – с $35,80 \pm 6,19$ до $34,14 \pm 6,11$ кг/м², при этом достоверные различия между группами лечения также отсутствовали. В ходе исследования, больные, принимавшие эксенатид, похудели на $8,66 \pm 4,15$ кг, метформин – на $4,68 \pm 2,34$ кг. Выявлено, что у больных СД 2 типа с ожирением метформин и эксенатид оказывают сопоставимое действие на уровень HbA1c. В обеих группах снизился с $9,07 \pm 1,43$ до $7,77 \pm 1,49$ % у больных принимавших эксенатид, и с $8,83 \pm 1,85$ до $8,66 \pm 1,77$ % у больных, принимавших метформин. Достоверных различий по уровню HbA1c между группами не выявлено. При анализе показателей липидного обмена в группе получавших метформин выявлено достоверное снижение уровней ОХС, ЛПНП. В ходе исследования отмечалось некоторое снижение ЛПВП, однако их уровень сохранялся в пределах нормальных значений. Достоверной разницы между группами терапии по показателям липидного обмена не выявлено. Таким образом, эксенатид и метформин одинаково улучшали показатели липидного обмена при СД 2 типа.

Выводы. У пациентов, страдающих СД 2 типа с ожирением, эксенатид и метформин обеспечивают сопоставимое положительное влияние на углеводный и липидный обмен. При этом эффективность препарата эксенатид в отношении снижения МТ более выражена, чем у метформина.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО МИОКАРДИТА

Андреев Д.А., Дорохова О.В., Фирсакова В.Ю.

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА, Москва, Россия

Цель: продемонстрировать актуальность применения МРТ сердца с гадолинием и ангиографические методы исследования в случае дифференциальной диагностики между миокардитом и острым коронарным синдромом

Материал и методы: обследование проводилось с применением современных медицинских технологий: МРТ сердца с гадолинием, диагностическая коронароангиография, а также ЭХОКГ, ЭКГ, стресс-ЭХОКГ

Результаты. Пациент Л., 25 лет, заболел остро, когда на фоне относительного благополучия 16–17.02.2013 после переохлаждения появились признаки ОРВИ (боли в горле при глотании, повышение температуры тела до 39,0, озноб, ломота в суставах и мышцах). Лечился амбулаторно, принимал аугментин, колдрекс, Тера Флю. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, однако, с 20.02.2013 появились интенсивные боли за грудиной давящего характера усиливающиеся при физической нагрузке. Бригадой скорой медицинской помощи 21.02.2013 госпитализирован в отделение интенсивной терапии одной из городских больниц г.Москвы с подозрением на ОИМ с подъемом сегмента ST. При поступлении в стационар выявлено повышение уровня тропонина, КФК, КФК МВ. при электрокардиографическом исследовании отмечалась динамика характерная для ОИМ с подъемом сегмента ST. При контроле биохимических показателей крови и тропонина также отмечалась динамика, характерная для ОИМ с подъемом сегмента ST в II, III, aVF. Учитывая жалобы, клиническую картину, характерную ЭКГ-динамику, динамику биохимических показателей крови и тропонина с целью исключения коронарной болезни сердца 28.02.13 проведена диагностическая коронароангиография, при которой атеросклеротического поражения коронарных артерий не выявлено. Для верификации диагноза острый миокардит 13.01.13 проведено магнитнорезонансное исследование сердца с гадолинием, подтвердившее наличие у пациента некоронарогенного поражения миокарда левого желудочка. 14.01.13 пациент Л. 25 в удовлетворительно состоянии выписан из стационара. 15.01.13 после осмотра участкового кардиолога и регистрации ЭКГ (при отсутствии клинической картины) вновь госпитализирован в кардиологическое отделение ФМБЦ им А.И.Бурназяна с диагнозом «острый инфаркт миокарда неизвестной давности». В тот же день пациент выписан из стационара и по настоящее время наблюдается в нашей клинике с диагнозом: Острый миокардит. Тип клинического течения – острый коронарный синдром.

Заключение. В настоящий момент проблема диагностики миокардита особенно у молодых пациентов является довольно актуальной. Прежде всего, это обусловлено особенностями течения миокардитов, которые могут протекать под маской острого коронарного синдрома, а частота встречаемости данного заболевания по мнению различных авторов от 2 до 43 %. Как известно, острый коронарный синдром и в особенности такое клиническое состояние как острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – определяется характерными жалобами, изменениями и динамикой на ЭКГ, повышения уровня маркеров повреждения миокарда с последующей динамикой. Очень часто в условиях неспециализированного кардиологического стационара, пациенты с острым миокардитом попадающие под эту «триаду», ведутся в рамках коронарной болезни сердца осложненного или не осложненного течения.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

Андреичев Н.А., Андреичева Е.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнем инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии.

Материал и методы. Электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца (ЭОС) и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3–4 неделе заболевания в том числе при нижнем ИМ (21 чел.).

Результаты. У КГ и при ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности (пр.) различных ф. периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов (з.) по ф. от минимума к максимуму и, наоборот. Изменение направления РВВ в результате отсутствия или снижения электрической активности нижней стенки и заднесептальной части межжелудочковой перегородки.

родки (МЖП) приводит к закономерному исчезновению з. R по ЭП по передней и в меньшей степени задней поверхности грудной клетки (ГК) справа по нижним уровням регистрации (УР). Основное направление результирующей кривой при отсутствии отклонения верхушки назад способствует резкому уменьшению или даже исчезновению зон перекрытия (ЗП). Направление результирующего вектора на уровне 9–13 линии резко отличается по своему направлению. При ИМ нижней локализации сверху вниз, у КГ снизу вверх, а при ИМ передних локализаций снизу вверх, но более вертикально, чем у КГ. Направление конечных векторных сил не изменено. Патологические изменения в заднесептальной части МЖП при нижнем ИМ по ЭН в ЗП приводят к уменьшению отражения потенциалов перегородки и з. Q уменьшается или исчезает, и ЗП соответственно. Возникновение нулевой зоны (НЗ) и зоны уменьшенной пр. з. (достоверной) вокруг НЗ, наличие резкой смены типа зон, смещение максимальных значений по ЭН на нижние УР, изменение направления огибающих составляющих приводит к тому, что и \max пр. по ЭН ф. ПС>ПП смещается вниз и вправо при несколько смещенном основном направлении конечного результирующего вектора с 10 по 13 линию, который становится направленным в большей степени кверху влево и вниз (в норме влево назад и несколько вперед), но начиная с 13 линии направления векторов существенно не меняется. Изменение направления конечного результирующего вектора на уровне 10–13 линии приводит к тому, что начиная с 11 по 13 линию отражением возбуждения части начальных, максимальных и конечных векторов в этой области служит з. R. При ИМ нижней локализации большее смещение НЗ и в меньшей степени зоны сниженного потенциала и уменьшенной пр. на верхние УР является наиболее типичным.

Заключение. Таким образом определены локализации \max пр. различных ф. ПН (ПС) и ПС (ПП) по ЭП и ЭН, главные направления возрастания з. по ф. от \min к \max и, наоборот, при нижнем ИМ. Направление результирующего вектора на уровне 9–13 линии при нижнем ИМ сверху вниз, а у КГ снизу вверх, а при ИМ передних локализаций снизу вверх, но более вертикально, чем у КГ.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

Андреичев Н.А., Андреичева Е.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнем инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии.

Материал и методы. Электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца (ЭОС) и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3–4 неделе заболевания в том числе при нижнем ИМ (21 чел.).

Результаты. У КГ и при ИМ выделены 4 фазы (ф.) распространения волны возбуждения (РВВ) кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (\max) и минимумов (\min) продолжительности (пр.) различных ф. периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов (з.) по ф. от минимума к максимуму и, наоборот. При количественном анализе временных параметров при нижнем ИМ получили ряд суммарных показателей: $\text{Sum } \max R (r_i > r_d) + S$ равный $3,86 + 2,53 = 6,39$; $\text{Sum } R + \max Q (q_d > q_l)$ равный $3,06 + 3,19 = 6,25$; $\text{Sum } \max S (Q_S) (d < l) + R$ $5,22 + 2,53 = 7,75$; $\text{Sum } R_{\max} (r_i < r_d) + Q$ равный $4,97 + 1,39 = 6,36$. При анализе \max пр. также как у КГ и при ИМ передних локализаций просчитали отношение двух показателей $\text{sum } \max R (r_i > r_d) + S / \text{sum } R + \max Q (q_d > q_l)$ и $\text{sum } \max S (q_{sd} < s_l) + R / \text{sum } R_{\max} (r_i < r_d) + Q$ в группе с нижним ИМ. Показатель $\text{sum } \max R (r_i > r_d) + S / \text{sum } R + \max Q (q_d > q_l)$ (1,022) отличается от значения показателя у КГ (1,070–1,165) и от групп с ИМ передних локализаций (1,121–1,200). При этом приходится учитывать, что составляющие этого показателя (даже при смещении \max) в большей степени характеризуют эксцентричность пр. \max свободной стенки левого желудочка (ЛЖ), то он в связи с локализацией зоны поражения (скорее всего, уменьшение пр. возбуждения заднесептальной части межжелудочковой перегородки (МЖП) и отсутствием ее отражения в точках, где у КГ регистрируется зона перекрытия (ЗП) по ЭН, а точка $\text{sum } \max R (r_i > r_d)$ почти всегда ЗП) меняется более значительно, и его уменьшение характеризует уменьшение пр. возбуждения передней стенки относительно задней стенки ЛЖ. Показатель $\text{sum } \max S (q_{sd} < s_l) + R / \text{sum } R_{\max} (r_i < r_d) + Q$ при нижнем ИМ (1,218) не отличается от значения показателя у КГ (1,183–1,236). Если принять во внимание, что составляющие этого показателя по пр. в большей степени характеризуют эксцентричность пр. \max всего ЛЖ, но из-за небольшого объема поражения изменения минимальны. Показатель $\text{sum } \max S (q_{sd} < s_l) + R / \text{sum } R_{\max} (r_i < r_d) + Q$ при нижнем ИМ (1,218) отличается от значения показателя при ИМ передних локализаций (0,799 (0,964) - 1,068), что также характеризует уменьшение пр. возбуждения передней стенки относительно задней стенки ЛЖ.

Заключение. Таким образом показатель $\sum \max R (r_i > r_d) + S / \sum R + \max Q (q_d > q_l)$ отличается от значения показателя у КГ и от ИМ передних локализаций, а показатель $\sum \max S (q_{sd} < s_l) + R / \sum R_{\max} (r_i < r_d) + Q$ при нижнем ИМ отличается от значения показателя при ИМ передних локализаций, так как они характеризуют уменьшение пр. возбуждения передней стенки относительно задней стенки ЛЖ из-за разных объемов поражения при нижних и передних ИМ.

КЛИНИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Антониади И.В., Еналдиева Р.В., Тотров И.Н., Амбалова С.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней № 1,
Владикавказ, Россия

Цель. Клиническая и ультразвуковая диагностика патологии гепатобилиарной системы (ГБС) у больных с различной степенью активности ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 110 больных, страдающих РА. I степень активности установлена у 13 (11,8 %), II – у 81 (73,6 %), III – у 16 (14,5 %) больных. Всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и желчного пузыря.

Результаты. Симптомы поражения ГБС наблюдались у пациентов при II и III степени активности РА. В основном диагностировались боли в правом подреберье, носящие тупой характер – у 31 (38,3 %) и 6 (37,5 %), постоянный болевой синдром выявлен у 4 (4,9 %) и 3 (18,7 %), периодические боли в правом подреберье – у 7 (8,6 %) больных при II степени активности РА. Среди диспептических расстройств наиболее часто наблюдались тошнота (32,1 %), сухость во рту (17,3 %) и отсутствие аппетита (11,1 %) при II степени активности; при III – сухость (50 %), горечь во рту (43,7 %) и отсутствие аппетита (43,7 %). Частота жалоб возрастала в основном при II степени активности РА. Из 13 больных с I степенью активности боли в правом подреберье и диспептические расстройства не беспокоили ни одного больного, в то время как при II и III степени активности эти жалобы наблюдались достаточно часто. При проведении УЗИ размеры печени у подавляющего числа больных были увеличены. Более значительное увеличение размеров обеих долей наблюдалось у больных со II степенью активности РА: правая доля – $15,5 \pm 0,6$ см, левая доля – $8,1 \pm 0,4$ см, неоднородность эхоструктуры печени выявлена у 47 (58 %), уплотнение ее – у 52 (64,2 %), расширение диаметра внутривенных сосудов среднего и мелкого калибра – у 5 (6,2 %) больных этой группы. Эти изменения были расценены как признаки хронического гепатита, а также как проявление ревматоидного васкулита (у больных с обеднением сосудистого рисунка – 50 (61,2 %)). Увеличение размеров желчного пузыря, деформация по типу перегиба в области шейки, утолщение стенки, застойное содержимое также чаще наблюдались у больных со II степенью активности РА и свидетельствуют в пользу развития дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу.

Заключение. Высокая частота патологии ГБС, выявленная у обследованных больных РА, при стертости клинических проявлений свидетельствует о необходимости более глубокого исследования состояния этих органов, особенно при возрастании степени активности заболевания.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МОЧИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТАЦИОННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Аралова А.Р., Жусупова А.М.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: изучение видового спектра мочи и ее чувствительности к антибиотикам у беременных с гестационным пиелонефритом.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование включено 60 первобеременных, давших информированное согласие, с установленным диагнозом гестационного пиелонефрита в период стационарного лечения в нефрологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Средний возраст женщин составил $24,3 \pm 3,5$ лет, срок гестации – от 12 до 20 недель. Проводилось микробиологическое исследование средней порции утренней мочи (после инструктажа). Посев осуществляли на питательные среды: мясо-пептонный и Мюллера-Хинтона агар (HiMedia). Для определения спектра чувствительности микроорганизмов к антибиотикам применялся стандартный метод дисков (Bio-Rad). Все посеы инкубировали при

температуре 36°C в течение 24–48 часов. Видовую идентификацию проводили масс-спектрометрическим методом с использованием время-пролетного масс-спектрометра MALDI TOF Microflex Biotyper (Bruker Daltonics).

Результаты. В 13,4 % случаев роста микрофлоры не отмечено. Диагностически значимая бактериурия регистрировалась у 63,3 % беременных. В 23,3 % случаев видовая идентификация не проводилась, был получен рост 3 различных видов микроорганизмов, что расценивалось как контаминация. Всего из мочи выделено 16 видов микроорганизмов, основными возбудителями пиелонефрита являлись бактерии семейства Enterobacteriaceae (60,9 %), главным образом *Escherichia coli* (56,2 %) и *Klebsiella* spp. Второе место принадлежало грамположительным бактериям, их доля составила 25,8 %. Третье место (13,3 %) заняли возбудители семейства аэробных неферментирующих грамотрицательных палочек: *Acinetobacter lwoffii*, *Acinetobacter junii*, *Ps. aeruginosa* (4,8 %), *Ps. eracia* (1,4 %). У 16,7 % беременных нами выявлено наличие второго возбудителя в моче, в основном (75 %) определялись грамположительные кокки (*Staph. haemolyticus*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *E. fecalis*) и микробы семейства Enterobacteriaceae. В 15 % случаев это были ассоциации грамотрицательных бактерий и грибов рода *Candida* с преобладанием вида *C. albicans*, в 10 % – грамположительных и грибов. Микробная флора мочи женщин с гестационным пиелонефритом (*Escherichia coli*, грамположительные кокки) оказалась наиболее чувствительной к амоксициллин-клавуланату (93,3 %), цефалоспориновым антибиотикам II–IV поколения (цефуроксим и цефепим – 91 %, цефтриаксон – 88,2 %), карбапенемам (имипенем, эртапенем – 90 %). В целом, они и обладали более высокой чувствительностью к антибиотикам, чем другие часто встречаемые в нашем исследовании микроорганизмы. Высокая чувствительность синегнойной палочки выявлена только к амикацину и азтреонаму.

Заключение. Грамотрицательная флора занимает лидирующие позиции в структуре возбудителей гестационного пиелонефрита. Ежегодный мониторинг и анализ спектра бактериальной микрофлоры в условиях нефрологического отделения Областной клинической больницы г. Караганды может способствовать улучшению результатов терапии пиелонефрита у беременных.

УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Арингазина Р.А., Макашова М.С., Аймокенов Б.А.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Среди лекарственных поражений поджелудочной железы сравнительно часто встречаются, панкреатиты обусловленные приемом стероидов. Подавление экзокринной функции поджелудочной железы при применении стероидами почти не имеет клинических проявлений, по-видимому, эта функция компенсируется повышенной секрецией кишечных энзимных систем.

Цель. Определение активности амилазы у больных с ронхообструктивными заболеваниями легких.

Материал и методы. Обследованы 30 больных с бронхиальной астмой различной степени тяжести и 10 больных с ХОБЛ в сочетании с бронхиальной астмой. Из них: мужчин 12, женщин 18. Средний возраст составил $47,0 \pm 14,5$ лет. Определялась активность амилазы, уровень глюкозы, общего холестерина и билирубина. Изучены функциональные пробы легких. Использована классификация (GINA – глобальная инициатива при астме, 2006 г.) бронхиальной астмы, ХОБЛ (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2003). Проводился САТ тест для оценки ХОБЛ. При статистической обработке материала использована программа SAS 9,2 и корреляционный анализ.

Результаты. Из числа обследованных больных с бронхиальной астмой персистирующей средней степени 53,3 %, персистирующей тяжелой и интерметирующей легкой 3,33 %. Средний возраст составил $57,6 \pm 15,0$ лет. Длительность болезни – $137,4 \pm 14,6$ месяцев. У всех больных было выявлено повышение амилазы в крови, без клинических проявлений. Среднее значение амилазы составило $9,21 \pm 17,69$ мкмоль/л и повышалось более 5 раз от нормы. В группе больных ХОБЛ в сочетании с бронхиальной астмой уровень амилазы – $6,22 \pm 1,24$ Ед/л и повышался более 3 раза от нормы. Показатели функции внешнего дыхания снизились: ФЖЕЛ статистически достоверно ($p < 0,001$) снизилась от 4,60 до 1,43 литра. ОФВ1- ($p < 0,005$) от $3,22 \pm 0,76$ до 1,15 литров. ЖЕЛ – ($p < 0,002$) от $4,23 \pm 2,17$ до $1,27 \pm 1,36$ литров. Уровни холестерина $3,38 \pm 1,17$ ммоль/л, глюкозы $4,97 \pm 1,13$ ммоль/л, билирубина $15,7 \pm 3,52$ ммоль/л были одинаковы как у больных бронхиальной астмой, так и в сочетании ее с ХОБЛ. Анализ данных САТ тест (в баллах), общая сумма баллов составила 31,1, показал значительное влияние ХОБЛ на жизнь пациента. Между длительностью приемом стероида и уровнем амилазы была слабая корреляционная связь ($r = 0,30$), а – показателями функции внешнего дыхания и амилазой взаимосвязи не было.

Заключение. У больных с бронхиальной астмой и в сочетании ее с ХОБЛ выявлено повышение амилазы. Между длительностью приемом стероида и амилазой установлена слабая взаимосвязь, а отсутствие клини-

ческих проявлений панкреатита у исследованных больных, возможно, связано с компенсацией ее функции за счет секреции кишечных ферментов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА Ха-ФАКТОРА АПИКСАБАНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Аркадьева Г.В., Полякова О.В., Баева Т.А., Арсюткина Т.С., Марущак А.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России,
ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», Москва, Россия.

Использование новых оральных антикоагулянтов с целью профилактики инсульта и системных эмболий у больных с фибрилляцией предсердий является актуальным. Апиксабан – оральная прямая ингибитор фактора Ха с биодоступностью при приеме per os около 50 %.

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность применения апиксабана у больных с фибрилляцией предсердий (ФП): его влияние на клинические исходы, частоту возникновения побочных действий.

Материал и методы. Наблюдалось 32 пациента с неклапанной ФП. Средний возраст больных составил 65 лет (84,3 % мужского пола), Сроки наблюдения (2,3±1,7) лет. Ранее получали варфарин 23 пациента, 1 пациент в прошлом перенес инсульт и 2 пациента – эпизод системной тромбоэмболии. Апиксабан назначали в дозе 5 мг 2 раза в сутки, 9 пациентам с повышенным риском кровотечения, со сниженным клиренсом креатинина – 2,5 мг два раза в день. Средняя оценка больных по шкале CHADS₂ – VASc для стратификации риска системных тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с неклапанной ФП составила >3 баллов. Основные исходы (инсульт или системная эмболия). Частота ТЭО определялась характером и адекватностью антикоагулянтной терапии. При оценке переносимости апиксабана учитывались все побочные эффекты.

Результаты. Характеризуя безопасность применения апиксабана у пациентов с ФП можно отметить среди побочных эффектов: анемию (1), диспепсию (1), малые кровотечения (носовые (1), не требующие вмешательства или госпитализации). Отмечено дозозависимое повышение риска кровотечений. Необходимо соотносить риск кровотечения с риском ишемических осложнений. Предпочтительно назначать апиксабан в низкой дозе в режиме профилактики ТЭО с целью снижения риска развития больших кровотечений.

Заключение. Таким образом, применение апиксабана у больных с фибрилляцией предсердий служит альтернативой варфарину по клинической эффективности при сопоставимом профиле безопасности. Преимущество терапии апиксабаном – меньшая частота геморрагических осложнений.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИ СОЧЕТАНИИ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аршин Е.В., Мишланов В.Ю., Кошурникова Е.П., Зубова М.Д.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия.

Цель. Тревожно-депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом (РА) и артериальной гипертензией (АГ) являются предметом исследований уже многие годы. При сочетании же этих заболеваний – практически не изучались.

Материал и методы. В обследование включено 257 больных женщин, в возрасте 40–65 лет (средний возраст 55,2±7,23 года). Больные разделены на три группы: 112 больных РА с АГ, 105 больных РА и 40 больных АГ. Контрольную группу составили 30 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту. Экспериментально – психологическое исследование включало в себя тест Спилбергера и шкалу Цунга (Zung W.W.K., Durman N.C., 1965).

Результаты. Анализ шкалы Цунга выявил, что депрессивный фон имелся во всех анализируемых группах. Больные с РА независимо от сочетания с АГ имели более высокий уровень депрессии, относительно здоровых и больных АГ. Тест Спилбергера выявил у всех исследуемых групп высокий уровень личностной тревожности (ЛТ), максимальный у больных АГ (ЛТ=55,5±9,9). У больных РА обеих групп выявлен подъем как ЛТ, так и реактивной тревожности (РТ) (p<0,05), более выраженный в группе с сочетанной патологией. У больных РА наблюдался средний уровень РТ (РТ= 42,0±8,49), у больных РА с АГ – высокий (РТ=45,7±11,4) (p<0,05).

Заключение. У больных с сочетанной патологией тревожно-депрессивные расстройства выражены в большей степени, чем при каждом заболевании в отдельности. При АГ выявляется высокий уровень ЛТ.

При РА, наряду с высоким уровнем ЛТ, присоединяется средний уровень РТ. Сочетание этих заболеваний, наряду с имеющимся высоким уровнем депрессии, приводит к появлению высокого уровня как РТ, так и ЛТ.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аршин Е.В., Мишланов В.Ю., Кошурникова Е.П., Зубова М.Д.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия.

Актуальность. В многочисленных публикациях отмечено, что артериальная гипертензия (АГ) приводит к замедлению восприятия информации и ухудшению памяти, у больных ревматоидным артритом (РА) встречаются различной степени выраженности когнитивные расстройства. При сочетании же этих заболеваний когнитивные функции практически не изучались.

Материал и 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. Экспериментально-психологическое исследование познавательной деятельности проведено с помощью теста – ТМТ (Trail Making Test). Значения теста, достоверно превышающие показатели контрольной группы, трактовались как снижение общих умственных способностей.

Результаты. Снижение общих умственных способностей выявлено во всех исследуемых группах, в меньшей степени – при АГ ($A/t=44,4\pm 12,1$; $B/t/80,1\pm 17,6$), далее при РА ($A/t=51,3\pm 15,2$; $B/t=103,5\pm 26,2$), и в большей степени – у больных РА с АГ ($A/t=52,9\pm 22,5$; $B/t=112\pm 26,2$). При выполнении теста в группе больных РА с АГ преобладало «застывание» с утверждением, что та или иная буква отсутствует; переход на одно-модальную последовательность; соединение только цифр или только букв. При возникновении трудностей, пациенты делали повторную попытку его выполнения, возвращаясь к началу теста, пытаясь помочь себе проговариванием наизусть последовательности цифр или последовательности букв алфавита.

Заключение. Таким образом, экспериментально-психологическое исследование когнитивных функций с помощью теста – ТМТ выявило у больных РА с АГ снижение общих умственных способностей и замедление моторной деятельности почти в два раза по сравнению с группой здоровых.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДИССИНХРОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахматов Я.Р.¹, Абдуллаев Т.А.¹, Бекбулатова Р.Ш.¹, Цой И.А.¹, Марданов Б.У.²

¹Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

²ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Оценка частоты встречаемости и вклад ЭхоКГ-исследования в анализе явлений диссинхронии при хронической сердечной недостаточности (ХСН) во взаимосвязи с ЭКГ-показателями

Материал и методы. Было обследовано 20 больных с ХСН с оценкой явлений диссинхронии, ср.возраст которых составил $48,2 \pm 13,53$ (от 26 до 66) лет, из них 17 (85 %) – мужчин. У 6 (30 %) больных ХСН была обусловлена перенесенным инфарктом миокарда и у 14 (70 %) – дилатационной кардиомиопатией. Всем проводились: объективный осмотр с оценкой клинического состояния по шкале «ШОКС», ЭКГ, общеклинические лабораторные анализы, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). Все больные находились на приеме базисной терапии ХСН, согласно рекомендациям Европейского и Российского обществ кардиологов (2010). После стабилизации состояния пациентам для оценки межжелудочковой (МЖД), внутрижелудочковой (ВЖД) и атриовентрикулярной (АВД) диссинхронии проводили ЭхоКГ по методу С.М. Yu.

Результаты. По данным ЭКГ 30 % больных имели уширенный интервал QRS ($120 \text{ мс} \leq \text{QRS} \leq 160 \text{ мс}$). По ЭхоКГ у 85 % пациентов, независимо от ширины QRS, были выявлены различные виды диссинхронии миокарда, тем не менее у 15 % больных с QRS-уширением наблюдалось отсутствие диссинхронии. Комбинация МЖД и ВЖД имела место у 35 %, МЖД – у 20 %, ВЖД – у 30 % пациентов. Было установлено, что параметры ВЖД и МЖД составили: $\text{SPWMD}=123,2\pm 52,6$; $\text{IVMD}=60,3\pm 30,2$ и АВД – $\text{ET/RR}=55,4\pm 20,9$.

Внутригрупповой анализ больных в зависимости от продолжительности QRS-интервала установил что, при $\text{QRS}>120 \text{ мс}$ ремоделирование ЛЖ носило более выраженный характер, чем при «узком» QRS-комплексе, о чем свидетельствовали такие показатели как КДР ($80,8\pm 10,9$ и $72,6\pm 6,3$ мм соответственно; $p<0,05$) и КСР ($71,1\pm 9,6$ и $63,6\pm 6,5$ мм соответственно; $p<0,05$). Тем не менее, объемные параметры ЛЖ существенно не

различались между собой: КДО у больных с QRS>120 мс составил 288,6±58,3 мл vs 359,6±106,5 – в группе сравнения; КСО=212,8±68,2 мл vs 289,27±110,8 мл, соответственно (все p>0,05).

Выводы. При ХСН явление диссинхронии наблюдается в 85 % случаев, при этом уширение QRS>120 мс характеризуется большей степенью ремоделирования левого желудочка. В 35 % случаев имеется сочетание межжелудочковой и внутривентрикулярной диссинхронии. Наиболее информативным количественным ЭхоКГ-показателем, на наш взгляд, является показатель IVMD, составивший 60,3 мс, в то время как SPWMD не достигал рекомендованных диагностических границ.

ВЛИЯНИЕ КОРОТКОГО КУРСА ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХСН

Ахматов Я.Р.¹, Абдуллаев Т.А.¹, Цой И.А.¹, Давирова Ш.Ш.¹, Марданов Б.У.²

¹ Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

² ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Оценка влияния комбинации L-аргинина с базисной терапией (БТ) на клинико-функциональные показатели больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и ДКМП с преимущественным поражением правых отделов (ДКМПпж).

Материал и методы. В исследование было включено 52 пациента. Всем проводились исследования: физикальный осмотр по шкале ШОКС; общеклинический и биохимический анализы крови; ЭКГ; ЭхоКГ; тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с измерением длины пройденной дистанции (ДПД). Все пациенты принимали БТ и L-аргинин (Тивортин, «Юрия-Фарм», Украина) в виде 4,2 % раствора внутривенно по 100 мл 1 раз в сутки (8–10 дней) с последующим переходом на раствор для перорального применения по 5–10 мл 3 раза в сутки на протяжении 4 нед. В зависимости от вида ДКМП пациенты были разделены на 2 группы: 1 гр. – 22 больных с ДКМПпж; 2 гр. – 30 пациентов с ДКМП.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту, однако в 1 гр. преобладали лица женского пола (77,3 % vs 30 %, соответственно в 1 и 2 группах, p<0,05). Частота сердечных сокращений в анализируемых группах существенно не различалась, но цифры АД, как систолического, так и диастолического на исходном этапе были выше в 1 гр. (p<0,05). На фоне терапии L-аргинином в сочетании с БТ изменений со стороны ЧСС выявлено не было, однако, в обеих группах наблюдался некоторый прирост уровня АД и снижение функционального класса ХСН, при этом более выраженные в 1 гр. Комбинация БТ с L-аргинином также способствовала улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики в обеих группах больных. В частности, в 1 гр. наблюдалось уменьшение объемных размеров правых отделов сердца, при этом инотропная функция миокарда характеризовалась увеличением ФВ как ПЖ, так и ЛЖ. Это, в свою очередь, сопровождалось снижением уровня среднего давления в легочной артерии (СДЛА) на 10,7 % и снижением числа лиц с наличием трикуспидальной регургитации. Во 2 гр. сочетанная терапия L-аргинином способствовала приросту ФВ ЛЖ и нормализации значений СДЛА (все p<0,05). Необходимо отметить, что комбинированное лечение L-аргинином с БТ у обследуемых нами больных не сопровождалось какими-либо побочными действиями и, соответственно, отмены препарата не требовалось.

Выводы. ХСН, обусловленная ДКМП с преимущественным поражением правого желудочка, чаще встречается среди женщин и характеризуется относительно сохраненными значениями ЧСС и АД. Применение 4-недельного курса L-аргинина в составе комплексной терапии ХСН, независимо от её топографических характеристик, способствует улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики и снижению уровня СДЛА.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С РАЗЛИЧНОЙ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Бабкин А.П., Бредихин С.В., Провольнева Л.П., Володина Н.П.

Воронежский медицинский университет им. Н. Н. Бурденко, Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель. На основе определения вкусовой чувствительности к поваренной соли оценить эффективность антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов (38 мужчин и 30 женщин, ср возраст 50,1±1,1 лет), страдавших сахарным диабетом II типа в сочетании артериальной гипертензией I–II ст. Больные рандомизированы на 3 группы. Первая группа (22 больных) получала эналаприл 10–20 мг в сутки, вторая (23 больных) комбинацию периндоприла 5 mg и индапамида 1,25 mg, третья (23 больных) – моксонидин 0,4 мг. Длительность терапии 12 недель. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) определяли по методике R.Henkin (1963). За низкий ПВЧПС принимали значения ПВЧ менее 0,16 % раствора NaCl, средний – 0,16 %, и высокий ПВЧ – 0,32 % и выше. Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Экскреция натрия с мочой у больных с низким, средним и высоким ПВЧПС составила 190,2±18,3, 158,4±22,2 и 272,7±25,3 ммоль/сутки соответственно, ($p<0,05$), что указывает на значительное потребление NaCl у больных с высоким ПВЧПС. В 1-й группе САДср. снизилось с 142,4±1,2 до 131,0±2,4 мм рт. ст. ($p<0,01$), ДАДср – с 76,93±1,2 до 71,25±1,0 мм рт. ст. ($p<0,01$). В подгруппах с низким, средним и высоким ПВЧПС абсолютное снижение САДср. составило 17,0±4,2, 15,75±3,8 и 2,5±3,6, $P_{1-3}<0,05$, ДАДср. 9,75±2,3, 4,5±3,1 и 1,44±3,2 мм рт. ст. соответственно ($P_{1-3}<0,05$). Во 2-й гр. САДср. снизилось с 152,4±3,2 до 133,1±3,0 мм рт. ст. ($p<0,01$), ДАДср – с 90,6±3,6 до 78,0±4,6 мм рт. ст. ($p<0,05$). У больных с низким средним и высоким ПВЧПС абсолютное снижение САДср составило 27,8±5,0, 20,8±4,5 и 10,78±4,12 мм рт. ст. ($P_{1-3}<0,05$), ДАДср. – 12,6±3,5 11,2±2,2 3,8±1,4 мм рт. ст. соответственно ($P_{1-3}<0,05$). В 3-й группе САДср. снизилось с 144,7±2,9 до 132,96±3,6 мм рт. ст. ($p<0,05$), ДАДср. – с 83,96±1,2 до 80,0±1,3 мм рт. ст. ($p<0,05$). Снижение САДср. у больных с низким, средним и высоким ПВЧПС составило 18,8±4,3, 9,0±3,7 и 5,5±2,2 мм рт. ст. ($P_{1-3}<0,05$), ДАДср -3,8±1,1, 3,6±1,6 и 2,2±1,0 мм рт. ст. ($P_{1-3}>0,05$) соответственно.

Выводы. Исследование ПВЧПС позволяет выявить пациентов с различной эффективностью антигипертензивной терапии. У пациентов с высоким ПВЧПС для повышения эффективности лечения АГ изначально необходимо использовать комбинированную терапию с включением диуретических препаратов.

ОПТИМИЗАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОЦЕНКИ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Бабкин А.П., Степанова Л.А., Гулая Г.Н., Губанова Н.С.

Воронежский медицинский университет им. Н.Н. Бурденко; Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель. Изучить возможность использования оценки солечувствительности АД для оптимизации антигипертензивной терапии у больных с осложненной АГ.

Материал и методы. Обследовано 66 пациента (20 мужчины и 46 женщин, ср. возраст 57,7±1,0 лет) артериальной гипертензией и перенесшие (от 1 до 7 лет назад) ишемический инсульт. Длительность АГ 9,9±0,9 лет. Пациенты были рандомизированы на 3 группы по 22 человека, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты 1-й группы в течение 3 мес. получали лизиноприл (10–20 мг в сутки), 2-й – филодипин (5–10 мг), 3-й – комбинацию эналаприла 20 мг и 12,5 мг гипотиозида. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Солечувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолевою (50 ммоль). Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Солечувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 33 (50 %) больных, сольрезистентный (СР) – у 33 (50 %) Длительность АГ у СЧ больных составила 9,5±1,5 лет, у СР- 10,2±1,3 лет, $p>0,05$. ИМТ у СЧ больных оказался больше, чем у СР- 30,8±0,7 и 26,6±1,0, $p<0,05$. Суточная экскреция Na у СЧ больных составила 229,3±15,2 ммоль против 188,1±11,2 ммоль у СР ($p<0,05$), что указывает на более высокое потребление пищевого натрия. В первой группе через 3 месяца терапии САДср. снизилось с 144,3±1,4 до 128,8±1,9 мм рт. ст. ($p<0,001$), ДАД ср. – с 85,0±1,5 до 76,6±1,6 ($p<0,01$). У СР САДср. и ДАДср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – 17,6±1,9 против 11,6±1,7 ($p<0,05$) и 9,1±1,1 и 5,4±1,0 мм рт. ст. соответственно ($p<0,05$). Во 2-й группе САДср. уменьшилось с 143,1±2,1 до 130,5±2,4 мм рт. ст. ($p<0,01$), ДАДср. с 81,7±1,5 до 74,3±1,8 мм рт. ст. ($p<0,05$), при этом абсолютное снижение АД у СЧ больных было более значительно, чем у СР – САДср. снизилось на 16,1±2,8 и 9,6± 1,9 мм рт. ст., $p< 0,05$, ДАДср. – с 8,8±1,9 и 5,7±1,5, $p<0,05$. В группе больных, получавших комбинированную терапию отмечено самое значительное снижение АД- САДср уменьшилось с 146,6±3,4 до 128,8±3,0, $p<0, 05$ и ДАДср – с 82,7±2,4 до 71,2±2,0 мм рт.ст, $p<0,05$. У СЧ больных САДср. снизилось более значительно, чем у больных СР – на 22,7±3,7 против 13,9±3,1 мм рт. ст., $p<0, 05$, ДАДср. – на 13,9±1,8 против 7,2±1,6 мм рт. ст. $p<0, 05$.

Выводы. 1. Исследованные антигипертензивных препаратов показали различную эффективность в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку- лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, филодипин и комбинация эналаприла и гипотиазида обладают более выраженной антигипертензивной эффективностью у сольчувствительных больных. 2. Оценка сольчувствительности АД может быть использована для оптимизации выбора индивидуальной антигипертензивной терапии

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА С РАЗЛИЧНОЙ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Бабкин А.П., Бредихин С.В., Степанова Л.А.

Воронежский медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель. Оценить возможность использования оценки сольчувствительности АД для оптимизации антигипертензивной терапии.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента (44 мужчины и 20 женщин, ср. возраст $59,8 \pm 0,9$ лет) АГ и перенесшие от 1 года до 5 лет назад инфаркт миокарда. Длительность АГ $7,5 \pm 1,1$ года. Пациенты были рандомизированы на 3 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Пациенты 1-й группы (22 человека) в течение 3 месяцев получали лизиноприл (10–20 мг в сутки), 2-й- (21 человек) - карведилол (25–50 мг), 3-й (21 человек) - комбинацию эналаприла 20 мг и 12,5 мг гипотиазида. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Сольчувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Сольчувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолевою (50 ммоль) диету. Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты. Сольчувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 37 (58 %) больных, сольрезистентный (СР) – у 27 (43 %). ИМТ и длительность АГ у СЧ больных оказалась больше, чем у СР ($9,9 \pm 1,4$ и $6,5 \pm 1,1$ лет ($p < 0,05$) и $29,4 \pm 1,0$ и $26,9 \pm 0,8$ соответственно, ($p < 0,05$). Суточная экскреция Na^+ у СЧ составила $226,3 \pm 14,4$ ммоль против $185,3 \pm 13,2$ ммоль у СР ($p < 0,05$), что свидетельствует о более высоком потреблении NaCl с пищей. В 1-й группе через 3 мес. терапии САДср. уменьшилось с $144,2 \pm 1,1$ до $132,0 \pm 0,9$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАДср. – с $83,0 \pm 1,3$ до $77,2 \pm 1,4$ ($p < 0,05$). У СР САДср. и ДАДср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – $14,0 \pm 1,2$ против $10,8 \pm 1,3$ ($p < 0,05$) и $8,2 \pm 1,4$ и $4,2 \pm 1,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Во 2-й группе САДср. снизилось со $146,1 \pm 2,1$ до $131,9 \pm 2,6$, ($p < 0,01$), ДАДср. – с $85,7 \pm 1,6$ до $78,1 \pm 1,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), при этом различий в абсолютном снижении АД у больных СР и СЧ не выявлено. У больных с комбинированной терапией отмечено самое значительное снижение АД- САДср уменьшилось с $148,2 \pm 3,2$ до $131,0 \pm 3,5$ ($p < 0,001$) и ДАДср – с $86,0 \pm 2,4$ до $77,4 \pm 2,4$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). В подгруппе СЧ САДср. снизилось на $23,4 \pm 3,1$ мм рт. ст. против $13,8 \pm 3,0$ у СР ($p < 0,01$), ДАДср. – на $11,5 \pm 1,8$ и $6,8 \pm 1,7$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,01$).

Выводы. 1. Исследованные антигипертензивные препараты выявили различную эффективность в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку- лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, кардиволол был одинаково эффективен у СЧ и СР, комбинация эналаприла и гипотиазида обладает более выраженной антигипертензивной эффективностью у сольчувствительных больных. 2. Определение сольчувствительности АД позволяет оптимизировать индивидуальную антигипертензивную терапию.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТКА СЕЛЕНА В ОРГАНИЗМЕ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА (НА ПРИМЕРЕ п. АЙТЕКЕ-БИ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН)

Батырбекова Л.С., Сакиев К.З., Аманбекова А.У.

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ и СР РК, Караганда,
Карагандинский государственный медицинский университет Караганда, Казахстан

Цель: определить влияние дефицита селена в организме у жителей п. Айтеке-би Кызылординской области и риска развития хронического холецистита.

Материалы и методы. Обследование взрослого населения п. Айтеке-би проводилось одновременно на базе поликлиник п. Айтеке-би. Всего медицинский осмотр прошли 904 человека. Критерием включения в обследование являлось проживание в зоне экологического бедствия не менее 5 лет, отсутствие контакта на рабочем месте с производственными факторами выше 2 класса вредности и опасности. Набор в группы взрослого населения был осуществлен по принципу стратификации (по полу) и квотной равной выборки для мужчин и женщин по следующим возрастным группам 18–29 лет, 30–39 лет, 40–49 лет 50–59 лет и 60–69 лет в каждом населенном пункте. Все включенные лица были осмотрены терапевтом и прошли лабораторно – диагностические исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, определение солей тяжелых металлов в крови, и функциональные исследования: ЭКГ, ФВД и УЗИ брюшной полости. Статистический анализ осуществлялся с применением пакета программ Statistica 10.

Результаты и обсуждения. В результате анализа частота установленных у населения п. Айтеке-би заболеваний желудочно-кишечного тракта встречается у 76,4 % населения, п. Айтеке-би, что занимает по встречаемости 2 место, после болезни мочеполовой системы. Среди всех заболеваний у жителей п. Айтеке-би наиболее часто выявляется хронический холецистит у 40,2 %. По результатам анализа крови на наличие тяжелых металлов было выявлено, что наиболее распространенным нарушением был дефицит селена – у 63,0 % обследованных жителей п. Айтеке – би (реже у мужчин 36,5 %, чем у женщин 63,5 %). Известно, что дефицит селена приводит к снижению резистентности организма в целом, а в желудочно – кишечном тракте – к развитию хронического воспаления в разных отделах пищеварения. При дефиците селена в организме усиленно накапливаются мышьяк, кадмий и ртуть. Нашей задачей в данной работе является выявить связь дефицита селена с хроническим холециститом у населения п. Айтеке-би, для этого использовали таблицу χ^2 в программе Statistica 10.

Заключение. Таким образом, частота развития хронического холецистита при нормальном содержании селена в крови встречалась всего у 103 обследованных – 39,0 % (36,9 мужчин и 63,1 % женщин), а распространенность хронического холецистита у лиц со сниженным содержанием селена в крови у 296 исследуемых (51,9 % (у мужчин 30,7 %, а у женщин 69,2 %), в среднем ($r=0,4$ сильная связь, $p<0,005$, $\chi^2=7,7$).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Багаутдинова З.Р., Гайсин И.Р., Торопцева Н.И., Максимов Н.И., Сабельникова И.В., Сафиуллина Г.З.

БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский клинико-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск, Россия

Цель. Течение синдрома Рейно (СР) при ревматических заболеваниях (РЗ) часто осложняется дигитальными язвами, гангреной и ампутацией пальцев. При неэффективности препаратов первой линии (блокаторы кальциевых каналов), в лечении СР рекомендованы три группы лекарственных средств: простаноиды, антагонисты рецепторов эндотелина, ингибиторы фосфодиэстеразы-5.

Материал и методы. В период с 1.12.2012 по 1.02.2016 в условиях ревматологических отделений поликлиники и стационара БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» было проведено анкетирование 100 больных РЗ (83 женщины, 17 мужчин). Анкета содержала вопросы, характеризующие СР. В I группу включены 58 пациентов, которым диагностирован СР, во II – 42 больных без СР. Средний возраст больных I группы составил $51,4 \pm 12,3$ лет, II – $57,7 \pm 14,8$ лет ($p>0,05$). В I группе системной склеродермией страдали 29 человек, системной красной волчанкой – 7, в остальных 22 случаях – другими РЗ (ревматоидный артрит, дерматомиозит, перекрестный синдром, псориазический артрит, остеоартроз, подагра, реактивный артрит, болезнь Шегрена). Во II группе было 14 больных остеоартрозом, 8 – ревматоидным артритом, 20 – другими РЗ. Длительность РЗ составила $10,1 \pm 9,5$ лет, длительность СР – $9,4 \pm 7,1$ лет. Из I группы 35 пациентов получили лечение СР препаратами простаноидов: 5 – илопростом (Иломедин®, Bayer); 17 – алпростадиллом (Вазапостан®, UCSB); 13 – и илопростом, и алпростадиллом (в зависимости от переносимости и эффективности).

Результаты. Необычная чувствительность пальцев к холоду в I группе исходно была у 56 пациентов, во II – у 24. Изменение цвета пальцев под действием холода в I группе – у 55 исследуемых, во II – у 24. Двухфазное изменение цвета (побеление-посинение) в I группе – у 20, во II группе – у 3; трехфазные изменения (побеление-посинение-покраснение) – только в I группе, у 11 человек. Изменение цвета пальцев сопровождалось болью в I группе у 38 больных, во II – у 12; онемением – в I группе у 42, во II – у 21. На фоне монотерапии илопростом отмечено уменьшение количества дигитальных язв в 2 раза и увеличение числа дигитальных рубчиков на 90 %; по результатам лечения инфицированности язв и гангрены не отмечено. Количество ампутаций не увеличилось. Илопрост не оказал влияния на боль и онемение. На фоне монотерапии алпростадиллом было отмечено уменьшение числа язв на 5 %, заживление язв – на 30 %, дигитальные рубчики остались

без изменений – множественными. Отмечено увеличение количества ампутаций в 2 раза. Боль и онемение уменьшились на 10 %. На фоне комбинированной терапии препаратами илопрост и алпростадил отмечено полное заживление дигитальных язв, не наблюдалось инфицированности и ампутаций. Боль и онемение уменьшились на 70 %.

Заключение. Для верификации СР может быть рекомендовано анкетирование. Алпростадил эффективен при лечении СР без дигитальных язв. В терапии СР, осложненного дигитальными язвами, препаратом выбора является илопрост.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ ПАЦИОНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Баранова Л.Н., Кулишова Т.В., Каркавина А.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

В современной медицине все актуальнее становится проблема стресс-индуцированной артериальной гипертензии (АГ), одним из вариантов которой является гипертензия «на рабочем месте». По данным последних исследований выявлено, что у мужчин с высоким уровнем стресса на рабочем месте повышается риск развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности.

Цель. Изучить влияние общей магнитотерапии на стресс-реактивность у пациентов со стресс индуцированной артериальной гипертензией.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 82 пациента, с впервые выявленной АГ I степени на «рабочем месте», средний возраст $41,2 \pm 1,7$, по профессии машинисты и их помощники. Все больные были разделены на 2 группы. Больные основной группы (41 человек) получали массаж по Мошкову, ЛФК, общую магнитотерапию (ОМТ), 24,8 % из всех пациентов назначалась антигипертензивная фармакотерапия: небилет по 5 мг в сутки. Препарат был выбран с учетом отсутствия побочных действий в отношении концентрации внимания. Больные группы сравнения (41 человек) получали тоже комплексное лечение, но без ОМТ. В качестве психоментального теста (ПМТ), проводимого после лечебных мероприятий, использовался тест «Математический счет».

Результаты. При выполнении ПМТ результаты показали, что все пациенты реагируют повышением САД, ДАД и ЧСС в начале лечения без статистически значимого различия. В основной группе до проведения ПМТ САД соответствовало $143,7 \pm 5,7$ мм рт. ст., а после ПМТ отмечено повышение на $31,5 \pm 1,4$ мм рт. ст. – 17,8 % ($p < 0,05$), что оценивается как критерий гипертензивной реакции АД на стресс. Изменение ДАД в основной группе: до проведения ПМТ – $87,8 \pm 2,4$ мм рт. ст., после ПМТ прирост составил $14,1 \pm 1,1$ мм рт. ст. – 16,1 % ($p < 0,05$), что также оценивается как критерий гипертензивной реакции АД на стресс. После курса ОМТ результаты ПМТ изменились. В основной группе до проведения ПМТ исходно САД было $125,9 \pm 1,8$ мм рт. ст., после ПМТ отмечался прирост на $7,5 \pm 0,4$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). ДАД до ПМТ составил $77,6 \pm 1,5$ мм рт. ст., после ПМТ наблюдался прирост АД $4,0 \pm 0,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), что соответствует нормальной реакции АД на ПМТ. В группе сравнения после применения комплекса лечебных мероприятий, прирост после стресс-теста САД составил 19,4 % ($p < 0,05$), ДАД 17,7 % ($p < 0,05$), что свидетельствовало о сохраняющейся гипертензивной реакции на стресс. В начале лечения ЧСС в основной группе составила $83,3 \pm 3,6$ уд./мин, после ПМТ наблюдался прирост на 19,1 уд./мин (22,9 %) ($p < 0,05$), что превышало норму. В конце лечения в основной группе до ПМТ ЧСС равнялось $75,6 \pm 0,8$ уд./мин, после – $79,2 \pm 0,5$ уд./мин, разница составила 4,8 % ($p > 0,05$), т. е. оставалась в пределах установленной нормы. После проведения курса лечебных мероприятий прирост ЧСС в группе сравнения после стресс-теста свидетельствовал о гипертензивной реакции на стресс в 19,2 % случаев.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что включение ОМТ в комплексное лечение работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией «на рабочем месте» обеспечивает достоверное снижение стресс-реактивности, что обеспечивает безопасность железнодорожного движения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МИОКАРДИТ, НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Бахчоян М.Р.^{1,2}, Космачева Е.Д.^{1,2}, Славинский А.А.²

¹ГБУЗ «НИИ – ККБ№ 1 им. проф. С.В. Очаповского», Краснодар, Россия,
²ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Определить эффективность медикаментозной терапии сердечной недостаточности (СН) у пациентов, перенесших миокардит, на госпитальном этапе и в отдаленном периоде.

Материал и методы. Проведен анализ медицинских карт 40 больных, перенесших миокардит. Среди них мужчин – 27, женщин – 7. Возраст пациентов от 14 до 59 лет. Оценку тяжести СН осуществлялась по показателям теста дистанции 6-минутной ходьбы (n=22), у остальных больных тест не проводился ввиду тяжести состояния). Всем пациентам выполнялась ЭХО-КГ (ФВ ЛЖ рассчитывалась по Simpson). 25 больным для исключения ИБС проводилась коронароангиография. Диагноз «миокардит» был выставлен на основании анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики, в том числе результатов гистологического исследования биоптатов правого желудочка (n=35). Первичная конечная точка – летальный исход.

Результаты. В зависимости от течения заболевания были выделены 3 группы больных, страдающих фульминантным (n=3), острым (n=18), хроническим (n=19) миокардитом. У 8 человек заболевание осложнилось кардиогенным шоком. ФВ ЛЖ по данным ЭХО-КС составляла от 3 до 55 %. Пациенты получали лечение по современным стандартам терапии. Из 3-х больных, страдающих фульминантным миокардитом, 2-е умерли на 5-е и 6-е сутки нахождения в клинике, у 1 больной произошло полное восстановление ФВ ЛЖ на фоне ЭКМО. Пациентам, у которых развился кардиогенный шок, проводилась ЭКМО (n=5), послужившая «мостом» к трансплантации сердца (ТС) (n=3) или к выздоровлению (n=1), у 1-й женщины наступил летальный исход. В одном случае, учитывая резистентную к терапии СН, ТС проведена без предшествующей механической поддержки кровообращения. Всего ТС выполнена у 14 больных. В послеоперационном периоде госпитальная летальность была в 1 случае (спустя 1,5 мес.), трое реципиентов умерли через 8, 27 и 29 месяцев после ТС. При мониторинговании выяснено, что еще 3 больных, перенесших миокардит (группа хронического течения заболевания, осложнившегося дилатацией полостей сердца), умерло от прогрессирующей СН в разные сроки амбулаторного этапа лечения. По причинам, не связанным с первичной конечной точкой, с 6-ю пациентами потерял контакт. Остальные больные регулярно наблюдаются у кардиолога по месту жительства, принимают терапию ХСН согласно последним рекомендациям специалистов.

Выводы. Несмотря на весь комплекс лечебных мероприятий в условиях специализированных клиник, процент летальности среди больных, страдающих миокардитом, осложненным кардиогенным шоком, по-прежнему остается высоким.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ИБС

Белова С.А., Москвичева М.Г., Кремлев С.Л., Варнавская Е.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, Челябинск, Россия

Факторы риска – табак, алкоголь, высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, недостаточная физическая активность являются причиной развития ведущих патологических состояний: ИБС, цереброваскулярных заболеваний, хронических болезней легких и других.

Цель исследования заключалась в изучении распространенности факторов риска среди больных ИБС в Челябинской области.

Материал и методы. Было проведено социологическое исследование по разработанной автором анкете, включающей 120 вопросов. Отбор респондентов формировался методом случайной выборки, обеспечивающей достоверность и репрезентативность полученных результатов. Объем выборочной совокупности был рассчитан по формуле, предложенной А.М. Мерковым (1962 г.) для известного объема генеральной совокупности. Для получения достоверных характеристик объем выборки был увеличен до 900 респондентов. Критериями включения в исследование служило: наличие установленного диагноза ИБС; возраст старше 18 лет; постоянное проживание на территории Челябинской области. Критериями исключения из исследования явилось нежелание больного участвовать в анкетировании. В статистическую обработку включено 830 анкет. Статистическая обработка полученной информации осуществлялась с применением персонального

компьютера и использованием статистического пакета прикладных программ статистики компании StatSoft Inc. (USA) SPSS Statistics (версия 17).

Результаты. В ходе социологического исследования выявлены особенности медико-социальной характеристики больных ИБС в Челябинской области: преобладают лица в возрасте старше 50 лет (85 %), 42,5 % имеют среднее специальное и 27,6 % высшее образование, 64,9 % имеют доход на одного члена семьи менее 10 тыс. рублей, 4,2 % не имеют постоянного источника дохода, установлена низкая мотивация на здоровье, только 19,6 % считают ценностью здоровье. Анализ выявил высокую распространенность факторов риска ИБС у респондентов по сравнению с населением области, прошедшим диспансеризацию: по распространенности курения – в 2,6 раза, гиподинамии – в 2,5 раза, дислипидемии – в 4,6 раза, повышенного артериального давления – в 3,8 раза, избыточной массы тела – в 3,5 раза, стресса – в 8,1 раза, нерационального питания – в 1,3 раза. Распространенность курения среди больных ИБС в регионе составляет 59,8 %, повышенного артериального давления – 39,9 %, дислипидемии – 56,9 %, избыточной массы тела – 50,0 %, избыточного употребления алкоголя – 12,0 %, стресса – 50 %.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности факторов риска ИБС у населения Российской Федерации и Челябинской области и сопоставимы с результатами аналогичных исследований Р.Г.Оганова (2011), А.С. Димова, Н.И. Максимова (2013).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Берстнева С.В., Дубинина И.И.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ, Рязань, Россия

Цель. Изучение полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы – *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В ГБУ РО ОКБ обследовано 45 больных СД 2 типа с АГ 2–3 ст. Средний возраст $57,9 \pm 1,3$ лет, длительность СД – $11,4 \pm 1,5$ лет, ИМТ – $31,9 \pm 1,0$ кг/м². Все пациенты получали диетотерапию, сахароснижающую терапию, гипотензивную терапию. Проведено исследование углеводного (гликемия натощак, постпрандиальная, HbA1c), липидного обмена – ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицеридов (ТГ), с вычислением индекса атерогенности (ИА). Идентификацию полиморфных маркеров *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* проводили методом полимеразно-цепной реакции, при генотипировании группу контроля составили 12 человек без нарушений углеводного обмена и АГ. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось по стандартной методике с помощью аппарата системы «Валента».

Результаты. При анализе показателей углеводного обмена глюкоза крови натощак составила $8,4 \pm 0,3$ ммоль/л, постпрандиальная гликемия – $9,5 \pm 0,2$ ммоль/л, уровень HbA1c – $8,4 \pm 0,3$ %. В липидном спектре выявлено повышение ОХС – $6,2 \pm 0,2$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,7 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $2,2 \pm 0,3$ ммоль/л и ИА – $3,8 \pm 0,1$. Распределение частот генотипов полиморфизма типа *I/D* гена *ACE* среди пациентов с СД и АГ было следующим: II – 18,1 %, ID – 49,6 %, DD – 32,3 %. Распределение генотипов и аллелей в группе контроля: II – 33,4 % ($p > 0,05$), ID – 49,4 % ($p > 0,05$), DD – 17,2 % ($p > 0,05$). I-аллель был выявлен в 35,3 % в основной группе и 66,7 % в контрольной ($p < 0,01$), D-аллель в 64,7 % и 33,3 % соответственно ($p < 0,01$). Результаты генотипирования гена *AGT* показали, что частота генотипа TT у больных СД с АГ составила 37,3 %, гетерозигот (MT) – 62,7 %, генотипа MM – 0 %. В группе контроля у всех обследуемых выявлен генотип MT (100 %), $p < 0,001$.

При анализе параметров СМАД у носителей D и I аллелей гена *ACE* на фоне проводимой антигипертензивной терапии в показателях САД, ДАД, индекса времени, скорости и величины утреннего подъема АД достоверных различий выявлено не было. Однако у пациентов с генотипом DD отмечено более значительное нарушение циркадности ритма АД в виде недостаточного снижения ДАД в ночные часы (профиль нон-диппер у 72,7 %, диппер – у 27,3 %); у носителей I аллеля – 50,0 и 50 % соответственно ($p < 0,05$). У гомо- и гетерозигот по T аллелю гена *AGT* также не было выявлено различий в показателях СМАД на фоне лечения. Однако у пациентов генотипом TT отмечена тенденция к повышению вариабельности САД и ДАД в дневное и ночное время и преобладание профиля нон-диппер (75,0 %).

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что полиморфные маркеры *I/D* гена *ACE* и *M235T* гена *AGT* и наличие DD- и TT-генотипов этих маркеров ассоциировано с развитием артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом 2 типа.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЯМОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА NO-REFLOW У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Сапожников С.С.

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

Цель. Определение взаимосвязи прямого стентирования и развития феномена no-reflow при проведении первичных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ).

Материал и методы. Используя данные «Регистра проведенных операций транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики»© были проанализированы госпитальные результаты 1103 первичных ЧКВ при ОКСПСТ, которые были выполнены в период с 2006 по 2014 годы.

Результаты. Основную группу составили 563 (51 %) пациента, которым выполнялось прямое стентирование. Сравнительную группу составили 540 (49 %) больных, у которых стентирование выполнялось после предварительной дилатации. Пациенты основной группы были моложе ($57,9 \pm 10,9$ года против $60 \pm 11,5$ года, $p=0,001$). По полу, частоте сахарного диабета, инфаркта миокарда в анамнезе и артериальной гипертензии в сравниваемых группах не было выявлено статистически значимых различий. Полная окклюзия инфаркт-связанной артерии (47,4 % против 84,3 %; $p<0,001$) и многососудистое поражение коронарного русла (23,8 % против 34,4 %; $p<0,001$) реже определялось в группе, где выполнялось прямое стентирование. При анализе госпитальных результатов, не было выявлено различий по частоте тромбоза стента (1,2 % против 2,8 %; $p=0,068$) и развития повторного инфаркта миокарда (1,4 % против 1,9 %; $p=0,572$). Госпитальная летальность (2,5 % против 5,4 %; $p=0,013$) и частота развития основных неблагоприятных кардиальных событий (MACE) (6,7 % против 11,3 %; $p=0,008$) были ниже в группе прямого стентирования. При этом развитие феномена no-reflow реже определялось в основной группе исследования (2,2 % против 7,4 %; $p<0,001$). С помощью бинарной логистической регрессии было выявлено, что наряду с увеличением возраста (ОШ= 1,03; 95 % ДИ 1,01–1,06; $p=0,016$), наличием полной тромботической окклюзии (ОШ=7,97; 95 % ДИ 2,39–26,51; $p=0,001$), проведение предварительной дилатации ассоциировалось более высокой частотой развития феномена no-reflow (ОШ= 1,99; 95 % ДИ 1,02–3,85; $p=0,04$).

Заключение. Таким образом, проведение прямого стентирования при ОКСПСТ характеризовалось снижением частоты осложнений на госпитальном этапе. Более того, преддилатация, проведенная перед стентированием ассоциировалась более высокой частотой развития феномена no-reflow.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бигаева Д.У., Гатагонова Т. М., Болиева Л. З.

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Согласно современным представлениям гипергомоцистеинемия представляет собой независимый модифицируемый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Взаимосвязь между повышением концентрации гомоцистеина (ГЦ) в плазме крови и увеличением риска сердечно-сосудистой патологии достоверно установлена в ряде исследований, что послужило основанием для создания гомоцистеиновой теории атеросклероза. Роль ГЦ в развитии и прогрессировании бронхообструктивных заболеваний, а также у больных с сочетанной кардиореспираторной патологией до настоящего времени изучена недостаточно.

Цель. Изучение уровня ГЦ плазмы крови у больных с бронхиальной астмой (БА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование больных БА и АГ. В исследование были включены 152 человека (72 мужчин, 80 женщин), средний возраст которых составил $56,2 \pm 3,4$ года. Все участники исследования были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту. 1-группа (контрольная) была сформирована из 37 практически здоровых лиц, 2 группа – из 40 пациентов с АГ, 3 группу составили 38 пациента с БА, 4 группу – 37 пациентов с сочетанием БА и АГ. Определяли содержание ГЦ, общего холестерина (ОХС), липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) в плазме крови иммуноферментным методом на анализаторе Мультискан (Thermo Fisher Scientific, США) с помощью диагностических наборов фирмы Axis-Shield (Норвегия). Статистическая обработка полученных результатов выполнена с помощью программного обеспечения «GraphPadPrism 6», «Microsoft Office Excel 2010». Для анализа данных исполь-

зовали среднюю величину (M) и стандартное отклонение (SD); различия между двумя выборками считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В группах больных с БА, АГ и БА в сочетании с АГ было выявлено повышение уровня ГЦ по сравнению с контролем. группе в 1,7, 1,5 и 2,0 раза, соответственно ($p < 0,001$). При проведении корреляционного анализа во всех группах пациентов выявлена прямая зависимость между повышением уровней ОХС, ХС ЛПНП и ГЦ (коэффициент корреляции более 0,5). Также показана прямая корреляция между содержанием ГЦ и величиной систолического и диастолического артериального давления цифры ($r = 0,55$ и $r = 0,52$ соответственно). Максимальные изменения выявлены в группе больных с сочетанной кардиореспираторной патологией.

Заключение. Для больных с АГ, БА и БА в сочетании с АГ характерна гипергомоцистеинемия, наиболее выраженная в группе пациентов с сочетанной патологией. Определение уровня гомоцистеина может служить маркером сердечно-сосудистого риска у больных с БА.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Болотова Е.В.¹, Комиссарова И.М.²

¹ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар;

²МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ», Краснодарский край, Россия

Цель. Изучить особенности распространённости тревоги и депрессии в сельской популяции Краснодарского края.

Материал и методы. Объектом исследования явилась популяционная выборка населения старше 18 лет, проходивших профилактический осмотр в сельской местности Краснодарского края. В исследование включены данные 2189 человек (54,0 % женщин и 46,0 % мужчин), средний возраст $47,72 \pm 16,6$ лет. Степень тревоги и депрессии оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), валидизированной для России. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом. До включения в исследование у всех пациентов было получено письменное информированное согласие. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. Наличие тревожных и депрессивных расстройств выявлено у 34,0 % обследованных (25,8 % мужчин и 41,0 % женщин; $\chi^2 = 18,43$; $p < 0,0001$). Клинический уровень тревоги зарегистрирован у 4,4 % обследованных (2,3 % мужчин и 6,2 % женщин; $\chi^2 = 19,56$; $p < 0,0001$); клинический уровень депрессии – у 4,2 % (2,6 % мужчин и 5,5 % женщин; $\chi^2 = 11,55$; $p < 0,0001$). Средний уровень тревоги/депрессии у обследованных составил $6,2 \pm 2,8$ баллов и $4,7 \pm 2,1$ баллов соответственно, в том числе среди мужчин – $6,33 \pm 3,5$ и $4,96 \pm 1,7$ баллов; среди женщин $6,15 \pm 2,1$ и $4,50 \pm 2,3$ баллов. С возрастом доля лиц с тревожно-депрессивными расстройствами достоверно увеличивалась и была максимальной в возрастной группе 56–65 лет (52,1 %); в возрасте 18–25 лет этот показатель был равен 15,4 %; 26–35 лет – 18,6 %; 36–45 лет – 19,7 %; 46–55 лет – 44,4 %; старше 65 лет – 48,7 % ($\chi^2 = 228,25$; $p < 0,0001$). Выявлена достоверная прямая корреляция между уровнем тревоги/депрессии и возрастом ($r = 0,050$; $p = 0,019$ и $r = 0,158$; $p = 0,0001$ соответственно). С повышением величины ИМТ количество лиц с тревожно-депрессивными расстройствами достоверно увеличивалось ($\chi^2 = 1617,15$; $p < 0,0001$). Среди лиц с тревожно-депрессивными расстройствами нерациональное питание (НП) выявлено у 63,9 % обследованных (45,1 % мужчин и 82,3 % женщин; $\chi^2 = 241,28$; $p < 0,0001$); избыточное потребление сахара – у 82,0 % (67,3 % мужчин и 91,7 % женщин; $\chi^2 = 467,66$; $p < 0,0001$). Клинический уровень тревоги и депрессии достоверно коррелировал с НП ($r = 0,197$; $p < 0,0001$ и $r = 0,205$; $p < 0,0001$ соответственно), с низкой физической активностью (НФА) ($r = 0,286$; $p < 0,0001$ и $r = 0,296$; $p < 0,0001$), с артериальной гипертензией (АГ) ($r = 0,113$; $p < 0,0001$; $r = 0,177$; $p < 0,0001$). С ростом уровня образования распространённость тревожно-депрессивных расстройств уменьшалась: у лиц со средним образованием она составила – 54,9 %, со средне-специальным 20,8 %; с высшим образованием – 10,6 % ($\chi^2 = 354,11$; $p < 0,0001$).

Заключение. Таким образом показатели распространённости тревоги и депрессии в сельской популяции Краснодарского края статистически значимы после коррекции на пол, возраст, а также такие показатели, как ИМТ, НП, НФА, АГ, уровень образования. Выявленные в нашем исследовании региональные особенности необходимо учитывать при разработке профилактических программ.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Борель К.Н., Кужелева Е.А., Округин С.А., Бабуев Н.С., Гарганеева А.А.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск, Россия

Цель. Изучить особенности клинического течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у пациентов молодого возраста.

Материал и методы. С использованием интеллектуальной информационно-аналитической системы «Регистр острого инфаркта миокарда» была сформирована группа больных: мужчины и женщины не старше 44 лет, выжившие после перенесенного в 2012–2014 гг. ОИМ и зарегистрированные в базе данных (n=109).

Результаты. Гендерный состав больныхна 90 % был представлен мужчинами. Средний возраст составил 40,08±3,66 лет и был сопоставим по полу. Социальный градиент был представлен преимущественно квалифицированными работниками и служащими (общая доля их составила 56,8 %). Перенесенные ранее коронарные события регистрировались у каждого десятого (13,8 %), повышенное артериальное давление – в половине случаев (55,1 %), хроническая ИБС в виде стабильной стенокардии – у каждого шестого (14,7 %), нарушение метаболизма углеводов – у 6,4 % больных. Курили 88 % пациентов. Средний уровень общего холестерина составил 5,25±1,45 ммоль/л. При изучении анамнеза инвазивных вмешательств установлено, что одному пациенту было выполнено коронарное шунтирование, коронаровентрикулография (КВГ) выполнялась каждому десятому из них (12 %), а чрескожное вмешательство – в 8,3 % (n=9) случаев. Более чем у половины пациентов отмечалось изменение самочувствия в предшествующие 28 дней до развития коронарной катастрофы в виде появления симптомов прогрессирующей стенокардии (медиана времени от развития предвестников заболевания до манифестного ОИМ составила 3 дня). Несмотря на наличие субъективной симптоматики лишь треть пациентов обратилась за медицинской помощью. Инициация сердечно-болевого синдрома в виде типичного приступа загрудинной локализации чаще случалась в состоянии покоя или во сне, без предшествующих физических и/или психоэмоциональных триггеров (77,5 % случаев). Чаще больные госпитализировались в специализированное отделение НИИ кардиологии, что позволило выполнить реваскуляризирующие вмешательства в максимальном объеме: тромболитическая терапия по показаниям была выполнена трети больных (36,7 %, n=40), КВГ – практически всем (90 %). Чаще выявлялось однососудистое поражение (37,8 %). Внутрикоронарное восстановление кровотока выполнено 72,5 % больных (из числа тех, кому проведена КВГ).

Заключение. Таким образом, «собираемый образ» молодого пациента с ОИМ выглядит следующим образом: это курящий мужчина экономически активного возраста, занимающийся квалифицированным трудом и имеющий повышенный уровень общего холестерина. Как правило, больные этого возраста обращаются за медицинской помощью отсроченно, несмотря на появление симптомов заболевания. Согласно полученным данным, требуется активная работа по коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и активная пропаганда первично-профилактических мероприятий, способных скорректировать не только распределение частоты ОИМ в популяции в целом, но и грамотного восприятия первых признаков ухудшения самочувствия.

КОМПЛЕКС ГТО – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Бочкарева Е.В.¹, Копылова Г.А.², Бутина Е.К.¹

¹ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России, Москва, Россия

²Российский союз промышленников и предпринимателей, Москва, Россия

Цель: информировать широкую врачебную аудиторию о новых возможностях развития программ укрепления здоровья на рабочем месте (ЗРМ), связанных с поэтапным внедрением в России физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне (ГТО)».

Программы ЗРМ являются эффективной моделью укрепления здоровья экономически активных групп населения трудоспособного возраста и включают комплекс мероприятий по расширению физической активности (ФА), нормализации питания, борьбу с вредными привычкам. В последние годы крупные российские компании все больше внимания уделяют продвижению программ ЗРМ и противодействию социально-значимым заболеваниям в рамках политики корпоративной социальной ответственности. Однако, возможности развития таких программ ограничиваются тем, что расходы на их проведения оплачиваются за счет прибыли, что отрицательно сказывается на экономических показателях предприятия. К сожалению, лишь 67 % крупных эффективно работающих компаний имеют собственные медицинские службы, при этом мероприятия по

борьбе с курением осуществляются на 22 % предприятий, профилактика гипертонии – 22 %, профилактика ВИЧ – 17 %. Только 1/3 компаний осуществляют программы по профилактике алкоголизма и наркомании, и по коррекции питания. Многие компании располагают развитой материальной базой для занятий физкультурой и спортом и расширения ФА работников, что является одной из наиболее эффективных стратегий улучшения здоровья. Новые возможности развития программ ЗРМ связаны с мерами Правительства РФ по поэтапному введению физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне (ГТО)». Нормативно-правовая база, установленная приказом Минтруда России № 375н от 16.06.2014 г, позволяет предприятиям снизить налоговую нагрузку на прибыль компаний за счет отнесения расходов на развитие физической культуры и спорта в трудовых коллективах на себестоимость продукции. Эти меры позволяют многим компаниям уже сегодня, с опережением утвержденного Правительством РФ графика, поэтапно внедрять комплекс ГТО в своих производственных коллективах.

Учреждениям здравоохранения необходимо системно оказывать предприятиям организационную и методическую поддержку в их деятельности по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) в рамках внедрения комплекса ГТО. Необходимо учитывать объективные и достоверные данные о влиянии этих мероприятий на показатели здоровья работников, информированность по вопросам ЗОЖ и навыкам практического применения. Особенно важно до начала и на фоне активной работы по сдаче нормативов ГТО изучить имеющиеся барьеры к занятиям ФА, в том числе, непосредственно связанные с характером производственной деятельности, отношение работников к данной проблеме и ожидаемую ими помощь со стороны работодателя.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ – ВАЖНОЕ ЗВЕНО В СОМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

*Бритов А.Н.¹, Елисеева Н.А.¹, Деев А.Д.¹, Мирошник Е.В.², Дроздецкий С.И.³, Инарокова А.М.⁴,
Нечаева Г.И.⁵, Сибирева В.В.⁶*

¹ ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна,

² ФМБА России,

³ НГМУ, Нижний Новгород,

⁴ КБГУ, Нальчик,

⁵ ОГМУ, Омск,

⁶ ЦМП, Великий Новгород, Россия

Цель: оценить социальный статус и адаптацию личности в конфликте в ряде организованных популяций в нескольких, типичных регионах России.

Материал и методы. Были обследованы представительные выборки в организованных популяциях пяти городов России: обследовано 2227 человек (1336 женщин). Для оценки здоровья служили опросники на выявление социально-экономического статуса, соматического и психологического состояния здоровья: индекс жизненного стиля, шкала психотизма Айзенка, социальной адаптации и нравственного потенциала личности. Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием статистических пакетов SAS.

Результаты. Среди лиц без высшего образования низкая самооценка своего благосостояния была у 20 % мужчин и у 37,7 % женщин. Но среди лиц с высшим образованием 13,2 % мужчин и 18,7 % женщин оценивали уровень своего благосостояния как низкий. Среди мало обеспеченных – 37,3 % составляли лица с высшим образованием. При оценке теста на социальную адаптацию, особенно в конфликтной ситуации, видно, что мужчины во всех возрастных группах склонны к проявлению агрессивного стиля поведения (несдержанность в поведении на работе и дома) от 74,78±5,37 % в возрасте 35–44 г. до 90,2±2,8 % в возрасте 45–54 г. У женщин, это еще чаще проявляется, чем у мужчин: 92,4 %±2,2 в возрасте 35–64 г. Так же часто выявлялся очень высокий уровень замкнутости (изоляции) как поведенческой реакции в сложной ситуации, как среди мужчин, так и женщин (93,79±0,91 и 91,59±1,03 %, соответственно). Анализ психотизма по Х.Ю. Айзенку и объема рефлексии также показал очень высокую склонность к вербальной агрессии (89,9 %) и патогенной рефлексии.

Проанализировав корреляцию по Спирмену, изучив связь «конечных точек» в зависимости от 2-х типов переменных: физиологических и психологических параметров, было выявлено, что психологические признаки сильно опережают по значимости влияния на состояние здоровья популяции физиологические параметры ($p < 0,0078$ против $p < 0,078$). Метод логистической регрессии по данным проспективного исследования выявил достоверную связь «конечных точек» со шкалой саногенной рефлексии (неспособность человека адекватно оценивать себя в стрессовой ситуации) при $p < 0,006$; со шкалами нравственного потенциала личности: не чувствуют себя внутренне делать добро при $p < 0,1$ и не проявлены внутренние качества к справедливости при $p < 0,009$; считают себя несчастливymi ($p < 0,01$); со шкалами социальной адаптации при $p < 0,08$ и с изоляцией

«уходом в себя» – $p < 0,1$; с «определенным ощущаемым стрессом» при $p < 0,05$; с тревогой по шкале «HADS» при $p < 0,01$; с наличием в анамнезе бронхо-легочных заболеваний ($p < 0,03$).

Заключение. Таким образом, у респондентов слабо сформирован навык разрешать конфликтную ситуацию с учетом осознанной – саногенной рефлексии, замечена тенденция к соматизации личности, ярко выражена дезадаптация населения. Для реального оздоровления населения требуется системный подход.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Вакульчик К.А., Межонов Е.М., Шалаев С.В.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень; ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», Тюмень, Россия

Цель: Изучить распространенность и влияние на прогноз нарушения почечной функции у больных с различными вариантами острого коронарного синдрома (ОКС).

Материал и методы. В исследование включено 154 пациента, поступивших в отделение кардиологии с различными вариантами ОКС (нестабильная стенокардия – 41,6 %, острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST – 33,1 %, острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST – 25,3 %), в возрасте 40–95 лет (средний возраст – $63,7 \pm 11,36$ лет), из них 98 (63,6 %) мужчин.

Результаты. Нарушение почечной функции (снижение СКФ < 60 мл/мин) у больных с ОКС встречалось у 24,0 % пациентов, при этом распространенность почечной дисфункции между группами не различалась, так среди пациентов с нестабильной стенокардией у 26,6 %, острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST – 23,6 % случаев, острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 20,5 % ($p = 0,632$). 90,9 % пациентов проведена селективная коронароангиография, которая при необходимости завершалась ангиопластикой коронарных артерий, частота же развития острого почечного повреждения (ОПП) составила при нестабильной стенокардии – 6,3 %, острым инфаркте миокарда без подъема сегмента ST – 10,3 %, острым инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST – 14,0 % ($p = 0,843$). ОПП 1 стадии встречалось у 8,5 % пациентов с ОКС, на долю ОПП 2 и 3 стадии приходилось по 0,7 % соответственно. Частота развития ОПП возрастала со снижением уровня СКФ при поступлении в стационар, при уровне СКФ от 60 до 89 мл/мин частота ОПП различных стадий зарегистрировано у 6,3 % пациентов, при уровне СКФ от 45 до 59 мл/мин – 3,5 %, при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин – 20 %, при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 60 % ($p = 0,010$). У 3,2 % пациентов (5 из 154 пациентов) зарегистрирована госпитальная летальность, при этом в группе пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST госпитальная летальность составила 7,8 % (4 из 51 пациента), в группе с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST – 2,6 % (1 из 39 пациентов), в группе нестабильной стенокардии госпитальной летальности не зарегистрировано. Исходно низкие показатели СКФ ассоциировались с неблагоприятным прогнозом, при уровне СКФ от 30 до 44 мл/мин госпитальная летальность составила 40 % (2 пациента из 5), при уровне СКФ от 15 до 29 мл/мин – 40 % (2 пациента из 5), в то время как в группах с более высокими значениями СКФ случаи госпитальной летальности встречались значительно реже ($p = 0,011$). Частота развития ОПП также ассоциировалась со стадией острой сердечной недостаточности (ОСН) по Killip при поступлении, ОПП более часто встречалось при более высоких степенях ОСН ($p = 0,005$). Развитие ОПП ассоциировалось с увеличением госпитальной летальности, достигая 100 % при развитии ОПП 3 стадии ($p = 0,001$).

Заключение. Почечная дисфункция является независимым предиктором кардиоваскулярной заболеваемости и смертности и достаточно широко распространена среди больных ОКС, развитие ОПП сопряжено с неблагоприятным прогнозом для пациентов.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.

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

Проблема сердечной недостаточности (СН) в медицине приобретает все большую актуальность. По современным представлениям в основе патогенеза СН лежат активация нейрогормональных систем. С целью коррекции разрушительного действия катехоламинов рекомендованы бета-блокаторы, как препараты основного ряда, в частности карведилол. Вместе с тем, многофакторное действие низкоинтенсивного лазерного излучения (ЛО), обосновывает возможность его использования в качестве нейрогормонального модулятора

у больных ИБС с целью ограничения процессов ремоделирования сердца и профилактики развития сердечной недостаточности.

Цель. Изучить особенности изменений кардиодинамики у больных ИБС под влиянием низкоинтенсивного лазерного излучения по сравнению с карведилолом.

Материал и методы. Исследовано 115 больных ИБС мужского пола со стенокардией напряжения II–III функциональных классов в возрасте до 60 лет. Все больные были разделены на 2 группы: в группу карведилола вошли 65 пациентов, из которых 53 в течение 7 суток получали карведилол по 50 мг/сутки, а 12 плацебо. Группа лазеротерапии состояла из 50 пациентов, из которых 39-и проводились десятидневные курсы инфракрасного лазерного облучения (ЛО), а 11-и имитация ЛО. Группы больных были идентичны по возрасту и тяжести коронарной недостаточности. В группе карведилола выявлено 30 (41,6 %), а в группе лазеротерапии 24 (48,1 %) больных с СН I–II функционального класса (NYHA). Проводили накожное ЛО магистральных кровеносных сосудов, рефлексогенных зон. До и после курса лечения выполняли велоэргометрическую пробу с расчетом на пороговом уровне отношения прироста двойного произведения к пороговой мощности физической нагрузки – $\Delta\text{ДП}/\text{W}$. В эти же сроки осуществляли ультразвуковое исследование сердечной деятельности.

Результаты. Карведилол и ЛО вызывали увеличение фракции выброса левого желудочка на 11,4 % ($p < 0,001$) и 9,1 %; ($p = 0,03$). После приема карведилола отмечалось также увеличение показателя $\% \Delta S$ с $23,1 \pm 2,1$ % до $24,5 \pm 1,8$ % ($p < 0,001$) и сокращение систолического объема левого желудочка с $45,5 \pm 5,7$ мл до $41,3 \pm 7,1$ мл ($p = 0,04$). Лазеротерапия сопровождалась увеличением $\% \Delta S$ с $22,1 \pm 4,8$ до $24,8 \pm 6,1$ ($p = 0,007$). В обеих группах наблюдался рост отношения скоростей раннего наполнения к позднему наполнению левого желудочка на равную величину: на 20,4 % ($p < 0,001$) и 21,8 % ($p = 0,006$). Оптимизация структуры диастолы в значительной мере обусловлена снижением ригидности миокарда, что подтверждается статистически значимым сокращением времени изоволюмического расслабления сердца на 16,8 % под влиянием карведилола и на 11,1 % после курса ЛО.

Заключение. Таким образом, воздействие на организм больных ИБС низкоинтенсивного лазерного излучения оказывает на показатели кардиодинамики сходные с карведилолом сдвиги, указывающие на примерно равнозначное улучшение показателей сократительной и диастолической функций миокарда, что обосновывает возможность использования ЛО у больных ИБС с начальными проявлениями сердечной недостаточности.

ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ГРУДНОЙ АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

*Вебер В.Р.¹, Рубанова М.П.¹, Жмайлова С.В.¹, Губская П.М.¹, Прошина Л.Г.¹, Карев В.Е.²,
Румянцев Е.Е.¹, Атаев И.А.¹, Кулик Н.А.¹*

¹ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

²ФГБУ НИИ Детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить изменения компонентов внеклеточного матрикса медиального слоя грудной аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса (ХАС) и через 1 месяц после окончания эксперимента.

Материал и методы. Моделирование ХАС – 10 крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 недель введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов, не подвергавшиеся никаким воздействиям. В парафиновых срезах, окрашенных по Ван Гизону, в меди грудной аорты с помощью сетки Г.Г.Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты срезы окрашивали орсеином по Шиката. Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г.Автандилова. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99.

Результаты. Объемная плотность ВКП в средней оболочке грудной аорты через 2 недели введения адреналина практически не изменилась по сравнению с контрольной серией. Через 1 месяц после прекращения введения адреналина объемная плотность ВКП значительно уменьшилась (с $7,77 \pm 0,65$ об.% в контроле до $3,63 \pm 0,32$ об.% через 1 месяц, $t = 6,069$; $p = 0,0001$).

Объемная плотность коллагеновых волокон в меди грудной аорты через 2 недели моделирования ХАС значительно увеличилась (с $15,72 \pm 0,83$ об.% в контроле до $21,43 \pm 1,37$ об.% через 2 недели введения адреналина; $t = 3,746$, $p = 0,0001$) и оставалась на том же уровне через месяц после прекращения эксперимента ($22,33 \pm 0,86$ об.% через 1 месяц).

Объемная плотность эластиновых волокон через 2 недели ХАС уменьшилась с $84,64 \pm 0,7$ б. % в контроле до $78,91 \pm 1,06$ об. % через 2 недели введения адреналина ($t=3,746$; $p=0,0001$) и до $52,96 \pm 1,28$ об. % через 1 месяц ($t=12,147$; $p=0,0001$).

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что ремоделирование грудной аорты прогрессирует и через 1 месяц после окончания эксперимента и бесстрессового содержания животных – уменьшается объемная плотность внеклеточных пространств, продолжается деградация эластиновых волокон, а объемная плотность коллагеновых волокон остается на том же уровне, что и через 2 недели введения адреналина. То есть, можно предположить, что моделирование хронического адренергического стресса запускает в стенке грудной аорты механизмы ремоделирования, которые продолжают даже вне стрессовых воздействий.

ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Вершинина А.М., Реут Ю.С., Гапон Л.И., Третьякова Н.В., Копылова Л.Н., Бусарова Е.С., Нечаева А.О.

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

Цель. Исследовать соответствие антигипертензивного и органопротективного эффекта комбинированной антигипертензивной терапии (КАТ) в сравнении с монотерапией у пациентов артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическими нарушениями (МН).

Материал и методы. Исследование выполнено у 62 пациентов АГ 11 степени в сочетании МН (абдоминальный тип ожирения, нарушения липидного и углеводного обмена), Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 гр. – 42 пациента АГ получали КАТ препаратом эксфорж (фиксированная комбинация валсартана и амлодипина, производство фирмы Novartis Pharma, Швейцария) в дозе 5/160 мг/сутки; 2 гр. – 20 пациентов АГ на монотерапии препаратом диован (валсартан, аналогичной фирмы) в дозе 160–240 мг/сутки. Период наблюдения в обеих группах составил 16 недель. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на аппарате АВРМ-04 «Meditech», Венгрия. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), индекс жесткости сосудистой стенки (САВИ) определяли с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр -12» (Россия). ЭХОкардиография проводилась на аппарате ALOKA Echo – CAMERA SSD – 650 с вычислением массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ). Толщина интима – медия (ТИМ) сонных артерий исследовалась на аппарате GE «Virid 4». Определяли уровень суточной микроальбуминурии (МАУ).

Результаты. Целевой уровень АД по среднесуточным показателям (данные СМАД) на фоне лечения препаратом эксфорж достигнут у 83,3 % пациентов, при монотерапии валсартаном – в 80,6 %, т.е. достоверных отличий при данном сравнении не получено ($p > 0,05$). В 1 гр. отмечено достоверное снижение СРПВ с $13,35 \pm 1,44$ до $11,74 \pm 0,88$ м/с ($p < 0,0001$), САВИ – с $7,53 \pm 0,86$ до $6,73 \pm 0,84$ ($p < 0,001$). В гр2 динамика данных показателей была менее выраженной ($p < 0,05$, $p < 0,05$, соответственно). Отмечено достоверное снижение ТИМ справа и слева в гр. 1 ($p < 0,05$); Во 2 гр. данные показатели носили характер тенденции ($p > 0,05$). Показатели ММЛЖ и ИММЛЖ достоверно уменьшались ($p < 0,05$) только на фоне комбинированной терапии, в отличие от монотерапии ($p > 0,05$). Динамическое исследование МАУ в 1 гр. показало снижение экскреции с $14,78 \pm 8,66$ до $10,31 \pm 4,72$ мг/сут ($p < 0,001$), во 2 гр показатели носили менее значимый характер ($p < 0,05$).

Заключение. У больных АГ 2 степени с МН в условиях равнозначного антигипертензивного эффекта КАТ (препарат валсартан + амлодипин) и монотерапии (препарат валсартан) наблюдается более выраженное органопротективное воздействие КАТ по влиянию на сосудистую жесткость, процессы ремоделирования миокарда, нефропротекторное воздействие, что определяет преимущества применения комбинированной терапии при данной патологии.

ИЗУЧЕНИЕ ТИПИЧНОЙ ПРАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Видякина Е.Э., Мальчикова С.В.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель. Изучить существующую практику ведения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Случайным образом выбраны 67 медицинских карт амбулаторного пациента, состоящих на диспансерном учете с ХОБЛ. Проведен ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ.

Результаты. 95,5 % пациентов – мужчины со средним возрастом $72,5 \pm 10,0$ лет, 79,1 % – инвалиды, 97 % пациентов – курильщики, стаж курения $46,4 \pm 11,2$ лет. 49,3 % пациентов имели среднюю, 38,8 % – тяжелую степень заболевания. У 16,4 % отсутствуют данные о проведении ФВД и величине ОФВ1. У 52,2 % пациентов определяется сопутствующая сердечно-сосудистая патология, у 29,9 % заболевания дыхательной системы, у 7,5 % – ЖКТ. Из 67 пациентов 13,2 % не получали никакой терапии. Только 14,3 % пациентов с легкой ХОБЛ получали терапию в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями, 42,9 % получали завышенный объем медикаментозной терапии (длительно действующие бронхолитики), 42,8 % не получали никаких рекомендаций по лечению. Среди пациентов с ХОБЛ средней тяжести 18,2 % не получали лечения. Только 15 % получали терапию в соответствии с федеральными рекомендациями, 27,3 % имели завышенный объем терапии (назначение ИГКС без показаний), 39,4 % получали недостаточную терапию (отсутствие длительно действующих бронхолитиков). Среди пациентов с тяжелой ХОБЛ 7,7 % не получали никакой терапии, лечились в соответствии с федеральными рекомендациями 76,9 %, у 19,2 % – терапия в недостаточном объеме. Пациент с крайне тяжелой ХОБЛ получал терапию в полном объеме. У 25,4 % пациентов отсутствует диспансерное наблюдение. У 56,7 % наблюдались обострения в течение года, при этом 66,2 % – лечатся стационарно. 16,4 % пациентов при обострении не получают никакой терапии. 18,4 % получали СГКС, при этом у 57,1 % использовались заниженные дозы. Антибактериальная терапия была назначена 41,8 % пациентов: защищенные пенициллины; макролиды; фторхинолоны нереспираторные и респираторные, цефалоспорины 3 поколения.

Заключение. Проблемы рационального лечения ХОБЛ особенно актуальны в связи с высокой распространенностью ХОБЛ (15,3 %). У 20 % пациентов имеется неверная трактовка показателей ФВД (ОФВ1) и занижение степени тяжести, группы ХОБЛ по GOLD, что впоследствии отражается на тактике терапии. Наиболее распространенные ошибки: недостаточное использование ДДБА и ДДАХ (замена их на препараты короткого действия из этих групп); назначение ИГКС при отсутствии показаний к ним, и, наоборот, отсутствие этих препаратов в схемах лечения при имеющихся показаниях; чрезмерное использование антибактериальных препаратов и применение нерационально заниженных доз СГКС при обострении. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости образовательных программ по диагностике и лечению ХОБЛ среди врачей первичного звена, контроля внедрения федеральных клинических рекомендаций по ХОБЛ. Проведение терапии в соответствии с федеральными рекомендациями позволит сэкономить значительные финансовые средства.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Вистерничан О.А., Тайжанова Д.Ж.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить клинико-биохимические предикторы рестенозирования коронарных артерий после стентирования.

Материал и методы. В исследование включены 94 мужчины в возрасте от 40 до 65 лет, перенесшие острый инфаркт миокарда, прошедшие процедуру стентирования. Все больные были разделены на 2 группы: I группа (45 человек) с развившимся рестенозом, II группа (49 человек) без признаков рестенозирования коронарных артерий. Оценивался уровень артериального давления и показатели липидного обмена до стентирования и через 6 месяцев после него. Сила ассоциации анализируемого признака определялась по отношению шансов (OR) развития рестеноза коронарных артерий.

Результаты. В I группе до проведения стентирования артериальная гипертензия наблюдалась у 32 больных (70 %), тогда, как во II группе – у 20 больных (41 %). Причем уровень среднего систолического артериального давления достоверно выше в I группе (160 мм. рт. ст.), чем во II группе (130 мм рт. ст.) ($p=0,008$). Уровень среднего диастолического артериального давления достоверно выше в I группе (90 мм рт. ст.), чем во II группе (80 мм.рт. ст.) ($p=0,0017$).

Через 6 месяцев уровень среднего систолического артериального давления достоверно выше в I группе (160 мм. рт. ст.), чем во II группе (135 мм рт. ст.) ($p=0,0001$). Показатели среднего диастолического артериального давления достоверно выше в I группе (90 мм рт. ст.), чем во II группе (80 мм. рт. ст.) ($p=0,0001$). При оценке отношения шансов установлено, что у обследованных больных в обеих группах, с зафиксированной артериальной гипертензией, шанс развития рестеноза в 5 раз больше, чем у пациентов, не имеющих данной сопутствующей патологии.

Уровень холестерина в I группе до проведения стентирования достоверно выше, чем во II группе и в среднем составляет 5,5 ммоль/л (P-value – 0,0012), уровни триглицеридов и липопротеидов в I группе так же достоверно выше и в среднем составляют 1,7 ммоль/л и 0,56 ммоль/л соответственно (P-value – 0,001).

Через 6 месяцев после стентирования установлено, что в I группе уровень триглицеридов достоверно выше, чем во II группе, и в среднем составляет 1,7 ммоль/л и 1,5 ммоль/л соответственно (P-value – 0,004). Уровни и липопротеидов в I группе так же достоверно выше, чем во II группе и в среднем составляют 0,6 ммоль/л и 0,4 ммоль/л соответственно (P-value – 0,0001). Гиперхолестеринемия в I группе превалирует по сравнению со II группой и в среднем составляет 5,5 ммоль/л и 4,8 ммоль/л соответственно (P-value – 0,0001). При определении OR установлено, что гиперхолестеринемия, гиперлипопротеидемия и гипертриглицеридемия повышают шанс формирования рестеноза в 2,5, 4,8 и 8,8 раз соответственно.

Заключение. Констатация указанных изменений в липидном обмене и наличие сопутствующей артериальной гипертензии значительно повышают риск развития рестеноза после стентирования коронарных артерий и могут рассматриваться как возможные предикторы развития данного осложнения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Газизов Р.М., Бугульминская О.И., Ситдикова Р.Н., Хасанова Э.Р.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань; ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Казань; Республиканский гериатрический центр, Казань, Россия

Цель. Сравнительное изучение эффективности ксимедона, димефосфона и иммуномодулятора полиоксидония при хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 88 больных ХРБС в возрасте от 65 до 83 лет, из них женщин – 63, мужчин – 25. У всех больных диагностированы различные пороки сердца. ХСН I стадии была у 13 больных, ХСН IIА стадии – у 43, ХСН IIБ стадии – у 32. Всем больным назначалась общепринятая схема лечения, обозначаемая как традиционная терапия (ТТ). 22 больных I группы получали в течение трех недель ТТ. 26 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель; 22 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон в течение 21 дня по 50 мг/кг в виде 15 % раствора по 10–15 мл 3 раза в день. 18 больным IV группы вводили полиоксидоний: первые 5 внутримышечных инъекций по 6 мг через день, следующие 10 инъекций 2 раза в неделю. Полученные результаты сравнивались с результатами исследования группы доноров из 40 человек. Для оценки эффективности лечения контролировалось клиническое состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ, еженедельно определялось количество CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺ и CD20⁺-Т-лимфоцитов методом непрямого иммунофлуоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов в РБТЛ на ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Результаты. Комплексная терапия больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением отечественных лекарственных средств с иммуномодулирующей активностью ксимедона и димефосфона и иммуномодулятора полиоксидония в отличие от традиционной терапии увеличивала сниженное количество CD3⁺-Т-лимфоцитов и их субпопуляций CD4⁺ и CD8⁺ и CD16⁺-Т-лимфоцитов и восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации уровней сывороточных иммуноглобулинов и CD20⁺-Т-лимфоцитов.

Заключение. Таким образом, в результате проведенных исследований показано, что по иммунокорректирующей эффективности ксимедон и димефосфон не уступают иммуномодулятору полиоксидонию, что позволяет рекомендовать их использование в ходе восстановительного лечения больных хронической ревматической болезнью сердца пожилого и старческого возраста.

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПИИ И СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Газизов Р.М., Поздняк А.О., Давлетьярова А.Ш., Климова Н.А.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия

Цель. Анализ 15-летнего опыта подготовки врачей общей практики на кафедре терапии и семейной медицины Казанской государственной медицинской академии.

Материал и методы. За период с 2001 по 2015 г. на циклах профессиональной переподготовки и общего усовершенствования по общей врачебной практике на кафедре терапии и семейной медицины Казанской государственной медицинской академии прошли подготовку 2086 врачей. Профессиональная переподготовка по общеврачебной практике проводится на циклах продолжительностью 864 часа, общее усовершенствование – на циклах продолжительностью 288 и 144 часа.

Результаты. В связи с необходимостью массовой подготовки врачей общей практики в период реформирования здравоохранения особенностью организации обучения является проведение циклов профессиональной переподготовки преимущественно на выездных циклах на базе медицинских учреждений, трансформированных в центры общеврачебной практики. В подготовке врачей общей практики принимают участие сотрудники 17 кафедр Казанской государственной медицинской академии, в том числе 18 докторов медицинских наук, профессоров и 28 кандидатов медицинских наук, доцентов. Обучение проводится по модулям унифицированной программы в соответствии с Государственными требованиями. Весь учебный материал циклов профессиональной переподготовки по общеврачебной практике разделен на два блока. *Первый блок* – внутренние болезни – преподается сотрудниками кафедр терапии и семейной медицины, эндокринологии, аллергологии и иммунологии. *Второй блок* – смежные дисциплины – преподается сотрудниками кафедр эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии, акушерства и гинекологии № 1, педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии, неврологии и мануальной терапии, анестезиологии и реаниматологии, психиатрии, наркологии и психотерапии, дерматовенерологии и косметологии, офтальмологии, онкологии и хирургии, терапевтической и детской стоматологии, ортодонтии; оториноларингологии, общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением. Наиболее важными и трудными вопросами были выработка единой стратегии преподавания на всех кафедрах. Большим достижением совместной работы коллективов кафедр, участвующих в подготовке врачей общей практики, является издание руководства «Неотложная помощь в практике семейного врача» (1-е издание – 2004; 2-е издание – 2008) и 24 учебно-методических пособий. В результате внедрения программы подготовки врачей общей практики на выездных циклах подготовлено 1768 врачей, из них 677 на циклах профессиональной переподготовки.

Заключение. Проведение выездных циклов профессиональной переподготовки является одним из путей решения проблемы массовой подготовки врачей общей практики в период реформирования амбулаторно-поликлинической помощи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МАЛЬЧИКОВ И ДЕВОЧЕК ТЮМЕНИ

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

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

Цель. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии (АГ) и ее факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материал и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое обследование популяции школьников 7–17 лет школ одного из округов г.Тюмени, выбранных по методу случайного отбора. Всего обследовано 2640 школьников 7–17 лет с откликом на обследование 87,7%: 1308 мальчиков и 1332 девочки. Всем школьникам проводилось анкетирование, которое включало опрос на наличие вредных привычек, жалобы, отношение к спорту и физической активности, продолжительность сна; измерение стандартизованным методом артериального давления (АД); подсчет пульса; антропометрия с определением индекса Кетле (ИК-кг/м²); определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по методике Хенкина, описанной Е.Н. Константиновым. В качестве критериев повышенного АД (ПАД) взяты рекомендации ВОЗ;

избыточной массы тела (ИМТ): 7–9 лет ИК ? 20 кг/м², 10–14 лет ИК ?22 кг/м², 15–17 лет ИК ?25 кг/м². Достоверными считались различия показателей на уровне значимости $p < 0,05$. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты. В результате проведенного исследования популяции тюменских школьников распространенность АГ статистически чаще отмечалась в популяции мальчиков – 12,7 %, чем среди девочек – 8,8 % ($p < 0,05$). Также, среди мальчиков по сравнению с девочками чаще выявлялась избыточная масса тела (9,2 % и 7,6 % соответственно, $p < 0,05$); наблюдалась более высокая частота активного курения (13,3 % – 5,0 %, $p < 0,05$). Отмечено увеличение распространенности активного курения с возрастом: к 17 годам курили, почти, каждый третий мальчик (27,7 %) и каждая 6-я девочка (14,3 %). Если встречаемость высокого ПВЧПС отмечалась чаще у мальчиков (19,3 %) по сравнению с девочками (10,5 %), то, напротив, гиподинамия превалировала у девочек над мальчиками ($p < 0,05$). Нарушение сна в форме его дефицита выявлено почти у половины подростков, достоверных различий у мальчиков и девочек не наблюдалось (48,1 % и 46,7 % соответственно, $p > 0,05$). При проведении парного корреляционного анализа установлена умеренно выраженная прямая статистически достоверная связь уровня САД, ДАД и ИМТ, ИК ($p < 0,01$); слабая отрицательная статистически достоверная связь между ПВЧПС, курением и ДАД у мальчиков в некоторых возрастных группах ($p < 0,05$); между физической активностью и САД, ДАД ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, в результате одномоментного эпидемиологического исследования тюменской популяции школьников установлена более высокая распространенность АГ, избыточной массы тела, высокого ПВЧПС, активного курения среди мальчиков; низкой физической активности – среди девочек; выявлена связь уровня АД с выше перечисленными факторами риска АГ, что указывает на необходимость разработки и проведения целенаправленных профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИИ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫМИ ЖИРНЫМИ КИСЛОТАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

Галин П.Ю., Полякова О.М.

ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Цель. Определить эффективность лечения экстрасистолической аритмии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия постинфарктного кардиосклероза.

Материал и методы. В исследование было включено 98 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) I–V градаций по Ryan. У пациентов диагностировалась стенокардия напряжения II–III ФК и хроническая сердечная недостаточность (не выше IIА стадии III ФК). Мужчины составили 59,2 %, женщины 40,8 %, средний возраст $54,1 \pm 7,3$ лет. Все больные были разделены на две группы: первая включила 57 пациентов (58,2 %) без постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), а вторая группа – 41 больного (41,8 %), перенесшего острый Q инфаркт миокарда более чем за год до включения в исследование. У больных первой и второй группы не было достоверных различий по возрасту, полу, аритмической активности на момент начала исследования. Все пациенты получали бета-адреноблокаторы (β -АБ): биспролол до 10 мг/сут или метопролол до 100 мг/сут (под контролем частоты сердечных сокращений). Количество и вид экстрасистол у обследуемых больных определяли по результатам Холтеровского мониторирования ЭКГ (с использованием аппарата «Кардиотехника-04», Инкарт, Санкт-Петербург) при включении в исследование и через 28 дней терапии омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами (препарат Омакор) в дозе 1 грамм в сутки.

Результаты. Градация ЖЭ по Ryan оказалась достоверно ($p < 0,05$) ниже в группе больных без ПИКС: нулевая градация (отсутствие случаев ЖЭ) наблюдалась у них в 9,7 % случаев, более чем у половины больных (53,7 %) отмечалась I градация, у трети больных (31,7 %) – II, а тяжелые (III и IVB) градации отмечались очень редко: та и другая у одного больного – в 2,4 %. В группе перенесших инфаркт миокарда нулевая градация наблюдалась только у одного пациента, желудочковые экстрасистолы относительно благоприятных I и II градаций отмечались реже, чем у больных первой группы (85,4 % и 68,4 % соответственно), а тяжелых градаций (III, IVA, IVB) – значительно чаще (4,9 % и 29,8 % соответственно). Количество желудочковых экстрасистол за сутки у больных без ПИКС было меньше в 3,5 раза, чем у больных с ПИКС ($p = 0,01$).

Заключение. Добавление Омакора к стандартной терапии экстрасистолической аритмии при ИБС более эффективно у больных без ПИКС.

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Галяутдинов Г.С., Лонкин М.А.

ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

Введение: на сегодняшний день одной из основных проблем среди сердечно-сосудистых болезней является хроническая сердечная недостаточность, являющаяся неизбежным следствием прогрессирования патологии сердца и сосудов. Фибрилляция предсердий (ФП) – это частое нарушение сердечного ритма, главной опасностью которого являются кардиогенные тромбоэмболии с увеличением риска развития инсульта в 4–5 раз. Профилактические мероприятия, направленные на устранение или сведение к минимуму факторов риска развития ФП, могут стать эффективным способом в борьбе с ФП.

Цель. Выявить влияние фибрилляции предсердий на выраженность когнитивных нарушений и уровень качества жизни у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы: обследовано 105 больных хронической сердечной недостаточностью I–IV функционального класса (ФК). У 14 пациентов была диагностирована фибрилляция предсердий. Из общего количества пациентов были созданы две группы пациентов. В первую вошли пациенты, страдающие хронической сердечной недостаточностью I–IV ФК, во вторую группу были включены пациенты, страдающие хронической сердечной недостаточностью I–IV ФК и фибрилляцией предсердий различных типов и классов тяжести. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Фибрилляция предсердий выявлялась на основе данных анамнеза и жалоб пациента и методом электрокардиографии. Определение качества жизни проводилось по результатам Миннесотского опросника качества жизни при ХСН (MLHFQ). Выраженность когнитивных нарушений определялась с помощью MMSE – теста. Достоверность различий по тяжести ХСН (по шкале Мареева В. Ю., 2000 г.), а так же показателей опросника MLHFQ и MMSE – теста в сравниваемых группах оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты. В первой группе пациентов средний результат по шкале ШОКС равнялся $2,0 \pm 0,45$ балла, во второй – $2,2 \pm 0,61$ балла ($p > 0,05$). В первой группе показатель по опроснику MLHFQ составил $39,6 \pm 4,23$ балла, во второй достигал $58,3 \pm 4,27$ балла ($p < 0,01$). Результаты MMSE – теста в первой группе были равны $25,9 \pm 0,50$ балла, во второй группе пациентов снизились до $23,2 \pm 0,65$ балла ($p < 0,05$).

Заключение: при хронической сердечной недостаточности качество жизни пациентов, а так же их когнитивные функции достоверно ниже при наличии у больных фибрилляции предсердий, что выявляется с помощью опросника MLHFQ и MMSE-теста.

СЛОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Гарганеева Н.П.

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

Введение: длительно наблюдаемая фобическая тревога или паническое состояние ассоциируется с риском развития острого коронарного синдрома (ОКС). В этом аспекте рассмотрен клинический случай впервые диагностируемой ИБС у мужчины 43 лет с повторяющимися пароксизмами тревожного расстройства (панического расстройства), послужившего причиной обращения пациента к психиатру и госпитализации в отделение пограничных состояний НИИПЗ. Из анамнеза было выяснено, что пароксизмальные состояния возникали в позднее время суток перед сном или ночью с тревожным ожиданием вечера и повторения приступа. На высоте ночных пароксизмов тревоги появлялись кардиалгии вне связи с физической активностью, возникающие вслед за приступом страха смерти, не купирующиеся нитратами. На ЭКГ, снятых в момент и после приступа паники, регистрировалась синусовая тахикардия. По данным ЭхоКГ морфопатологии не было обнаружено.

За период обследования в отделении пограничных состояний у пациента были выявлены значимые факторы риска коронарной болезни сердца, клиническая картина которой перекрывалась доминирующим тревожно-фобическим и танатофобическим синдромами: артериальная гипертензия АГ 3 степени; атерогенная дислипидемия, выраженная гипоальфахолестеринемия $0,82$ ммоль/л; нарушение толерантности к глюкозе (уровень гликемии через 2 часа – $7,9$ ммоль/л), ожирение II степени. Результаты ЧПС и СМ ЭКГ указывали на

наличие бинодальной болезни сердца и нарушения функции проводимости: эпизоды синоатриальной (СА) блокады II типа, СА-блокады с выскальзывающим парным наджелудочковым комплексом, атриовентрикулярной блокады типа Мобитц II; СССУ I типа. Наиболее информативным методом исследования явилась однофотонная эмиссионная компьютерная томография сердца с ^{201}Tl (Таллий-хлорид): на серии томографических срезов на пике аденозиновой пробы выявлена гипоперфузия (12 %) передне-боковой и задне-перегородочной области ЛЖ. Характерологические особенности пациента детерминированы истерическими и возбудимыми чертами личности с ипохондрическими наслоениями. Психический статус квалифицировался тревожно-фобическим синдромом в рамках панического расстройства. Больному проведена комплексная терапия, где наряду с базисными препаратами, были назначены антидепрессанты и другие психотропные средства.

В дальнейшем пациенту было рекомендовано дополнительное обследование в кардиологическом стационаре. Через 3 месяца при повторной сцинтиграфии дефект перфузии в перегородке и задней стенки ЛЖ составил 28 %. По данным коронарографии диагностирован коронарный атеросклероз: стенозирование правой коронарной артерии 50 %; II ветви тупого края 75 %; I ВТК 20 %. На фоне ОКС больному было выполнено прямое стентирование ОА. В динамике спустя 4 года отмечено сужение стента на 60–70 %, что свидетельствовало о прогрессировании коронарного атеросклероза при сохраняющихся приступах тревоги и явилось показанием для проведения больному АКШ.

Заключение. Данный клинический случай указывает на трудности первичной диагностики ИБС у больных с тревожным расстройством и необходимость интегративного подхода к обследованию, лечению и наблюдению при взаимодействии кардиолога и психиатра, психотерапевта.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА РИСК РАЗВИТИЯ АГ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 16 ЛЕТ ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»

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

¹ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск, Россия;

²Межведомственная лаборатория эпидемиологии ССЗ, Новосибирск, Россия

Цель. Определить роль профессионального уровня, социального градиента и личностной тревожности в риске развития АГ среди населения 25–64 лет в течение 16 лет.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25–64 лет Новосибирска в 1994 году (мужчины: $n = 657$, $44,3 \pm 0,4$ года, отклик – 82,1 %; женщины: $n = 689$, $45,4 \pm 0,4$ года, отклик – 72,5 %). Программа скринирующего обследования включала: регистрацию социально-демографических данных, определение профессионального уровня, социального градиента и личностной тревожности (тест Spielberger C. D., 1972). За 16-летний период было выявлено 229 впервые возникших случаев АГ у женщин и 46 случаев – у мужчин. Для оценки риска развития (PP) однофакторная и многофакторная регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса. Во всех видах анализа статистически значимыми результаты считались при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. В открытой популяции 25–64 лет высокий уровень тревожности (ВУТ) определялся у 59,9 % женщин и 50,9 % мужчин.

В возрасте 25–64 лет через 5 лет от начала исследования PP АГ у женщин был в 2,3 (95 % ДИ 1,13–4,99, $p < 0,05$) раза, а у мужчин в 5 (95 % ДИ 1,43–12,56, $p < 0,05$) раз выше при наличии ВУТ. Через 10 лет PP АГ среди женщин при наличии ВУТ был в 1,8 (95 % ДИ 1,07–3,19, $p < 0,026$) раз выше, среди мужчин – в 5,7 (95 % ДИ 1,17–10,92, $p < 0,01$) раз выше, чем у лиц без ВУТ. Наиболее высокие уровни PP АГ наблюдались в течение 10-летнего периода в старших возрастных группах. В возрасте 55–64 лет PP АГ у женщин с ВУТ был выше (PP = 10,19, 95 % ДИ 1,24–83,60; $p < 0,05$), чем у мужчин (PP = 7,9, 95 % ДИ 1,97–12,8; $p < 0,01$). PP АГ в возрастной группе 25–64 лет с ВУТ через 16 лет был выше у мужчин, чем у женщин (PP = 3,8; 95 % ДИ 1,53–9,50; $p < 0,004$ и PP = 1,4; 95 % ДИ 1,02–2,07; $p < 0,05$ соответственно). В многофакторной регрессионной модели Кокса влияние ВУТ на PP АГ (с учетом коррекции по социальным характеристикам и возрасту) у женщин составило 1,6 (95 % ДИ 1,14–2,36, $p < 0,01$) раза, у мужчин – PP = 4,5 (95 % ДИ 2,06–10,08; $p < 0,001$). Наибольший PP АГ наблюдался у разведенных и овдовевших мужчин (PP = 4,3; 95 % ДИ 1,90–9,72; $p < 0,001$ и PP = 4,8; 95 % ДИ 1,93–12,08; $p < 0,001$ соответственно) с ВУТ в сравнении с женатыми мужчинами. PP АГ был выше у женщин с ВУТ в возрасте 55–64 лет, чем у мужчин (PP = 7,9; 95 % ДИ 2,13–29,46; $p < 0,001$ и PP = 5,5; 95 % ДИ 1,53–20,41; $p < 0,001$).

Заключение. При наличии ВУТ в течение 5, 10 и 16 лет от начала исследования отмечается более высокий PP АГ у мужчин, по сравнению с женщинами, в возрасте 25–64 лет; в старшей возрастной группе наблюдается противоположная картина.

НАРУШЕНИЕ СНА И РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МУЖЧИН В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

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

¹ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, г. Новосибирск;
²Межведомственная лаборатория эпидемиологии ССЗ, Новосибирск, Россия

Цель. Определить гендерные различия влияния нарушения сна на 16-летний риск развития артериальной гипертензии (АГ) в открытой популяции мужчин 25–64 лет в России/Сибири.

Материал и методы. В рамках III скрининга программы ВОЗ «MONICA-psychosocial» обследована случайная репрезентативная выборка мужского населения 25–64 лет Новосибирска в 1994 году ($n = 657$, $44,3 \pm 0,4$ года, отклик – 82,1 %). Программа скринирующего обследования включала: регистрацию социально-демографических данных, определение нарушения сна. За 16-летний период было выявлено 46 впервые возникших случаев АГ. Для оценки риска развития (РР) использовалась однофакторная и многофакторная регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса. Во всех видах анализа статистически значимыми результаты считались при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Уровень нарушения сна, среди мужчин с впервые возникшей АГ, составил 49,8 % («удовлетворительный» сон – 39,6 %, «плохой» – 9,5 % и «очень плохой» сон – 0,7 %) ($c^2=5,982$, $n=4$, $p>0,05$). Распределение по семейному положению мужчин с АГ и нарушением сна: 2,9 % – «никогда не были женаты»; 86,1 % – женаты; 6,6 % – разведены; 4,4 % – овдовевшие мужчины ($c^2=1,459$, $n=4$, $p>0,05$). Распределение по уровню образования мужчин с АГ и нарушением сна: 29,2 % – высшее; 21,9 % – незаконченное высшее/средне-специальное; 20,4 % – среднее; 28,5 % – незаконченное среднее/начальное ($c^2=2,557$, $n=3$, $p>0,05$). Распределение по профессиональному статусу мужчин с АГ: 5,8 % – руководители высшего звена; 8,1 % – руководители среднего звена; 8,8 % – руководители; 5,8 % – ИТР; 19 % – рабочие тяжелого физического труда; 26,3 % – рабочие среднего физического труда; 3,6 % – рабочие легкого физического труда; 4,4 % – учащиеся; 18,2 % – пенсионеры ($c^2=7,193$, $n=1$, $p>0,05$). В однофакторной регрессионной модели риск АГ в течение 5-летнего периода, среди мужчин с нарушением сна, был выше в 5,4 (95 %ДИ 2,5–10,8; $p<0,05$) раза, чем у мужчин, не страдающих нарушением сна. В течение 10 лет риск АГ составил 2,3 (95 %ДИ 1–8,8; $p<0,05$), раза среди мужчин с нарушением сна. В течение 16 лет наблюдалась тенденция увеличения риска АГ у мужчин с нарушением сна $RR=1,2$ (95 %ДИ 0,19–3,59, $p>0,05$). В многофакторной модели пропорциональных рисков Кокса, с включением в анализ социальных характеристик (образование, профессиональный статус, семейное положение) и возраст, влияние нарушение сна на риск АГ осталось статистически достоверным и составило 3,1 (95 %ДИ 1,2–8,2; $p<0,01$). Риск АГ был выше в 2,5 (95 %ДИ 0,7–14,3; $p<0,01$) раза, чем у руководителей высшего звена. Наибольший риск АГ оказался у овдовевших мужчин 14,6 (95 %ДИ 3–27; $p<0,01$) в сравнении с женатыми мужчинами.

Заключение. Нарушение сна способствует повышению риска АГ в течение уже первых 5 лет наблюдения в 5,4 раза, в дальнейшем риск снижается. С учетом социальных факторов риск АГ был в 3 раза выше среди мужчин, испытывающих нарушение сна. Наибольший риск АГ наблюдался у овдовевших мужчин с нарушением сна.

ВЛИЯНИЕ ДИКЛОФЕНАКА И ЦЕЛЕКОКСИБА НА КЛИРЕНС МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Гельмутдинов Д.Д., Воронина Н.В.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

Цель. Выяснить влияния на клиренс мочево́й кислоты и скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) диклофенака и целекоксиба у больных оксалатной нефропатией с 1–2 стадией ХБП.

Материал и методы. В сравнительное рандомизированное исследование было включено 49 больных женщин с оксалатной нефропатией с ХБП 1–2 ст. (СКФ не ниже 60 мл/мин) и наличием первичного гоноартроза 2–3 стадии по Kellgren—Lawrence, с выраженностью боли по индексу WOMAC более 200 мм, в возрасте от 45 до 60 лет. Диагноз оксалатная нефропатия был установлен на выявлении признаков хронического тубулоинтерстициального нефрита с гипероксалурией. Давность оксалатной нефропатии составляла свыше 20 лет.

Пациенты 1-й группы (20 чел.) в течение месяца принимали диклофенак натрия (курсовая доза составила 3000 мг); пациенты 2-й группы (29 чел.) получали целекоксиб (курсовая доза составила в дозе 6000 мг) в свя-

зи с болевым синдромом в коленных суставах. Оценивали рСКФ (по формуле СКD–EP1) и клиренса мочевой кислоты по стандартным методикам в динамике до лечения и на 30-й день лечения.

Результаты. К 30-му дню лечения у больных оксалатной нефропатией, принимающих диклофенак по поводу болевого синдрома в связи с обострением гонартроза, были выявлены нефротоксические эффекты, характеризующиеся статистически значимым снижением рСКФ (с $89,0 \pm 9,1$ до $57,5 \pm 2,9$ мл/мин, $p < 0,001$) и снижением клиренса мочевой кислоты (с $5,2 \pm 9,1$ до $4,1 \pm 0,4$ мл/мин, $p < 0,001$). Целекоксиб приводил к умеренному снижению рСКФ к 30-дню лечения (с $85,5 \pm 8,2$ до $61,2 \pm 9,3$ мл/мин, $p < 0,001$), но не вызвал статистически значимых изменений клиренса мочевой кислоты (с $5,38 \pm 0,48$ до $5,1 \pm 0,43$ мл/мин, $p > 0,05$). Препараты диклофенак и целекоксиб через месяц от начала лечения были отменены в связи с хорошей редукцией болевого синдрома и скованности, оцениваемые по динамике шкалы боли и утренней скованности по индексу WOMAC.

Выводы. Оксалатная нефропатия, являясь вариантом дисметаболического тубулоинтерстициального нефрита, часто сопутствующая гонартрозу в пожилом возрасте, может прогрессировать при длительном назначении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) – ингибиторов ЦОГ, что требует обязательного лабораторного контроля. Целекоксиб и диклофенак приводили к снижению рСКФ, но целекоксиб вызывал статистически значимого снижения клиренса мочевой кислоты. Таким образом, целекоксиб оказал наименьший профиль безопасности по сравнению с диклофенаком. При назначении НПВП больным оксалатной нефропатией для уменьшения болевого синдрома необходим мониторинг функции почек.

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЙ КОРОНАРНОЙ, МИОКАРДИАЛЬНОЙ, СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Герцен К.А., Максимов Н.И., Ашихмина В.В.

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

Цель. Выявить частоту нарушения гемодинамики трех звеньев: коронарного, центрального и периферического (системного) при стабильной стенокардии.

Материал и методы. Критерии включения в группу исследования ($n=219$): мужчины в возрасте от 35 до 60 лет, стабильная стенокардия (СтСт) без данных за инфаркт миокарда и наличие комплекса показателей по коронароангиографии, с использованием индекса коронарной недостаточности – ИКН (патент № 2325 115 от 27.05.2008), эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), рентгенографии грудной клетки, велоэргометрии (ВЭМ). Все наблюдения были распределены в 3 группы: 1-СтСт без патологии коронарных артерий – КА ($n=75$), 2-СтСт с поражением КА (ПКА), но без хронической недостаточности кровообращения (ХНК) ($n=77$), 3-СтСт+ПКА+ХНК ($n=67$). Дополнительно проводилась оценка продольной деформации миокарда левого желудочка (GLS) на ультразвуковом аппарате Vivid 7 GE.

Результаты. Группа I характеризовалась отсутствием гемодинамически значимых стенозов (ГЗС) и ИКН 11,44, но с ишемией миокарда (ИМ) по СМЭКГ у 57,5 % с тяжестью в среднем 2,9 балла, с эпизодами безбольной ИМ (ББИМ) в 9,7 % случаев и ишемией по ВЭМ в 5,2 %, диастолическая дисфункция (ДД) отсутствовала лишь в 22,7 %. ДД I (регидный) типа выявлена у 68 % пациентов группы, и в 9 % случаев – ДД II (псевдонормализации) типа. Группа II характеризовалась наличием ГЗС у 100 % больных с ИКН 846,91, с ИМ по СМЭКГ у 43,54 % с тяжестью в среднем 2,85 балла, с ББИМ у 10 % и ИМ по ВЭМ у 33 %. ДД составила 84,3, где 63 % – ДД I типа и 21 % – ДД II типа. Группа III характеризовалась наличием ГЗС у 58,2 % больных, с ИКН 524,99, с ИМ по СМЭКГ у 59 % с тяжестью в среднем 3,61 балла, с ББИМ у 16,3 % и ИМ по ВЭМ у 21 %, и у всех пациентов была выявлена ДД: ДД I типа – 45,45 %, ДД II типа – 54,54 %. ДД III типа не была зафиксирована ни в одном из случаев. Систолическая функция по показателю фракции выброса (ФВ) была соответственно в группах: 65,02 % – 47,68 % – 60,09 %. В оценке миокардиальной дисфункции левого желудочка (ЛЖ) по бальной системе прослеживается постепенное нарастание показателей продольной деформации миокарда: $GLS1 = 1,15 \pm 0,082$; $GLS2 = 1,50 \pm 0,121$; $GLS3 = 1,73 \pm 0,199$ балла. Корреляционная зависимость прослеживалась между 1 и 2 группами; а так же между 1 и 3 ей группами ($p < 0,05$).

Заключение. Прослеживается отсутствие зависимости величины структурных изменений КА (по частоте ГЗС) и их функции по значению ИКН. Нет прямой связи между частотой ГЗС и частотой ИМ в т.ч. ББИМ, выявляемой по СМЭКГ и ВЭМ. Не выявлена зависимость ИМ с ФВ, но очевидна роль обнаружения ДД как маркера тяжести недостаточности КА, коррелирующая с ИКН во 2 гр. и ХНК в 3 гр. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с гемодинамически незначимыми (или пограничными) стенозами могут иметь признаки деформации миокарда, характерные для ангиографически значимых стенозов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗА ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Горбунова М.Л., Попова Н.А.

Кафедра терапии ФПКВ НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Введение: известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) имеет различные клинические проявления. Самым распространенным клиническим вариантом несомненно является приступ стенокардии, проявляющийся чувством тяжести, ощущением жжения за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и/или плечо. Менее часто у больных встречаются так называемые атипичные формы стенокардии, когда эквивалентом боли за грудиной может быть боль в шее, либо в запястьях. Также атипичным считается вариант проявления стенокардии по типу астматического с преобладанием одышки и абдоминальный, симулирующий гастропатологию. Наконец, нередко безболевые формы ишемии, которые выявляются при суточном мониторингировании электрокардиограммы.

Известно, что гемодинамически значимым поражением принято считать сужение более 70–75 % внутреннего диаметра коронарной артерии. Надо отметить, что в последние годы отмечается тенденция использовать сужение на 50 % как критерий гемодинамически значимого сужения и других коронарных артерий. Это находит обоснование в том факте, что существенное снижение перфузии миокарда при физической тесте на ишемию отмечается уже при сужении более 50–60 %, тогда как в покое нарушение перфузии со всеми вытекающими клиническими последствиями наблюдается при уменьшении просвета артерии на 90 % и более.

Цель. Изучение клинических особенностей ИБС у пациентов с поражением правой коронарной артерии (ПКА).

Обследовано 172 пациента, страдающих ИБС. Диагноз был подтвержден данными объективного и инструментальных исследований (ЭКГ, Эхокардиография, велоэргометрия, выполненные по стандартным методикам). Всем больным проведена селективная коронарография. По данным коронарографии отобрано 64 пациента, у которых выявлен гемодинамически значимый стеноз правой коронарной артерии (ПКА) и проанализированы клинические проявления ИБС.

Результаты. Исследование показало, что в клинической картине данной группы пациентов преобладали жалобы на одышку и отсутствовал типичный болевой приступ ИБС. Также при проведении велоэргометрии у этой когорты пациентов часто была отрицательная проба (у 56 чел (87 %)) и только у 8 пациентов (13 %) результаты пробы на ИБС оказались положительными.

Выводы. Таким образом, необходимо помнить, что проявлением ИБС при поражении ПКА могут быть атипичные формы, что требует исключения заболеваний других систем. Также необходимо учитывать, что отрицательная проба на ИБС по данным ВЭП не является патогномичным признаком у больных с гемодинамически значимым стенозом ПКА.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Горбунова С.И., Джанибекова А.Р., Журавлева И.В., Захарьян Е.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 3, Ставрополь; ООО «Консультативно-диагностическая поликлиника», Изобильный, Россия

Цель. Оценка влияния деформирующего остеоартроза (ДОА) на суточные колебания артериального давления (АД) у больных разных возрастных групп.

Материал и методы. Обследованы 36 пациентов с ДОА и дисрегуляцией АД, которые были распределены по группам в зависимости от возраста. Первую группу составили 8 пациентов в возрасте от 35 до 49 лет (22,2 %), вторую 17 пациентов в возрасте от 50 до 64 лет (47,5 %) и в третью вошли 11 пациентов в возрасте от 65 до 80 лет (30,6 %). Исследование суточного уровня АД проводилось на портативном аппарате МДП-НС-01 (ДМС – Передовые Технологии, г. Москва) в условиях свободного двигательного режима и продолжалось в среднем $24 \pm 1,5$ часа. Оценивали следующие показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД): средние значения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) за день и ночь, индексы времени гипертонии, степень ночного снижения систолического и диастолического АД (СНССАД и СНСДАД).

Результаты. В первой группе средние показатели максимального повышения САД в дневное время составили – 169 мм.рт. ст., в ночное время – 135 мм рт. ст., во второй САДд – 176 мм рт. ст., САДн – 158 мм

рт. ст., в третьей – САДд – 194 мм рт. ст., САДн – 160 мм рт. ст. Максимальное повышение ДАД в дневное время в первой группе составило – 115 мм рт.ст, в ночное время – 88 мм рт. ст., во второй ДАДд – 124 мм рт. ст., ДАДн – 98 мм рт. ст., в третьей ДАДд – 152 мм рт. ст., ДАДн – 90 мм рт. ст. Среднее САД за день в первой группе составило 145,7 мм рт.ст, среднее ДАД за день – 98,6 мм рт. ст., во второй САДд – 147,9 мм рт.ст, ДАДд – 94,4 мм рт. ст., в третьей САДд – 163,2 мм рт. ст., ДАДд – 101,4 мм рт. ст. Среднее САД за ночь в первой группе составило – 106,3 мм рт. ст., среднее ДАД за ночь – 69 мм рт. ст., во второй САДн – 126,5 мм рт.ст, ДАДн – 76,4 мм рт. ст., в третьей САДн – 138,3 мм рт. ст., ДАДн – 78,1 мм рт. ст. Индекс времени гипертонии САДд в первой группе составил 10,9 %, САДн – 13,2 %, индекс времени ДАДд – 13,8 %, ДАДн – 5,2 %. Во второй группе – 11,6 %, 32,7 %, 7,2 %, 17,3 %; в третьей группе – 36,1 %, 48,9 %, 11,8 %, 11,2 %, соответственно. У 83 % больных первой группы была выявлена нормальная степень ночного снижения (dipper) САД, у 17 % – повышенная (overdipper); во второй группе – 52 % (dipper), 12 % (overdipper), 36 % с недостаточной степенью снижения САД (non – dipper); в третьей группе – 72 % (dipper), 28 % (overdipper). По степени ночного снижения ДАД в первой группе – 48 % (dipper) и 52 % (overdipper), во второй группе 48 % (dipper), 18 % – (overdipper), 34 % – (nondipper), в третьей группе 32 % – (dipper) и 68 % (overdipper).

Выводы. Таким образом, отмечено достоверное повышение некоторых показателей САД у пациентов третьей группы, что свидетельствует о высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений у лиц пожилого возраста, страдающих деформирующим остеоартрозом.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА С ПАРАМЕТРАМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ СО СМЕННЫМ ГРАФИКОМ РАБОТЫ

Горохова С.Г., Пригоровская Т.С.

НУЗ «Научный клинический центр ОАО «РЖД», лаборатория экспериментальной кардиологии, Москва, Россия

Цель. Оценить взаимосвязь нарушений ритма сердца с параметрами двигательной активности, определяемыми при суточной актиграфии, у лиц со сменным графиком работы.

Материал и методы. В исследование включено 45 пациентов (все мужчины, средний возраст 38 лет). Всем проводили стандартное клиническое обследование, 24-х часовое мониторирование по Холтеру, суточное мониторирование двигательной активности (актиграфию) (система SOMNOWatch, Германия), суточное мониторирование артериального давления. При анализе данных актиграфии учитывали количественные параметры, характеризующие суммарную суточную двигательную активность, её ритм, количество изменений положений тела во время сна, количество макропробуждений.

Результаты. По результатам мониторирования ЭКГ по Холтеру, нарушения ритма сердца зарегистрированы у 54,7 % обследованных, в том числе: наджелудочковые экстрасистолы в 56 % случаев, желудочковая экстрасистолия – в 32 % (в т. ч. II градации по Лауну – 4 %; III градации – 16 %, IV градации – 12 %), нарушения проводимости – у 12 % (в том числе АВ-блокада II степени 2 типа в 8 % случаев, нарушение СА-блокада II степени в 4 % случаев). У 60 % из них аритмии равномерно распределялись в течение суток, у 40 % были только днем. Изолированные ночные нарушения ритма не были выявлены. По данным суточной актиграфии, среднее значение суммарной суточной двигательной активности составило 10 082,05 мг (от 690 до 37 530 мг; норма – 3813,7 мг/сутки). В группе с нарушениями ритма – 11 694 мг/сутки, без нарушений ритма – 8738,5 мг/сутки. Признаки нарушения суточного профиля активности выявлены у 86,2 % обследованных; в группе с нарушениями ритма – 52,2 %, без нарушений ритма – 34 %. Наибольшая плотность пробуждений зафиксирована в промежутках 23:00–00:30 и 03:00–06:00. Количество пробуждений во время сна в среднем составило 5,5 (от 0 до 17), изменения положения тела за сутки – 74,05 (от 27 до 199). Определялась тенденция к более высокому значению этих показателей у работников с нарушениями ритма, чем без нарушений ритма: 7,4 vs 4 и 81,8 vs 67,6, соответственно.

Заключение. Нарушения ритма сердца являются часто выявляемой патологией у лиц со сменным графиком работы. У большинства из них определяются признаки нарушений двигательной активности, свидетельствующие о внутреннем циркадном десинхронозе. В группе с нарушениями ритма сердца достоверно чаще регистрировалась чрезмерная суточная активность, увеличение количества макропробуждений в ночное время и изменения положения тела за сутки. Полученные данные о выявленной связи нарушений ритма сердца с функциональной активностью человека, определяемой присутствующей актиграфией, следует учитывать при оценке сердечно-сосудистого риска в группе лиц, работающих со сменным графиком.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Горшенина Е.И., Харитонова М.Д., Скоробогатова Л.Н., Куркина Н.В., Левина Т.М.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель. Выявить распространенность и структуру МАРС у жителей Республики Мордовия.

Материал и методы. Были проанализированы результаты эхокардиографии 99 здоровых добровольцев, средний возраст – 23 года. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4», ГБУЗ РМ «Республиканский госпиталь для ветеранов войн» в период с 2014 по 2015 гг.

Исследование проводили на ультразвуковом аппарате Toshiba Aplio, Vivid S. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методами вариационной статистики, все значения результатов обработаны с использованием компьютерных стандартных программ Microsoft Windows VISTA, Microsoft Excel 2007.

Результаты. Из 99 обследуемых у 62 человек (62,6 %), выявлены малые аномалии развития сердца, в том числе у 6 из них (9,5 %) верифицированы множественные аномалии. В соответствии с классификацией по С. Ф. Гнусаеву были выявлены МАРС в следующих группах: аномалии предсердий и межпредсердной перегородки, левого желудочка и митрального клапана.

Анализ половой распространенности показал, что малые аномалии развития сердца несколько чаще встречаются у женщин- 58,1 % против 41,9 % мужчин.

Сочетанные аномалии – сеть Хиари в полости правого предсердия и добавочные хорды в полости левого желудочка выявлены у двоих обследованных; аневризма межпредсердной перегородки, открытое овальное окно, дополнительные трабекулы – у одного; аневризма межпредсердной перегородки и дополнительные трабекулы – у одного; пролапс митрального клапана I–II ст. и дополнительные хорды – у двоих пациентов.

По частоте встречаемости лидирующую позицию заняли дополнительные хорды и трабекулы в полости левого желудочка (в 95 % случаев); реже выявлялись пролапс митрального клапана (1,44 %), открытое овальное окно (0,71 %), аневризма межпредсердной перегородки (0,71 %), сеть Хиари (2,14 %).

Заключения. Таким образом, по результатам проведенного исследования можно предположить, что МАРС встречаются в популяции существенно чаще, чем это предполагалось ранее. Распространенность МАРС среди жителей Республики Мордовия высока и составляет 62,6 %. Наиболее часто выявляются дополнительные хорды и/или трабекулы в полости левого желудочка, реже – сеть Хиари и аневризма межпредсердной перегородки, а также пролапс митрального клапана, открытое овальное окно.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКРИНИНГА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ВОРОНЕЖА

Горшков И.П., Волынкина А.П., Золотев В.И.

*ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ,
Воронеж, Россия*

Сахарный диабет (СД) относят к хроническим социально значимым заболеваниям, резко повышающим риск инвалидности, и преждевременной смерти, в связи с этим возрастает значимость мероприятий по раннему выявлению нарушений углеводного обмена, факторов риска развития СД, их предотвращению или минимизации с учетом гендерных особенностей.

Цель. Идентифицировать наиболее значимые факторы внутри группы с высоким риском развития СД 2 типа с учетом гендерного признака.

Материал и методы. В исследование были включены 291 человек (211 (72,5 %) женщин (1 группа) и 80 (27,5 %) мужчин (2 группа)), независимо от пола, возраста, сопутствующей соматической патологии, не имеющих на момент скрининга диагноза нарушенной гликемии натощак, нарушенной толерантности к глюкозе или СД. С использованием анкеты-опросника FINDRISC оценивались факторы риска развития СД: возраст, индекс массы тела (ИМТ), рациональное питание, регулярность физических нагрузок, наличие артериальной гипертензии (АГ), эпизоды гипергликемии в анамнезе, наследственная предрасположенность. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2013 (Microsoft) и Statistica 8,0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели приведены в виде $M \pm m$, для сравнения использовали критерии Манна-Уитни (U) и Краскела-Уоллиса (H), χ^2 , критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты. При сравнении во 2 группе было больше пациентов без абдоминального типа распределения жировой клетчатки (43,8 % против 25,6 %, χ^2 , $p < 0,05$), и меньше – с абдоминальным типом и высоким сердечно-сосудистым риском (41,3 % против 55,9 %, χ^2 , $p < 0,05$). В 1 группе большее количество пациентов следовало

рациональному питанию (70,9 % против 52,5 %, χ^2 , $p < 0,05$), что соответствовало $0,29 \pm 0,03$ балла (U , $p < 0,01$). Уровень систолического АД (САД) достоверно повышался более в 1 группе: $136 \pm 2,6$ против $130 \pm 1,2$ мм рт. ст. (U , $p < 0,05$). Профиль риска развития СД 2 типа в группах значимо различался (χ^2 , $p < 0,05$): пациенты со слегка повышенным риском СД 2 типа (32,5 % против 20,4 %) достоверно преобладали во 2 группе, в то время как скринируемые с высоким риском существенно превышали в 1 группе (29,3 % против 12,5 %) (χ^2 , $p < 0,05$). При рангово-коррелятивном анализе степени риска СД 2 типа с учетом ранга значимости последовательность факторов риска представлена: в 1 группе – гипергликемия ($r + 0,73$, $p < 0,01$), ОТ ($r + 0,72$, $p < 0,01$), ИМТ ($r + 0,69$, $p < 0,01$), возраст ($r + 0,62$, $p < 0,01$), вес ($r + 0,59$, $p < 0,01$), антигипертензивная терапия ($r + 0,58$, $p < 0,01$); во 2 группе – гипергликемия ($r + 0,83$, $p < 0,01$), ОТ ($r + 0,73$, $p < 0,01$), ИМТ ($r + 0,68$, $p < 0,01$), антигипертензивная терапия ($r + 0,57$, $p < 0,01$), вес ($r + 0,54$, $p < 0,01$), физическая активность ($r + 0,53$, $p < 0,01$). При сравнении ранговой оценки факторов риска в 1 и 2 группах достоверными оказались: гипергликемия, возраст, антигипертензивная терапия, САД, ДАД, физическая активность, питание ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, среди женщин наиболее достоверно значимы факторы риска СД 2 типа: возраст, вес, САД, неправильное питание; среди мужчин: гипергликемия, антигипертензивная терапия, физическая активность, ДАД.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ЛИЦ С ОТЯГОЩЕННЫМ АНАМНЕЗОМ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гребенкина И.А., Маянская С.Д., Попова А.А., Березикова Е.Н., Яковлева Н.Ф., Егорова Л.С., Лукша Е.Б.

НГМУ, Новосибирск, КГМУ, Казань, Россия

Цель. Изучить влияние наследственного фактора на эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) и эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНВД) у лиц молодого возраста с нормальным артериальным давлением (АД) (НАД), высоким нормальным АД (ВНАД) и артериальной гипертонией (АГ), имеющих отягощенный анамнез по АГ.

Материал и методы. В исследование было включено 93 человека с отягощенным анамнезом по АГ. Из них 38 больных с АГ (группа 1), 23 пациента с ВНАД (группа 2) и 35 человек с НАД (группа 3). Курили 63 %, 35 % и 37 % лиц соответственно. Группу контроля составили 24 здоровых молодых лиц, имеющих здоровых родителей. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $24,5 \pm 2,7$ лет) и полу. Пациентам проводилось суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование плечевой артерии (ПА) на аппарате «Vivid 3» («GE») с оценкой ЭЗВД с использованием пробы постокклюзионной реактивной гиперемии на ПА и ЭНВД с введением нитроглицерина по методике Celermayer et al. Рассчитывали индекс вазодилатации (ИВД) и индекс реактивности (ИР).

Результаты. Во всех основных группах исследуемых ЭЗВД была достоверно ниже, чем в группе контроля. В группах 1, 2 и 3 среднее значение ЭЗВД ПА составило $12,1 \pm 0,6$ %, $11,8 \pm 4,5$ %, и $14,0 \pm 1,5$ % соответственно, что было ниже на 25,3 %, на 27,1 % и на 13,5 % соответственно по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Пониженная вазодилатация наблюдалась у 23 % пациентов из группы 1, у 22 % лиц из группы 2 и у 9 % исследуемых из группы 3. В группах 1, 2 и 3 ЭНВД ПА была снижена на 21,2 %, 24,3 % и на 11,5 % соответственно по сравнению с контролем ($p < 0,001$). ИВД в группах 1 и 2 был увеличен на 8,8 % и на 5,9 % по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Наименьшее среднее значение ИР отмечалось у пациентов группы 2, составив $1,79 \pm 0,06$, что оказалось ниже на 2,1 % и на 7,2 % соответственно, чем в группе 3 и в Контроле. Зарегистрировано достоверное влияние курения на показатели ЭЗВД ПА ($F=9,29$; $p=0,0001$) во всех основных группах. Выявлена сила зависимости скорости кровотока по ПА при проведении пробы ($OR=1,83$ (95 % ДИ= $0,8 \div 3,7$, $p=0,038$) и ЭЗВД ПА ($OR=1,63$; 95 % ДИ= $0,88 \div 3,02$, $p=0,015$) от наследственного фактора.

Выводы. Таким образом, у молодых лиц с отягощенным анамнезом по АГ средние значения ЭЗВД и ЭНВД были достоверно ниже, чем в группе контроля. В основных группах выявлен дисбаланс вазодилатирующей способности сосудов. При этом наиболее выраженные изменения функции эндотелия наблюдались у лиц с ВНАД. Выявлено негативное влияние курения на состояние ЭЗВД ПА. Отмечена зависимость выраженности потокзависимой вазодилатации ПА и скорость кровотока по ПА от наследственной отягощенности по АГ. Следовательно, у лиц с отягощенным анамнезом по АГ функциональные изменения эндотелия могут быть наследственно обусловленными и способствовать развитию раннего ремоделирования сосудов.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ И ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ

Гринштейн И.Ю.¹, Савченко А.А.^{1,2}, Гринштейн Ю.И.¹, Шимохина Н.Ю.¹, Петрова М.М.¹

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ;

²ФГБНУ «НИИ медицинских проблем Севера», Красноярск, Россия

Цель. Изучить в динамике особенности гемостаза и функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов у пациентов острым инфарктом миокарда (ОИМ) чувствительных и резистентных к ацетилсалициловой кислоте (АСК).

Материал и методы. В исследование включены 53 пациента поступившие в первые сутки ОИМ. Контрольная группа состояла из 50 относительно здоровых добровольцев. Все пациенты до начала лечения и реваскуляризации были обследованы на резистентность к АСК и разделены на группы чувствительных (ЧкАСК) и резистентных (РкАСК) к ацетилсалициловой кислоте. После инвазивной реваскуляризации назначалась двойная антитромбоцитарная терапия (АСК+клопидогрел). Изучались показатели сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза. Методом хемилюминесцентного анализа исследовалась функциональная активность нейтрофилов.

Результаты. У РкАСК пациентов ОИМ в 1-е и на 10-е сутки выявлялось увеличение уровня АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов (при дозе АДФ в 0,1 мкМ) и повышение уровня фактора Виллебранда. На 10-е сутки у ЧкАСК пациентов снижался уровень АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов (при дозе АДФ в 5 мкМ), повышалось содержание фактора Виллебранда. Независимо от чувствительности к АСК у пациентов ОИМ был повышен уровень РФМК, удлинялось тромбиновое время и снижалось содержание Д-димеров. У пациентов ОИМ показатели хемилюминесценции нейтрофилов отличались от контроля увеличением времени выхода на максимум. У резистентных к АСК пациентов в 1-е сутки обследования обнаружено снижение индекса активации нейтрофилов, величина которого на 10-е сутки лечения нормализовалась.

Заключение. У РкАСК пациентов ОИМ наблюдалось повышение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, снижение их количества и увеличение уровня фактора Виллебранда. Сохраняется риск тромбообразования у РкАСК на 10-е сутки. Выявлялось замедление скорости развития «респираторного взрыва» в нейтрофильных гранулоцитах на терапии дезагрегантами.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гринштейн Ю.И., Косинова А.А., Гринштейн И.Ю., Савченко А.А.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия

Цель. Изучить влияние коморбидности и сопутствующих факторов на резистентность к ацетилсалициловой кислоте (АСК) у пациентов стабильной стенокардией после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. В исследование включено 60 пациентов (51 мужчина и 9 женщин) с II–IV функциональным (ФК) классом стенокардии напряжения, в возрасте от 36 до 76 лет (средний возраст 61±8,3 года), с атеросклеротическим поражением коронарных артерий, подтвержденным коронароангиографией и последующим АКШ. Всем пациентам до, а также на 1-е и 10-е сутки после АКШ выполнялся развернутый и биохимический анализ крови, анализ крови на гемостаз, липидный спектр крови. Агрегации тромбоцитов определялась на агрегометре Chronolog 490.

Результаты. Частота резистентности к АСК составляла 26,7 %. У 12,5 % АР пациентов выявлена «транзиторная» АР на 1е сутки после АКШ, отсутствующая на 10 сутки после операции, вероятно, связанная с повышенной активацией тромбоцитов в условиях искусственного кровообращения (ИК). У пациентов резистентных к АСК после АКШ чаще назначались нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) из группы ингибиторов ЦОГ-2 (17 % в группе чувствительных к АСК – АЧ против 44 % в группе резистентных к АСК – АР, $p < 0,05$), что является одним из возможных факторов появления резистентности к АСК. При сравнении АР и АЧ пациентов не принимающих НПВС, выявлено достоверное отличие по уровню креатинина на 1е сутки после АКШ ($115,3 \pm 29$ ммоль/л в группе АС против $153,7 \pm 49,9$ ммоль/л в группе АР пациентов, $p = 0,028$). Зна-

чение СОЭ на 10 сутки после операции составляло $54,6 \pm 26,5$ мм/час в группе АЧ против $80,625 \pm 21,3$ мм/час в группе АР пациентов, $p=0,028$. Также установлено, что на фоне 10 – дневной терапии АСК у 33 % пациентов резистентных к АСК (агрегация с арахидоновой кислотой *in vivo* > 20 %) после инкубации тромбоцитов с АСК *in vitro* агрегация тромбоцитов с арахидоновой кислотой составляла <20 %.

Выводы. Вероятной причиной резистентности к АСК являются ИК, применение НПВС после АКШ, почечная дисфункция, воспалительный ответ после АКШ, сниженная биодоступность кишечнорастворимой формы АСК.

ОСОБЕННОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Гричук Е.А., Кондрашов К.В., Идов Э.М., Резник И.И., Архипов М.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия,

Цель: на основании изучения непосредственных результатов операций дать оценку возможности применения коронарного шунтирования (КШ) у больных старше 70 лет.

Материал и методы. С января по декабрь 2015 г. выполнено 200 операций КШ у пациентов старше 70 лет. Средний возраст больных $74,4 \pm 2,4$ лет. Среди оперированных женщин – 26 %, мужчин – 74 %. Доля пациентов с ИМТ > 30 кг/м² – 30 %, с сахарным диабетом – 19 %, атеросклерозом брахиоцефальных артерий – 66 %, артериальной гипертензией – 91,5 %, инсультом в анамнезе – 8,5 %, почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) – 16,5 %, нарушениями ритма 21,5 %, инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе 74 %. Стенокардия 3–4 ф.кл зарегистрирована у 64,5 %, 15 % оперировались на фоне нестабильной стенокардии, 7,5 % на фоне острого ИМ. Сниженная ФВ ЛЖ < 30 % имела у 5 % пациентов, 11,5 % – ранее переносили КШ. Стеноз ствола левой коронарной артерии выявлен у 31 % пациентов, трехсосудистое поражение у 68,5 %, двухсосудистое – у 24 %. Все операции выполнялись стандартно с использованием внутренних грудных артерий и аутовен, в условиях искусственного кровообращения (ИК) (61 %) или на работающем сердце (39 %). Среднее число дистальных анастомозов $2,97 \pm 0,8$, проксимальных анастомозов с аортой $1,5 \pm 0,8$. Среднее число шунтов $2,5 \pm 0,7$.

Результаты. У лиц старше 70 лет после КШ госпитальная летальность составила 1,5 %: один пациент умер в результате послеоперационного кровотечения, у другого причиной смерти стал кардиогенный шок на фоне периперационного ИМ, у третьего – пневмония и эмпиема плевры в результате разрыва буллы. Нелетальные осложнения: острое нарушение мозгового кровообращения – 1 % случаев после операций в условиях ИК, кровотечения – 1,5 %, периперационный ИМ и дыхательная недостаточность – 2,5 %, гнойно-септические 2,0 % случаев. У 27 % пациентов зарегистрирована пароксизмальная фибрилляция предсердий (ФП). Среднее время нахождения пациентов в реанимационном отделении $32,7 \pm 41,2$ часа, в стационаре $11,2 \pm 3,9$ дней.

Выводы. Пациенты пожилого возраста, подвергнутые КШ, характеризуются выраженной коморбидностью и тяжелым поражением коронарного русла. Анализ непосредственных результатов оперативного лечения пациентов с ИБС старше 70 лет позволил сделать вывод о возможности выполнения КШ в данной возрастной группе в приемлемыми показателями госпитальной летальности (1,5 %) и осложнений. Особенностью явились высокая частота ФП (27 %) в послеоперационном периоде и тенденция к увеличению длительности пребывания в реанимационном отделении ($32,7 \pm 41,2$ часа).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Грудянов А.И.¹, Ткачева О.Н.², Аврамова Т.В.^{1,2}, Хватова Н.Т.²

¹ ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, Москва, Россия

² ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Определение структурно-функционального состояния сосудистой стенки у пациентов с пародонитом различной степени тяжести и изучение факторов риска развития атеросклероза, связанных с воспалительными заболеваниями пародонта.

Материал и методы. Обследованы 109 пациентов от 25 до 65 лет с интактным пародонтом и воспалительными заболеваниями пародонта различной степени тяжести, имеющих различный кардиоваскулярный риск,

без доказанных сердечно-сосудистых заболеваний. Всем пациентам были проведены клиническое обследование, общий и биохимический анализы крови, определение hs-CRP, структурно – функционального состояния сосудистой стенки общей и наружной сонных артерий методом дуплексного сканирования с доплеровским анализом, определение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты. С повышением тяжести пародонтита в крови повышался уровень hs-CRP. По сравнению с контрольной группой при легкой (ПЛС), средней (ПСС) и тяжелой степени пародонтита (ПТС) уровень hs-CRP повышался на 67 %, 95 % и в 2,8 раза. С повышением тяжести пародонтита были выявлены атеросклеротические поражения сонных артерий. В ходе работы установлено повышение СРПВ и повышение жесткости сосудистой стенки по мере повышения тяжести хронического пародонтита. Так, у пациентов с ПЛС, ПСС и ПТС СРПВ составляла, соответственно, 9,7 м/с, 10,3 м/с и 11,4 м/с. По мере утяжеления пародонтита амплитуда ЭЗВД снижалась и при ПЛС, ПСС и ПТС составила, соответственно, 11,6 %, 10,7 % и 8,7 % по сравнению с показателем 11,6 % в контрольной группе.

Заключение. По мере прогрессирования тяжести хронического пародонтита повышается жесткость сосудистой стенки, снижаются эндотелийзависимые вазодилататорные резервы системных сосудов, усугубляются показатели системного воспалительного ответа, атеросклеротические изменения сонных артерий в виде утолщения КИМ, увеличивается количество атеросклеротических бляшек, нарастает стеноз. Таким образом, наличие хронического генерализованного пародонтита можно рассматривать как фактор, усугубляющий течение сердечно-сосудистых заболеваний, и, возможно, предрасполагающий к возникновению ССЗ. Эффективное лечение воспалительных заболеваний пародонта имеет не только местные благоприятные последствия, но и направлено на снижение кардиоваскулярного риска.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДУКТАЛА МВ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Губанова Т.Г., Галин П.Ю., Исаев М.Р.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России»,
Оренбург, Россия

Цель. Оценить клиническую эффективность Предуктала МВ у пациентов с некоронарогенной ишемией миокарда

Материал и методы. Обследовано 50 пациентов (34 женщины и 16 мужчин, средний возраст – 55,1±3,8 лет), кардиологического отделения Оренбургской областной клинической больницы, из них 31 с диагнозом при поступлении ИБС. Стабильная стенокардия II ФК и 19 пациентов с ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Количество приступов стенокардии за месяц по группе составило 21,2±12,6, количество таблеток нитроглицерина, применяемого для купирования болевых приступов – 17,7±14. Положительные результаты нагрузочных проб получены при проведении ВЭМ у 12 пациентов (у 10 установлен II ФК стенокардии, у 2 – III ФК), при проведении тредмил-теста – у 1 пациента (установлен III ФК), при проведении ХМЭКГ – у 25 пациентов, при проведении ЧПЭС – у 16 (у 13 установлен II ФК стенокардии и у 3 – III ФК). У 4 пациентов положительные результаты нагрузочных выявлялись несколькими методами. Коронарография, проведенная всем пациентам, выявила «чистые» коронарные артерии у 35 пациентов, малоизмененные – у 15. После обследования 35 пациентам выставлен диагноз: ИБС. Микроваскулярная стенокардия, 14 – артериальная гипертония II–III степени, 1 – миокардиодистрофия сложного генеза. При выписке кроме стандартной терапии микроваскулярной стенокардии и артериальной гипертонии на 6 месяцев назначался Предуктал МВ. Эффективность терапии оценивалась ежемесячно по количеству приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине с целью купирования болевого синдрома. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ «STATISTICA 6,0» и «Microsoft Exel 2007», использовались вычисление средних значений и критерий Вилкоксона.

Результаты. У пациентов с некоронарогенной ишемией миокарда за 6 месяцев приема Предуктала МВ наблюдалось уменьшение как числа приступов стенокардии, так и потребности в нитроглицерине, причём уже через месяц количество приступов уменьшилось до 14,4±7, а количество принимаемых таблеток нитроглицерина – до 11,1±7,3 ($p<0,01$), а к концу исследования данные показатели снизились до 5,4±3,1 и 4±2,9, соответственно ($p<0,01$).

Заключение. Таким образом, эффект в виде уменьшения числа приступов стенокардии и снижения потребности в нитроглицерине при добавлении Предуктала МВ в стандартные схемы лечения микроваскулярной стенокардии и артериальной гипертонии наблюдается с первого месяца и сохраняется на протяжении всего срока приема препарата, что обуславливает целесообразность его назначения у этих пациентов.

ПОСТСТРЕССОВАЯ ВЫРАБОТКА ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (TGF- β 1 И FGF-2) В СТЕНКЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Губская П.М.¹, Вебер В.Р.¹, Рубанова М.П.¹, Жмайлова С.В.¹, Карев В.Е.², Кулик Н.А.¹, Румянцев Е.Е.¹, Атаев И.А.¹.

¹ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

²ФГБУ НИИ Детских инфекций ФМБА России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить постстрессовую выработку основного фактора роста фибробластов (FGF-2) и трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β 1) в различных слоях стенки брюшной аорты крыс линии Вистар через 1 месяц после моделирования хронического холинергического стресса (ХХС).

Материал и методы. Моделирование ХХС – 10 крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель три раза в день интроперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 недель введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов, не подвергавшиеся никаким воздействиям. Кусочки стенки брюшной аорты фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. При иммуногистохимическом исследовании использовались мышинные моноклональные антитела к TGF- β 1 (ТВ21) в разведении 1/100 и кроличьи поликлональные антитела к FGF-2. Экспрессирующие клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения выраженность экспрессии факторов роста фибробластов в препарате оценивали по балльной системе: 1 балл – единичные клетки со слабой экспрессией; 2 балла – единичные клетки со средней экспрессией; 3 балла – сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки со средней экспрессией; 4 балла – сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки с сильной экспрессией. При статистической обработке полученных данных использовался метод непараметрической статистики.

Результаты. Через 1 месяц после прекращения введения прозерина в эндотелиальном слое брюшной аорты экспрессия FGF-2 была в 5 раз больше экспрессии TGF- β 1 (55 баллов и 11 баллов, соответственно; $\chi^2=8,602$, $p=0,003$). В медиальном слое уровень экспрессии FGF-2 также был значительно выше, чем экспрессии TGF- β 1, поскольку клетки, экспрессирующие FGF-2 выявлялись во всех препаратах, тогда как в 58,3 % препаратов клетки, экспрессирующие TGF- β 1, вообще не обнаружены ($\chi^2=30,087$, $p=0,0001$). В адвентициальном слое брюшной аорты различий по уровню экспрессии TGF- β 1 и к FGF-2 выявлено не было.

Заключение. Через 1 месяц после прекращения моделирования хронического холинергического стресса, как в эндотелиальном, так и в медиальном слое брюшной аорты преобладает выработка FGF-2. В адвентициальном слое различий по выработке FGF-2 и TGF- β 1 не выявлено.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И ФАКТОРОВ КОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИБС, ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Гусеинова З.К., Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б., Байгожин Д.М., Беякова Н.Н., Аскарров М.А

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Проанализировать уровень липидов и показателей коагулограммы у больных с оперативными вмешательствами на сердце.

Материал и методы. Проведен анализ 80 историй болезни пролеченных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: ИБС перенесенные инфаркты миокарда и больные после стентирования сердца на фоне двух и трех сосудистыми обструктивными поражениями коронарного русла по данным коронарографий. Все больные после стентирования лечились в кардиологическом отделении городской больницы № 1 в г. Караганды.

В работе использованы методы математического и статистического анализа.

Результаты и обсуждения. По результатам проанализированных историй болезни, из 80 историй количество стентированных больных лиц мужского пола преобладало над больными женского пола: мужчин 59 (74 %) и женщин 21 (26 %).

При проведении анализа показателей лабораторных исследований, в том числе показателей коагулограммы были выявлены следующие результаты – наиболее чаще встречались повышение активированного частичного тромбопластинового времени у 38 (75 %) пациентов. Повышение фибриногена наблюдался у 22 (27,5 %) пациентов, тромбинового времени у 3 (3,75 %) пациентов. Снижение протромбинового индекса зафиксировано из общего числа обследованных у 8 (10 %) пациентов. Ретракция кровяного сгустка были снижены у 62 (77,5 %). Положительные растворимые фибрин мономерные комплексы отмечались у 9 (11,25 %) пациентов.

В результате анализа показателей липидного обмена наблюдалось повышение уровней холестерина у 15 (18,7 %) пациентов, триглицеридов у 19 (23,75 %) пациентов, а так же повышение липопротеидов высокой плотности у 21 (26,25 %) больных. Повышение липопротеидов низкой плотности наблюдалось лишь у 9 (11,25 %), повышение липопротеидов очень низкой плотности, что составило 5 (6,25 %).

Выводы. Таким образом, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы наблюдалось изменение показателей липидного обмена, коагулограммы, а именно повышение уровня фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени, которые создают условия для раннего развития атеросклероза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА РЕЗАЛЮТ ПРО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Гусеинова З.К., Тауешева З.Б., Бейсенбекова Ж.А., Габдумалик М.Е., Бекмуратова Б.С.,
Беремжанова Д.К.*

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить эффективность препарата Резалют Про в лечении больных с хроническими диффузными заболеваниями печени.

Материал и методы. В клиническое исследование было включено 46 больных в возрасте от 30 до 60 лет с хроническими диффузными заболеваниями печени: хронический вирусный гепатит В (ХГВ) с высокой степенью активности-23 (50 %) пациента; с циррозом печени вирусной этиологии – 23 (50 %) пациента. Все обследованные были мужчины. Эффективность лечения контролировалась общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами. Все обследованные больные были разделены на 2 группы по 23 человек: в 1 – группе больные получали комплексную терапию в сочетании с гепопротектором Гепабене по 1 капсуле 3 раза в день, а во 2 группе больные помимо основной терапии получали с гепатопротективной целью препарат Резалют Про по 1 капсуле 3 раза в день в течении 14 дней.

Результаты. В ходе проведенного лечения в обеих группах наблюдалось улучшение клинико-лабораторных показателей. После лечения у пациентов 1-группы на 5–7 сутки лечения наблюдалось купирование болевого синдрома, значительно уменьшились проявления печеночной энцефалопатий, а к 14 дню наблюдалось полное исчезновение клинической симптоматики. Тогда, как во 2 группе купирование болевого синдрома наблюдалось на 3–4 сутки и исчезновение клинической симптоматики на 6 сутки. Проявления желтушного синдрома, которые отмечались у 23 % пациентов 1 группы и 22,5 % пациентов во 2 группе, нивелировались на 7–9 сутки в 1 группе и на 5–6 сутки во 2 группы. Улучшение биохимических показателей (АЛТ, АСТ, билирубина, гаммаглутамилтранспептидазы, холинэстеразы, щелочной фосфатазы), коагулограммы (ПТИ, фибриноген) наблюдалось на 14–16 сутки стационарного лечения в 1 группе и во 2 группе на 7–10 сутки от начала лечения заболевания.

Выводы. Таким образом полученные данные свидетельствует о высокой терапевтической эффективности препарата Резалют Про в комплексном лечении больных с хроническими диффузными заболеваниями печени и позволяют сократить время пребывания в стационаре, что доказывает гепатопротективный эффект препарата, обусловленный усилением интенсивности течения репаративных процессов в клетках печени, восстанавливая их с большой скоростью, а так же обладают гиполипидемическим свойством, оказывают нормализующее действие на метаболизм белков, тормозит стеатоз и фиброз в тканях печени.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛЬВЕСКО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Гусеинова З.К., Тауешева З.Б., Алимжанов А.А., Алимжанова А.К., Казинурова А.С.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Оценить эффективность препарата Альвеско при лечении больных с хронической обструктивной болезнью легких.

Материал и методы. Обследовано 40 больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в стадии обострения. Возраст больных составил от 45 до 70 лет. Обследованные были сопоставимы по возрасту, полу, давности заболевания и социальному статусу. Продолжительность заболевания колебалась от 5-и до 15 лет. Диагноз хронической обструктивной болезни легких был выставлен по общепринятым критериям на основании клинико-инструментальных показателей. В зависимости от характера проводимой терапии больные были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 25 пациентов, которые наряду с общепринятой терапией принимали ингаляции альвеско по 1–2 дозы 2 раза в день с тиотропиумом бромида два раза в сутки и 25 пациентов 2-ой группы, принимавшие ингаляции препарата венталина с ипотропиумом бромида два раза в сутки в течение 15 дней.

Результаты и обсуждения. Пациенты первой и второй группы имели обструктивные нарушения бронхиальной проходимости различной степени выраженности, классифицированные по параметру объема форсированного выдоха 1 (ОФВ1). ХОБЛ средней степени тяжести диагностировали у 46,3 % больных первой группы и у 54,8 % пациентов второй группы. Тяжелая степень тяжести ХОБЛ выявлена по данным спирометрии у 53,7 % больных первой группы и у 45,2 % больных второй группы. Дыхательная недостаточность обнаружена у 49,9 % больных первой группы и 52 % больных второй группы. У больных первой группы показатели, характеризующие функциональную способность легких, имели значительную положительную динамику во время стационарного лечения. Объем форсированного выдоха 1 (ОФВ1) увеличился на 30 % от должных величин у пациентов первой группы и на 12 % у пациентов второй группы, индекс ОФВ1/ ФЖЕЛ – 11,3 % и 9,6 % соответственно. Данные проявления бронхообструктивного синдрома в 1-ой группе больных значительно уменьшились на 2-е сутки от начала лечения у 46 % больных, а на 10-е сутки лечения проявления бронхообструкции нивелировались у 75 % больных. Во 2-ой группе проявления бронхообструктивного синдрома уменьшились на 5 сутки от начала проводимой терапии у 18,5 % больных и к 10 – ым суткам лечения явления бронхообструкции уменьшились у 35 % больных, что свидетельствовало о положительной клинической динамике.

Выводы. Таким образом, применение фиксированной комбинации альвеско в сочетании с тиотропиумом бромида у больных с бронхообструктивным синдромом обеспечивает высокую клиническую, лабораторно-инструментальную и фармакоэкономическую эффективность при оказании неотложной помощи больным с хронической обструктивной болезнью легких с различной степенью активности, тем самым увеличивает приверженность больных к проводимой терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Даурова М.Д., Болиева Л.З.

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Целью явилось сравнительное исследование эффективности и безопасности фиксированной комбинации телмисартана и амлодипина в сравнении с монотерапией амлодипином у больных с хронической обструктивной болезнью легких и артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование было включено 65 пациентов с ХОБЛ и АГ, средний возраст которых составил $60,6 \pm 7,6$ лет. Включенные в исследование пациенты были рандомизированы в две группы: 32 больных I группы получали амлодипин в дозе 10 мг 1 раз в сутки утром, 33 пациента II группы получали фиксированную комбинацию амлодипин 5 мг + телмисартан 40 мг 1 раз в сутки утром. Продолжительность лечения составила 12 недель. Всем исследуемым проводили клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи больным с АГ и ХОБЛ.

Специальные методы исследования включали: проведение суточного мониторирования артериального давления (СМАД), эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ), спирометрия.

Результаты. Анализ данных, проведенный после окончания 12-недельного курса лечения монотерапией показал статистически достоверное снижение вариабельности систолического АД в дневные часы на 28,2 % ($p < 0,05$); индекса времени систолического и диастолического АД в ночные часы в 1,6 раза ($p < 0,01$) и в 1,9 раза ($p < 0,01$), соответственно. В группе больных, получавших фиксированную комбинацию, получены данные о достоверном снижении вариабельности систолического АД в дневные часы на 34,9 % ($p < 0,01$); вариабельности систолического АД в ночные часы на 36,8 % ($p < 0,01$); индекса времени систолического АД и диастолического АД в ночные часы в 2,4 ($p < 0,01$) и в 2,6 раза ($p < 0,001$), соответственно. На фоне монотерапии получена положительная динамика показателей, характеризующих процесс ремоделирования ЛЖ: уменьшение его конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР) на 4,5 % и 5,5 % ($p < 0,05$) соответственно, увеличение фракции выброса ЛЖ на 7,2 % ($p > 0,05$). Толщина задней стенки ЛЖ уменьшилась на 9,6 % ($p < 0,05$). Показатель ударного объема возрос на 9,1 % ($p < 0,05$). При применении фиксированной комбинации получена положительная динамика показателей, характеризующих процесс ремоделирования ЛЖ: уменьшение его КСР на 8,7 % ($p < 0,01$) и КДР на 14,2 % ($p < 0,01$), увеличения фракции выброса ЛЖ на 13,2 % ($p < 0,05$) и фракции выброса ПЖ на 6,3 % ($p < 0,05$). Толщина межжелудочковой перегородки уменьшилась на 11,86 %, а толщина задней стенки ЛЖ – 14,55 % ($p < 0,001$). Показатель ударного объема возрос на 28,35 % ($p < 0,001$).

Выводы. Применение фиксированной комбинации амлодипина и телмисартана оказывает более выраженное благоприятное влияние на суточный профиль АД, параметры ремоделирования сердца, чем монотерапия амлодипином. Нами получены данные о достоверно меньшей частоте развития периферических отеков у больных, получавших фиксированную комбинацию, по сравнению с монотерапией.

МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Демкина А.Е.¹, Крылова Н.С.^{1,2}, Ковалевская Е.А.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}, Хашиева Ф.М.¹

¹ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

² Городская клиническая больница № 52 г. Москва, Россия

В клинической практике у большинства пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) наблюдается повышение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP), не смотря сохранную глобальную систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ). Большой интерес представляет изучение взаимосвязи уровня BNP с клинико-инструментальными параметрами пациентов с ГКМП.

Цель. Исследование уровня BNP плазмы крови и его взаимосвязи с клинико-инструментальными данными пациентов с ГКМП.

Материал и методы. Обследовано 55 пациентов с ГКМП, средний возраст $58,0 \pm 15,5$ лет, из них 13 мужчин (33 %). Все пациенты принимали терапию бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг. У 15 обследуемых (27,2 %) выявлена обструктивная форма заболевания. Пациентам проводилась оценка выраженности ХСН по NYHA и ШОКС, эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ), определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP).

Результаты. У 52 (94,5 %) пациентов уровень BNP превышал референтное значение, принятое для ХСН (более 35 пг/мл), и составил в среднем 150 (83; 300) пг/мл. В исследовании выявлена положительная корреляция между уровнем BNP и клинико-инструментальными проявлениями ХСН. Получена положительная корреляция между уровнем BNP и ФК ХСН по NYHA ($r=0,37$, $p=0,04$), а также суммой баллов по ШОКС ($r=0,47$, $p=0,009$). При проведении корреляционного анализа между BNP и параметрами ЭхоКГ выявлена положительная взаимосвязь с толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ($r=0,40$, $p=0,04$), размером левого предсердий (ЛП) ($r=0,93$, $p=0,001$), степенью митральной регургитации ($r=0,60$, $p=0,006$), E/A ($r=0,37$, $p=0,04$) и IVRT трансмитрального кровотока ($r=0,30$, $p=0,04$). Уровень BNP был тесно взаимосвязан с функцией правого желудочка (ПЖ) – индексом Tei ПЖ ($r=0,48$, $p=0,01$) и локальными систолическими скоростями на свободной стенке фиброзного кольца трикуспидального клапана (ФКТК) – s' ФКТК ($r=-0,79$, $p=0,01$), s' базального ($r=-0,94$, $p=0,002$), s' среднего ($r=-0,73$, $p=0,02$) отделов.

Выводы. У 94,5 % пациентов с ГКМП был повышен уровень BNP. Высокие значения пептида ассоциировались с более выраженной клинической картиной ХСН по данным ШОКС и NYHA. Основные факторы, влияющие на уровень BNP – это гипертрофия миокарда и диастолическая дисфункция ЛЖ. Не исключено, что нарушение функции ПЖ может влиять на уровень BNP у пациентов с ГКМП.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Демкина А.Е.¹, Крылова Н.С.^{1,2}, Потешкина Н.Г.^{1,2}, Ковалевская Е.А.^{1,2}, Хашиева Ф.М.¹

¹ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России

² Городская клиническая больница № 52 г. Москва, Россия

Цель. Изучить предикторы развития неблагоприятных событий у пациентов с необструктивной формой гипертрофической кардиомиопатии (НГКМП).

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с НГКМП, средний возраст 52,6±15,7 лет, из них 8 мужчин (40 %), получающих терапию бисопрололом в средней дозе 5,2±1,6 мг. Пациентам проводилась оценка выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA и ШОКС, эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ), определение уровней мозгового натрийуретического пептида (BNP) и галектина-3. Конечные точки исследования: развитие пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ФП), неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), нарастание симптомов ХСН ≥ III ФК по NYHA, госпитализация.

Результаты. За период наблюдения, составивший 2,7±1,2 лет, у 5 (25 %) пациентов были зафиксированы конечные точки исследования: у 2 пациентов развитие неустойчивой ЖТ, у 2 - пароксизм ФП, у 1 - нарастание симптомов ХСН до III ФК по NYHA, что потребовало госпитализации больных. С целью изучения предикторов неблагоприятных событий пациенты разделены на две группы: 1 группа – без зафиксированных неблагоприятных событий, 2 группа – больные, достигшие комбинированных точек исследования. Пациенты обеих групп сопоставимы по полу, возрасту, ФК NYHA, дозе бисопролола, параметрам трансмитрального и транстрикуспидального клапанов ($p > 0,05$). Выявлены достоверно более высокие уровни BNP (344,0 (185,0;354,0) против 148,0 (100,0;200,0) пг/мл; $p = 0,04$), значение индекса Тепправого желудочка (ПЖ) (0,64±0,3 против 0,48±0,2; $p = 0,04$) у пациентов НГКМП, достигших комбинированных конечных точек исследования, чем у пациентов без неблагоприятных событий. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем BNP и комбинированными конечными точками исследования ($r = 0,04$, $p = 0,49$). По данным ТДИ поздняя диастолическая скорость движения а' (6,0±1,7 и 10,3±3,5 мс; $p = 0,01$), соотношение е/а' бокового отдела фиброзного кольца митрального клапана (ФКМК) (0,8±0,2 и 1,3±0,3; $p = 0,01$) оказалась ниже, по сравнению с пациентами без развития неблагоприятных событий. Регрессионный анализ показал, что поздняя диастолическая скорость движения а' ($r = 0,37$, $F = 7,6$) и соотношение е/а' ($r = 0,49$, $F = 13,1$) бокового отдела ФКМК – достоверные предикторы комбинированных конечных точек исследования.

Выводы. Развитие пароксизмальной формы ФП, неустойчивой ЖТ, нарастание симптомов ХСН ≥ III ФК по NYHA, госпитализация у больных с НГКМП ассоциировалось с более высоким уровнем BNP. Поздняя диастолическая скорость движения а', соотношение е/а' бокового отдела ФКМК – предикторы неблагоприятных событий у пациентов с НГКМП. Включение в стандартный протокол оценки параметров ТДИ и определение уровня BNP целесообразно для стратификации риска неблагоприятных событий у больных НГКМП.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА: КЛИНИКО- ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Денисова А.Г., Татарченко И.П., Позднякова Н.В.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА, Пенза, Россия

Цель: оценить структурно-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) и вазомоторной функции эндотелия артерий у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) при курсовой терапии блокатором рецепторов к ангиотензину II (БРА) олесартаном.

Материал и методы. 58 больных СД2 (28 мужчины и 30 женщины) с признаками ХСН I–II функционального класса (ФК) и нарушением диастолической функции ЛЖ по типу аномальной релаксации, с фракцией выброса ЛЖ более 50 %, средний возраст – 58,2±5,3 лет. В комплекс лечения (антиагреганты и статины в целевых дозах, пероральные сахароснижающие препараты, нитраты в режиме по требованию) включали олесартана медоксомил (Кардосал®). Начальная доза составляла 20 мг однократно в сутки, контроль дозы проводили каждые 2 недели с коррекцией на 4-й и 8-й неделях лечения. С 10-й по 50-й недели курсовой терапии у 7 пациентов суточная доза препарата составила 10 мг, у 27 пациентов – 20 мг, у 24 больных допол-

нительно к 20 мг олесартана медоксомил добавлен тиазидный диуретик (гидрохлортиазид) в дозе 12,5 мг (Кардосал® плюс). Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование плечевой артерии с оценкой эндотелийзависимой вазодилаторной реакцией (ЭЗВД ПА). длительность наблюдения - 50 недель.

Результаты. Патологический профиль АД выявлен у 91,4 % больных, из них у 74,2 % пациентов по типу нон-диппер, у 17,2 % – найт-пикер. Периоды безболевого ишемии миокарда (БИМ) зарегистрированы у 91,4 % больных. Вазомоторная дисфункция эндотелия, индуцированная напряжением сдвига, диагностирована во всех случаях: ЭЗВД ПА- 3,7±1,1 %. На фоне лечения олесартаном целевой уровень АД достигнут по САД у 94,8 % больных, по ДАД – у 93,1 %, $p < 0,05$. Возросло число диппер-лиц – нормальная величина суточного индекса отмечена у 46,6 % пациентов; не было зафиксировано ни одного случая с ночным повышением АД. По данным пробы с реактивной гиперемией отмечен прирост ЭЗВД от 3,7±1,1 % до 6,3±1,1 %. Получена положительная динамика показателей, характеризующих процесс ремоделирования ЛЖ: уменьшение КДО на 7,5 %, КСО на 8,1 %; увеличение ФВ на 5,4 %, ΔS на 6,2 %, $p < 0,05$, с приростом соотношений E/A на 23 %, E'/A' на 14 %. Значимых изменений уровня гликированного гемоглобина (7,7±0,4 % и 7,2±0,35 %; $p < 0,05$) и триглицеридов крови (2,76±0,2 и 2,48±0,17 ммоль/л; $p < 0,001$) не выявлено.

Заключение. Курсовая терапия олесартаном (Кардосал®) через 50 недель обеспечивает положительную динамику структурно-геометрических показателей левого желудочка и показателей диастолической функции, не угнетая сократительной способности, при улучшении вазомоторной функции эндотелия артерий. Особенности действия блокаторов АТ₁-рецепторов при нарушении углеводного обмена позволяют их рассматривать как препараты выбора в коррекции кардиоваскулярных нарушений у больных сахарным диабетом 2-го типа.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ДОКАЗАННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Джанибекова А.Р., Горбунова С.И., Синюкова А.С., Красюк О.С., Гожая И.Н.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет, Городская клиническая больница № 2, ГБУЗ СК Краевая клиническая больница, ГБУЗ СК Городская поликлиника № 3, Ставрополь, Россия

Цель. Поскольку по данным аналитического прогноза ВОЗ, к 2020 г. депрессия выйдет на второе место после ишемической болезни сердца (ИБС) по числу утраченных лет полноценной жизни, а также учитывая, что наиболее распространенным психическим расстройством у пациентов ИБС является депрессия, целью настоящего исследования послужило изучение тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ИБС.

Материал и методы. Обследовано 32 пациентов в возрасте от 43 до 55 лет. Преобладали мужчины 21 (65,6 %) и женщин было 11 (34,4 %). Коронарный анамнез составлял около 2–3 лет. У всех пациентов были выявлены артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность 1–2 функционального класса. Дизайн исследования состоял из двух этапов. На первом этапе проводили верификацию диагноза ИБС с помощью коронароангиографии (КАГ). На втором этапе выявляли и оценивали тяжесть депрессии и тревоги с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). При этом выделяли три области значений суммарного показателя: 0–7 баллов – «норма», 8–10 баллов – «субклиническая тревога/депрессия», 11 и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия». Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты. У лиц мужского пола с наличием ИБС были выявлены следующие гемодинамически значимые стенозы: правой коронарной артерии – в 42,9 % случаях, в передней нисходящей артерии – в 28,6 % случаях и в огибающей – в 38,1 % случаях. У двоих мужчин было выявлено поражение двух сосудов. У лиц женского пола гемодинамически значимые стенозы указанных локализаций распределились соответственно в 54,5 %, 18,2 %, и 27,3 % случаях. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) установлено, что у мужчин расстройства депрессивного характера в виде субклинической депрессии и клинически выраженной депрессии встречались в 19,0 % и 4,8 % случаев, а у женщин 9,1 % и 18,7 % соответственно. Субклиническая тревога и клинически выраженная тревога были выявлены у 23,8 % и 4,8 % мужчин. Примечательно, что у женщин субклиническая тревога была обнаружена в 27,3 %, а случаев с клинически выраженной тревогой выявлено не было.

Заключение. Таким образом, полученные данные демонстрируют не только распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра в кардиологической практике, в частности у пациентов с ИБС, но и преобладание депрессивных расстройств среди лиц женского пола. По распространенности тревожных расстройств отличий по гендерному признаку выявлено не было. Активный подход к выявлению коморбидных психопатологических расстройств у данной категории больных и своевременное проведение лечебно-про-

филактических мероприятий обеспечит повышение медико-социальной эффективности лечения основного заболевания.

ОТДАЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дмитриев А.В., Кильдебеква Р.Н., Низамов А.К.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель. Изучить влияние физических нагрузок на состояние психологического здоровья у пациентов с артериальной гипертензией в отдаленном периоде.

Материал и методы. Объект исследования лица мужского пола с АГ II степени ($n=53$), средний возраст $39,4\pm 3,8$ лет, из них I-группа положительного контроля ($n=30$), получали медикаментозную терапию согласно рекомендациям ВНОК (2010), II-основная группа ($n=23$), дополнительно применяли физическую реабилитацию в виде механотерапии на велотренажерах в течении 3-х месяцев и группа отрицательного контроля ($n = 25$), здоровые лица, сопоставимые по полу и возрасту. Психологический статус определяли по уровню реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности по Спилбергеру – Ханину, уровень самоуважения по шкале Розенберга. Исследование проводили перед началом курса физических тренировок, после и через 6 месяцев.

Результаты. Изучение психологического здоровья у лиц с АГ показало высокий уровень РТ $47,3\pm 2,1$ балла, против контроля $35,4\pm 1,4$ балла, уровень ЛТ был умеренный $38,7\pm 1,8$ балла, отмечался низкий уровень самоуважения по шкале Розенберга $24,3\pm 1,7$ балла против контроля $35,3\pm 1,9$ балла. Исходный уровень систолического АД составил $168,8\pm 5,6$ мм рт. ст., диастолического $104,2 \pm 5,7$ мм рт. ст. Обследование пациентов с АГ показало высокую эффективность реабилитации с применением физических нагрузок в амбулаторных условиях: снизился уровень РТ в I группе до $40,6\pm 1,7$ балла (на 14,2 %), ЛТ до $36,3\pm 1,7$ балла (на 6,2 %), во II группе до $36,2\pm 1,9$ балла (на 23,5 %), и $33,6\pm 1,8$ балла (на 13,2 %), соответственно. У больных с АГ, отмечалось повышение уровня самоуважения по шкале Розенберга, в I группе до $29,9\pm 1,7$ баллов (на 23,1 %), во II группе до $32,3\pm 1,6$ баллов (на 32,9 %) в сравнении с исходным уровнем. У лиц с АГ во II-основной группе систолическое АД уменьшилось до $130,4\pm 6,6$ мм рт. ст. (на 22,5 %) и диастолическое АД до $77,1\pm 5,2$ мм рт. ст. (на 25,4 %), а в I группе до $141,3\pm 6,1$ мм рт. ст. (на 16,6 %) и $85,7\pm 5,8$ мм рт. ст. (на 18,1 %) соответственно. Через 6 месяцев после завершения курса физических тренировок у больных АГ наблюдалось уменьшение достигнутого эффекта – во II группе уровень РТ увеличился до $37,2\pm 1,8$ балла, но оставался в пределах умеренного, уровень ЛТ значимо не изменился – $34,8\pm 1,7$ балла, в I группе значимых изменений не выявлено – уровень РТ и ЛТ составил $42,1\pm 1,9$ балла и $36,8\pm 1,8$ балла соответственно. Уровень систолического АД в I группе составил $142,5\pm 5,0$ мм рт. ст., диастолического $89,8\pm 6,4$ мм рт. ст., во II-основной группе $130,9\pm 5,3$ мм рт. ст. и $79,3\pm 5,4$ мм рт. ст. соответственно.

Заключение. У мужчин молодого возраста с АГ наблюдалось изменение психологической адаптации. Применение физической реабилитации в амбулаторных условиях у больных с АГ способствует лучшей динамике психологического здоровья в сравнении с изолированной антигипертензивной терапией. Эффект от проведения физической реабилитации сохраняется и в отдаленном периоде, но имеет тенденцию к снижению коррекционного влияния и доказывает необходимость регулярных занятий физической культурой.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ШКАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Довгалюк Ю.В., Мишина И.Е., Архипова С.Л., Воробьева Е.А.

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Иваново, Россия

Прогнозирование госпитальной летальности у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) остается важнейшей задачей, поскольку позволяет выделить группу лиц высокого риска для проведения ранней инвазивной стратегии лечения.

Цель. Сравнительное изучение ценности шкал GRACE, TIMI, РЕКОРД в прогнозировании риска развития летального исхода у больных с ОКС, в том числе в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Результаты. 104 пациента с ОКС, госпитализированные в кардиологическое отделение ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иваново, были разделены на 2 группы: 1-я группа – 39 больных ОКС с СД 2 типа (средний возраст – 73 ± 7 лет); 2-я группа – 65 пациентов ОКС без СД 2 типа (средний возраст 71 ± 7 лет). В 1-й группе преобладали женщины (23 пациентки, 59 %), во 2-й группе – мужчины (38 больных, 59 %). Всем госпитализированное проводились стандартное общеклиническое и инструментальное обследование и осуществлялась стратификация риска госпитальной летальности с использованием шкал GRACE, TIMI, РЕКОРД. В последующем с помощью четырехпольной таблицы рассчитывались диагностическая чувствительность (ДЧ), диагностическая специфичность (ДС) и диагностическая эффективность (ДЭ) всех трех методик. Для выявления наиболее прогностически информативной шкалы использовался метод построения ROC-кривой с расчетом площади под ней (AUC).

В группе больных с ОКС без СД 2 типа шкала РЕКОРД продемонстрировала более высокую предсказательную ценность в прогнозировании летального исхода ($AUC = 0,93$, $p < 0,01$) по сравнению со шкалами TIMI ($AUC = 0,77$) и GRACE ($AUC = 0,8$). В группе пациентов ОКС с СД 2 типа наиболее чувствительными в оценке риска госпитальной летальности оказались шкалы РЕКОРД ($AUC = 0,88$, $p < 0,01$) и TIMI ($AUC = 0,89$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, для выявления категории лиц высокого риска развития летального исхода среди больных пожилого и старческого возраста с ОКС наиболее чувствительной является шкала РЕКОРД; при сопутствующем СД 2 типа – шкалы TIMI и РЕКОРД.

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Дробышева Е.С., Будневский А.В., Малыш Е.Ю., Овсянников Е.С., Феськова А.А., Лабжания Н.Б., Жусина Ю.Г.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. В сравнительном аспекте изучить показатели клинко-функционального статуса больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с метаболическим синдромом (МС), оценить влияние компонентов метаболического синдрома на течение основного заболевания.

Материал и методы. В исследование включено 95 пациентов с частично контролируемой бронхиальной астмой, из них 26 мужчин (27,4 %) и 69 женщин (72,6 %), в возрасте 18–60 лет. Всем пациентам проводили комплексное клинко-инструментальное обследование, включающее оценку симптоматики и контроля БА, антропометрических показателей, артериального давления, углеводного обмена, липидного спектра крови, показателей спирометрии. Из 95 обследованных у 60 пациентов (63,2 %) диагностирован МС согласно критериям ВНОК, эти пациенты составили первую группу. Во вторую группу (сравнения) вошли 35 больных (36,8 %) БА без МС.

Статистический анализ полученных данных выполнен с использованием программы Statgraphics Plus 5.1. Градацию корреляционных связей проводили в соответствии с общепринятой классификацией Э.В. Ивантер, А.В. Коросова (1992): сильная или тесная связь при коэффициенте корреляции $r > 0,70$; средняя – при $0,50 < r < 0,69$; умеренная – при $0,30 < r < 0,49$; слабая – при $0,20 < r < 0,29$; очень слабая – при $r < 0,19$.

Результаты. В ходе исследования выявлена большая выраженность основных клинических симптомов БА у пациентов с сочетанием БА и МС. Так, одышка, чувство удушья и заложенности в груди, а также кашель с вязкой мокротой беспокоили их достоверно больше в 1,8; 2,1; 1,5; 1,6 и 1,5 раза соответственно ($p < 0,05$). У больных БА с МС отмечены достоверно ($p < 0,05$) более выраженные изменения бронхиальной проходимости, о чем свидетельствуют показатели спирометрии. Так в первой группе пациентов объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) составлял $60,55 \pm 0,58$ от должного, в то время как в группе сравнения он был равен $70,07 \pm 2,48$. Показатели индекса Тиффно составляли $65,05 \pm 1,21$ и $73,82 \pm 0,64$ в первой и во второй группе соответственно. Проведенный в ходе исследования корреляционный анализ, позволил подтвердить данные о том, что компоненты МС (ожирение, артериальная гипертензия, нарушения липидного и углеводного обменов) обуславливают более тяжелое, неблагоприятное течение БА с частыми обострениями ($r = 0,82$; $p < 0,05$), с выраженными клиническими симптомами (одышка ($r = 0,74$; $p < 0,05$), чувство удушья ($r = 0,65$; $p < 0,05$), кашель с вязкой трудно отделяемой мокротой ($r = 0,62$; $p < 0,05$)), более низкими показателями спирометрии (ОФВ1 ($r = 0,79$; $p < 0,05$), индекса Тиффно ($r = 0,70$; $p < 0,05$), прироста ОФВ1 после проведения бронходилатационного теста ($r = 0,78$; $p < 0,05$)), недостаточным уровнем контроля над заболеванием ($r = 0,91$; $p < 0,05$).

Заключение. Наличие у больных БА компонентов МС (ожирение, артериальная гипертензия, нарушение липидного и углеводного обмена) обуславливает более тяжелое, неблагоприятное течение основного заболевания.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дорохова О.В., Фирсакова В.Ю., Андреев Д.А.

ФГБУ ГНЦ «Федеральный медико-биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА,
Москва, Россия

Цель. Выявить отдельные предикторы неблагоприятных коронарных событий у больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) в зависимости от коморбидного состояния: хроническая почечная недостаточность

Материал и методы: в исследование было включено 49 человек с ОКСбпST в сочетании с хронической почечной недостаточностью (ХПН) различной этиологии. При исследовании факторов риска и клинических симптомов, указывающих на неблагоприятный исход, учитывали факторы риска атеросклероза, данные, указывающие на распространенный атеросклероз, клинические показатели, показатели инструментального обследования, показатели лабораторного обследования. Все пациенты получали стандартную консервативную терапию ОКСбпST. Хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика и стентирование, коронарное шунтирование) была выполнена у 85,7 % больных. Ближайшие результаты лечения оценивались в период госпитализации, отдаленные – в течение 12 месяцев после выписки больного из стационара по развитию таких событий как: рецидив нефатального инфаркта миокарда в период госпитализации, летальный исход в период госпитализации, летальный исход в течение года от сердечно-сосудистых заболеваний, повторное поступление в стационар в течение года по поводу обострения ИБС (острого коронарного синдрома), развитие в течение года инфаркта миокарда с Q зубцом и без Q зубца. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) развития негативного исхода и 95 % доверительный интервал (ДИ) для него, чувствительность и специфичность параметра с точки зрения их прогностической значимости, определялся критерий Манна-Уитни и Стюдента.

Результаты. В группе больных с хронической почечной недостаточностью оказалось всего 49 человек. Пациентов с неблагоприятным исходом выявлено 36 человек (73,5 %). Пациентов, у которых через 1 год наблюдения неблагоприятных коронарных событий не произошло, было 13 человек (26,5 %). Прогностически значимыми предикторами неблагоприятного прогноза у пациентов 2 группы явились: – отягощенная по заболеваниям сердечно-сосудистой системы наследственность – наличие облитерирующего атеросклероза нижних конечностей – повышение уровня общего холестерина – инфаркт миокарда в анамнезе – повышение уровня фибриногена – повышение уровня систолического и диастолического артериального давления.

Заключение: при стратификации риска у больных с ОКСбпST необходим дифференцированный подход в зависимости от сопутствующего заболевания. При наличии у пациента с коморбидным состоянием предикторов неблагоприятного прогноза тактика должна быть направлена на скорейшую реваскуляризацию.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ ВЫСОКИХ СТЕПЕНЕЙ

Дорохова О.В., Фирсакова В.Ю., Андреев Д.А.

ФГБУ ГНЦ «Федеральный медико-биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА,
Москва, России

Цель: Выявить отдельные предикторы неблагоприятных коронарных событий у больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСбпST) в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени.

Материал и методы: в исследование было включено 64 человека с ОКСбпST в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) 2–3 степени, включая пациентов перенесших ранее инсульт.

При исследовании факторов риска и клинических симптомов, которые могли бы указывать на возможный неблагоприятный исход, учитывали следующие условные группы параметров: факторы риска атеросклероза, данные, указывающие на распространенный атеросклероз, клинические показатели, показатели инструментального обследования, показатели лабораторного обследования. Все пациенты получали стандартную консервативную терапию острого коронарного синдрома согласно Национальным рекомендациям. Хирургическая реваскуляризация (баллонная ангиопластика и стентирование, коронарное шунтирование)

была выполнена у 82,8 %. Ближайшие результаты лечения оценивались в период госпитализации, отдаленные – в течение 12 месяцев после выписки больного из стационара по развитию таких событий как: рецидив нефатального инфаркта миокарда в период госпитализации, летальный исход в период госпитализации, летальный исход в течение года от сердечно-сосудистых заболеваний, повторное поступление в стационар в течение года по поводу обострения ИБС (острого коронарного синдрома), развитие в течение года инфаркта миокарда с Q зубцом и без Qзубца. Рассчитывалось отношение шансов (ОШ) развития негативного исхода и 95 % доверительный интервал (ДИ) для него. Также были рассчитаны чувствительность и специфичность параметра с точки зрения их прогностической значимости, определялся критерий Манна-Уитни и Стюдента.

Результаты. В группе больных с дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени в сочетании с ОКСбпСТ оказалось 64 человека. Пациентов с неблагоприятным исходом во время госпитализации и в течение 1 года наблюдений выявлено 45 человек (70,3 %). Пациентов, у которых через 1 год наблюдения неблагоприятных коронарных событий не произошло, было 19 человек (29,7 %). Предикторами неблагоприятного прогноза явились: – курение – повышение уровня сердечного тропонина Т более 0,1 нг/мл – повышение уровня общего холестерина – повышение уровня систолического АД

Заключение: при стратификации риска у больных с ОКСбпСТ необходим дифференцированный подход в зависимости от сопутствующего заболевания. При наличии у пациента с коморбидным состоянием предикторов неблагоприятного прогноза тактика должна быть направлена на скорейшую реваскуляризацию.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНДУЦИРОВАННЫХ АМИОДАРОНОМ ТИРЕОПАТИЙ

Дробышева Е.С., Будневский А.В., Овсянников Е.С., Феськова А.А., Малыш Е.Ю., Жусина Ю.Г., Лабжаня Н.Б.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Цель. Изучить структуру нарушений функции щитовидной железы при длительном приеме амиодарона у лиц пожилого возраста с персистирующей фибрилляцией предсердий (ПФП), оценить течение ПФП на фоне возникновения гипотиреоза и тиреотоксикоза.

Материал и методы. В исследование были включены 94 пациента (25 мужчин, 69 женщин), проживающих в Воронеже и Воронежской области. В возрасте от 55 до 75 лет с персистирующей фибрилляцией предсердий, принимающих амиодарон для контроля синусового ритма более шести месяцев в суточной дозе 200 мг. У всех пациентов до начала лечения патологии щитовидной железы выявлено не было. На этапе формирования групп оценивалось: функция щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, свободного Т3, свободного Т4 методом непрямого иммуноферментного анализа), так же проводилось клиническое обследование, которое включало в себя: расспрос, физикальное обследование, наблюдение за динамикой состояния в течение лечения, регистрацию ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, кроме того проводились биохимические исследования уровня общего белка, глюкозы, общего холестерина, β – липопротеидов, ЛПНП, АсАТ, АлАТ. Для оценки функции щитовидной железы использовались определения: эутиреоз- уровень гормонов щитовидной железы в пределах нормы (ТТГ- 0,25–3,5 МЕ/л, Т4 свободный 9–20 пМоль/л, Т3 свободный 4,1–8,2 пМоль/л). Гипотиреоз- уровень ТТГ повышен Т4, Т3 снижен при манифестной форме, и в пределах нормы при субклинической форме. Тиреотоксикоз – снижен уровень ТТГ и повышен Т3, Т4.

Результаты. Среди лиц пожилого возраста, страдающих персистирующей фибрилляцией предсердий, длительно принимающих амиодарон в суточной дозе 200 мг, дисфункция щитовидной железы развивается в 32,9 % случаев. У пациентов, имеющих в анамнезе заболевания щитовидной железы, амиодарон-ассоциированный гипотиреоз развивается значительно чаще и составляет 31,7 %, по сравнению с группой пациентов, где исходно щитовидная железа не была поражена и составляла 15 % случаев. Развитие амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза преобладает в группе пожилых пациентов с интактной щитовидной железой, частота его развития составила 13 % случаев, в то время как среди пациентов, имеющих патологию щитовидной железы, распространенность дисфункции – 7 %.

Выводы. У пожилых пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий, получающих кордарон для удержания сердечного ритма более шести месяцев, развивается дисфункция щитовидной железы. Развитие гипотиреоза или тиреотоксикоза сопровождается ослаблением антиаритмической активности препарата.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ КАК ПРЕДИКТОРЫ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У АСИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Дружилов М.А., Бетелева Ю.Е., Хейн И.В., Кузнецова Т.Ю.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Эктопические висцеральные жировые депо наряду с абдоминальным играют важную роль в процессах кардиоваскулярного ремоделирования и развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Толщина «экстра-медиа» (ТЭМ) сонных артерий (СА) и толщина эпикардального жира (ТЭЖ) позволяют оценить выраженность периваскулярной и эпикардальной жировой ткани.

Цель: провести ультразвуковую оценку ТЭМ СА и ТЭЖ, анализ их ассоциации с окружностью талии (ОТ), толщиной абдоминальной висцеральной жировой ткани (АВЖТ) и частотой выявления каротидного атеросклероза у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Обследовано 84 нормотензивных (по данным суточного мониторинга АД) мужчин (средний возраст $44,7 \pm 4,2$ года), с абдоминальным ожирением (индекс массы тела $30,8 \pm 2,7$ кг/м², ОТ $104,5 \pm 5,9$ см), асимптомных в отношении ССЗ. Выполняли эхокардиографию с оценкой ТЭЖ, триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, сонографическую оценку толщины АВЖТ. ЭЖ визуализировали за свободной стенкой правого желудочка в В-режиме с использованием парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка (ЛЖ) в конце систолы. ТЭМ СА измеряли с помощью ультразвукового датчика 10 МГц с двух сторон на 1–1,5 см проксимальнее бифуркации общей СА в продольном сечении как расстояние от просвета внутренней яремной вены до комплекса «интима-медиа» (КИМ) передней стенки СА.

Результаты. ТЭЖ составила от 2 мм до 6,9 мм ($4,5 \pm 1,1$ мм), ТЭМ СА – от 0,3 мм до 0,8 мм ($0,43 \pm 0,12$ мм). Выявлена корреляция данных показателей с возрастом – 0,44 ($p < 0,01$) и 0,49 ($p < 0,01$), ОТ – 0,28 ($p < 0,05$) и 0,32 ($p < 0,01$), толщиной АВЖТ – 0,56 ($p < 0,01$) и 0,48 ($p < 0,01$) соответственно. У пациентов с атеросклеротической бляшкой (АБ) в СА ($n=15$) отмечалась достоверно большая ТЭЖ ($6,1 \pm 0,8$ мм против $4,2 \pm 0,9$ мм, $p < 0,001$) и ТЭМ СА ($0,63 \pm 0,08$ мм против $0,39 \pm 0,08$ мм, $p < 0,001$). Данная закономерность прослеживалась и в отношении пациентов с максимальной толщиной комплекса «интима-медиа» (КИМ) СА, превышающей 0,9 мм ($n=28$): $5,3 \pm 1,0$ мм против $4,2 \pm 1,0$ мм ($p < 0,01$) и $0,49 \pm 0,12$ мм против $0,41 \pm 0,12$ мм ($p < 0,01$) соответственно. В группах лиц с ТЭЖ ≥ 5 мм ($n=29$) и ТЭМ СА $\geq 0,5$ мм ($n=28$) частота выявления АБ в СА оказалась достоверно большей по сравнению с частотой каротидного атеросклероза в целом по группе: 48,3 % против 17,9 % ($p < 0,01$) и 53,6 % против 17,9 % ($p < 0,01$) соответственно.

Выводы. Показана корреляция ТЭЖ и ТЭМ СА, как маркеров эпикардальной и периваскулярной висцеральной жировой ткани с возрастом и показателями абдоминального висцерального ожирения (ОТ и толщиной АВЖТ). Пациенты с каротидным атеросклерозом и гипертрофией КИМ СА характеризуются более высокими значениями ТЭЖ и ТЭМ СА. В свою очередь, ТЭЖ ≥ 5 мм и (или) ТЭМ СА $\geq 0,5$ мм достоверно сочетались с большей вероятностью выявления АБ в СА, что позволяет рассматривать их в качестве предикторов субклинического атеросклероза у пациентов с ожирением.

СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ И НЕЙРО-ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС У МОЛОДЫХ МУЖЧИН, ЗАНЯТЫХ В СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННОЙ СФЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Евсеева М.Е., Иванова Л.В., Ростовцева М.В., Ерёмин М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Изучение параметров нейро-вегетативного статуса у молодых мужчин, вовлечённых в стресс-ассоциированную сферу деятельности с учётом их фенотипического статуса.

Материал и методы. Проведена оценка вариабельности ритма сердца (ВРС) 45 сотрудников правоохранительных органов (ПО) с помощью аппаратно-диагностического комплекса «Нейро-Софт» (Россия) с определением таких параметров временного и спектрального анализа ВРС, как интегральный показатель (SDNN), показатели общей мощности спектра (TP), высокочастотного (HF) и низкочастотного (LF) компонентов регуляции; соотношение низко- и высокочастотных колебаний LF/HF, коэффициент 30/15 и др. Профессиональную стрессогенную нагрузку (ПСН) в рамках осуществляемой оперативной деятельности оценивали с позиций классификационной модели профессионального стресса (ПС), предложенной Karasek R., Theorel T. (1990). Диагностика дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в виде соответствующих фенотипов и син-

дромов проводилась с позиций критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям соединительной ткани. Сформировано три группы наблюдения: 1 гр: без ПСН и без ДСТ (14 чел.); 2 гр: с ПСН и без ДСТ (16 чел.); 3 гр. с ПСН и с ДСТ (18 чел.). При обработке данных использовался пакет программ «STATISTICA», версия 6.

Результаты. В сравниваемых группах отмечено падение показателя ТР у мужчин, испытывающий ПСН, причём значительно более выраженное снижение этого показателя имеет место у лиц-носителей признаков ДСТ. Эти изменения оказались более выраженными у лиц с более высоким числом стигм дизэмбриогенеза. При этом уменьшение общей мощности спектра (ТР) во второй и третьей группах наблюдалось в 1,7 и 3,6 раза соответственно по сравнению с лицами группы контроля, которые не были подвержены воздействию профессионального напряжения и при этом у них отсутствовали нарушения соединительно-тканного статуса. Абсолютные величины как низко- (LF), так и высокочастотных (HF) колебаний неуклонно снижались в аналогичном направлении. Соотношение низко- и высокочастотного компонентов волн регуляции сердечного ритма (коэффициент LF/HF) фоновой записи ВСР также изменялось в соответствии с описанной неблагоприятной тенденцией от первой к третьей группе наблюдений. Указанный коэффициент во второй и третьей группах оказался в 1,9 и 4,1 раза выше по сравнению со сверстниками, отличающимися более благоприятным фенотипом и менее напряжёнными условиями труда. При этом различия с контролем оказались достоверными не только у третьей, но также и у второй группы.

Заключение. Стресс-ассоциированная трудовая деятельность молодых мужчин сопровождается, как снижением их общего нейро-регуляторного потенциала, так и выраженными изменениями его составляющих элементов. При этом выраженность указанных нарушений в значительной степени предопределяется конституционально-наследственным фоном у представителей указанного контингента. Наличие даже минимальных диспластических признаков в рамках повышенной стигматизации уже влияет на снижение нейровегетативного потенциала молодых сотрудников стресс-ассоциированной сферы деятельности. Не говоря о явном диспластическом фенотипе, который сочетается с более выраженным истощением функционально-адаптивного статуса трудоспособных мужчин. Необходимо оптимизировать систему диспансеризации ведомственных ЛПУ, осуществляющих медицинскую помощь сотрудникам стресс-ассоциированных сфер профдеятельности, с целью своевременного выявления признаков ДСТ, динамического функционального контроля параметров их регуляторного статуса и проведения комплексных протективных антистрессорных мероприятий.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Евсеева М.Е., Иванова Л.В., Ростовцева М.В., Ерёмин М.В., Смирнова Т.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Провести оценку качества жизни (КЖ) у молодых мужчин, подверженных воздействию профессионального напряжения, с учётом наличия у них признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследования 48 сотрудников правоохранительных органов (ПО), полученные при проведении их диспансеризации. Критерии включения: мужской пол, возраст до 40 лет, срок службы в ПО от 1 до 5 лет. Критерии исключения: избыточная масса тела / ожирение, наличие выраженных жалоб со стороны органов и систем. Профессиональную стрессогенную нагрузку (ПСН) оценивали с позиций модели профессионального стресса (ПС) Karasek R. и Theorel T. (1990). Она характеризуется деятельностью, осуществляемой, с 1й стороны, в условиях повышенной ответственности, дефицита времени и опасности, а с др. стороны, в условиях ограничения возможности принятия личного решения. Диагностика ДСТ в виде соответствующих фенотипов и синдромов проводилась с позиций критериев, изложенных в Национальных рекомендациях по наследственным нарушениям СТ. В соответствии с этими критериями сформировано три группы наблюдения: 1 гр. без стрессорного воздействия какой-либо оперативной деятельности и без наличия диспластических синдромов и фенотипов, но при допущении единичных малых внешних признаков или малых недиагностических внутренних аномалий в количестве не более 2х, что соответствует допустимой норме (группа ПСН- и ДСТ-); 2 гр. с наличием оперативной деятельности, но без признаков явной диспластических синдромов и фенотипов в соответствии с описанными выше диагностическими критериями (группа ПСН+ и ДСТ-); 3 гр. с наличием оперативной деятельности и с повышенной диспластической стигматизацией (3–4-5 указанных стигм дизэмбриогенеза) или признаками неклассифицируемого диспластического фенотипа, который соответствует наличию 6 и более малых внешних и/или внутренних признаков ДСТ. Исследование КЖ проводилось с использованием опросника SF-36, позволяющего оценить субъективную удовлетворенность пациентом своим физическим и психическим состоянием, общественной жизнью, а также субъективную оценку болевого синдрома. При обработке данных использовался пакет программ «STATISTICA», версия 6.

Результаты. Оказалось, что у представителей 2й и 3й групп наблюдения показатели как физического, так и ментального компонентов здоровья оказались ниже по сравнению с лицами из 1й группы, не подверженными воздействию ПСН и не имевшими признаков ДСТ. Особенно выраженное уменьшение параметров КЖ касалось ментального аспекта здоровья. У мужчин из 3й группы, отличающихся присутствием повышенной стигматизации вплоть до наличия неклассифицируемого диспластического фенотипа, оба суммарных показателя КЖ изменялись более значительно по сравнению с лицами из 2й группы с нормальным фенотипом. И особенно значима эта разница оказалась между 3-й и 2-й группой по параметру ментального здоровья. А между крайними группами по этому компоненту здоровья различия достигли статистически значимого уровня.

Заключение. Профессиональное напряжение сопровождается у молодых мужчин снижением параметров КЖ, как по линии физического здоровья, так ещё в большей степени – в аспекте их ментального здоровья. Такие изменения имеют место даже при условии непродолжительного срока такой профдеятельности. Уменьшение указанных ресурсов здоровья особенно значимо у носителей признаков дисплазии СТ, что необходимо учитывать при формировании групп соответствующего риска в процессе ведомственной диспансеризации. Целесообразно использование технологии оценки КЖ в процессе осуществления полиметрического обследования работающего контингента в рамках проведения регулярных медосмотров в ведомственных ЛПУ.

ВЛИЯНИЕ УСТАНОВКИ ПОСТОЯННОГО ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА НА НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Еремеева Е.Н., Лещанкина Н.Ю., Карнишкина О.Ю., Столярова В.В.

ФГБОУВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение влияние установки постоянных однокамерных (правожелудочковых) электрокардиостимуляторов (ЭКС) в режиме VVI на показатели желудочковой диссинхронии при ХСН.

Материал и методы. В исследование включено 47 пациентов с ХСН II–III ФК, поступившие в отделение нарушения ритма и проводимости ГБУЗ РМ «РКБ № 4» г. Саранска для имплантации ЭКС (VVI): 1 группа – 20 больных с синусовым ритмом, 2 группа – 27 больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП). Проводилась оценка клинического статуса, параметров ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ до и после (в течение 2 недель, 6 месяцев и 1 год) установки постоянного однокамерного ЭКС.

Результаты. У большинства пациентов 1 группы ЭКС (VVI) ставился по поводу СССУ (75 %) и АВ- блокады II–III степени (25 %). Больным 2 группы имплантация ЭКС проводилась по поводу синдрома Фредерика (55,5 %) и ФП с эпизодами скрытой АВ-блокады и полной блокадой левой ножки пучка Гиса. В обеих группах исходно наблюдались признаки желудочковой механической диссинхронии, особенно у пациентов 2 группы: задержка предизгнания из аорты ($151,2 \pm 8,6$ мс), межжелудочковая механическая задержка ($52,1 \pm 9,4$ мс) и задержка активации заднебоковой стенки левого желудочка (ЛЖ) ($40,4 \pm 7,1$ мс). Фракция выброса (ФВ) (по Simpson) была ниже у пациентов 2 группы ($40,8 \pm 2,1$ %), в то время как в 1 группе ФВ ЛЖ находилась на нижней границе нормы ($51,7 \pm 1,9$ %). Через две недели после установки ЭКС отмечалось уменьшение признаков желудочковой диссинхронии в обеих группах, в то время, как в отдаленном периоде (спустя год) наблюдается увеличение показателей механической желудочковой диссинхронии, особенно во 2 группе: возросла задержка предизгнания из аорты ($154,9 \pm 9,4$ мс), межжелудочковая механическая задержка ($57,7 \pm 9,2$ мс) и задержка активации заднебоковой стенки левого желудочка (ЛЖ) ($48,8 \pm 5,4$ мс). В обеих группах отмечена тенденция снижения ФВ спустя год после установки ЭКС, сопровождающаяся увеличением показателей ремоделирования левого желудочка.

Заключение. Имплантация ЭКС (VVI) спустя год привела к нарастанию признаков желудочковой диссинхронии, что свидетельствует об усилении процессов ремоделирования миокарда. Прогрессирование ХСН отмечено в обеих исследуемых группах, причем более выражено у пациентов с ФП.

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Еремина О.В., Петрова М.М., Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю., Каскаева Д.С., Черняева М.С.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель. Оценить эффективность использования компьютерных стимулирующих программ (КСП) в коррекции послеоперационных когнитивных дисфункций у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в отдаленном периоде после операции коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. Обследовано 74 пациента обоого пола с диагнозом ИБС, после операции КШ, проведенной на базе Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (г. Красноярск). В основной группе (n=37) в дополнение к проводимой терапии использовался курс реабилитации с использованием КСП когнитивных функций (10 дней, со 2–3 дня по 12–13 день раннего послеоперационного периода, 1 раз в день, продолжительность – 20 минут). В группе сравнения (n=37) пациенты получали стандартную терапию, без использования когнитивной реабилитации. Статистически значимых различий по возрасту, времени искусственного кровообращения во время операции, функциональному классу стенокардии, EuroSCORE не было. Пациентов обследовали при поступлении в стационар до операции, выписке из него, через 6 и через 12 месяцев. При исследовании когнитивных функций использовали стандартную схему неврологического осмотра, шкалы Mini Mental State Examination – MMSE, тест лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), тест рисования часов, исследования умственной работоспособности и психического темпа (таблицы Шульте), непосредственного и отсроченного воспроизведения слухового и зрительного материала, тест ассоциаций (семантическая речевая активность), серийный счет из шкалы Маттиса, «заучивание 10 слов». Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 7,0 (StatSoft Inc., 2004).

Результаты. В группе с использованием КСП на 12 сутки после КШ преимущество в показателях эффективности восстановления высших корковых функций по показателям MMSE, FAB, тесте на ассоциативное мышление, запоминание 10 слов при непосредственном воспроизведении, общее количество слов, отсроченное воспроизведение, зрительное запоминание 5 слов непосредственное воспроизведение ($p \leq 0,05$). Через 6 месяцев после КШ: MMSE, FAB, по таблице Шульте, при общем воспроизведении 10 слов, по результатам теста на зрительное запоминание 5 слов в непосредственном воспроизведении, при прямом счете ($p \leq 0,05$). Через 12 месяцев после КШ по значению шкал FAB, по таблице Шульте, ассоциативном мышлении, воспроизведение 10 слов с первой попытки, общем воспроизведении 10 слов, отсроченное воспроизведение 10 слов, тесте рисования часов, при прямом счете ($p \leq 0,05$).

Заключение. Доказано, что курс реабилитации с использованием КСП у больных с ишемической болезнью сердца после операции коронарного шунтирования является эффективным способом коррекции когнитивных функций.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМОРБИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ефремова Е.В.¹, Шутлов А.М.¹, Душева А.А.², Кутликова Г.Р.²

¹ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

²Центральная городская клиническая больница, поликлиника № 2, Ульяновск, Россия

Проблема коморбидности при хронической сердечной недостаточности (ХСН) в настоящее время особенно актуальна, ввиду сохраняющегося высокого уровня смертности больных с сердечно-сосудистой патологией. Однако, данных, определяющих влияние коморбидности на прогноз больных с ХСН, представлено недостаточно.

Цель: изучить влияние коморбидности на прогноз больных с ХСН.

Материал и методы: обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 9,6$ лет) с ХСН I–III стадии, I–IV ФК. Срок наблюдения – 12 месяцев. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%), II ФК – у 108 (53,2%), III ФК – у 75 (36,9%) и IV ФК – у 2 (1%) больных. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона. Больные были разделены на 3 группы: I группу (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно

выраженная коморбидность, индекс = 4–5 баллов) – 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) – 77 больных.

Результаты. ИК Чарлсона с учетом возраста составил $5,0 \pm 2,1$ балла. За время 12-месячного наблюдения умерло 17 (8,4 %) больных с ХСН, в том числе 1 (1,9 %) больной с низкой коморбидностью, 3 (4,1 %) больных с умеренно выраженной коморбидностью и 13 (16,9 %) пациентов с высокой коморбидностью. Выживаемость больных с ХСН в I и II группах выше по сравнению с больными с ХСН с высокой коморбидностью: $p_{I-III}=0,007$, $p_{II-III}=0,01$ соотв. Относительный риск смерти в III группе больных был в 1,68 раза (95 % ДИ 1,35–2,09) выше риска смерти больных I группы. Выявлено, что у больных III группы среднее количество госпитализаций в течение года, как по любым причинам ($1,4 \pm 0,53$ и $1,2 \pm 0,29$, соотв., $p_{III-II} < 0,001$; $1,4 \pm 0,53$ и $1,0 \pm 0,13$, соотв., $p_{III-I} < 0,001$), так и вследствие обострения сердечно-сосудистых заболеваний ($1,3 \pm 0,48$ и $1,1 \pm 0,25$, соотв., $p_{III-II} = 0,003$; $1,3 \pm 0,48$ и $1,0 \pm 0,14$, соотв., $p_{III-I} < 0,001$), выше, чем у больных в I и II группах. Аналогично возростала среднегодовая длительность стационарного лечения вследствие обострения сердечно-сосудистых заболеваний: $11,8 \pm 2,8$ дней – для больных I группы, $13,5 \pm 3,9$ дней – для больных II группы ($p_{I-II} = 0,007$), $15,5 \pm 4,9$ дней – для больных III группы ($p_{I-III} < 0,001$). Выявлено независимое влияние на продолжительность жизни больных с ХСН величины ИК Чарлсона ($R=0,46$, $\beta=-0,63$, $p=0,03$).

Выводы. Наряду с тяжестью ХСН, наличие высокой коморбидности является определяющим для прогноза больных с ХСН. С увеличением коморбидности возрастает число и длительность госпитализаций больных с ХСН, как вследствие всех причин, так и по поводу обострения сердечно-сосудистых заболеваний. Полученные данные должны учитываться при планировании лечения больных с ХСН.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ФАКТОР РИСКА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Еш尼亚зов Н.Б., Медовщиков В.В.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Успех в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и смертностью связан с мультидисциплинарным подходом к каждому конкретному пациенту и идентификации факторов риска с оценкой их прогностической значимости. Для решения данных вопросов, несомненно, необходимо изучение региональных особенностей распространения факторов риска, следовательно, возможности и пути их коррекции.

Цель. Изучить распространенность метаболического синдрома среди больных ИБС стабильной стенокардией напряжения в Актюбинской области.

Материал и методы. Клинико-эпидемиологическое исследование проводилось на базе кардиологического отделения Медицинского центра (МЦ) Западно-Казахстанского государственного медицинского университета (ЗКГМУ) имени Марата Оспанова. В исследование было включено 73 пациента (41 мужчина и 32 женщины), наблюдавшихся в отделении кардиологии МЦ ЗКГМУ в период с января по июнь 2015 года. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте 40–69 лет, со стенокардией напряжения ФК I–III степени в сочетании или без инфаркта миокарда в анамнезе, с верифицированным атеросклеротическим поражением коронарных артерий по данным коронароангиографии. Критерии исключения: мужчины и женщины в возрасте до 40 и старше 69 лет, с пороками сердца и сосудов, миокардитами, печеночной недостаточностью, заболеваниями крови, онкологическими и психическими заболеваниями в анамнезе. Метаболический синдром диагностировали согласно консенсусу Экспертов по междисциплинарному подходу к ведению, диагностике и лечению больных с метаболическим синдромом (2013): выявление ожирения (ИМТ, окружность талии), артериальная гипертензия, нарушение углеводного и липидного обменов.

Результаты и заключение. Полученные результаты свидетельствуют о широкой распространенности метаболического синдрома у пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения, как среди мужчин, так и среди женщин. Артериальная гипертензия и нарушение липидного обмена (в сочетании с высоким ИМТ и объемом талии) наиболее распространены среди изученных пациентов.

НЕЙТРАЛЬНАЯ α -ГЛЮКОЗИДАЗА И АЛАНИНАМИНОПЕПТИДАЗА МОЧИ КАК БИОМАРКЕРЫ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Жежа В.В., Белянин В.В., Кузьмин О.Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Оренбург, Россия

Цель. Сравнение диагностической ценности биомаркеров повреждения проксимальных канальцев (ПК) почек нейтральной α -глюкозидазы (Н- α -Глю) и аланинаминопептидазы (ААП) для оценки эффективности нефропротективной терапии ингибиторами АПФ (иАПФ) гипертензивных больных с ХБП.

Материал и методы. Обследован 21 пациент обоего пола, средний возраст $51,7 \pm 3,2$ года, страдающие хроническим пиелонефритом с АГ II–III степени (длительность заболевания 10–30 лет). Больным проведено комплексное нефроурологическое обследование с определением содержания в моче белка и активности почечных ферментов Н- α -Глю (КФ 3,2.1,20) и ААП (КФ 3,4.1,2) после госпитализации и спустя 30 дней после назначения иАПФ эналаприла (10–20 мг/сутки) или лизиноприла (10 мг/сутки). Активность Н- α -Глю измеряли по скорости образования глюкозы из мальтозы и выражали в мкмоль распавшейся мальтозы за 1 час. Концентрацию глюкозы определяли глюкозооксидазным методом (набор реагентов «Глюкоза ФС», фирма «Диакон-ДС», Россия). Определение ААП проводили кинетическим фотометрическим методом с использованием реактивов «Сигма», США. Концентрацию креатинина в моче и крови определяли кинетическим методом наборами реагентов фирмы «DiaSys», Германия. Для определения белка в моче использовали наборы «Белок-ПГК-Ново», фирма «Вектор-Бест», Россия. Исследования проводились на программируемом фотометре «СтатФАКС», США и спектрофотометре СФ-103, Россия. Величину СКФ рассчитывали по сокращенной формуле MDRD. Результаты статистически обработаны при помощи программы STATISTICA 6,0.

Результаты. Включение иАПФ в лекарственную терапию вызывало у всех пациентов спустя 30 дней лечения снижение АД $< 140/90$ мм рт. столба, но не оказывало достоверного влияния на исходный уровень СКФ, который составлял в среднем $65,8 \pm 2,87$ мл/мин/1,73 м². (2С стадия ХБП). К концу наблюдения у больных был выявлен выраженный антипротенурический эффект, который сопровождался уменьшением содержания общего белка в моче с $80,0 \pm 6,5$ до $30,0 \pm 2,5$ мг/л ($p < 0,01$). В этих условиях отмечено снижение в моче больных активности Н- α -Глю, биомаркера повреждения щеточной каемки ПК, с исходных $133,3 \pm 8,16$ до $85,7 \pm 3,7$ мкмоль глюкозы/1 ммоль креатинина/1 час ($p < 0,01$), что прямо указывает на формирование нефропротективного эффекта иАПФ в этом сегменте нефрона. Активность в моче пациентов ААП, другого биомаркера повреждения ПК почек, существенно не изменилась, составляя при госпитализации и спустя 30 дней наблюдения соответственно $0,17 \pm 0,03$ и $0,15 \pm 0,02$ нкат/л/1 ммоль креатинина мочи.

Заключение. Спустя 30 дней лечения иАПФ вызывают у больных с ХБП 2С стадии антигипертензивный эффект, который сопровождается снижением потери белка с мочой и подавлением активности в моче Н- α -Глю, биомаркера повреждения щеточной каемки ПК. Активность в моче ААП существенно не изменяется. Н- α -Глю по сравнению с ААП является более чувствительным биомаркером нефропротективного действия иАПФ у гипертензивных пациентов с 2С стадией ХБП.

ОЦЕНКА ЛИПОКАЛИНА 2 (NGAL) И МОЛЕКУЛЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ-1 (КИМ-1) МОЧИ КАК МАРКЕРОВ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У НЕДИАБЕТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жежа В.В., Кузьмин О.Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Оренбург, Россия

Цель. Оценка возможности применения биомаркеров липокалина 2 (NGAL) и молекулы повреждения почки-1 (КИМ-1) мочи для выявления субклинического повреждения почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследован 31 пациент обоего пола, поступивших в стационар по поводу первичной или нефрогенной АГ I–II степени (возраст $60,3 \pm 8,3$ года, длительность АГ более 5 лет). В исследование не включались лица с сахарным диабетом и метаболическим синдромом. Больные были разделены на 3 группы с сохраненной (СКФ > 75 мл/мин/1,73 м², n=10), незначительно (СКФ 60–75 мл/мин/1,73 м², n=11) и суще-

ственно нарушенной функцией почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², n=10). Группу сравнения составили здоровые нормотензивные лица обоего пола (возраст 40,7±9,5 года, n=14). Больным проведено комплексное нефроурологическое обследование с оценкой содержания в моче креатинина, альбуминов, NGAL и KIM-1. Концентрацию креатинина в сыворотке крови и моче и альбуминов в моче определяли с использованием фирменных реагентов на автоматическом биохимическом анализаторе «BioSystems A-25» (фирма «BioSystems», Испания). Количественное определение в моче NGAL и KIM-1 проведено с помощью наборов «Human NGAL Elisa kit» (фирма «Nucult biotech», Нидерланды) и «Human KIM-1 Immunoassay Elisa» (фирма «R&D Systems», США) с использованием приборов «Wacher Bio-RAD PW 40» и «Microplate reader Bio-RAD 680» (фирма «Bio-Rad Laboratories, Inc.», США). Величину СКФ рассчитывали по формуле CKD-EPI. Результаты обработаны статистически с оценкой достоверности по критерию Манна-Уитни.

Результаты. Полученные данные подтвердили, что отношение альбумин/креатинин мочи и содержание NGAL и KIM-1 в моче лиц контрольной группы находятся на уровне низких референтных значений 2,2±0,32 мг/г, 3,0±0,47 нг/л и 1,1±0,26 нг/мл соответственно и достоверно не отличаются от показателей 1-ой группы пациентов (СКФ 88,5±7,8 мл/мин/1,73 м²). Во 2-ой группе больных (СКФ 65,6±2,9 мл/мин/1,73 м²) выявлено повышение уровней альбумин/креатинин мочи до 12,0±4,09 мг/г (p < 0,05), NGAL до 4,0±1,11 нг/мл и KIM-1 до 2,1±0,42 нг/мл (p < 0,05). В 3-ей группе пациентов (СКФ 51,6±9 мл/мин/1,73 м²) величина этих показателей составила соответственно 11,0±3,44 мг/г (p < 0,05), 61,7±22,4 нг/мл (p < 0,05) и 4,3±0,98 нг/мл (p < 0,05).

Заключение. По данным, полученным в небольших группах недиабетических больных с АГ I–II степени, определение в моче KIM-1 позволяет выявлять лиц с тубулоинтерстициальным повреждением среди пациентов с С2 стадией ХБП (СКФ 60–75 мл/мин/1,73 м²), не имеющих клинических признаков нарушения функции почек. NGAL является более инертным маркером, содержание которого в моче резко возрастает у гипертензивных больных с С3 стадией ХБП (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²).

ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась оценка эффективности применения ивабрадина в составе комбинированной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. В исследование включено 68 больных в возрасте с 40 до 70 лет (48 мужчин и 20 женщин) с диагнозом ИБС, стабильной стенокардией напряжения I–II–III функционального класса. Все больные в зависимости от метода лечения, были распределены на следующие группы:

– 1 группа – 23 больных, получавших комплексную терапию, включающую ивабрадин.

– 2 группа – 22 больных, принимавших комплексное лечение, включенный в состав бисопролол и ивабрадин. Для сравнения результатов исследований наблюдались 23 больных, принимавших традиционное лечение.

Всем пациентам проводилась регистрация ЭКГ в 12-ти общепринятых отведениях. ЭхоКГ проводили с помощью аппарата «ALOKA SSD-1100» с датчиком частотой 3,5 МГц. Методы контроля эффективности терапии также включали суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, пробу с дозированной физической нагрузкой на тредмиле, оценку клинического самочувствия пациента и выраженности симптомов с помощью визуальной аналоговой шкалы – ВАШ. При этом 1 балл отражает наихудшее состояние, а 10 баллов – наилучшее состояние пациента. Использовали шкалы оценки клинического самочувствия (ШОКС). Было предусмотрено три визита пациента к врачу. В начале терапии, контрольный визит через 4 недели и заключительный визит через 12 недели.

Результаты. Добавление ивабрадина к проводимой антиангинальной и антиишемической терапии больных ИБС, стабильной стенокардией позволяет улучшить функциональное состояние пациентов, снизить количества приступов стенокардии. По результатам тестов с дозированной физической нагрузкой на тредмиле выявлено достоверное увеличение выполненной нагрузки. При этом отмечена, что комбинация бисопролола с ивабрадином, способствовали дополнительному усилению антиангинальной и антиишемической эффективности терапии стабильной стенокардии напряжения.

Выводы. Таким образом, комбинация переносимых доз бисопролола с ивабрадином безопасна и позволяет добиться адекватного снижения частоты сердечных сокращений, что сопровождается максимальным антиангинальным эффектом, повышением качества жизни больных и уменьшением числа госпитализаций.

При этом следует отметить, что благодаря возможности безопасного сочетания ивабрадина и бисопролола у больных стабильной стенокардией эффективнее снижает частоту сердечных сокращений, потребления короткодействующих нитратов и увеличивает толерантность к физическим нагрузкам.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение эффективности вторичной профилактики повторного ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки.

Материал и методы. Нами было обследовано 70 пациентов, из них 40 мужчин и 30 женщин в возрасте от 45 до 78 лет, перенесших ишемический инсульт и транзиторной ишемической атаки. У 40 пациентов с подозрением на инсульт в клинической картине отмечались легкие общемозговые нарушения, однако очаговая неврологическая симптоматика регрессировала в течение суток. По данным компьютерной томографии головного мозга очагов ишемии не выявлены. Пациенты этой группы имели проявления энцефалопатии, обусловленные атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга в сочетании с артериальной гипертензией, что расценивалось как транзиторная ишемическая атака. Больные с ишемическим инсультом и транзиторной ишемической атакой были сопоставимы по возрасту и полу. В 1-ю группу были включены 30 пациента ишемическим инсультом. Во 2-ю группу составили 40 больных перенесших транзиторную ишемическую атаку. За период наблюдения все пациенты регулярно принимали антитромбоцитарные препараты, антигипертензивные средства и статины, а также получали стандартную терапию инсульта. Наблюдение проводили в течение 6 месяцев, пациенты посещали индивидуальные и групповые занятия, где разъясняли необходимость коррекции основных факторов риска развития инсульта. Обследование больных включало: соматическое и неврологическое обследование, компьютерная томография головного мозга, дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, электрокардиография, эхокардиография, клинический и биохимический анализы крови.

Результаты. В начале наблюдения у нами наблюдаемых больных была диагностирована ишемическая болезнь сердца. За период наблюдения ни у одного из наблюдаемых нами пациентов не развилось инфаркт миокарда или приступы стенокардии. Это связано с тем, что пациенты получали следующие препараты: антитромбоцитарные средства, антигипертензивные средства, статины. В группе больных с ишемическим инсультом у 2 пациентов развилось повторный инсульт, имеющих стеноз сонных артерий.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показывают, что эффективность профилактики ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки значительно возрастает при использовании эффективных лекарственных и нелекарственных средств. Длительное применение антиагрегантов, антигипертензивной терапии и статинов способствует вторичной профилактики развития инфаркта головного мозга.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИУРЕТИКОВ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИНИМАЮЩИХ ПРЕПАРАТЫ ПРОГЕСТЕРОНА

Железнякова Н.А., Соколов И.М., Конобеева Е.В., Епифанова Е.В.

ГОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет имени В.И. Разумовского
Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Оценить патогенетическую обоснованность применения диуретиков у молодых женщин с артериальной гипертензией (АГ), получающих лечение гинекологической патологии прогестероном.

Материал и методы. В исследование было включено 42 пациентки, страдающие АГ и поступившие в отделение гинекологии, где им была назначена терапия препаратами прогестерона для лечения основной гинекологической патологии. Возраст больных составил $37,6 \pm 7,1$ лет. 10 пациенток имели АГ I стадии и 32 – АГ II стадии. Пациентки получали базовую антигипертензивную терапию одним или двумя препаратами, которая обеспечивала контроль уровня артериального давления (АД) в пределах целевых значений. Исследуемые после рандомизации были распределены по 2 группам: 1-я группа в базовой схеме лечения АГ имела мочегонные препараты (индапамид в дозе 2,5 мг или гидрохлоротиазид в дозе 6,25–12,5 мг) и составила 24 человека, 2-я группа представлена 18 больными, которые принимали другие антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, сартаны).

Результаты. У ряда больных констатирован рост АД, преимущественно за счёт уровня диастолического артериального давления (ДАД). Повышение ДАД составило в среднем 12 % от исходного в первой группе и 20 % – во второй. Среди пациенток, принимавших диуретики (1-я группа) для лечения АГ, число случаев развития гипертензии достоверно меньше по сравнению со 2-й группой: 3 против 10 ($p=0,2$).

Заключение. Потенцируемая, широко применяемым в гинекологической практике, прогестероном задержка воды и натрия, обосновывает целесообразность назначения мочегонных препаратов молодым женщинам с АГ, которым проводится терапия препаратами этого полового гормона. Применение лекарственных средств из группы диуретиков позволит избежать дестабилизации АГ у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ РОЗАРТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Жуляева Ю.А., Михин В.П., Лопатьева А.Р., Кожикин Д.А.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Курск, Россия

Цель. Провести сравнительную оценку гиполипидемической эффективности Розарта (розувастатина) и аторвастатина у больных с очень высокой степенью сердечно-сосудистого риска с хронической ишемической болезнью сердца в условиях амбулаторного наблюдения.

Материал и методы. Обследовано 50 человек со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса с различной степенью артериальной гипертензии, имеющих, очень высокую степень сердечно-сосудистого риска с гиперхолестеринемией. Критерии включения: наличие очень высокого сердечно-сосудистого риска, определяемого по таблице SCORE, отсутствие целевых уровней холестерина и его фракций в крови, постоянный прием аторвастатина 20 мг/сут в течение 1 года. За 1 год до включения в исследование пациенты не получали гиполипидемическую терапию, но за 12 месяцев до включения в исследования начали в амбулаторных условиях систематический прием аторвастатина 20 мг/сут, при этом целевой уровень холестерина и его фракций не был достигнут. Базисная терапия включала: аспирин 100 мг/сут, метопролол 100–150 мг/сут, изосорбид мононитрат 30 мг/сут (получали лица с III функциональным классом стенокардии), эналаприл 20–40 мг/сут, индапамид ретард 1,5 мг, при наличии отека – торасемид 5 мг/сут, при хронической сердечной недостаточности лечение дополнялось верошпироном 50 мг/сут. После включения в исследования больным назначался розувастатин (Розарт, Актавис) 10 мг/сут с контролем уровня липидов крови и печеночных трансфераз через 6 и 12 нед, к 6 и 12 мес терапии.

Результаты. Ретроспективный анализ липидного профиля больных, включенных в исследование, показал: применение аторвастатина 20 мг/сут в течение года сопровождалось снижением холестерина на 25,5 %, холестерина липопротеидов низкой плотности на 36,1 %, однако они не достигли целевого уровня. Содержание триглицеридов снизилось на 22,2 % и приблизилось к целевым значениям, концентрация холестерина липопротеидов высокой плотности фактически не изменилась. Применение Розарта (10 мг/сут) в течение 12 нед в 84 % случаев сопровождалось дополнительным снижением содержания в крови холестерина на 22,2 %, холестерина липопротеидов низкой плотности на 33,7 %, триглицеридов до целевых значений с последующим сохранением на достигнутом уровне на фоне годичной терапии, повышением к 6 и 12 мес концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности на 6,5 и 8,4 %, соответственно.

Заключение. Таким образом, у пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска, проходящих лечение в амбулаторных условиях замена аторвастатина (20 мг/сут) на Розарт, позволяет повысить эффективность лечебно-профилактической фармакотерапии, что выражается в дальнейшем снижении концентрации холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности и в подавляющем большинстве случаев позволяет достигнуть целевого уровня атерогенных липидов, не сопровождающимся значимым гепатотоксическим и миопатическим эффектами.

ПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ЭНАЛАПРИЛА НА КОМПОНЕНТЫ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ГРУДНОГО И БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Румянцев Е.Е., Атаев И.А., Евсеев М.Е., Сулиманова Д.Р.

ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого,
Великий Новгород, Россия

Цель: изучить протективный эффект эналаприла на компоненты внеклеточного матрикса аорты крыс линии Вистар при экспериментальном моделировании хронического холинергического стресса (ХХС).

Материал и методы. Моделирование ХХС (I серия) – 10 крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Во II серии 5 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки интраперитонеально одновременно вводились прозерин из расчета 20 мкг/кг и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента для внутривенного введения эналаприл в дозе 20 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование в обеих сериях эксперимента проводились сразу после 2 недель введения препаратов. Кусочки стенки грудного и брюшного отделов аорты фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. В 9 полях зрения препаратов, окрашенных по Ван Гизону, в меди грудной и брюшной аорты в обеих сериях эксперимента с помощью сетки Г.Г.Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса грудного и брюшного отделов аорты срезы окрашивали орсеином по Шиката. Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г.Автандилова. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99.

Результаты. В грудном отделе аорты при одновременном введении прозерина и эналаприла (II серия) объемная плотность ВКП и коллагена практически не отличалось от соответствующих значений I серии крыс. Объемная плотность эластиновых волокон во II серии по сравнению с I серией увеличилась (с $72,21 \pm 1,94$ об.% на прозерине до $81,21 \pm 1,15$ об.% при введении прозерина и эналаприла; $t = -4,250$, $p = 0,0001$). В брюшном отделе аорты под влиянием эналаприла объемная плотность ВКП уменьшилась по сравнению со значениями I серии (с $12,31 \pm 0,51$ об.% на прозерине до $7,57 \pm 0,53$ об.% на прозерине и эналаприле; $t = 6,444$, $p = 0,0001$). При этом объемная плотность коллагена под влиянием эналаприла продолжала нарастать с $14,14 \pm 0,77$ об.% через 2 недели введения прозерина до $17,47 \pm 1,08$ об.% через 2 недели одновременного введения прозерина и эналаприла ($t = -2,511$, $p = 0,015$). Объемная плотность эластиновых волокон еще более уменьшилась с $40,99 \pm 0,84$ об.% через 2 недели введения прозерина до $33,74 \pm 0,94$ об.% через 2 недели одновременного введения прозерина и эналаприла ($t = 5,751$, $p = 0,0001$).

Заключение. Полученные результаты показали, что протективный эффект эналаприла при моделировании хронического холинергического стресса более выражен в грудном отделе по сравнению с брюшным отделом аорты.

ОЖИРЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Торкашова Е.В., Аркин О.Б.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель. Оценить распространенность ожирения у женщин среднего и пожилого возраста, страдающих бронхиальной астмой (БА), а также связь между ожирением, сопутствующей артериальной гипертензией и клиническими проявлениями астмы.

Материал и методы. Обследовано 140 женщин, страдающих БА, в возрасте от 40 до 70 лет. Среди обследованных было 16 (11,4 %) больных с легким персистирующим течением БА, 84 (60 %) – с БА средней тяжести, 40 (28,6 %) – с тяжелым течением заболевания. Проводилось клиническое обследование, включая оценку антропометрических показателей, выраженности одышки по шкалам Борга и MRC, исследование функции внешнего дыхания, эхокардиография.

Результаты. Избыточная масса тела отмечена у 40 (28,6 %) человек, ожирение 1 степени – у 42 (30 %), ожирение 2 степени – у 28 (20 %), ожирение 3 степени – у 6 (4,3 %). Окружность талии более 80 см была

у 120 (85,7 %) больных. Артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 104 (74,3 %) пациенток, в том числе АГ 1 степени – у 45 (32,1 %), АГ 2 степени – у 36 (25,7 %), АГ 3 степени – у 23 (16,4 %). Отмечены положительные корреляционные связи между индексом массы тела (ИМТ), окружностью талии (ОТ) и выраженностью одышки по шкале Борга ($r=0,23, 0,34$), по шкале MRC ($r=0,24, 0,29$), а также возрастом начала БА ($r=0,22, 0,28$). Положительные корреляционные связи наблюдались между ИМТ, ОТ и артериальным давлением (АД) систолическим ($r=0,46, 0,5$), АД диастолическим ($r=0,47, 0,43$), степенью АГ ($r=0,41, 0,47$). Отмечены положительные связи между ИМТ, ОТ и конечным диастолическим размером левого желудочка ($r=0,72, 0,73$), конечным систолическим размером левого желудочка ($r=0,63, 0,67$), индексом массы миокарда левого желудочка ($r=0,24, 0,33$), отрицательные корреляционные связи между ОТ и фракцией выброса левого желудочка ($r=-0,38$), между отношением ОТ к окружности бедер и форсированной жизненной емкостью легких ($r=-0,24$). Наблюдались положительные корреляционные связи выраженности одышки по шкале MRC, шкале Борга с тяжестью БА ($r=0,36, 0,41$), степенью АГ ($r=0,3, 0,41$), степенью ожирения ($r=0,18, 0,2$), индексом массы миокарда левого желудочка ($r=0,35, 0,37$), отрицательные связи с фракцией выброса левого желудочка ($r=-0,48, -0,42$). Ожирение развилось раньше, чем дебютировала БА у 48 человек (группа 1). Эту группу сравнили с пациентами, у которых БА предшествовала развитию ожирения (группа 2). В группе 1 достоверно выше был риск по шкале SCORE, показатели функции внешнего дыхания (форсированная жизненная емкость легких, объем форсированного выдоха за 1 секунду, пиковая скорость выдоха), достоверно ниже доза ингаляционных глюкокортикостероидов.

Заключение. Таким образом, БА у женщин среднего и пожилого возраста часто сочетается с ожирением, АГ. Одышка у данной категории пациентов связана не только с тяжестью БА, но и с избыточной массой тела, повышением артериального давления, наличием гипертрофии левого желудочка и сердечной недостаточности. Ожирение часто предшествует развитию БА и присоединяется к БА при ее более тяжелом течении.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жумабаева Т.Н., Козай В.А., Базарбаева С.К.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Клиника семейной медицины ЗКГМУ имени Марата Оспанова,
Госпиталь с Поликлиникой Департамента Внутренних Дел Актюбинской области, Актюбе,
Казахстан

Цель: ранее, не инструментальный метод выявления сердечной недостаточности (СН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в амбулаторных условиях с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС).

Материал и методы: для выполнения поставленной задачи проанализировано амбулаторные карты диспансерных групп больных с ИБС в количестве 15 человек в возрасте 40–57 лет. По записи в амбулаторных картах имело место наличие одышки различной интенсивности, слабость. Далее детализация симптома не проводилась, в связи с чем больные были приглашены на прием для выявления симптомов СН согласно ШОКС. После которого они были распределены на 3 группы согласно стадий СН.

Шкала оценки клинического состояния

Одышка: 0 – нет; 1-при нагрузке; 2 – в покое;

Изменение веса: 0 – нет; 1 – увеличено;

Перебои в работе сердца: 0- нет; 1 –есть;

Положение в постели:: 0-горизантальное; 1-с приподнятым головным концом; 2-просыпается от удушья; 3 – спит сидя;

Набухание шейных вен: 0 нет; 1 – лежа; 2 – стоя;

Хрипы в легких: 0-нет; 1- в нижних отделах до 10 ребра; 2- до лопатки; 3- над всей поверхности легких;

Наличие ритма галопа: 0-нет; 1 –есть;

Печень: 0 – не увеличена; 1 – до 5 см; 2 – более 5 см;

Отеки: 0- нет; 1 – пастозность; 2 – отеки нижних конечностей; 3 – анасарка;

Уровень САД: 0 –более 120 мм рт. ст; 1–100-120 мм рт. ст; 2 – менее 100 мм рт. ст.

Результаты: путем применение ШОКС из 15 больных признаки СН выявлены у 5–1 стадии; у 6-х – 2А стадии; у 4 пациентов – 2Б стадии.

Заключение: Таким образом, применение ШОКС в поликлинических условиях способствует раннему выявлению сердечной недостаточности при не возможности проведения ультразвукового метода исследования сердца.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БЕССИМПТОМНОЙ УРОИНФЕКЦИИ

Жусупова А.М., Мирзо Е.И.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: анализ перинатальных исходов и состояния новорожденных у беременных с артериальной гипертензией (АГ) и бессимптомной бактериурией (ББ).

Материал и методы. В открытое, проспективное, сравнительное исследование включено 68 женщин (средний возраст $33,1 \pm 5,7$ лет) с первой беременностью, состоявших на учете у акушера и давших информированное согласие. Когорту разделили на 2 группы: основную ($n=35$) с установленным диагнозом хронической АГ (ВНОК, 2010) 2 степени (длительность АГ $3,2 \pm 0,9$ лет) и бессимптомной бактериурией ($\text{КОЕ} \geq 10^5$ в 1 мл согласно рекомендациям Американского общества инфекционных болезней) и контрольную ($n=33$) с практически здоровыми беременными. Еженедельно проводили общий анализ крови, мочи, бактериологический анализ мочи, офисное измерение АД, ежемесячно суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью монитора «АВРМ-02» (Венгрия). Пациенткам с АГ назначили метилдопу в суточной дозе 750 мг, при недостаточной эффективности постепенно повышали дозу на 250 мг/сут. Беременным с ББ назначали ко-амоксициллин/клавуланат 625 мг по 1 таблетке 2 раза в день 7 дней. Анализ перинатальных исходов проводили путем оценки сроков гестации и метода родоразрешения, состояние новорожденных – по росту, массе тела и шкале Апгар на 5 минуте жизни. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью пакета программ «Statistica» 7,0.

Результаты. Только 25,7% женщин к концу III триместра гестации принимали метилдопу в дозе 750 мг, 40% – 1000 мг, 20% – 1250 мг, 14,3% – 1500 мг. При анализе данных СМАД через 4 недели терапии получено достоверное снижение среднесуточных САД и ДАД на $28,4 \pm 1,0$ и $12,3 \pm 0,8$ мм рт. ст. соответственно ($p < 0,05$). Достигнуто снижение индекса времени гипертензии САД и ДАД за 24 часа с $80,4 \pm 4,9\%$ до $32,2 \pm 5,1\%$ и с $66,6 \pm 3,3\%$ до $22,4 \pm 2,6\%$ соответственно ($p < 0,05$). Показатели АД_{оф} в III триместре не выходили за пределы физиологического уровня, но при очередном СМАД была выявлена тенденция к повышению индекса времени гипертензии ДАД, ДАД в дневное и ночное время по сравнению с данными, полученными во II триместре. При использовании ко-амоксициллин/клавуланата в течение 7 дней достигались стерильные посевы мочи в 83% случаев, в остальных случаях потребовалась смена антибиотика. Анализ перинатальных исходов показал, что в группе пациенток с ББ и АГ у 5,8% беременность прервалась путем самопроизвольного выкидыша, у 34,2% произошли преждевременные роды в сроки 36–37 недель, в группе контроля все женщины родили в срок ($p < 0,05$). Роды через естественные пути произошли у 56,7% рожениц с ББ и АГ, что достоверно отличалось от контрольной группы ($p < 0,05$). В обеих группах новорожденные были без пороков внутриутробного развития, однако, в основной группе наблюдалась гипотрофия новорожденных в 7,2% случаев.

Заключение. Частота прерывания беременности у пациенток с ББ и АГ – 5,8%, преждевременных родов – 34,2%, оперативного родоразрешения – 43,3%, гипотрофии новорожденных – 7,2%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Жусупова А.М., Тайжанова Д.Ж., Романюк Ю.Л.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: сравнительный анализ методов диагностики инфекции мочевых путей у беременных.

Материал и методы. В проспективное когортное исследование включено 180 беременных женщин (средний возраст $27,3 \pm 6,5$ лет) с первой и второй беременностью, давших информированное согласие, со сроками гестации от 9 до 37 недель. Проводилось микробиологическое исследование средней порции утренней мочи (после инструктажа). Посев осуществляли на питательные среды: мясо-пептонный и Мюллера-Хинтона агар (HiMedia). Чувствительность оценивалась диско-диффузионным методом с помощью дисков с антибактериальными препаратами (Bio-Rad). Все посевы инкубировали при температуре 36°C в течение 24–48 часов. Видовую идентификацию проводили масс-спектрометрическим методом с использованием время-пролетного масс-спектрометра MALDI TOF Microflex Biotyper (Bruker Daltonics). Параллельно осуществляли биохимическое исследование мочи на анализаторе Urisys 1100 с определением нитритного теста с помощью тест-полосок COMBUR-10-UH. Статистическая обработка проводилась с помощью программы «Excell 10,0».

Результаты. У 31,7% женщин в анамнезе был перенесенный острый пиелонефрит (4,4%) или цистит (3,3%), страдали хроническим пиелонефритом 24% беременных. В 5,8% случаях имели место аномалии раз-

вития почек, в 2,9 % – мочекаменная болезнь, в 2,2 % – сахарный диабет, в 1,2 % – хронический гломерулонефрит. При микробиологическом исследовании в 29,4 % случаев высевалась моноинфекция. В 21,7 % случаев получен рост более 2 различных видов микроорганизмов, что расценивалось как контаминация, видовая идентификация не проводилась. Обнаружена тесная взаимосвязь между перенесенными ранее инфекциями мочевых путей и выявленной бактериурией ($r=0,58$; $p>0,05$). Всего же при культуральном исследовании выделено 7 видов микроорганизмов, при этом лидирующее положение занимала *Escherichia coli* (41,1 %), второе место принадлежало *Acinetobacter lwoffii* (23,8 %). Остальные виды представлены грамположительной флорой (*Staphylococcus* spp., 9,5 %) и бактериями семейства Enterobacteriaceae: *Klebsiella* spp. (4,8 %), *Yersinia* spp. (3,9 %). Использование метода MALDI TOF для видовой идентификации позволило получать результаты микробиологического исследования в течение 48 часов. Чувствительность *Escherichia coli* оказалась высокой к таким препаратам, как амоксициллин (96 %), цефуроксим (90 %). Анализ сопоставления нитритного теста с микробиологическим исследованием мочи показал положительный его результат при положительном микробиологическом исследовании в 28,2 % случаев, и отрицательный результат при положительном бактериологическом исследовании в 23,8 % случаев. И только в 9,8 % случаев нитритный тест был положительным при отрицательном микробиологическом результате мочи.

Заключение. В ранней диагностике инфекции мочевых путей у беременных имеет значение комплексное обследование с изучением анамнеза, масс-спектрометрического метода и биохимического исследования мочи с помощью тест-полос.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ИНФЕКЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Жусупова А.М.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: ретроспективный анализ микрофлоры из различных видов биоматериала у пациентов с хроническим гломерулонефритом и инфекционными осложнениями на фоне иммуносупрессивной терапии.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 76 историй болезни пациентов с хроническим гломерулонефритом и инфекционными осложнениями (пиелонефритом, пневмонией) на фоне иммуносупрессивной терапии в условиях нефрологического отделения Областной клинической больницы г. Караганды с 2013 г. по 2015 г. Материалом для анализа служили результаты посевов: мочи (156 проб), крови на стерильность (48 проб), мокроты (16 проб). Видовую идентификацию проводили с использованием время-пролетного масс-спектрометра MALDI TOF Microflex Biotyper (Bruker Daltonics) масс-спектрометрическим методом.

Результаты. В 79 образцах (35,9 %) роста микрофлоры не обнаружено. В остальных образцах (64,1 %) выявлены бактерии или грибы. Анализ результатов посевов мочи показал, что в 69,9 % случаев наблюдалась диагностически значимая бактериурия ($>10^5$ КОЕ). В 12,8 % случаев выделялась смешанная флора, среди которой преобладали ассоциации грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (63,1 %). Лидирующие позиции в монокультуре заняли грамотрицательные бактерии, их доля составила 51,2 %. 39,7 % выпало на долю грамположительных микроорганизмов, 9,1 % – для грибов рода *Candida*. Среди грамположительных бактерий преобладали *Staph. coagulansnegative* (18,3 %), *Staph. aureus* (13,1 %) и *Enterococcus faecium* (8,3 %). Грамотрицательная микрофлора представлена семейством Enterobacteriaceae, в основном *Escherichia coli* (25,6 %), *Klebsiella* spp. (17,8 %), *Enterobacter* spp. (7,8 %). Неферментирующие грамотрицательные бактерии выявлялись в 3,9 % случаев: *P. aeruginosa* (2,7 %) и *Stenotrophomonas maltophilia* (1,2 %). Высеваемость патогенов в крови составила 8,3 %, причем в монокультуре, из них в 25 % случаев это были коагулазонегативные стафилококки, а в 75 % – энтерококки (*E. faecium* и *E. faecalis*). Во всех исследуемых образцах мокроты был рост, при этом 31,3 % проб были обсеменены монокультурами, представленными грамотрицательной флорой (10,4 %), грамположительными патогенами (12,5 %) и грибами рода *Candida* (8,4 %). В остальных случаях (68,7 %) наблюдались ассоциации. Доминировали ассоциации грамположительных микроорганизмов и грибов (56,3 %). Анализируя частоту встречаемости отдельных видов, следует отметить, что наибольший процент выделения приходится на грибы вида *Candida albicans*.

Заключение. При анализе микрофлоры, выделенной из различных видов материала, у больных хроническим гломерулонефритом и инфекционными осложнениями на фоне иммуносупрессивной терапии в моче преобладает грамотрицательная флора, в крови – грамположительные патогены, в мокроте – ассоциации, в основном, грамположительных микроорганизмов и грибов.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Забродина А.А., Мишина И.Е., Кудряшова М.В., Михайловская Т.В., Халикова Н.А., Гудухин А.А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель: оценить распространенность медико-социальных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: обследовано 30 пациентов с ГБ с синусовым ритмом в остром периоде ИИ, в т. ч. 15 мужчин и 15 женщин. У каждого больного анализировались факторы риска ССО, предшествующее лечение, показатели ЧСС, САД, ДАД, и степень неврологического дефицита (НД), которая оценивалась по шкале NIHSS на 1–2 сутки и 20–21 сутки ИИ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Statistica» версии 6,0.

Результаты: Средний возраст обследуемых составил $65,40 \pm 10,5$ лет. При этом ИИ развился у мужчин в достоверно более молодом возрасте по сравнению с женщинами (63 [55; 72] года vs 71 [63; 75] год, $p = 0,004$). У 83 % пациентов диагноз ГБ был установлен в амбулаторных условиях, длительность заболевания составила от 2 до 45 лет, причем у 2/3 обследуемых стаж артериальной гипертонии (АГ) превышал 5 лет, а у 17 % пациентов диагноз ГБ до ИИ установлен не был. По данным анамнеза длительность АГ до развития сосудистой катастрофы у большинства пациентов (76,5 %) составила около 15 лет. Амбулаторно гипотензивные препараты принимали 48 % обследуемых, при этом 1 препарат (ИАПФ) – 30 % больных. Более половины пациентов принимали препараты нерегулярно. Гиполипидемические средства получали только 6,7 % пациентов, дезагреганты – 30 % больных. Наиболее распространенными ФР ССО у пациентов с ГБ оказались отягощенная наследственность (70 % случаев), гиперхолестеринемия (66,6 %), избыточная масса тела (46,7 %). У 80 % лиц имелось более 4 ФР. На 1–2 сутки ИИ у 85 % обследуемых имела место АГ 2–3 степени, усредненные по группе показатели составили $87,0 \pm 8,8$ уд/мин. К 21 суткам у 70,6 % пациентов была достигнута медикаментозная нормотензия, а у 29,4 % была зарегистрирована 1 степень АГ. При поступлении у 66,6 % лиц встречалась легкая степень, у 33,4 % – средняя степень тяжести неврологического дефицита (НД) по шкале NIHSS. На 21 сутки ИИ 80 % пациентов были выписаны с NIHSS легкой степени тяжести, однако у 6,6 % обследуемых отмечалось повышение НД от легкой до средней степени тяжести по шкале NIHSS, у 13,3 % больных к выписке продолжала сохраняться средняя степень тяжести НД. Отсутствие положительной динамики НД встречалось у лиц, имеющих 4 и более ФР ССО, 3 степень АГ при поступлении и уровень ДАД при выписке выше 90 мм.рт. ст.

Выводы: недостаточная информированность пациентов с ГБ о ФР ССО и их низкая приверженность лечению могли привести к развитию ИИ у данной категории лиц. Возможно, наличие некоррегированных факторов риска определяет, в том числе, замедленное восстановление НД у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Забродина А.А., Мишина И.Е., Михайловская Т.В., Кудряшова М.В., Халикова Н.А., Гудухин А.А., Алеутская О. Н., Точенов М. Ю., Салова Е. А.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Цель работы. Оценить показатели вегетативной регуляции сердечной деятельности у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Материал и методы. Обследовано 60 больных ГБ, в том числе 30 пациентов с острым ИИ (1 группа) и 30 человек с неосложненной формой ГБ (2 группа контроля). Средний возраст больных составил 64 [60; 75] года и достоверно не отличался в двух группах. У всех пациентов выполнен анализ параметров variability ритма сердца (ВРС) при 5-минутной записи ЭКГ в положении лежа и ортостазе. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «Statistica» версии 6,0.

Результаты. У обследованных пациентов двух групп имели место достоверно более низкие значения показателей ВРС по сравнению с нормативными значениями, что свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности (СД) при ГБ. Пациенты 1 группы имели достоверно более низкие значения общей мощности спектра (ТР) ($p=0,002$), мощности волн высокочастотных (HF) ($p=0,047$) и низкочастотных (LF) ($p=0,001$) диапазонов по сравнению с группой контроля. В структуре спектральной мощности (СМ) у па-

циентов 1 группы преобладали волны LF, во 2 группе – волны HF. Значения показателя LF у пациентов с ИИ было достоверно больше пациентов с неосложненной ГБ ($p=0,001$). При анализе баланса активности симпатического и парасимпатического отделов ВНС с использованием соотношения LF/HF выявлено достоверное преобладание симпатического тонуса у пациентов 1 группы по сравнению с группой контроля ($p=0,0134$). В модуляции сердечного ритма при ортостазе у пациентов обеих групп преобладали очень медленные волны (VLF), что может указывать на осуществление вегетативного обеспечения СД за счет избыточной активности церебральных эрготропных и/или гуморально- метаболических (ГМ) влияний. Коэффициент К30:15 у больных 1 и 2 групп составил 1,1 и свидетельствовал о снижении вегетативной реактивности.

Выводы. У больных ГБ, независимо от наличия острого ИИ, наблюдалось снижение показателей ВРС и коэффициента вегетативной реактивности, а также относительное преобладание VLF-компонента в структуре СМ при ортостазе, что может свидетельствовать о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности. У пациентов с ГБ в остром периоде ИИ имело место преобладание симпатической активности по сравнению с больными с неосложненной формой ГБ, что, возможно, являлось компенсаторной реакцией ВНС, направленной на увеличение минутного объема крови, необходимого для обеспечения оптимального уровня мозгового кровообращения. Оценка динамики показателей ВРС и их соотношения с показателями мозгового кровотока и исходами ИИ позволит уточнить, являются ли выявленные изменения адаптационными, или они свидетельствуют о состоянии дезадаптации у данной категории больных.

СПЕЦИФИКА ПРОВЕДЕНИЯ СТРЕСС- ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ

Иванова Ю.М, Павлов В.И., Шарыкин А.С., Бадтиева В.А., Пачина А.В.

Клиника спортивной медицины (филиал № 1) Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (МНПЦМРВиСМ), Москва, Россия

Одной из основных задач при допуске детей к занятиям спортом является оценка роли различных нерезко выраженных аномалий сердца. Их негативное значение может усиливаться в период выполнения физической нагрузки, в связи с чем эхокардиографического исследования (ЭХОКГ) в покое может оказаться недостаточно.

Цель: Изучить анатомические и функциональные реакции сердца у детей- спортсменов при выполнении дозированной физической нагрузки

Материал и методы. Данные записывались в 5 проекциях в М и В-режиме. Нагрузка подавалась после 1 минут разминки при мощности 25 Вт, далее из расчета 2 Вт/кг веса. Одновременно регистрировали ЭКГ в 12 отведениях и мониторировали АД каждые 2 минуты исследования. Проведено обследование 43 спортсменов обоих полов, в возрасте от 10 до 17 лет ($14,6\pm 1,9$) регулярно занимающихся спортом с преимущественно динамической нагрузкой (легкая атлетика, баскетбол, волейбол, футбол).

Результаты. При выполнении нагрузки выявлены следующие изменения: 1. При ОО в 2 случаях повышалось давление в легочной артерии, которое у одного пациента сочеталось с расширением правых отделов сердца. Еще у двоих отмечалась гипертоническая реакция АД на нагрузку. Таким образом, патологическая реакция, непосредственно связанная с ОО, выявлена только у 2 (11,1 %). 2. У спортсменов с МР увеличения как абсолютного объема так и процента регургитации не происходило, однако отмечалось чрезмерное увеличение толщины миокарда в систолу, что может свидетельствовать о тенденции к гипертрофии ЛЖ. 3. При ТР у 1 пациента отмечено расширение правых отделов сердца и у 2 – гипертоническая реакция АД на нагрузку. 4. При АР ее увеличение выявлено в 3 (27,3 %) случаях, еще в 2 – повышение давления в ЛА, у 3 пациентов – гиперкинетическая реакция миокарда на нагрузку. У пациента с ДАК и аортальным стенозом отмечалось повышение ГСД до 28 мм рт. ст. и расширение восходящего отдела аорты, еще у 1 впервые выявлено появление ГСД до 18 мм рт. ст. 5. У пациентов с ЛР отмечалось повышение давления в легочной артерии без существенного возрастания ЛР. 6. При исходном легочном стенозе его степень возрастала (ГСД 17 мм рт. ст.). 6. У пациентов с ЛГ существенных изменений не отмечено. Патологических изменений на ЭКГ не зарегистрировано ни в одном случае. По итогам исследования 9 (20,1 %) спортсменов были выведены из тренировочного процесса, а еще в 3 (7 %) случаях было предложено снизить тренировочные нагрузки.

Выводы: Предложенная методика велоэргометрии в положении лежа позволяет проводить комплексное обследование пациентов, регистрируя ЭХОКГ непосредственно во время нагрузки, проводить доплер-эхокардиографическую оценку изменений кровотока через аортальный, митральный и трехстворчатый клапаны, а также контролировать реакцию артериального давления и ЭКГ. Это позволяет получить важную информацию для принятия решения о дальнейшей тактике в отношении спортсменов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Иевлев Е.Н., Казакова И.А

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

В последнее время, в исследовательских работах все меньше включаются показатели общего анализа крови. Так количество лейкоцитов и СОЭ у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) связано с летальностью от сердечно-сосудистых заболеваний и прогрессированием атеросклероза. Известно, что выраженность анемии у пациентов, находящихся на программном гемодиализе (ГД), коррелирует с сердечно-сосудистой смертностью.

Цель. Оценить результаты лабораторного клинического минимума у пациентов, находящихся на программном гемодиализе, с различным уровнем артериального давления.

Материал и методы. В исследование были включены 239 пациентов, получавших лечение в отделениях ГД Удмуртской республики. Средний возраст больных составил 50,1±11,9 лет. Длительность диализного периода была 5,6±5,5 лет. Мужчин было 49,8 % и женщин – 50,2 %. Пациентов с АГ было 173, с пониженным АД – 47, с нормальным АД – 28. Все сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Статистический анализ проводился с помощью программы StatPlus 2009.

Результаты. В нашем исследовании у больных, находящихся на ГД, анемия выявлена у 52 (21,8 %) пациентов. Количество эритроцитов и гемоглобина были 3,6±0,1*10¹²/л, 105,2±1,2 г/л соответственно, при целевых показателях содержания гемоглобина данной когорты 95–120 г/л. Результаты наших исследований показывают, что количество эритроцитов и содержания в них гемоглобина достоверно ниже у лиц, имеющих АГ, чем без нее (p<0,01). Степень анемии увеличивалась при повышении степени АД (p<0,05). Количество лейкоцитов у пациентов на ГД было в зоне референсных значений (6,7±0,1*10⁹/л). Так у лиц, имеющих АГ 1, 2 и 3 степени, количество лейкоцитов было достоверно выше, чем в группе с нормальным АД: 6,7±0,3*10⁹/л, 6,6±0,3*10⁹/л и 7,3±1,5*10⁹/л против 5,6±0,3*10⁹/л соответственно (p<0,01). Это может свидетельствовать об активности возможного воспалительного процесса, что неблагоприятно может влиять на течение и прогноз ССЗ. Установлено различие по количеству лейкоцитов у пациентов с нормальным АД с пациентами, имеющих пониженное АД, – 5,6±0,3*10⁹/л и 6,8±1,9*10⁹/л соответственно (p<0,01). Уровень СОЭ у всех находился выше допустимых значений (p<0,05). У гипертоников имелась тенденция к более высоким показателям значения СОЭ (27,1±5,3 мм/ч) при сравнении с пациентами, у которых было нормальное АД (23,4±6,5 мм/ч). Достоверно низкий уровень СОЭ наблюдался у пациентов с АГ 3 степени (19,5±1,0 мм/ч; p<0,05). Это может быть связано как с более выраженной гипергидратацией, так и с изменением мембранных свойств эритроцитов.

Заключение. Таким образом, у пациентов, находящихся на ГД, наблюдалось увеличение СОЭ и анемия, которая встречалась у 1/5 лиц на фоне приёма препаратов железа и эритропоэтина. При наличии АГ и увеличении её степени патологические сдвиги, в виде анемии, лейкоцитоза и увеличения СОЭ, были более выражены. Тем самым, это может свидетельствовать о более неблагоприятном прогнозе и высоком риске сердечно-сосудистых осложнений у лиц с АГ, находящихся на ГД.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Имаева А.Э., Шальнова С.А., Деев А.Д., Баланова Ю.А., Капустина А.В., Муромцева Г.Н., Ротарь О.П., Жернакова Ю.В. от имени участников ЭССЕ-РФ.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва; ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург; ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Оценка состояния сердечно-сосудистого (СС) здоровья среди лиц 55–64 лет в зависимости от наличия ССЗ по материалам исследования ЭССЕ-РФ.

Материал и методы. Эпидемиологическое исследование проводилось в 2012–2013 гг. в 13 регионах РФ. Всего обследовано 22 258 лиц обоего пола, из них 3302 (2251 мужчин и 1051 женщин) в возрасте 55–64 лет. Согласно рекомендации Американской Ассоциации Сердца, для оценки СС здоровья мы использовали 7 «идеальных» факторов, а именно уровень глюкозы ниже 5,5 ммоль/л (без лекарственного воздействия), хо-

лестерина – ниже 5,2 ммоль/л (без лекарственного воздействия), артериального давления – ниже 120/80 мм рт. ст. (без лекарственного воздействия), отказ от курения, ИМТ ниже 25 кг/м², соответствующая физическая активность (150 или более минут в неделю средней интенсивности или 75 и более минут высокой интенсивности или 150 и более минут в неделю средней и высокой интенсивности), правильное питание (потребление фруктов и овощей $\geq 4\frac{1}{2}$ порций в день, рыбы ≥ 200 г 2 раза в неделю, соли $< 3,75$ г в день, сахаросодержащих напитков ≤ 1000 мл (450 ккал) в неделю, цельнозерновых продуктов, богатые клетчаткой ≥ 90 мг в день).

Результаты. Лиц со всеми «идеальными» компонентами СС здоровья выявлено не было. Среди мужчин данной возрастной группы распространенность одного, двух, трех, четырех, пяти, шести «идеальных» компонентов составила 10,1 %, 15,7 %, 14,4 %, 8,6 %, 3,0 %, 0,1 % соответственно. Тогда как, доля женщин с одним, двумя, тремя, четырьмя, пятью, шестью «идеальными» показателями была равна 6,3 %, 14,4 %, 12,6 %, 5,7 %, 1,2 %, 0,2 %, 0,04 %, соответственно. Основную группу данной возрастной категории составили лица, которые не имели ни одного «идеального» показателя здоровья. Так, среди мужчин таких оказалось около половины – 48,1 %, а среди женщин – более половины (59,5 %). Среди всех мужчин-участников ЭССЕ-РФ 25–64 лет доля лиц 55–64 лет в группе с одним, двумя, тремя, четырьмя, пятью, шестью «идеальными» компонентами составила 11,4 %, 10,6 %, 9,2 %, 7,7 %, 5,7 %, 0,9 %, соответственно, а доля лиц 55–64 лет среди всех женщин – 19,9 %, 18,0 %, 12,9 %, 6,3 %, 2,0 %, 1,3 % соответственно.

Заключение. Таким образом, «идеального» СС здоровья среди лиц старшей возрастной группы выявлено не было. Распространенность 5 и более «идеальных» показателей СС здоровья составляет около 1 %. Более половины лиц в возрасте 55–64 лет не имеют ни одного «идеального» показателя СС здоровья.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ НЕБИВОЛОЛА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Исаева К.В., Бамбышева Е.И., Махинова М.М., Гуранда Д.Т., Белолипецкая В.Г.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, ООО «Фарм ИннТех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики препаратов небиволола – таблеток Небиволол (ЗАО «Берёзовский фармацевтический завод», Россия) в сравнении с зарегистрированными в России оригинальным препаратом – таблетками Небилет («Berlin-Chemie/Menarini Group», Германия).

Материал и методы. Исследование выполняли открытым рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием. Средние фармакокинетические профили небиволола в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого и референтного препаратов в дозе 5 мг практически совпадали во всех временных точках, достоверных различий не выявлено.

Результат. Значения фармакокинетических параметров небиволола, полученные при сравнительном изучении Небиволола и Небилета, были очень близкими и лежали в диапазоне значений, известных из литературы. Так, максимальная концентрация небиволола в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Небиволола в среднем через $1,44 \pm 1,14$ ч, а Небилета – через $1,42 \pm 1,11$ ч и составила $2,17 \pm 1,60$ нг/мл и $1,97 \pm 1,51$ нг/мл соответственно (С.І: 0,978–1,295). Средние значения площади под фармакокинетической кривой $AUC_{0-\infty}$ при приеме тестируемого и референтного препаратов также имели близкие значения: $47,16 \pm 66,58$ нг·ч/мл и $41,09 \pm 46,82$ нг·ч/мл соответственно (С.І: 0,899–1,106). Достоверных различий между указанными параметрами не отмечалось. По параметрам безопасности и влиянию на параметры гемодинамики сравниваемые препараты также были сходны.

Выводы. Таким образом, препарат Небиволол таблетки 5 мг производства ЗАО «Берёзовский фармацевтический завод», Россия биоэквивалентен препарату Небилет таблетки 5 мг («Berlin-Chemie/Menarini Group», Германия).

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ С УЧЕТОМ ПРОГНОЗИРУЕМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ (на примере препаратов с риском удлинения интервала QT)

Исмагилов А.Д., Дорофеева М.Н.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучить наиболее часто встречаемые комбинации лекарственных средств (ЛС) с вероятным и условным риском удлинения интервала QT между собой и в сочетании с другими ЛС, которые могут влиять на активность метаболизирующих изоферментов цитохрома P450, применяемых у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы. Проведен анализ 25 научных работ ведущих отечественных и зарубежных авторов, в которых использовались комбинации ЛС, оказывающие влияние на длительность интервала QT. Проанализированы физиологические особенности у лиц пожилого возраста, которые влияют на эффективность и безопасность фармакотерапии: абсорбция, распределение и метаболизм ЛС, почечная экскреция, наличие и частота встречаемости полипрагмазии и коморбидной патологии. Изучены потенциально опасные комбинации ЛС с вероятным и условным риском удлинения интервала QT между собой и ЛС, изменяющими активность метаболизирующих их изоферментов цитохрома P450.

Результаты. Частота встречаемости полипрагмазии и коморбидной патологии у лиц пожилого возраста по данным проанализированных источников литературы составила 71,2 % и 92,6 % соответственно. Частота назначения потенциально опасных комбинаций ЛС, влияющих на продолжительность интервала QT в результате изменения метаболизма одного из них, составляет 18,6 %. Результаты исследования показали, что в таких случаях не следует применять лекарственные комбинации, в которых можно прогнозировать удлинение интервала QT. Необходимо выбирать ЛС со схожим фармакодинамическим эффектом, но не оказывающим влияния на длительность интервала QT.

Заключение. Назначение комбинаций ЛС с учетом прогнозируемых лекарственных взаимодействий – перспективный путь повышения безопасности фармакотерапии.

ИНТЕРПРИТАЦИЯ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Казакова И.А., Иевлев Е.Н.

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

Цель. Выявить особенности уровня депрессии у пациентов, находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы. В исследование были включены 239 пациентов, получавших лечение в отделениях ГД Удмуртской республики. Средний возраст больных составил $50,1 \pm 11,9$ лет. Длительность диализного периода была $5,6 \pm 5,5$ лет. Мужчин было 49,8 % и женщин – 50,2 %. Пациентам было предложено самостоятельно заполнить опросник шкалы депрессии Бэка 1961 г. Все сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Статистический анализ проводился с помощью программы StatPlus 2009.

Результаты исследования. При анализе данных шкалы депрессии Бэка, получено, что у больных, находящихся на ГД, симптомы депрессии встречались у 205 (82,7 %) пациентов. Из них субдепрессия наблюдалась у 65 (26,2 %) пациентов. Встречаемость симптомов депрессии по степени была следующей: умеренная депрессия у 49 (19,8 %), средней степени у 70 (28,2 %), тяжелая у 21 (8,5 %) пациентов. Выявлено, что для выраженной и тяжелой депрессии у данной когорты характерно присутствие большинства проявлений депрессивного симптомокомплекса, в т. ч. суицидальных мыслей, возможны психотические проявления (с бредовыми идеями вины), выраженное нарушение профессионального и социального функционирования. В нашем исследовании симптомы депрессии выявлены у 106 (82,2 %) мужчин и 94 (79 %) женщин. У мужчин средний балл выраженности депрессии был выше, чем у женщин, и составил $18,2 \pm 9,1$, $16,2 \pm 8,3$ соответственно ($p < 0,05$). У пациентов, находящихся на программном гемодиализе, выявлены различия в зависимости от диализного стажа: выраженность депрессии у пациентов с диализным стажем до года в среднем составила $19,0 \pm 6,9$, от 2 до 5 лет – $14,0 \pm 8,2$, от 6 до 10 лет – $13,5 \pm 7,1$, более 11 лет – $16,8 \pm 4,2$ ($p_{1-2} < 0,001$, $p_{1-3} < 0,001$, $p_{2-4} < 0,05$, $p_{3-4} < 0,05$). Превалирование симптомов депрессии у больных с диализным стажем до 1 года может быть обусловлено резкой сменой образа жизни: зависимостью от процедуры диализа, медицинского оборудования, персонала, регламентации диеты, потребления жидкости, приема медикаментов, потери работы и свободы передвижения, возникновения половой дисфункции, резким сдвигом физиологических процессов: гиперактивностью

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, симпатико-адреналовой, иммунной систем, а также подавлением активности серотонинергической системы.

Заключение. Таким образом, симптомы депрессии наблюдались у большинства пациентов, находящихся на программном гемодиализе. У мужчин депрессия встречалась чаще, чем у женщин, и была более выражена. Установлено, что лица, находящиеся на диализной терапии до года, имели более выраженные симптомы депрессии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕННОГО УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В.¹, Эрлих А.Д.²

¹ ГБУЗ «ГКБ № 4 ДЗМ», Москва, Россия

² НИИ Физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) от ноября 2012 г., провести сравнительный анализ распространенности нарушения углеводного обмена (УО) у больных б-х ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), без подъема сегмента ST (ОКСбпST), нестабильной стенокардией (НС). Провести сравнительный анализ летальности в зависимости от степени нарушения УО у б-х ОКСпST госпитализированных в блоки кардиореанимации (БКР) стационаров г. Москвы.

Материал и методы. Анализ данных 584 карт б-х, госпитализированных с ОКС в блоки кардиореанимации стационаров г. Москвы в ноябре 2012 г. Изучаемые параметры включали ОКСпST с анализом летальности, ОКСбпST, НС, распространенность нормального и нарушенного УО. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа на догоспитальном этапе (СД2), впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) – СД2 и нарушение толерантности к углеводам (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты. Из 584 проведен анализ 548 карт пациентов, госпитализированных в БКР 32-х стационаров г. Москвы с ОКС. 36 карт исключены из исследования ввиду неполного объема информации, изложенного в протоколах обследования. Из 548 б-х 115 (21 %) указывали на наличие в анамнезе СД2. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО (ВВНУО) отмечено у 87 б-х, из них СД2 – у 23 (4,2 %), НТГ был у 64 (11,7 %). Из 115 б-х с СД2 в анамнезе у 73 была декомпенсация УО, у 42 была нормогликемия. На основании суммы из 160 б-х с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число б-х с нарушенным УО составило 202 (36,9 %) человека. Нормальный УО был у 346 б-х (63,1 %). ОКСпST имел место у 32 (27,8 %) из 115 б-х с СД2, 11 (47,8 %) из 23 с ВВНУО (СД2), 33 (51,6 %) из 64 с ВВНУО (НТГ) и 66 (19 %) и 346 больных с нормальным УО. Таким образом, из 202 б-х с нарушенным УО 76 (37,6 %) имели ОКСпST, что достоверно выше ($t=2,4$, $p<0,01$) чем у б-х с нормальным УО – 19 %. Летальность больных имеющих ОКСпST составила в группе с СД2 – 7 (21,9 %) из 32, с ВВНУО (СД2) – 3 (27,3 %) из 11, с ВВНУО (НТГ) – 2 (6,1 %) из 33, с нормальным УО – 8 (12,1 %) из 66 пациентов. Учитывая малую выборку данные различия не достоверны. ОКСбпST был у 33 (28,7 %) из 115 б-х с СД2, 8 (34,8 %) из 23 с ВВНУО (СД2), 20 (31,3 %) из 64 с ВВНУО (НТГ) и 118 (34 %) из 346 больных с нормальным УО. Таким образом, из 202 б-х с нарушенным УО 61 (30,2 %) имели ОКСбпST, что достоверно не отличалось от б-х с нормальным УО (34 %). Нестабильная стенокардия была у 50 (43,5 %) из 115 б-х с СД2, 4 (17,4 %) из 23 с ВВНУО (СД2), 11 (17,2 %) из 64 с ВВНУО (НТГ) и 162 (47 %) из 346 б-х с нормальным УО. Таким образом, из 202 б-х с нарушенным УО 65 (32,2 %) имели НС, что достоверно ($t=1,4$, $p<0,07$) не отличалось от группы б-х с нормальным УО (47 %).

Заключение. На основании данных регистра ОКС г. Москвы распространенность нарушенного УО у б-х ОКС составляет 36,9 %. В группе б-х с нарушенным УО ОКСпST встречается в 37,6 % случаев, что достоверно выше ($t=2,4$, $p<0,01$), чем у б-х с нормальным УО – 19 %. ОКСпST встречается у 27,8 % б-х с СД2, 47,8 % с ВВНУО (СД2), 51,6 % с ВВНУО (НТГ). Летальность б-х при ОКСпST составила 21,9 % в группе СД2; 27,8 % с ВВНУО (СД2); 6,1 % с ВВНУО (НТГ) и 12,1 % с нормальным УО. Таким образом, летальность у б-х с ОКСпST в группе с нормальным УО встречается реже, чем в группах с СД2 и ВВНУО (СД2). Распространенность ОКСбпST у б-х с нарушенным УО (30,2 %) достоверно не отличалось от группы б-х с нормальным УО (34 %). Распространенность НС у б-х с нарушенным УО составила 32,2 %, что достоверно ($t=1,4$, $p<0,07$) не отличалось от группы больных с нормальным УО (47 %), однако для оценки этих результатов необходима большая выборка пациентов.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТОВ С СОАС НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ 10-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Каллистов Д.Ю., Романова Е.А., Сергеев С.А., Романов А.И.

ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область, Россия

Связанные со сном нарушения дыхания являются значимым независимым фактором риска кардиоваскулярной патологии. В ряде исследований показаны неблагоприятные эффекты синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) на центральную гемодинамику. Терапия положительным давлением в дыхательных путях (СРАР-терапия) является универсальным методом терапии СОАС. Долгосрочные гемодинамические эффекты СРАР-терапии требуют дальнейшего изучения и анализа.

Цель: провести сравнительный анализ показателей центральной гемодинамики у пациентов с СОАС тяжелой степени, получавших и не получавших лечение методом СРАР-терапии, по данным проспективного наблюдения.

Материал и методы: в рамках 1 фрагмента исследования в 2004–2005 году были обследованы 75 пациентов с СОАС средней и тяжелой степени (53 мужчины и 22 женщины, ср. возраст $54,5 \pm 8,1$ года, ИМТ $= 32,3 \pm 3,1$ кг/м², индекс апноэ-гиппноэ – $45,5 \pm 11,3$, минимальный уровень SpO₂ – $64,5 \pm 11,4$). Диагностика расстройств сна была проведена при помощи полисомнографической системы Comet PSG (США). Подбор режима терапии положительным давлением в дыхательных путях (аппарат Breas PV10i, iSleep20i, Швеция) проводился по стандартной методике. Показатели центральной гемодинамики определялись методом эхокардиографии (аппарат «Vivid 7»). 2 фрагмент исследования был выполнен в 2015–15 годах, сравнивались данные ЭхоКГ пациентов, регулярно проводивших СРАР-терапию, и не проводивших лечение.

Результаты: по данным исходного исследования у пациентов с СОАС выявлены ЭхоКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца (у 84 % больных), гипертрофии левого желудочка (у 89,3 % пациентов), толщина миокарда стенок ЛЖ в среднем по группе = $9,1 \pm 2,1$ мм, нарушения систолической и диастолической функции (у 80 % пациентов). Фракция выброса в среднем по группе составила $55,3 \pm 8,2$ %. В повторном обследовании приняли участие 64 пациента, из них 41 пациент продолжал лечение методом СРАР-терапии на амбулаторном этапе. По сравнению с исходным исследованием у больных, не получавших лечения, отмечалось увеличение объема правого предсердия ($57,2 \pm 10,1$ мл и $65,5 \pm 9,3$ мл), КДР правого желудочка ($3,55 \pm 0,92$ см и $3,73 \pm 0,85$ см). У пациентов на фоне СРАР-терапии существенного изменения размеров полостей сердца не установлено, отмечено увеличение ФВ до $61,5 \pm 5,5$ %.

Заключение: длительное лечение положительным давлением в дыхательных путях замедляет прогрессирование дилатации правых отделов сердца и снижения сократительной способности миокарда у пациентов с СОАС средней и тяжелой степени.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ GLU298ASP ГЕНА NО СИНТАЗЫ С ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Абдуллаева Ч.А., Нуриддинов Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования изучить ассоциации Glu298Asp гена NОсинтазы с течением заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 114 больных ХСН узбекской национальности и 34 здоровых донора. Молекулярно-генетические исследования – изучение полиморфизмов Glu298Asp (894 G>T) гена эндотелиальной синтазы проводилась с использованием полимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах CG-1–96 «CorbettResearch» (Австралия) и 2720 «AppliedBiosystems» (США), с использованием наборов ООО «Медлаб» (г. Санкт-Петербург) и «Литех» (Москва).

Результаты. Анализ распределения генотипов Glu298Asp гена NOS-3 у больных ХСН показал: Glu/Glu – у больных I ФК ХСН составил 84,2 %, у больных II ФК – 70,4 % и III ФК – 64,7 %. Glu / Asp генотип встречался у 3 больных I ФК – 15,3 %, у 12 больных II ФК – 27,3 % и у 17 больных III ФК ХСН – 33,7 %. В группе здоровых лиц Glu/Glu генотипирование встречалось у 92 %, Glu / Asp у 6,7 %. У больных контрольной группы встречаемость аллелей Glu составил – 95,3 % и аллелей Asp – 4,7 %. У больных частоты встречаемости Glu – аллелей распределилась следующим образом: 92,1 % у больных I ФК ХСН, 84,1 % у больных II ФК и 81,4 % у больных III ФК ХСН. Анализ популяционной частоты в контрольной группе показал, что частота распределения аллелей по РХВ в группе контроля: Glu = 0,95; Asp = 0,05. Ожидаемая частота распределения генотипов по РХВ в группе

контроля: Glu/Glu=0,908; Glu/Asp=0,089; Asp/Asp =0,02. Наблюдаемая частота распределения генотипов по РХВ в группе контроля: Glu/Glu=0,92; Glu/Asp=0,067; Asp/Asp =0,013. ($\chi^2=4,7$; $P=0,03$ (между ожид. и набл.). Анализ генетических детерминант гена NOS-3 у больных ХСН выявил ассоциацию между генотипом Glu/Glu гена eNOS (Glu298Asp) и более тяжелыми клиническими проявлениями ХСН. Изучение функционально-гуморальных показателей дисфункции эндотелия у обследованных больных, выявил что у наиболее выраженное нарушения ЭЗВД с парадоксальной вазоконстрикцией ассоциировались у больных ХСН с генотипом гетерозигот Т/С и Glu/Arg гена NOS-3. Анализ показателей агрегационной способности тромбоцитов показал, что у больных гетерозигот Glu/Asp гена NOS-3 II ФК наблюдались высокие показатели ААТ.

Вывод. Таким образом, изучение распределения аллелей и генотипов Glu298Asp гена NO синтазы показало, что как у больных ХСН, так и здоровых лиц узбекской популяции преобладали Glu/Glu генотипы, полиморфизм Glu298Asp гена NO синтазы является эффективными маркерами для прогнозирования развития и прогрессирования ХСН, а также эндотелиальной дисфункции.

ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р., Ким Е.В.

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

Цель. Изучить влияние лозартана на показатели толерантности к физической нагрузке и параметры качества жизни у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Было обследовано 60 больных с ИБС осложненной ХСН I–III ФК. В исследование включались больные в возрасте от 45–60 лет. Из 60 больных с I ФК (18), II ФК (22) и III ФК ХСН (20 больных), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (спиронолактон, бета-блокаторы, антиагреганты) – лозартан; доза лозартана титровалась до 50–100 мг в сутки (средняя доза препарата составила $66,3 \pm 25,6$). Всем больным проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка качества жизни (КЖ) с помощью «Миннесотского опросника».

Результаты. У обследованных больных с ХСН I ФК по результатам ТШХ исходные показатели больных составили $454,4 \pm 21,95$ метров, II ФК $384,17 \pm 25,3$, III ФК $237,3 \pm 33,5$. Исходные показатели КЖ больных ХСН по суммарному индексу КЖ (СИ КЖ) «Миннесотского опросника» показал, достоверное увеличение суммы баллов при увеличении ФК ХСН и составило с I ФК $24,3 \pm 1,32$ баллов, со II ФК $36,8 \pm 2,36$, $44,67 \pm 2,28$. На фоне 6 месяцев лечения с включением лозартана было отмечено достоверное повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции шестиминутной ходьбы у больных с I, II и III ФК на 13,1 %, 14,5 % и 16,6 % ($p < 0,001$). Повышение толерантности к физической нагрузке больных сопровождалось улучшением показателей качества жизни больных с ХСН, что выражалось в уменьшении СИ КЖ: у больных с I, II, III ФК ХСН на 32,4 %, 23,8 %, 13,9 % ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с исходными показателями. Была отмечена достоверная обратная корреляционная связь между СИ КЖ с результатами ТШХ с коэффициентом корреляции $r = -0,809$ соответственно.

Выводы. На фоне 6 месяцев лечения с включением лозартана было отмечено повышение толерантности к физической нагрузке и достоверное улучшение КЖ больных с ХСН.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ЦИТОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Каримов М.М., Саатов З.З., Рустамова С.Т., Дусанова Н.М.

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

Цель. Клинико-инструментальная и биохимическая оценка цитопротективной эффективности и безопасности фиточая «Гастрофит» производства «ZAMONARA'NO».

Материал и методы. Было отобрано 50 больных с верифицированным диагнозом хронический гастрит (ХГ) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) принимавших фиточай «Гастрофит» в комплексе стандартной «тройной» терапии включающий ИПП, амоксициллин и кларитромицин.

Анализ данных по изучению динамики течения в результате применения стандартной тройной терапии на основе омепразола, амоксициллина и кларитромицина в комбинации с фиточаем «Гастрофит» показали, что в группах больных с ХГ и ЯБДПК отмечалось купирование наблюдаемых симптомов в течение первой недели лечения. Изучение скорости купирования диспепсических симптомов у больных также показало высокую скорость купирования таких симптомов, как тошнота, рвота и сниженный аппетит.

Результаты. Как показали проведенные исследования растительного фиточая «Гастрофит», фиточай переносился пациентами хорошо, без каких либо побочных эффектов, что потребовало бы отмены препарата. Под воздействием лечения отмечалось купирование основных симптомов заболевания, нормализация процессов цитопротекции, о чем свидетельствовали купирование диспепсических и болевых симптомов у больных с ХГ и ЯБДПК, увеличение содержания кислых и нейтральных гликопротеидов в слизистой оболочке желудка, нормализация вязкоэластических характеристик желудочной слизи.

Выводы: Таким образом, фиточай «Гастрофит» может применяться при лечении больных с хроническими гастритами и язвенной болезнью в качестве гастропротективного препарата.

ИЗУЧЕНИЕ CagA У БОЛЬНЫХ С ХЕЛИКОБАКТЕР- АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Исламова Ш.З., Дустмухамедова Э.Х.

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

Цель: определение наличия CagA у больных с хеликобактер – ассоциированными заболеваниями желудочно- кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. Обследовано 46 больных с хеликобактер -ассоциированными заболеваниями ЖКТ, из них 22 с хроническим гастритом В, 6- с язвой желудка и 22- с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Выделение ДНК с образцов биопсии слизистой желудка проводили с помощью наборов Diatom TM DNA Prep 200 («ИзоГен лабораторияси» Россия). Проводили генотипирование CagA с помощью ПЦР.

Результаты. Полученные результаты показали, что при исследовании образцов биопсии слизистой оболочки 18 больных из 22 с хроническим гастритом были CagA положительными, что составляло 81, 2 %. У больных с язвой желудка 3 (50 %) больных были CagA положительными и 3 (50 %) больных были CagA отрицательными. Исследование биоптатов слизистой оболочки больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки выявил положительные штаммы у 77, 8 % больных. Из общего количества обследованных больных у 11 больных ген не был обнаружен.

Выводы: Таким образом, 71,4 % больных с хеликобактер-ассоциированными заболеваниями были CagA положительными.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ УЗБЕКИСТАНА

Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С., Эрлих А.Д.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение клинико-диагностической характеристики острых коронарных синдромов (ОКС) в Ферганской долине Узбекистана.

Материал и методы. Осуществлён РЕГИСТР ОКС у 653 пациентов. Работа проводилась в рамках Российского РЕКОРД-2, проводимой лабораторией клинической кардиологии ФГУ НИИ физико-химической медицины Росздрава.

Результаты. Сравнительно часто ОКС развивается и клинически проявляется по данным анамнеза на фоне стенокардии (в 72,5 % случаев), инфаркта миокарда (27,4 %), хронической сердечной недостаточности (17,3 %) и мерцательной аритмии (3,8 %). Основным симптомом, дающим заподозрить ОКС в обследованной группе больных была боль в груди (93,1 %) и сердцебиение (75,3 %), а также одышка (6,9 %), удушье (7,7 %),

перебои (3,8 %), общее беспокойство с кашлем и резкой общей слабостью (19,3 %). Были особенности и в гемодинамических параметрах у больных ОКС, на момент поступления в стационар. Так, среднее систолическое артериальное давление (САД) составило $140,9 \pm 28,2$ мм рт. ст. (минимальное САД 60 мм рт. ст. и максимальное ДАД 110 мм рт. ст.). Среднее ДАД при поступлении – $81,9 \pm 14,7$ мм рт. ст. (минимум – максимум – 20–110 мм рт. ст.) и средняя частота сердечных сокращений – 92,5 уд/мин (минимум – максимум – 58–170 уд/мин). На ЭКГ у больных ОКС при поступлении в стационар наиболее часто выявлялись новый отрицательный зубец Т (98,0 %), изменение ЭКГ в других (кроме отв. V_1-V_3) отведениях (62,4 %), депрессии сегмента ST (48,9 %), признаки гипертрофии левого желудочка (38,2 %) и «передняя» локализация изменений на ЭКГ (в отв. V_1-V_3) (37,3 %). Элевация сегмента ST на ЭКГ зафиксированы у 14,7 % пациентов, новые патологические зубцы Q – у 13,4 % и новая полная блокада левой ножки пучка Гиса – у 0,5 %.

Следует отметить, что доля больных ОКС с подъемами ST традиционно выше и составляет около 1/3 больных с ОКС. В нашей группе больных было довольно много «молодых» и «нетяжелых» больных с ОКС без подъемов ST. Кроме того, при поступлении у 240 больных ОКС (39,2 %) фракция выброса левого желудочка была ≤ 40 %. Доля больных с промежуточным и высоким риском в стационаре по шкале GRACE (≥ 1 для ОКСБПСТ и ≥ 2 для больных ОКСПСТ) определяется с частотой 53,9 %, а доля больных с очень высоким риском смерти в стационаре по шкале GRACE (> 150 баллов) – 9,8 %.

Заключение. Для повышения стремлений к выполнению современных рекомендаций, контроля за качеством диагностического и лечебного процесса необходимо активно использовать результатов регистров и разработанных на их основе новых алгоритмов оптимизации диагностики и лечения ОКС.

СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Каримсакова Б.К., Абеннова Н.А., Есенгалиева И.Е.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Цель: изучить состояния новорожденных при гипертензии во время беременности.

Материал и методы. Проведено открытое контролируемое исследование. В исследование включено 56 беременных в возрасте от 18–39 лет. Критерий включения: возраст беременных 18–39 лет, наличие повышение систолического давления в пределах от 130–160 мм.рт. ст., диастолического давления от 80–100 мм.рт. ст., срок беременности 35–36 недель, прием во время беременности препарата «Допегит».

Результаты. Беременные разделены на две группы. В первую группу вошли беременные с эссенциальной гипертензией, во вторую – с гестационной гипертензией. В первой группе у 26 женщин в анамнезе было повышение артериального давления в пределах от 130/80 до 160/100 мм рт. ст. У женщин второй группы после 20 недель беременности отмечалось повышение артериального давления от 130/80 до 160/100 мм рт. ст. В обеих группах беременные принимали гипотензивный препарат «Допегит». Несмотря на проводимую гипотензивную терапию, в обеих группах беременность закончилась досрочным родоразрешением в сроке 35–36 недель. В обеих группах новорожденные родились с признаками задержки внутриутробного развития. Во второй группе у новорожденных, кроме задержки внутриутробного развития наблюдался синдром дыхательной недостаточности. Синдром дыхательной недостаточности клинически проявлялся в виде тахипноэ сразу после рождения, расширение крыльев носа, западание межреберных промежутков и грудины, шумным дыханием.

Вывод: по результатам нашего исследования при гипертензии во время беременности у новорожденных наблюдается внутриутробная задержка развития плода и синдром дыхательной недостаточности.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ. КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Каркавина А.Н., Кулишова Т.В., Кашинская Е.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия

Цель. Изучение частоты и характера кардиоваскулярных и метаболических нарушений у больных остеоартрозом (ОА), связь с клиническими проявлениями.

Материал и методы. Проведено наблюдение 92 больных остеоартрозом суставов нижних конечностей в сочетании с соматической патологией. Обследовано 25 мужчин (средний возраст составил $62,3 \pm 7,4$ года), 67 женщин (средний возраст $64,5 \pm 8,2$ года). Для оценки суставного синдрома использовали индексы остеоартроза (опросник WOMac), оценку коморбидности проводили с помощью индекса Charlson. Жалобы на боли в одном из коленных суставов были выявлены у 100,0 % пациентов, из которых у 64,1 % отмечалась утренняя скованность в суставе, длившаяся не более 30 мин, а у 56,5 % – ограничение подвижности и боль при ходьбе. Рентгенологические признаки ОА коленных суставов были выявлены у 59,8 % пациентов. Суммарный балл болевого синдрома и функциональной недостаточности по шкале WOMAC составили $356,4 \pm 46,4$ и $948,8 \pm 39,7$, соответственно.

Результаты. По данным нашего исследования среди больных с диагностированным ОА коленных суставов (в соответствии с критериями ACR) частота встречаемости сердечно-сосудистых нарушений, таких как артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца составила 71,7 % и 49,0 % ($p < 0,05$), соответственно. Метаболические нарушения (ожирение) у больных остеоартрозом также оказались достаточно высокими – 66,3 % ($p < 0,05$). Сахарный диабет выявлен у 15,2 % пациентов с ОА. У 67,3 % ($p < 0,05$) исследуемых больных выявлено в анамнезе более трех заболеваний. При оценке коморбидности учитывали количество заболеваний: у 29,3 % – два заболевания + возраст, у 45,7 % – три заболевания + возраст, у 21,7 % – четыре заболевания + возраст, у 3,3 % – пять заболеваний + возраст ($p < 0,05$). Полученные результаты показали, что коморбидность по индексу Charlson увеличивает риск смертности больных на 10 лет, у 49,0 % ($p < 0,05$) обследованных пациентов индекс составил 85,0 % ($p < 0,05$). Также мы отметили, что выраженность клинических проявлений ОА находится в прямой зависимости от длительности заболевания, а уровень тяжести суставных проявлений (выраженность болевого синдрома и структурных изменений) у пациентов с наличием сердечно-сосудистой патологии выше на 23,4 % ($p < 0,05$), чем у лиц без таковых, и находится в прямой зависимости от степени тяжести ССЗ.

Заключение. Таким образом, по результатам исследования, выявлено, что частота сердечно-сосудистой патологии у больных с остеоартрозом выше, чем без таковой патологии. Проблема коморбидности у пациентов с остеоартрозом может носить прогностический характер. Своевременное выявление коморбидных состояний и комплексное лечение болезней, имеющих у пациентов с остеоартрозом, позволит существенно снизить сердечно-сосудистые риски и улучшить жизненный прогноз пациентов.

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ И НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Карнишкина О.Ю., Лещанкина Н. Ю., Еремеева Е.Н., Костина М.В.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение клинической и прогностической значимости факторов, способствующих развитию рестеноза у пациентов после стентирования КА.

Материал и методы. Обследовано 34 пациента (24 мужчины и 10 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет, которые находились под наблюдением в течение полугода после стентирования КА. Пациентам проводилось комплексное обследование, в том числе мультиспиральная компьютерная томография, коронароангиография (КАГ) (при наличии клиники рестеноза). Оценивались: уровень артериального давления (АД), показатели общего холестерина (ХС), триглицеридов (Тр), липопротеидов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), наличие абдоминального ожирения (АО), протяженность стеноза (по данным КАГ), вид установленного стента, оценивалась приверженность больных к фармакотерапии после стентирования КА.

Результаты. Определены две группы больных: I группа – с развившимся в течение полугода рестенозом (9 больных, ср. возраст $54,5 \pm 5,3$ г.), II группа – без признаков рестеноза (25 человек, ср. возраст $62,3 \pm 4,4$ г.). Отмечена высокая распространенность АГ в обеих исследуемых группах: в I группе – у 100 % больных, во II группе – у 77 % пациентов. Через 6 месяцев уровень САД в группе с рестенозом был выше в среднем на 9 мм рт. ст., ДАД не имело достоверных отличий. Показатели ХС, ХС ЛПНП также были выше в группе рестенозов как до стентирования, так и после него, несмотря на прием статинов: средний уровень ХС I группы до стентирования $7,6 \pm 1,1$ ммоль/л, через полгода – $5,6 \pm 1,3$ ммоль/л ($p < 0,05$); во II группе – до стентирования – $6,4 \pm 1,5$ ммоль/л, через полгода – $5,2 \pm 1,2$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровни Тр, ХС ЛПВП у наших пациентов оказались прогностически незначимыми. АО имели 77,7 % пациентов I группы (окружность талии (ОТ) до стентирования 108 ± 4 см, через 6 месяцев – 102 ± 3 см), ОТ 73,1 % пациентов II группы была в среднем 97 ± 3 см до стентирования, после стентирования ситуация существенно не изменилась. Количество стентов с лекарственным покрытием и голуметаллических достоверно не отличались в группах. Результаты КАГ свидетельствуют о том, что в I группе чаще стенты ставились в переднюю межжелудочковую ветвь – 56 % (против 36 % во II группе, $p < 0,05$); правая

коронарная артерия также была стентирована чаще в I группе – 22,2 % против 8 % во II группе. Приверженность к лечению в группах была достаточно высокой среди пациентов обеих групп.

Заключение. Таким образом, неблагоприятными факторами возможного рестеноза КА после стентирования явились: возраст моложе 55 лет, наличие повышенного систолического АД, ХС ЛПНП, АО.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Карпунина Н.С., Заикина М.В., Туев А.В., Агафонов А.В., Тарасова О.А.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России, Пермь, Россия

Цель. Изучить особенности variability ритма сердца (ВРС) у пациентов с легкой персистирующей бронхиальной астмой (БА). **Материалы и методы.** Исследование проводили в период с декабря 2014 г. по декабрь 2015 г. на базе аллергологического отделения ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермской краевой клинической больницы. К критериям исключения относили: сахарный диабет, злокачественные новообразования, острые инфекционные заболевания в момент исследования или за 2 недели до него. По результатам обследования были сформированы 2 группы, сопоставимые по возрасту: первая – 35 пациентов с легкой персистирующей БА, вторая – 20 человек – практически здоровые лица, все – мужчины, средний возраст $22,3 \pm 1,12$ г. и $21,9 \pm 1,17$ г. соответственно. БА диагностировали и контролировали согласно Международной Классификации Болезней X пересмотра и современным рекомендациям GINA. Всем пациентам выполняли длительное мониторирование ЭКГ, используя портативный кардиорегистратор SCHILLER MT-200 Holter-ECG V2.71.1 с непрерывной 24-часовой записью ЭКГ и последующим автоматизированным анализом на IBM PC – совместимом компьютере. Оценку показателей ВРС осуществляли согласно рекомендациям Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии (1993), а также Национальным рекомендациям по применению методики холтеровского мониторирования в клинической практике (2014). Анализ данных выполняли с помощью программного пакета Statistica 6,0, результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Расчетные показатели, характеризующие variability сердечного ритма, полученные методом временной оценки, в обеих группах соответствовали нормативам с учетом нижних (5 %) и верхних (95 %) перцентильных лимитов параметров TimeDomain. Однако в сравнении с контрольной группой установлено достоверное ослабление вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы в целом у пациентов с персистирующей БА ($SDNN=161,8 \pm 6,95$ мсек, $SDNNi=73,0 \pm 13,74$ мсек, $p=0,003$). Установлено также, что в обеих группах превалировало влияние симпатической нервной системы, хотя средняя частота сердечных сокращений оставалась в пределах допустимых нормативов в обеих группах. Следует отметить, что на фоне общего ослабления вегетативной регуляции пропорционально снижалось влияние обоих отделов вегетативной нервной системы на ВРС у пациентов с БА. Эти отличия были значимыми в сравнении с группой контроля ($rMSSD=56,8 \pm 11,24$ мсек, $p=0,04$, $pNN50=19,9 \pm 10,47$ %, $p=0,04$).

Заключение. Таким образом, установлено значимое снижение адаптационных возможностей сердечного ритма у пациентов с персистирующей БА, в равной степени затрагивающее оба отдела вегетативной нервной системы, что в перспективе может оказаться неблагоприятным прогностическим показателем, увеличивающим риск смерти таких больных.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕДУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И МАНИФЕСТНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА

Касаткина С.Г., Панова Т.Н., Касаткин С.Н., Торянова М.Р.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Астрахань, Россия

Цель. Изучить распространенность гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) и определить типы ремоделирования миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа и манифестного тиреотоксикоза (МТ).

Материал и методы. обследованы 177 стационарных больных СД 2 типа, из них 43 с МТ, 134 – с эутиреозом (ЭТ). Возраст больных с МТ составил в среднем $52,47 \pm 5,57$ года, средняя длительность СД 2 типа – $4,41 \pm 2,26$ г.; с ЭТ – $51,46 \pm 5,17$ г. и $4,23 \pm 2,36$ г., соответственно. Всем больным проводили физикальное обследование, оцен-

ку факторов риска ИБС, электрокардиографию, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов на аппарате «Vivid 3» ТМ, США с линейным датчиком 7,5 МГц. Иммуноферментным методом контролировали уровень св.Т4, ТТГ, титр антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в сыворотке крови. У больных МТ средний объем ЩЖ составил $34,4 \pm 0,45$ мл, уровень ТТГ- $0,005 \pm 0,67$ мкМЕ/мл, св.Т4- $34,75 \pm 0,66$ н/моль/л, АТ-ТПО- $399,27 \pm 11,7$ Ед/мл; уровень гликемии натощак составил в среднем $11,5 \pm 0,12$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $14,5 \pm 0,78$ ммоль/л, гликированного гемоглобина – (HbA1c) – $10,51 \pm 0,15$ %. У больных ЭТ средний объем ЩЖ составил $20,10 \pm 0,25$ мл, уровни ТТГ, св.Т4, АТ-ТПО были в пределах референсных значений, уровень гликемии натощак составил в среднем $9,1 \pm 0,16$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $10,5 \pm 0,58$ ммоль/л, гликированного гемоглобина – (HbA1c) – $8,3 \pm 0,02$ %. Статистический анализ данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0. Для анализа корреляционной связи двух признаков применяли метод Спирмена. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. У лиц с МТ ИБС встречается статистически чаще, чем с ЭТ ($\chi^2 = 21,63$; $p = 0,0001$). ИБС у лиц с МТ развивалась в среднем в возрасте $53,45 \pm 4,92$ лет, при стаже диабета $4,61 \pm 2,16$ лет, тогда как у лиц с ЭТ в возрасте $54,75 \pm 4,82$ лет, при стаже $4,87 \pm 2,01$ лет. Гипертрофия ЛЖ выявлена у 58,3 % в группе больных ИБС с МТ и у 50,6 % в группе сравнения. При изучении типов архитектоники левого желудочка установлено, что при манифестном тиреотоксикозе по сравнению с ЭТ статистически чаще ($p = 0,0019$) встречалась эксцентрическая гипертрофия левого желудочка 52,0 % больных, у 6,3 % – концентрическая гипертрофия, нормальная геометрия левого желудочка наблюдалась у 41,7 %. Следовательно, более агрессивно протекающее заболевание – тиреотоксикоз способствует формированию эксцентрической модели ремоделирования, что свидетельствует о более высоком риске сердечно-сосудистых событий.

Заключение. У больных ИБС на фоне СД 2 типа и тиреотоксикоза гипертрофия миокарда ЛЖ встречалась чаще, чем с ЭТ. Преобладающим типом ремоделирования миокарда являлась эксцентрическая гипертрофия ЛЖ и встречалась в 52,0 % случаев, что свидетельствует о более высоком риске сердечно-сосудистых событий.

ВОЗДЕЙСТВИЕ СРЕДНЕЧАСТОТНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Касимова Г.М., Утемуратов Б.Б., Шарипова Р.М., Усанова С.Т.

АО «Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Терапии
и Медицинской Реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Исследовать влияние среднечастотного диапазона ударно-волнового воздействия на синтез цитокинов и уровень белков острой фазы воспаления в регулировании клеточного метаболизма при экспериментальном атеросклерозе.

Материал и методы. Вызвана модель экспериментального атеросклероза у подопытных животных (по 10 кроликов в каждой группе эксперимента). Определен биохимический (ревмафактор, С-реактивный белок, липиды) и иммуноферментный (фактор некроза опухоли – (ФНО- α), интерлейкины (Ил-1бета, Ил-6, Ил-10), как критерий воспалительного процесса в качестве контрольных показателей оценки влияния ударно-волнового воздействия.

Результаты. Использование среднеэнергетических сфокусированных ударных волн при экспериментальном атеросклерозе, сопровождается снижением уровня холестерина, триглицеридов и холестерина – липопротеидов низкой плотности. В результате воздействия среднеэнергетических сфокусированных ударных волн в клетках сердечной мышцы ускоряется метаболизм, способствующий улучшению состояния сердечной мышцы. На положительное влияние ударно-волновой терапии указывает снижение основного маркера воспаления С-реактивного белка, что приводит к уменьшению воспалительного процесса при экспериментальном атеросклерозе. Частичное снижение уровня провоспалительных цитокинов в процессе воздействия аппликатором генерирующего средне-энергетические сфокусированные ударные волны, благоприятно влияет на клетки сердечной мышцы. Видимо, под действием ударной волны происходит активация внутриклеточных процессов, что приводит к частичной нормализации биохимических показателей крови. Это отражается в ускорении метаболизма сердечной мышцы, что подтверждается частичной стабилизацией показателей крови экспериментальных животных. Стимуляция биологических механизмов создает оптимальные условия для восстановления поврежденной области и ускорения процесса восстановления тканей и роста клеток. Усиление ревазуляризации, хорошее кровообращение жизненно важно для процессов восстановления поврежденных тканей. Применение среднеэнергетической ударно-волновой терапии существенно увеличивают индикаторы роста, поддержания и регенерации тканей. Оба процесса стимулируют рост и возобновление новых артериол.

Выводы. Новые кровеносные сосуды улучшают кровообращение и насыщение кислородом, что приводит к быстрому восстановлению соединительной ткани. Частичное снижение уровня провоспалительных цитокинов и белков острой фазы воспаления в процессе воздействия аппликатором генерирующего средне- энергетические сфокусированные ударные волны, благоприятно влияют на регулирование клеточного метаболизма и клетки сердечной мышцы при экспериментальном атеросклерозе.

АНАЛИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ИБС СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И В МЕНОПАУЗЕ

Касумова Ф.Н., Фараджева Н.А., Мамедова Р.Н., Султанова С.С., Мурсалов М.М.

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

Многочисленные эпидемиологические исследования последних десятилетий убедительно продемонстрировали, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к наиболее массовым заболеваниям современности, имеющая тенденцию к росту, омоложению, широкому распространению. Вследствие большей продолжительности жизни женщин по сравнению с мужчинами, вероятность развития ИБС и связанной с ними инвалидности и смертности у них выше.

По данным статистики, ИБС у женщин до наступления менопаузы встречается значительно реже, чем у мужчин того же возраста. Пик заболеваемости ИБС у них приходится на возрастной период 65–75 лет, но в последние годы отмечено увеличение её и у молодых женщин с сохраненной менструальной функцией, что не укладывается в традиционные представления об этой патологии.

Цель. Провести сравнительный анализ отдельных форм ИБС среди женщин фертильного возраста и в менопаузе.

Материал и методы. Обследование прошли 200 женщин, наличие ИБС у которых устанавливалось в соответствии с общепризнанными критериями ВОЗ, на основании положительных ответов кардиологического вопросника для выявления стенокардии и её эквивалентов. Все обследуемые были разделены на 2 группы. Первую группу – 99 человек с ИБС составили пациентки, выявленные в результате эпидемиологического обследования, а вторую группу – 101 женщина с ИБС, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. Всем пациентам проводился полный комплекс клинико-инструментальных и лабораторных исследований для верификации ИБС и ее клинических форм.

Результаты. Наше исследование продемонстрировало, что при эпидемиологическом обследовании впервые возникшая стенокардия встречалась у 31 женщины репродуктивного возраста, что составило 56,4 %, т. е. больше, чем у половины обследованных, в то время как в период менопаузы у 21 пациентки преимущественно встречается стенокардия напряжения (СН), что составляет 47,7 %. В то же время среди женщин фертильного возраста эта форма ИБС также регистрируется довольно часто – в 16,4 % случаев.

Во II группе обследованных женщин, наиболее часто – в 37,5 % случаев СН встречается в фертильном возрасте, в то время как её частота в период менопаузы составляет лишь 28,6 %. Впервые возникшая стенокардия с большей частотой – в 12,5 % случаев зарегистрированы у женщин в молодом репродуктивном возрасте против 1,3 % в период менопаузы.

В клинической группе обследованных у женщин климактерического возраста чаще встречаются такие формы ИБС, как перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) без з.К (27,3 %), перенесенный ИМ с з.К (15,6 %), далее следуют ИМ з.К и нарушение ритма по типу мерцательной аритмии (НР МА) с одинаковой частотой в 12,9 % случаев. Таким образом, наиболее распространенной формой ИБС как по данным клинического, так и эпидемиологического обследования является СН (30,7 % и 30,3 % соответственно).

Выводы: 1. В обеих группах исследования наиболее распространенной формой ИБС является СН.

2. Более чем у половины женщин фертильного возраста – в 56,4 % случаев выявляется впервые возникшая стенокардия, тогда как в менопаузе чаще регистрируется СН – в 47,7 % случаев.

3. По данным клинического обследования наибольший % приходится на СН, причем больше у молодых женщин (37,5 %), чем в менопаузе (28,6 %).

КОМОРБИДНОСТЬ: УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Кац Я.А.

Саратовский медицинский университет, Саратов, Россия

Начиная со второй половины XX века и в последующие годы, среди больных стало наиболее заметно преобладание пациентов, имеющих одновременно несколько заболеваний или коморбидность (имеется 7 синонимов). Относительно новое положение определяет необходимость не только проведения анализа и выявления причин изменения ситуации, но и уточнение принципов профилактики формирования, диагностики и лечения коморбидных состояний. Понятно, что основу профилактики должны составлять подходы к предупреждению формирования ассоциаций тех болезней, которые чаще всего составляют коморбидность, имея в виду выяснение возможной общности этиологии, факторов риска и механизмов развития, с последующей разработкой индивидуальных мероприятий с учетом характера заболеваний и условий их возникновения. Не менее сложным является уточнение принципов диагностики коморбидных состояний. Сохраняя основной алгоритм диагностической работы врача, необходимо внести определенные изменения в методические приемы получения и анализ информации на разных этапах. Это обусловлено тем, что при коморбидности меняется объем и характер информации.

С увеличением данных о больном и показателей химико-биологических и технических методов диагностики заболеваний, входящих в коморбидность, усложняется и процесс мыслительной деятельности врача. Изменяется характер клинического мышления при анализе этапов развития каждого из процессов, внося определенные коррективы с учетом их развития в условиях действия закономерностей и патогенетических факторов не одного, а всех заболеваний, составляющих коморбидность. Наиболее сложным вариантом взаимосвязей и взаимозависимости явлений при наличии коморбидности является, их возможные «взаимопроникновения» или пенетрация, в результате чего формируются совершенно новые группы функционирования, новые системы или комбинации заболеваний, что может осложнять точность диагностики и иметь как для врача, так и для больного исключительное значение. В результате патогенетических «пересечений» может развиваться резонансный эффект с возникновением совершенно новых клинических вариантов и состояний. В последнем случае это касается коморбидных состояний, при которых вопросы «взаимопроникновения» приобретают особое значение, так как в результате можно ожидать доброкачественный или злокачественный эффект.

С практической точки зрения при коморбидности и составлении «диагноза больного», необходимо придерживаться достаточно четкой «дисциплины мышления», которая включает определенную последовательность мыслительных операций, направленных на выделение основного (ых), сопутствующих, фоновых заболеваний и осложнений. При этом наиболее значимым является диагностика основного заболевания, а при наличии нескольких активных процессов знать, в какой последовательности они должны быть отражены в основном диагнозе. Критерием определения места для заболевания в основном диагнозе должна являться оценка степени активности процесса и наибольшей угрожаемости развития осложнений и жизни пациента, требующих незамедлительного лечения.

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М.М., Гафаров В.В.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия;
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,
Новосибирск, Россия

Цель. Целью исследования явилось изучение самооценки состояния здоровья у мужчин и женщин открытой популяции 25–64 лет в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского и женского пола в количестве 2000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % среди мужчин и 70,5 % среди женщин (705 участников). Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Вопросы

анкеты по самооценке состояния здоровья сопровождались перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, как они предполагали, являлся наиболее правильным.

Результаты. 47,5 % мужчин и 67,8 % женщин отметили, что они не совсем здоровы или больны. Доля лиц, считающих себя здоровыми, составила более 40 %. Ответ «совершенно здоров» дали 1,5 % респондентов. Максимальные значения категорий «не совсем здоров» и «болен» отмечались в возрастной группе 55–64 лет и составили в целом 66,9 % среди мужчин и 73,9 % среди женщин. С ответом «совершенно здоров» выступило минимальное количество мужчин и женщин во всех возрастных категориях. Доля респондентов с ответами «здоровье хорошее» и «здоров» закономерно снижалась в старших возрастных группах. Статистически значимые различия в гендерном аспекте в целом в группе 25–64 лет были установлены по параметрам «совершенно здоров», «здоров» и «не совсем здоров». Так, по первым двум параметрам, с ответами «совершенно здоров» и «здоров», выступило существенно меньшее число женщин по сравнению с мужчинами (0,6–2,4 %, $p < 0,01$ и 20,7–38,5 %, $p < 0,001$ соответственно). Ответ «не совсем здоров», напротив, чаще давали женщины (62,1–40,4 %, $p < 0,001$), такая тенденция сохранялась и в возрастных группах 25–34, 35–44 и 55–64 лет. По параметрам «здоровье хорошее» и «болен» в популяции в гендерном аспекте статистически значимых различий не наблюдалось, однако такие различия были установлены в возрастных категориях 25–34 и 55–64 лет, причем тенденция к более низкой оценке состояния здоровья в младшей возрастной группе имела место среди женщин, в старшей возрастной группе – среди мужчин.

Заключение. Таким образом, снижение позитивной самооценки здоровья в открытой городской популяции приходилось на женщин, такая тенденция имела место преимущественно в молодом возрасте.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ РЕНИНА ПЛАЗМЫ ПРИ ВОСПОЛНЕНИИ ДЕФИЦИТА/НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ И РАННЕМ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Кежун Л.В., Янковская Л.В., Кежун Е.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель. Оценить влияние холекальциферола на активность ренина плазмы (АРП) при восполнении дефицита/недостаточности уровня 25 (ОН) D в плазме крови у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в пременопаузальном и раннем постменопаузальном периодах.

Материал и методы. Обследовано 102 женщины с АГ II степени риск 3 в возрасте 50 [48;53] лет: 50 женщин в пременопаузальном периоде – группа I и 52 женщины в раннем постменопаузальном периоде – группа II. Методом иммуноферментного анализа определяли АРП и уровень общего витамина D – 25 (ОН) D в плазме крови, включающего 25 (ОН) D₂ и 25 (ОН) D₃. В группах I и II были выделены подгруппы с уровнем 25 (ОН) D <30нг/мл: подгруппа IB (n=25) и подгруппа IIB (n=21), соответственно, в которых к антигипертензивной терапии (рамиприл с индапамидом) добавляли приём холекальциферола 2000 МЕ/сут в течение 3-х месяцев. В подгруппах IA (n=25) и IIA (n=31), холекальциферол не назначался. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10,0».

Результаты. Исходно по АРП подгруппы IA и IB, IIA и IIB не различались ($p > 0,05$). Уровень 25 (ОН) D был ниже ($p < 0,05$) в подгруппе IB по сравнению с подгруппой IA (19,3±8,5 нг/мл и 26,7±11,5 нг/мл); в подгруппе IIB по сравнению с подгруппой IIA (18,2±9,5 нг/мл и 27,4±10,5 нг/мл). После терапии уровень 25 (ОН) D повысился ($p < 0,001$) в подгруппе IB (37,28±11,97 нг/мл) и в подгруппе IIB (36,4±10,0нг/мл), и стал выше ($p < 0,001$), чем в сопоставимых подгруппах IA и IIA. АРП после терапии снизилась в подгруппе IB (с 0,83 [0,61; 1,03] нг/мл/ч до 0,73 [0,44; 0,94] нг/мл/ч, $p = 0,04$) и в подгруппе IIB (с 0,88 [0,72; 2, 31] нг/мл/ч до 0,72 [0,45; 0,88] нг/мл/ч, $p = 0,03$) и стала ниже ($p < 0,05$) по сравнению с подгруппами IA и IIA, в которых не произошло ($p > 0,05$) снижение АРП. Наибольшая динамика АРП была в подгруппе IIB и составила -1,36±3,19 нг/мл/ч, что было достоверно выше динамики АРП в сопоставимой подгруппе IIA, где она составила +0,79±3,20 нг/мл/ч ($p = 0,04$). Кроме этого, динамика АРП в подгруппе IIB была достоверно большей по сравнению с подгруппой IA (+0,87±3,85 нг/мл/ч, $p = 0,04$). Динамика АРП в подгруппе IB составила -0,49±1,37 нг/мл/ч. С помощью многофакторного дисперсионного анализа установлено, что достоверный вклад в дисперсию показателя динамики АРП вносит приём холекальциферола: $F = 6,59$, $p = 0,01$.

Заключение. Таким образом, восполнение дефицита/недостаточности уровня 25 (ОН) D в плазме крови путём приёма холекальциферола 2000 МЕ/сут в течение 3-х месяцев приводит к снижению АРП у женщин с АГ в пременопаузальном и раннем постменопаузальном периодах.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ПРИЕМЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Ким И.В.¹, Бочкарева Е.В.¹, Варакин Ю.Я.²

¹ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Россия

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности трудоспособного населения России. Ведение пациентов с артериальной гипертонией (АГ) осуществляет участковый врач-терапевт. Нередко больные АГ имеют «церебральную» симптоматику, однако длительное время не придают этому значения и не обращаются к врачу. В свою очередь, врачи в амбулаторных условиях недостаточно осведомлены о важности проблемы выявления начальных форм ЦВЗ, в результате чего, данная патология упускается из виду и остается не диагностированной.

Цель. Оценить возможность применения унифицированного вопросника для выявления различных форм ЦВЗ у больных АГ на приеме у врача-терапевта.

Материал и методы. В одномоментное исследование включены 257 чел. с АГ 1–3 степени, обратившихся к участковому врачу-терапевту «по любому поводу». Проводился опрос с применением нового унифицированного вопросника для выявления вероятности различных форм ЦВЗ: острых форм в анамнезе и хронических форм – синдрома начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга и дисциркуляторной энцефалопатии, на момент обследования. Верификация диагноза осуществлялась независимыми врачами-специалистами – неврологом и кардиологом, с учетом результатов дополнительных методов обследования.

Результаты. Всего различные формы ЦВЗ диагностированы у 148 (57,6 %) больных АГ, в том числе острые формы в анамнезе – у 21 (8,2 %) чел., хронические формы на момент обследования – у 53 (20,6 %) чел., острые в сочетании с хроническими формами – у 74 (28,8 %) чел. Ранее не диагностированные ЦВЗ определены у 25 (20,2 %) больных АГ, при этом хронические ЦВЗ, в т. ч. в сочетании с острыми формами в анамнезе, отмечены в большинстве случаев (92,3 %). Указание на перенесенный ранее гипертонический церебральный криз до начала исследования имелось в амбулаторной карте у 4 (1,6 %) чел., в 28,0 % диагноз был установлен впервые с помощью анкетирования.

Заключение. Таким образом, применение унифицированного вопросника у больных АГ в условиях поликлиники позволяет не пропустить характерные «церебральные» жалобы, правильно оценить анамнез и повысить выявляемость хронической цереброваскулярной патологии и гипертонического церебрального криза, наиболее перспективных с точки зрения профилактики развития инсульта. Опросник может применяться в качестве надежного инструмента в работе участкового врача-терапевта.

АНАЛИЗ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНЫХ ПРИВЫЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кириухин О.Л., Щербакова О.Н., Ларинская И.К., Лихоткина Е.А.

ФКУЗ МСЧ МВД России по Рязанской области, Рязань, Россия

Данные исследований свидетельствуют, что проблему формирования метаболического синдрома (МС) следует рассматривать не только с позиций неправильного питания, сниженной физической активности и генетической предрасположенности. Закономерным является выделение некоторых форм поведения или состояний, которые наряду с общеизвестными факторами риска, участвуют в развитии основных звеньев МС, обладая потенцирующими эффектами, образуют порочный круг в развитии заболевания и затрудняют его лечение.

Целью настоящего исследования послужил анализ случаев МС, выявленного у пациентов при диспансерном осмотре на предмет особенностей пищевого поведения.

Материал и методы: обследовано 70 пациентов (29 мужчин и 41 женщина), средний возраст которых составил 57,2±3,9 лет, которые информировано согласились на диагностическую работу с врачом-психотерапевтом.

Результаты: по итогам проведенной работы у 51 (73 % обследованных) больных выявлены следующие нарушения в пищевом поведении: 49 % (25 человек) страдали «булимией второй половины дня», т. е. пере-

едали в вечернее время. Из них 9 пациентов отмечали за собой ночные приёмы пищи или «синдром ночной еды», выпивка носила редкий случайный характер; 23 % (12 человек) – обнаруживали «углеводную жажду» (переедание сладкого и мучного), их алкогольными предпочтениями были сладкие некрепкие напитки; 21 % (11 человек) обнаруживали «эмоциональное переедание», 4 из них страдали «компульсивным пищевым поведением» с явлениями булимии, отмечая привычку «заедать стресс», 3 пациентов этой группы страдали запойной формой пьянства; 6 % (3 человека) оказались «жировыми булемиками», переедали исключительно жирные продукты, считая невозможным приём пищи без приправ, майонеза и кетчупа, ежедневно использовали в пищу сало, колбасы и жирные сорта мяса. Употребление алкоголя у них носило эпизодический характер – не чаще 2-х раз в неделю, но было обильным. Лабораторные исследования определяли у них значительные расстройства липидного спектра.

Выводы: 1. 73 % пациентов с МС имеют отклонения в пищевом поведении, снижающие эффективность лечения, а также создающими условия для развития сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета II типа на фоне нерационального потребления белковой пищи.

2. Несоблюдение режима питания – пренебрежение завтраками, переедание во второй половине дня, «синдром ночной еды», встречается у половины пациентов с МС, что определяет важность проведения психологического консультирования с обучением их основам рационального питания.

3. Употребление алкоголя, в отличие от лиц без МС, носит редкий эпизодический, но обильный характер, что определяет в рекомендациях меры по снижению количества употребляемого алкоголя в день предполагаемого застолья, особенно в отношении сладких спиртных напитков.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА – ЛИКОСИМВАСТАТИНА В КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

*Клочков В.А., Чалык Н.Е., Фролова Т.А., Радаева И.Ю., I.M.Petyaev**

НИИ кардиологии ГОУ ВПО СГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

*Lycotec Ltd, Кембридж, Великобритания

Цель. Изучение эффективности воздействия на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний препарата ликосимвастатина, представляющего собой комбинацию симвастатина и микрокапсулированного антиоксиданта ликопина.

Материал и методы. Липидный спектр крови, уровни малонового диальдегида и с-реактивного белка анализировались до и по окончании месячного курса лечения у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией (25 мужчин и 27 женщин), имевших упомянутые факторы риска, разделенных на 3 группы, сравнимых по клиническим и лабораторным показателям.

Результаты. В начале была исследована эффективность на указанные параметры симвастатина в дозе 20 мг. Изучаемую группу составили 16 пациентов (7 мужчин и 9 женщин). Исходный уровень исследуемых параметров составил в среднем: уровень общего холестерина 229 ± 15 мг/дл, ЛПВП – 41 ± 4 мг/дл, ЛПНП – 161 ± 10 мг/дл, ТГ – 165 ± 11 мг/дл, МДА (уровень малонового диальдегида) – $2,21$ нМ/мл, с-реактивного протеина – $8,8$ мг/л. После месячного курса приема препарата указанные параметры изменились следующим образом: 210 ± 11 мг/дл ($p < 0,01$), ЛПВП – 42 ± 4 мг/дл ($p > 0,05$), ЛПНП – 148 ± 9 мг/дл ($p < 0,001$), ТГ – 146 ± 11 мг/дл ($p < 0,001$), МДА (уровень малонового диальдегида) – $1,98$ нМ/мл ($p < 0,01$), с-реактивного протеина – $6,8$ мг/л ($p < 0,01$).

Далее изучалась активность ликопина (раствор в растительном масле – 7 мг). Группу составили 18 пациентов (10 мужчин и 8 женщин). Исходный уровень исследуемых параметров составил в среднем: уровень общего холестерина 234 ± 17 мг/дл, ЛПВП – 41 ± 5 мг/дл, ЛПНП – 166 ± 10 мг/дл, ТГ – 170 ± 12 мг/дл, МДА – $2,23$ нМ/мл, с-реактивного протеина – $8,1$ мг/л. После курса указанные параметры изменились следующим образом: 222 ± 12 мг/дл ($p < 0,01$), ЛПВП – 42 ± 1 мг/дл ($p > 0,05$), ЛПНП – 156 ± 9 мг/дл ($p < 0,01$), ТГ – 162 ± 11 мг/дл ($p < 0,01$), МДА – $2,05$ нМ/мл ($p < 0,05$), с-реактивного протеина – $7,3$ мг/л ($p < 0,05$).

В третьей группе из 18 пациентов (8 мужчин и 10 женщин), получавшие ликосимвастатин (7 мг + 20 мг) получены следующие результаты. Исходный уровень общего холестерина составил 230 ± 19 мг/дл, ЛПВП – 39 ± 3 мг/дл, ЛПНП – 161 ± 10 мг/дл, ТГ – 166 ± 11 мг/дл, МДА (уровень малонового диальдегида) – $2,3$ нМ/мл, с-реактивного протеина – $8,4$ мг/л.

Месячный курс приема препарата дал следующие результаты: уровень общего холестерина составил 207 ± 12 мг/дл ($p < 0,001$), ЛПВП – 42 ± 4 мг/дл ($p < 0,05$), ЛПНП – 140 ± 8 мг/дл ($p < 0,001$), ТГ – 142 ± 10 мг/дл ($p < 0,01$), МДА (уровень малонового диальдегида) – $1,6$ нМ/мл ($p < 0,01$), с-реактивного протеина – $5,4$ мг/л ($p < 0,001$).

Заключение. По эффективности коррекции сердечно-сосудистых факторов риска ликосимвастатин достоверно превосходит не только антиоксидант ликопин, но и симвастатин. По-видимому, имеет место синергизм этих препаратов, относящихся к различным группам, что создает предпосылки для дальнейшего совместного применения статинов и антиоксидантов природного происхождения в практике.

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА ЛИКОПИНА НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ У ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К УГЛЕВОДАМ

*Клочков В.А., Чалык Н.Е., Фролова Т.А., Радаева И.Ю., I.M.Petyaev**

НИИ кардиологии ГОУ ВПО СГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия
*Lycotec Ltd, Кембридж, Великобритания

Цель. Изучить воздействие антиоксиданта – нутрицевтика из группы каротиноидов ликопина у пациентов ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией с наличием начальных стадий нарушения углеводного обмена.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 56 пациентов хронической ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией (24 мужчины и 32 женщины), прошедшие тест толерантности к углеводам (75 г глюкозы (Гл.) на 500 мл теплой воды с добавлением для коррекции вкуса лимонного сока). Средний уровень максимального подъема уровня глюкозы крови (Гл.мах) по группе составил $8,9 \pm 0,5$ ммоль/л. Лица, имевшие превышения уровня в 11 ммоль/л исключались из исследования. Исследуемые были рандомизированы на две подгруппы по 28 человек в каждой. Подгруппа 1 получала препарат ликопина в микрокапсульной форме в дозе 7,5 мг однократно в момент потребления максимального количества пищи (обед), подгруппа 2 – аналогичный препарат в дозе 15 мг. Продолжительность курсового лечения составила 4 недели. Пациента не получали ни липиднормализующей, ни сахароснижающей терапии и придерживались обычной для себя диеты. Помимо глюкозы исследовались показатели липидного обмена – уровень общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицеридов (ТГ).

Результаты. Исходные показатели в погруппе 1 составили в среднем: Гл – $6,1 \pm 0,3$ ммоль/л, Гл.мах – $8,7 \pm 0,4$ ммоль/л, ОХ – 198 ± 11 мг/дл, ЛПНП – 139 ± 9 мг/л, ЛПВП – 45 ± 4 мг/дл и ТГ – 130 ± 8 мг/дл. В подгруппе 2 аналогичные параметры составили: Гл – $6,3 \pm 0,3$, Гл.мах – $9,1 \pm 0,5$ ммоль /л, ОХ – 202 мг/дл, ЛПНП – 136 ± 8 мг/л, ЛПВП – 44 ± 4 мг/л, Тг – 131 ± 7 мг/дл. Статистических различий в клинических и лабораторных показателей не отмечалось. После проведения месячного курса терапии ликопином в погруппе 1 изучаемые показатели составили в среднем: $5,4 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$), Гл.мах – $8,0 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,001$), ОХ – 188 ± 11 мг/дл ($p < 0,01$), ЛПНП – 139 ± 9 мг/л ($p < 0,01$), ЛПВП – 47 ± 4 мг/дл ($p < 0,1$) и ТГ – 130 ± 8 мг/дл ($p < 0,01$). В подгруппе 2 параметры после терапии были следующими: $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,001$), Гл.мах – $7,9 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,001$), ОХ – 192 ± 10 мг/дл ($p < 0,01$), ЛПНП – 135 ± 9 мг/л ($p < 0,01$), ЛПВП – 47 ± 5 мг/дл ($p < 0,1$) и ТГ – 129 ± 8 мг/дл ($p < 0,01$).

Заключение. Результаты исследования, прежде всего, подтвердили ранее полученные данные о липидснижающем эффекте ликопина, даже при уровнях липидов, формально не достигающих табличных критериев дислипидемии. Во-вторых, подтверждены, к сожалению, редкие данные о нормализующем воздействии ликопина на углеводный обмен. В третьих, отмечался незначительный позитивный прирост в изучаемых параметрах в ответ на увеличении вдвое рабочей дозы препарата, что свидетельствует об эффективности даже средней дозы микрокапсулированного ликопина, что весьма важно с точки зрения экономичности комплексной терапии факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

УСИЛЕННАЯ НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Князева Т.А., Никифорова Т.И., Отто М.П., Анханова Т.В.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии»
Минздрава России, Москва, Россия

Цель: разработка новой технологии реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после острого коронарного синдрома (ОКС) с использованием наружного вспомогательного кровообращения.

Материал и методы. Проведено проспективное контролируемое рандомизированное исследование с включением 32 пациентов ИБС после нестабильной стенокардии через 3 недели после купирования острого коронарного синдрома. 1-я группа (22 больных) получала усиленную наружную контрпульсацию в комплексе с реабилитационными воздействиями: общими кремнистыми ваннами с концентрацией кремния – 150 мг/л

и матричную (10 диодную) лазерную терапию и стандартную медикаментозную терапию. 2-я группа (10 больных) получала общие кремнистые ванны с повышенной концентрацией кремния и матричную лазерную терапию, стандартную медикаментозную терапию.

Результаты. Получены антиангинальный, антиишемический, аритмический эффекты у больных ИБС после ОКС под влиянием усиленной наружной контрпульсации в комплексе с общими кремнистыми ваннами и матричной лазерной терапией. Так, у 11 больных 1-й группы стенокардия напряжения III-II ФК перешла во II-I ФК, у 9 больных уменьшилось количество эпизодов стенокардии и прием нитратов на 44,45 %, ($p < 0,05$), количество желудочковых экстрасистол уменьшилось на 21,59 %, ($p < 0,01$). Во 2-й группе уменьшилась только кратность приема нитратов ($p < 0,05$). Вследствие уменьшения ишемии миокарда повысилась сократительная функция миокарда и коронарный резерв. У больных 1-й группы фракция выброса увеличилась на 6,2 % ($p < 0,01$), 2-й группы – на 4,52 % ($p < 0,01$) и объясняется влиянием усиленной наружной контрпульсации на процессы прекодиционирования. У больных 1-й группы объем выполненной нагрузки, по данным ВЭМ пробы, повысился на 38,71 %, ($p < 0,01$), 2-й группы – на 27,35 %, ($p < 0,01$), что свидетельствует о наибольшем повышении толерантности к физической нагрузке, тренирующем эффекте и повышении коронарного резерва при включении усиленной наружной контрпульсации по сравнению с комплексом без контрпульсации. Вследствие улучшения функционального состояния миокарда, улучшилось психо-эмоциональное состояние больных ИБС после ОКС: тест САН повысился у больных 1-й группы на 83,65 %, ($p < 0,01$), 2-й – на 43,26 %, ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, получены данные о возможности инициирования метаболической адаптации миокарда к ишемии под влиянием наружного вспомогательного кровообращения в виде усиленной наружной контрпульсации при развитии энергосберегающего функционирования его в реабилитации больных ИБС после острого коронарного синдрома.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Колединский А.Г., Какорин С.В., Стогов А.В.

ГКБ № 79, ГКБ № 4, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность нарушенного и нормального углеводного обмена (УО) у госпитализированных больных б-х) ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), провести сравнительный анализ летальности в группах с нормальным и нарушенным УО при применении консервативной и интервенционной тактики лечения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 1648 историй болезни (и б) пациентов отделения неотложной кардиологии ГКБ № 4 за 2012–2013 гг., где в указанные годы проводилась консервативная тактика лечения ОКС (1 группа (1 гр)) и 1760 и б ГКБ № 79 за 2014–2015 гг. с применением интервенционных методов (2 гр). Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа и нарушение толерантности к глюкозе) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистическая обработка проводилась в программе OpenOffice Calc.

Результаты: Все больные госпитализировались в кардиореанимацию с ОКС, были сравнимы по возрасту, полу. Из 1648 б-х 1 гр нарушенный УО выявлен у 510 (31 %), ОКСпST был у 343 (20,8 %). Из 510 б-х с нарушенным УО ОКСп ST был у 139 (27,3 %) б-х, из 1138 б-х с нормальным УО у 204 (17,9 %). Из 1760 больных 2 гр нарушенный УО выявлен у 493 (28 %), ОКСпST был у 370 (21,0 %) б-х. Из 493 б-х с нарушенным УО ОКСп ST был у 131 (26,6 %) б-х, из 1267 б-х с нормальным УО у 239 (18,9 %). В 1 гр летальность у б-х с нарушенным УО составила 34 (24,46±4,16 %) человека из 139, в группе б-х с нормальным УО 30 (14,7±2,71 %) человек из 204. Разница между показателями достоверна ($t=1,98$, $p < 0,05$). В первые сутки умерло 18 (52,9±4,23 %) из 34 б-х с нарушенным УО и 11 (36,7±4,12 %) б-х с нормальным УО. На аутопсии повторный инфаркт миокарда (ИМ) был у 16 (47 %) из 34 человек с нарушенным УО и у 8 (26,7 %) с нормальным УО. Во 2 гр летальность у б-х с нарушенным УО составила 16 (12,2±2,94 %) человек из 131, в группе больных с нормальным УО 13 (5,4±1,21 %) человек из 239. Разница между показателями достоверна ($t=2,87$, $p < 0,05$). В первые сутки умерло 5 (31,2±3,91 %) из 16 б-х с нарушенным УО и 3 (23,1±4,12 %) б-х с нормальным УО. На аутопсии повторный инфаркт миокарда (ИМ) был у 6 (50 %) из 12 человек с нарушенным УО и у 3 (25 %) с нормальным УО.

Выводы: из общего числа госпитализированных в кардиореанимации городских больниц г. Москвы с диагнозом ОКС 20,8–21 % составляют б-ные с ОКСпST. 26,6–31 % больных с ОКСпST имеют нарушенный УО. При консервативной тактике лечения летальность от ОКСпST у б-х с нарушенным УО составила 24,46 %, с нормальным УО -14,7 %. При применении интервенционной тактики лечения летальность от ОКСпST у б-х с нарушенным УО составила 12,2 %, с нормальным УО-5,4 %. Таким образом, при применении интервенционной тактики лечения б-м с ОКСпST летальность в группе б-х с нарушенным УО была в 2 раза меньше, в группе

с нормальным УО в 2,7 раза меньше по сравнению с консервативным лечением. Более половины б-х с нарушенным УО умирают в первые сутки госпитализации в стационары, что говорит о фульминантном характере течения ОКСпСТ. Причиной высокой летальности являются более часто встречаемый у б-х с нарушенным УО повторный ИМ – 47–50 % (подтвержденный на аутопсии), по сравнению с имеющими нормальный УО 25–26,7 %. А также объясняется метаболическими изменениями не только в зоне окклюзированной артерии, а всего миокарда, и меньшим коронарным резервом за счет сочетания микроангиопатии и мультисосудистого поражения дистального коронарного русла уменьшающих коллатеральный кровоток. Влиять на метаболические изменения в миокарде уже поздно. Единственным эффективным методом оказания помощи больным ОКСпСТ является инвазивная реперфузионная терапия проводимая в первые часы поступления в стационар.

НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗ В СТЕНТИРОВАННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Комков А.А., Мазаев В.П., Рязанова С.В.

ФГБУ «ГНИЦ Профилактической медицины» Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Используя клиничко-ангиографические характеристики подтвердить развитие неоатеросклероза (НА) после стентирования в неоинтимае после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на отдаленных сроках наблюдения. По литературным данным неоатеросклероз в стентированном участке коронарной артерии был определен по результатам гистологических исследований и подтвержден новыми технологическими решениями. Предполагается, что образование НА происходит через 6 месяцев после выполнения ЧКВ.

Материал и методы. Применены клинические и ангиографические подходы к выявлению определяющих признаков прогрессирования ишемической болезни сердца и развития неоатеросклероза в стенке на отдаленных сроках после чрескожных коронарных вмешательств.

Результаты. Распределение больных по ангиографическому follow-up после стентирования коронарных артерий было следующим: в исследование включены 241 пациента с повторной КАГ > 30 дней (675 исследований). Максимальный срок наблюдения пациентов был 3,8 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от промежутков между ЧКВ: 1 группа – < 6 месяцев (n=128), 2 группа – 6–12 месяцев (n=49), 3 группа – > 12 месяцев (n=64). Количество рестенозов обнаруженных в имплантированных стентах распределились по группам следующим образом: 1 группа – 24 (18,8 %), 2 группа – 13 (26,5 %), 3 группа – 16 (25,0 %). В 1 и 2 группах анализировались клинические и ангиографические признаки: рестеноз, тромбоз и пристеночный дефект в стентах, с целью оценки феномена возврата болезни (LATECATCH UP).

Выводы. Клиничко-ангиографические сопоставления подтверждают гипотезу развития особого варианта прогрессирования коронарной болезни сердца на отдаленных сроках после чрескожных коронарных вмешательств с применением стентов, определяемого как неоатеросклероз.

РЕНГАЛИН В ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ КАШЛЕМ

Копылов А.Н. Тихонова А.Г

Казанский Государственный Медицинский Университет, ООО «Здоровье семьи» Казань, Россия

Цель. Изучить противокашлевые возможности отечественного препарата Ренгалин у больных с заболеванием верхних дыхательных путей

Материал и методы. В амбулаторных условиях обследованы 52 пациента в возрасте от 18 до 61 года с начальными проявлениями ОРВИ, страдающие непрерывным сухим кашлем не более недели. В исследование не включались больные хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, а также болезни системы кровообращения, сопровождающиеся ятрогенным кашлем. Больные были поделены на основную группу из 27 человек (муж. – 9, жен. – 18) с клиническими проявлениями ОРВИ и сопутствующей патологией ЛОР органов (острый фарингит, фаринголарингит, ларингит), которой назначался Ренгалин в стандартной дозировке в течении 7 дней. Эти пациенты не принимали спазмолитические, антигистаминные, муколитические и противовоспалительные лекарственные средства и составили основную группу.

Контрольную группу составили 25 пациентов (муж. – 7, жен. – 18) получающие традиционную терапию (исходя из стандартов) которым Ренгалин не назначался. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 37,6 лет), полу и клинической картине заболевания. Участники исследования ежедневно отмечали интенсивность кашля, его характеристику по протоколам на первый, четвертый и седьмой дни с момента обращения к врачу терапевту и ЛОР специалисту.

Результаты. У 9 человек (33,3 %) основной группы кашель купировался на 3–4 день лечения Ренгалином, а у 15 человек (66,6 %) на 7 день.

В контрольной группе кашель продолжался более длительно и интенсивно. Ни одного случая антитусинового эффекта не наблюдалось на 3–4 день традиционной терапии. На 7 день кашель купировался у 5 (20 %) пациентов

Все больные получили лечение, в сезон не повышенного эпидемического порога по гриппу.

Заключение. Таким образом, на основании проведенного исследования можно констатировать что отечественный препарат Ренгалин обладает хорошим противокашлевым эффектом у больных ОРВИ с ЛОР патологией, сопровождающиеся сухим кашлем.

Комбинированное противотуссиновое свойство Ренгалина позволяет рекомендовать его к использованию у пациентов с патологией верхних дыхательных путей в начальном периоде заболевания.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ

Корвякова О.П., Кулишова Т.В.

АО «Курорт Белокуриха», санаторий «Белокуриха» г. Белокуриха, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Важной медицинской, социальной и экономической проблемой остается успешное лечение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Особый интерес вызывает санаторно-курортный этап реабилитации, задачами которого является профилактика прогрессирования процесса, стимуляция компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы и воздействие на регулируемые факторы риска. По анализу годового отчета за три (2013–2015 гг.) года в санатории «Белокуриха» процент пациентов с заболеваниями ССЗ, получивших лечение на санаторно-курортном этапе реабилитации, составил 27,0 %, и 70,0 % из которых были с диагнозом артериальная гипертензия (АГ).

Актуальность проблемы санаторно-курортно реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями обусловлена несколькими факторами. Один из важных аспектов санаторно-курортно реабилитации – комплексный подход: сочетание медикаментозного и немедикаментозного лечения. Немедикаментозные санаторно-курортные технологии, обладают многофакторным влиянием на патологию ССС, неплохо изучены по отдельности и мало при совместном применении. Пациенты поступают на санаторно-курортный этап реабилитации с установленным диагнозом артериальной гипертонии, о чем есть запись в санаторно-курортной карте (СКК), либо в выписке из амбулаторной карты. Однако из года в год растет процент пациентов приезжающих на курорт без СКК, что обусловлено трудностями в оформлении медицинской документации по месту жительства. В случае отсутствия СКК врачам санатория приходится ставить диагнозы на основании жалоб, объективного осмотра пациента сбора анамнеза болезни и других методов обследования. Артериальная гипертензия как основной диагноз – составляет 8,2 % от общего количества пролеченных за 3 года, а в категории сопутствующий диагноз в – 10,2 %. У пациентов, поступивших в санаторий, наряду с основным диагнозом указывается 2–3 сопутствующих. Сегодня проблема коморбидности одна из актуальных в санаторно-курортном лечении больных с ССЗ. Стабильно высокий процент пациентов с заболеваниями ССС объясняет необходимость функционирования в санатории отделения сердечно-сосудистой патологии с хорошо оборудованным кабинетом функциональной диагностики и высокопрофессиональным коллективом врачей. Большая роль в реализации вторичной профилактики принадлежит медицинским работникам санаторно-курортного этапа реабилитации. Они имеют актуальный контакт с пациентами и могут оказать влияние на их образ жизни. Степень этого влияния в значительной мере зависит от наличия у врачей и медицинских сестер навыков профилактического консультирования. Внедрение на курорте принципа социального маркетинга позволяет повысить привлекательность для отдыхающих здорового образа жизни, как социально желательной модели поведения и создание социального окружения, поддерживающего здоровый образ жизни, в котором, например, курение или избыточное потребление алкоголя считается крайне нежелательным. Врачебное консультирование по физической активности – одна из сфер, в которой врачи могут благотворно влиять на изменение образа жизни пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНЫМ ПРОФИЛЕМ И ХАРАКТЕРОМ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

Корягина Н.А., Туев А.В., Садыкова Д.К., Василец Л.М., Щекотов В.В., Шадрин А.А., Петрищева А.В.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель. Изучить взаимосвязи между изменениями в содержании эстрадиола и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), процессом структурной перестройки сердечно-сосудистой системы у женщин среднего возраста.

Материал и методы: 64 женщины в позднем репродуктивном периоде, в возрасте 36–45 лет, с артериальной гипертензией, не принимающие гипотензивную терапию. Всем определялся уровень эстрадиола и ФСГ. В зависимости от уровня эстрадиола и ФСГ пациентки с АГ были разделены на группы. В 1 группу (гр.) вошли 34 жен. с АГ, средний возраст $39,11 \pm 4,3$ лет, имеющих физиологический менструальный цикл и эстрогенный дефицит (снижение уровня эстрадиола и повышение ФСГ). Во 2 гр. вошли 30 человек с АГ 1 степени, средний возраст – $39,14 \pm 2,23$ лет, имеющие физиологический менструальный цикл и нормальный уровень эстрадиола и ФСГ. Группа сравнения 20 здоровых женщин с приема врача-гинеколога Клиники, средний возраст которых составил $38,45 \pm 4,12$ года с нормальным уровнем эстрадиола и ФСГ, не имеющих АГ и хронических заболеваний, оказывающих влияние на внутрисердечную гемодинамику. Проводилось дуплексное сканирование общей сонной артерии (ОСА)

Результаты и обсуждение. Наблюдалось расширение среднего диаметра ОСА, при этом в большей степени у пациенток с АГ и эстрогенным дефицитом. Скорость кровотока в ОСА достоверно ниже в сравнении с контролем среди, больше среди пациенток с АГ и гипоэстрогенией. Индекс резистентности был выше у пациенток с АГ 1 группы в сравнении с контролем и пациентами 2 группы. Эластические свойства стенки сонной артерии снижались: с $41,3 \pm 10,8 \times 10^{-3}$ / кПа у пациенток с АГ и нормальным уровнем эстрадиола до $36,4 \pm 10,8 \times 10^{-3}$ / кПа $p=0,034$ у пациенток с АГ со снижением уровня эстрадиола. При этом индекс жесткости оказался выше в сравнение с контролем как у пациенток АГ с эстрогенодефицитом, так и без него.

Выводы. Дуплексное сканирование общих сонных артерий у женщин с АГ демонстрирует расширение просвета ОСА, снижение скорости кровотока, выраженного на фоне эстрогенного дефицита, что свидетельствует о более значимых изменениях сосудистой стенки в сравнении с пациентами АГ, имеющими нормальный уровень эстрадиола.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С WPW СИНДРОМОМ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ В ДИНАМИКЕ

Костина М.В., Столярова В.В., Лещанкина Н.Ю., Карякина Т.Н.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, Саранск, Россия

Цель. Изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных с WPW синдромом до и после операции радиочастотной аблации (РЧА).

Материал и методы. Показатели ВСР (SDNN, SDSD, ΔX , RMSSD, Mean, Mo, ВПР, ИВР, АМо%, ИН) исследовали у больных ($n=15-6$ мужчин и 9 женщин, средний возраст $32,5 \pm 12,4$ лет) с WPW синдромом до операции внемароксизма атриовентрикулярной реципрокной тахикардии (АВРТ), на 2, 7 сутки и через год после РЧА. Показатели ВСР оценивали и в сравнении с группой здоровых людей ($n=15$, средний возраст $35,1 \pm 13,8$ лет).

Результаты. Исходно и на 2 сутки после РЧА у больных с WPW синдромом по сравнению со здоровыми людьми наблюдалось снижение ВСР: уменьшение SDNN на 88 % ($p<0,04$) и на 87 % ($p<0,04$) соответственно. Регистрировалась симпатикотония: статистически значимое увеличение АМо% на 158 % и на 138 %, снижение влияния парасимпатической системы (ПНС) на миокард: уменьшение Rmssd на 73 % ($p<0,007$) и 72 % ($p<0,007$), mean на 76 % ($p<0,000\ 005$), mo на 82 % ($p<0,0002$) соответственно. На 2 сутки по сравнению с показателями до РЧА выявлено снижение парасимпатических влияний на миокард: дельта X меньше на 45 % ($p<0,04$), увеличение симпатических: рост АМо/DX на 123 % ($p<0,007$). На 7 сутки после РЧА выявлено прежнее преобладание активности СНС, о чем свидетельствовало увеличение АМо% на 137 % ($p<0,04$), снижение влияния ПНС на миокард: уменьшение Rmssd на 63 % ($p<0,0006$) по сравнению с группой здоровых лиц. В динамике через год наблюдались достоверное увеличение ВСР: рост SDSD на 124 %, SDNN на 113 %;

симпатикотония: увеличение Амо/DX на 195 % ($p<0,02$), снижение тонуса ПСНС: уменьшение Rmssd на 74 % ($p<0,01$) по сравнению со здоровыми людьми. Зарегистрировано увеличение ВСР: рост SDSD на 149 % ($p<0,04$), SDNN на 126 % ($p<0,04$) по сравнению с исходными показателями, увеличение SDNN на 132 % ($p<0,05$) по сравнению с 2 сутками, увеличение SDSD на 135 % ($p<0,01$) по сравнению с 7 сутками после РЧА. Выявлено усиление активности ПСНС: увеличение mean на 123 % ($p<0,001$) по сравнению с показателями до РЧА, на 117 % ($p<0,0005$) по сравнению со 2 сутками и на 123 % ($p<0,0003$) по сравнению с 7 сутками после РЧА.

Заключение. У больных с WPW синдромом исходно по сравнению со здоровыми людьми регистрируется снижение ВСР со снижением влияния на сердце ПСНС и повышением влияния СНС. На 2 сутки после РЧА выявлены ухудшения показателей ВСР, повышение симпатических влияний при одновременном снижении парасимпатических. На 7 сутки достоверных изменений показателей ВСР не выявлено. Через год наблюдается нормализация вегетативного статуса: рост ВСР по сравнению с показателями до РЧА, с 2, 7 сутками и по сравнению со здоровыми людьми. Выявлено усиление активности ПСНС по сравнению с исходными данными, 2 сутками после РЧА с дальнейшей положительной динамикой по сравнению с 7 сутками.

КОРРЕКЦИЯ ЖЕСТКОСТНО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРЕПАРАТОМ ОМАКОР В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Костина Н.Л., Михин В.П., Мальцева Л.С., Литвинова Р.В.

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия

Цель. Изучение состояния жесткости сосудистой стенки у больных ИБС в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК) на фоне комплексной терапии Омакором.

Материал и методы. В исследование были включены 2 рандомизированные группы больных ИБС в сочетании с ОАСНК – 52 мужчин и 6 женщин в возрасте $61,2\pm 1,3$ года. Всем пациентам назначалась стандартная антиангинальная терапия. Пациенты основной группы в дополнение к базисной терапии получали Омакор в дозе 1 г в сутки в течение 3 мес. Методы исследования помимо общепринятых схем включали объемную сфигмографию.

Результаты. После 3-х месячного курса препарата Омакор побочных эффектов выявлено не было, пациенты отмечали улучшение самочувствия. Установлена способность Омакора снижать величину индекса аугментации (R-AI). К концу 3 мес. терапии в основной группе этот показатель уменьшился на 5,8 % по сравнению с исходными значениями и составил 1,18. На фоне лечения Омакором была выявлена динамика времени напряжения (PER). До начала терапии значение PER составляло 118,6 в основной группе и 138,8 – в контрольной. К 3-му мес. лечения в группе Омакора значение индекса напряжения увеличилось на 25,1 % по сравнению с исходным уровнем. В контрольной – динамики не наблюдалось. Значение времени изгнания (ET) до лечения составляло в среднем 296,3 мс и 255,6 мс в основной и контрольной группах, соответственно. Через 3 мес. терапии в основной группе значение показателя ET уменьшилось на 7,2 %, в то время как в контрольной группе его величина не изменилась.

Заключение. Согласно полученным результатам, терапия Омакором оказывала влияние на отдельные параметры эластических свойств сосудов, увеличивая одни показатели (PER), и уменьшая другие (ET и R-AI). Таким образом, препарат Омакор оказывает позитивное влияние на жесткостно-эластические свойства сосудов, в связи с чем его включение в стандартные схемы лечения больных ИБС и ОАСНК представляется целесообразным и способствует снижению сердечно-сосудистого риска в указанной категории больных.

СОВРЕМЕННЫЕ КОММУНИКАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ПАЦИЕНТА К ВЫПОЛНЕНИЮ ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П., Радаева И.Ю.

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

Современные мультидисциплинарные программы реабилитации пациентов с ИБС, наряду с повышением физической активности, предусматривают коррекцию психопатологических расстройств. Использование лечебных стратегий, включающих пациент-ориентированные коммуникации, направлено, в первую очередь, на изменение отношения пациента к своему заболеванию. Телемедицинские технологии Home Monitoring уже показали свою эффективность у пациентов с кардиологическими проблемами.

Цель. Оценить динамику выраженности психопатологических нарушений как компонента мотивированности, у пациентов с ИБС и нарушениями ритма, в процессе телемедицинского мониторинга лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. В исследование были включены 15 пациентов (мужчины, средний возраст 51 ± 9 лет) с ИБС после планового коронарного стентирования (КС), имеющие при холтеровском мониторировании ЭКГ желудочковые нарушения ритма (ЖНР) II, III и IVa класса по M.Ryan (1975). Толерантность к физической нагрузке (ТФН) оценивалась по результатам стресс-теста на тредмиле. Программа физической реабилитации включала физические тренировки (ФТ) умеренной интенсивности (60 % от максимальной ЧСС при стресс-тесте) 3–5 раз/неделю с удаленным ЭКГ-мониторингом и отсроченным консультированием, контролем физиологических параметров и лекарственной терапии (система «Кардинет-онлайн», НПП «Волготех», Россия). Использовалась стандартная лекарственная терапия для пациентов, перенесших КС. Тип отношения пациента к болезни оценивался по методике Личко А.Е. (1987).

Результаты. Потребность в регистрации ЭКГ при телемедицинском наблюдении составила 5 ± 3 на 1 пациента/неделю. При контрольном обследовании наблюдался достоверный прирост ТФН ($10,8 \pm 1,8$ МЕ против $6,3 \pm 1,6$ МЕ) и снижение ЖНР (1896 ± 960 против 3112 ± 1560 , $p < 0,05$). Динамика функциональных показателей сопровождалась изменением профиля отношения к болезни: доля пациентов с гармоническим типом возросла в 2 раза и регистрировалась у каждого четвертого пациента. Доля пациентов с эргопатическим типом снизилась до 25 % (исходно 33,3 %), они составили основной контингент, пополнивший группу с гармоническим типом. Смешанный и диффузный типы (по 22 %) не показали достоверной динамики, однако у этих пациентов отмечено снижения уровня выраженности психопатологических нарушений.

Заключение. Коммуникативные потребности пациентов в процессе кардиореабилитации могут быть успешно реализованы с помощью информационно-коммуникационных технологий. Использование систем телемониторинга положительно сказывается не только на клинической эффективности лечебно-реабилитационных программ, но и формирует позитивный тип отношения пациента к заболеванию, как важный компонент психологической адаптации.

СВЯЗЬ ПРОБЫ КУРЕНИЯ С РАЗЛИЧНЫМИ МОДЕЛЯМИ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Котова М.Б., Розанов В.Б., Александров А.А., Иванова Е.И.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», Москва, Россия; ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Москва, Россия

Цель. Поиск ассоциаций между пробой курить и другими моделями рискованного поведения подростков.

Материал и методы. Обследована выборка учащихся V–VI и VIII–X классов шести общеобразовательных школ г.Москвы и г.Мурманска – 718 школьников (384 мальчика и 334 девочки). Средний возраст обследованных составил $14,4 \pm 1,8$ лет. Проведенное анкетирование выявляло отношение школьников к вредным привычкам, наличия у них вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотически действующих веществ), склонности к отклоняющемуся поведению, взаимоотношения со сверстниками и характер времяпрепровождения. По результатам анкетирования школьники были разделены на 2 группы – пробовавшие курить и никогда не пробовавшие курить. В связи с отсутствием статистически значимых различий в возрасте московских и мурманских школьников, данные анкетирования были объединены с целью повышения объективности результатов исследования.

Результаты. До 13 лет пробовали курить 17 % мальчиков и 11 % девочек. В VIIIХ классах процент пробовавших курить составил 60 % среди школьников обоего пола. 21 % мальчиков и 17 % девочек 8–10 классов, курят регулярно. Среди всех обследованных школьников -79,1 % мальчиков и 79,7 % девочек пробовали алкогольные напитки. Число пробовавших алкоголь в группах старшеклассников и девочек V-VI классов, которые пробовали курить, достигает 100 %. Употребляют алкоголь в настоящее время достоверно больше ($p < 0,01$) старшеклассников обоего пола из группы пробовавших курить. Старшеклассники, пробовавшие курить, в 3 раза чаще употребляют крепкие алкогольные напитки по сравнению с теми, кто не пробовал курить (26 % и 8 % соответственно). По результатам исследования, на вопрос «выпивал ли ты когда-нибудь такое количество алкогольных напитков, что был пьян» – положительно ответил каждый четвертый ученик V–VI классов и каждый второй старшеклассник из групп пробовавших курить независимо от пола, при этом большая часть этих школьников указала, что были пьяны два и более раз. Установлено, что в группах пробовавших курить подростков чаще ведутся разговоры о пробе наркотиков, чаще предлагаются наркотики, чаще возникает желание их попробовать и чаще они пробуются. Мальчики V–VI классов из группы пробовавших курить (61 %) достоверно чаще ($p < 0,001$) подвергались запугиванию в школе со стороны одноклассников или старшеклассников.

Выводы. Результаты исследования показали наличие тесной связи между пробой курить у подростков и моделями рискованного поведения (регулярным курением, употреблением алкоголя и наркотиков).

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРИВЫЧКИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА СОТРУДНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г. МОСКВЫ

Котова М.Б., Александров А.А., Розанов В.Б.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», Москва; ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Москва, Россия

Цель. Изучение связи психосоциального стресса с самооценкой здоровья, образом жизни, поведенческими привычками и отношением к здоровью учителей и сотрудников общеобразовательной школы.

Материал и методы. Было обследовано 398 учителей и сотрудников 5 общеобразовательных школ г.Москвы. В программу исследования входило медицинское обследование, опрос по анкетам. В качестве экспресс-диагностики уровня стресса, была применена шкала психологического стресса Ридера. Респонденты, имеющие по шкале Ридера средний и высокий уровень стресса, расценивались, как испытывающие стресс, и были отнесены к группе 2, респонденты, не испытывающие стресса, составили группу 1.

Результаты. Распространенность стресса у женщин выше, чем у мужчин (84 % и 72 % случаев соответственно). Высокий уровень стресса также чаще отмечается у женщин (44,7 %), чем у мужчин (36 %). Лица 2 группы по сравнению с 1 группой достоверно чаще оценивали состояние своего здоровья как удовлетворительное или плохое. Сотрудники 2 группы, достоверно чаще не проходят курс лечения или назначенную врачом процедуру; особенно это относится к мужчинам. Как мужчины, так и женщины 1 группы, чаще следят за физическими и умственными нагрузками, управляют своими чувствами и эмоциями. Женщины 2 группы, достоверно чаще соблюдают режим сна и отдыха, более регулярно проходят профосмотры, чаще избегают вредных условий труда и своевременно обращаются ко врачу. Мужчины той же группы, чаще поддерживают физическую активность. Все сотрудники школ, находящиеся в состоянии стресса, не чувствуют себя здоровыми. Сотрудники 2 группы «слишком устают», чтобы предпринимать усилия для поддержания своего здоровья, они также чаще отмечали, что им недостает силы воли и отсутствует свободное время на мероприятия связанные с укреплением здоровья. Женщины и мужчины 2 группы, достоверно чаще говорят, что ни в чем себя не ограничивают. Ежедневная физическая активность присуща именно мужчинам и женщинам 1 группы. Женщины 2 группы, чаще стараются снять стресс, принимая лекарства и с помощью уединения. Женщины 1 группы, достоверно чаще имеют хобби, общаются с природой, занимаются спортом, музыкой и работой по дому. К употреблению алкоголя и курению, прибегают чаще сотрудники школ 2 группы.

Выводы. Наличие стресса отрицательно сказывается на самооценке здоровья, отношении к здоровью и соблюдению принципов ЗОЖ. Сотрудники школы, испытывающие стресс, не имеют защитных механизмов (хобби, общение с близкими и друзьями, самосохранительное поведение) или не обладают стрессоустойчивостью и не отличаются здоровьесберегающим поведением. Необходимо обучать сотрудников школ методам повышения стрессоустойчивости и снижения уровня стресса.

РОЛЬ ШАПЕРОННОЙ АКТИВНОСТИ В ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Существует ряд основных факторов риска, которые способствуют развитию артериальной гипертонии. Но в последнее время все чаще говорят еще о ряде факторов, вносящие свой вклад в развитие данной патологии.

Цель. Определение роли шаперонной активности в течении артериальной гипертонии.

Материал и методы. Было обследовано 90 человек: 30 – клинически здоровые, 60 – пациенты с артериальной гипертонией 1 и 2 степени. Всем проводилось полное клиническое обследование, а также определялась шаперонная активность в сыворотке крови. Для определения шаперонной активности необходим рабочий раствор. Для его приготовления нужно смешать 500 мкл инсулина с 5 мл буферного раствора. Контроль: В 1,5 мл рабочего раствора добавляли 25 мкл дистиллированной воды, помещали на 5 минут в термостат. Затем добавляли 120 мкл раствора дитиотриетолола (предварительно растворив 24 мг дитиотриетолола в 1 мл буфера). Проба: В 1,5 мл рабочего раствора добавляли 25 мкл сыворотки крови, помещали на 5 минут в термостат. Затем добавляли 120 мкл раствора дитиотриетолола. Регистрация шаперонной активности проводилась на приборе Spokol Carl Zeiss Ena с термостатируемой приставкой ЕК 5. Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 22,0. Сравнение средних производилось с помощью критерия Стьюдента, корреляционные связи с помощью критерия Пирсона.

Результаты. У здоровых уровень шаперонной активности составил $60,63 \pm 1,96$ %, в группе пациентов с артериальной гипертонией – $34,73 \pm 1,09$ %. Между группами определялась достоверная разница $p=0,004$. Далее сравнивался уровень шаперонной активности в зависимости от степени артериальной гипертонии: у пациентов с 1 степенью – $37,12 \pm 1,76$ %; у пациентов со 2 степенью – $29,89 \pm 0,87$ %. В обеих группах показатели липидного профиля находились в пределах нормы, но между ними выявлена статистически значимая разница. Также определялась корреляционная взаимосвязь шаперонной активности с уровнем артериального давления и показателями липидного профиля. Между уровнем систолического артериального давления и шаперонной активности выявлена отрицательная достоверная корреляция ($r = -0,467$, $p=0,05$), между уровнем общего холестерина и шаперонной активностью – также отрицательная взаимосвязь ($r = -0,275$, $p=0,035$). Между уровнем липопротеидов высокой плотности и шаперонной активностью – положительная корреляционная связь ($r = 0,375$, $p=0,044$).

Заключение. Таким образом, у пациентов с артериальной гипертонией уровень шаперонной активности оказался ниже, чем у здоровых. Причем, в зависимости от степени артериальной гипертонии: чем выше степень, тем ниже активность. Что говорит об адаптации систем организма к постоянному воздействию внешних и внутренних стрессорных факторов.

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ КРАТКОСРОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ПАЦИЕНТА

Кравченко А.Я., Черных А.А., Будневский А.В.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между показателями краткосрочной вариабельности артериального давления (АД) и уровнем тревожности пациента.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст составил $61,7 \pm 12$ года), из них мужчин было 24 (53,34 %), женщин – 21 (46,67 %). Курящими были 9 человек (20 %). Всем участникам измерение АД проводилось после 5 мин. отдыха в положении сидя с опорой для спины, трехкратно с интервалом 2 минуты, на левой руке. Измерение артериального давления осуществлялось с помощью электронного сфигмоманометра AND UA-787 и оценивалось согласно единым международным требованиям и критериям ESH/ESC 2013. Для определения ситуативной и личностной тревожности использовался тест-опросник Спилбергера-Ханина.

Результаты. В ходе проведенного исследования были образованы группы пациентов, различающиеся по характеру изменения АД согласно клиническим рекомендациям ВНОК (2009), где достоверным считается значение разницы между первым и вторым измерениям более 5 мм рт. ст. Число обследуемых с разницей систолического АД (САД) между 1-м и 2-м измерениями более 5 мм рт. ст. составило 32 пациентов (71,12 %), между

2-м и 3-м измерениями 26 человек (57,78 %) и между 1-м и 3-м измерениями - 26 человек (57,78 %). Выявленная вариабельность АД была различна по характеристикам. Повышение при последовательном измерении САД во 2-м и 3-м измерениях наблюдалось у 6 пациентов (13,34 % случаев), снижение при 2-м и 3-м измерениях САД - в 26,67 % случаев; повышение при 2-м и снижение при 3-м измерениях САД - в 6,67 % случаев; снижение при 2-м и повышение при 3-м - 6,67 % случаев. Отсутствие изменения САД при 2-м и снижение при 3-м измерениях отмечено в 4,45 %, отсутствие изменения САД при 2-м и повышение при 3-м измерениях - в 8,87 % случаев. Повышение САД при 2-м и отсутствие изменений при 3-м измерениях было в 11,12 %; снижение при 2-м измерениях и отсутствие изменений при 3-м - 11,12 %. Отсутствие достоверной разницы (менее 5 мм рт. ст.) между 1-м, 2-м и 3-м измерениями составило 11,12 % случаев. При обработке данных тест-опросника Спилбергера-Ханина нами было выявлено, что максимальный показатель ситуационной тревожности был в группе с последовательным повышением САД при 2-м и 3-м измерениях (СТ=52 балла), а максимальный компонент личностной тревожности наблюдался в группе с последовательным снижением САД при 2-м и 3-м измерениях (ЛТ=53 балла). Минимальные показатели ситуативной тревожности были в группе со снижением САД при 3-м измерении (СТ=33 балла), а минимальное значение личностной тревожности - в группе с повышением САД при 2-м измерении (ЛТ=40 балла).

Выводы. Повышение вариабельности АД при повторном измерении ассоциируется с повышением уровня тревожности у больных артериальной гипертензией.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кравченко А.Я., Черных А.А., Будневский А.В.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ,
Воронеж, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь между показателями краткосрочной вариабельности артериального давления (АД) и индексом массы тела (ИМТ) пациента.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 45 пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст составил $61,7 \pm 12$ года), из них мужчин было 24 (53,34 %), женщин - 21 (46,67 %). Сахарный диабет 2 типа имели 11 пациентов (24,45 %). У всех участников рассчитывался ИМТ в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1997). Измерение АД проводилось согласно единым международным требованиям и критериям ESH/ESC 2013, после 5-мин отдыха в положении сидя с опорой для спины, трехкратно с интервалом в 2 минуты, на левой руке. Измерение артериального давления осуществлялось электронным сфигмоманометром AND UA-787.

Результаты. В ходе проведенного исследования пациенты были разделены на группы в соответствии с показателями ИМТ. Из них избыточная масса тела была у 15 пациентов (33,34 %), ожирение I степени отмечалось у 19 пациентов (42,23 %), ожирением II степени страдали - 3 (6,67 %), ожирение III - 1 (2,23 %) и нормальный вес имели 7 пациентов (15,56 %). Всем пациентам в группах проводилось трехкратное исследование АД, согласно клиническим рекомендациям ВНОК от 2009 года, где достоверной считается разница между первым и вторым измерениями более 5 мм рт. ст. Исходя из этого, у 32 пациентов (71,12 %) была подтверждена разница систолического АД (САД) между 1-м и 2-м измерениями. Разница между 2-м и 3-м и 1-м и 3-м измерениями в каждой группе соответственно составила по 26 человек (57,78 %). Характер вариабельности АД в каждой группе был разнообразен. Отмечалось повышение при последовательном измерении САД во 2-м и 3-м измерениях у 6 пациентов (13,34 % случаев), снижение при 2-м и 3-м измерениях САД - в 26,67 % случаев; повышение при 2-м и снижение при 3-м измерениях САД - в 6,67 % случаев; снижение при 2-м и повышение при 3-м - 6,67 % случаев. Отсутствие изменения САД при 2-м и снижение при 3-м измерениях отмечено в 4,45 %, отсутствие изменения САД при 2-м и повышение при 3-м измерениях - в 8,87 % случаев. Повышение САД при 2-м и отсутствие изменений при 3-м измерениях было в 11,12 %; снижение при 2-м измерениях и отсутствие изменений при 3-м - 11,12 %. Отсутствие достоверной разницы (менее 5 мм рт. ст.) между измерениями составила 11,12 % случаев. Исходя из проведенного исследования, нами было отмечено, что ожирение III и II степени, а так же избыточная масса тела преобладала в группе с последовательным повышением САД при 2-м и 3-м измерениях.

Выводы. Для лиц с избыточной массой тела и ожирением характерен рост систолического АД при повторных измерениях.

СРАВНЕНИЕ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С МОДИФИЦИРОВАННОЙ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ И ДОБУТАМИН СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ

Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И., Плюснин А.В., Пушкарев Г.С., Захарова Е.Х.

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

Применение нагрузочных тестов имеет большое значение в ранней диагностике и определении степени риска у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС). Стандартная методика изометрической стресс-эхокардиографии не используется широко из-за низкой чувствительности в выявлении коронарных стенозов. Мы модифицировали метод, добавив к изометрической нагрузке эмоциональный компонент: в течение пробы врач словесно стимулирует пациента на выполнение максимальной нагрузки.

Цель. Сравнить диагностическую ценность стресс-эхокардиографии с комбинированной изометрической нагрузкой с добутаминовой стресс-эхокардиографией.

Материал и методы. Были обследованы 197 пациентов с подозрением на ИБС. 87-ми из них проводили стресс-эхокардиографию с комбинированной (изометрической и эмоциональной) нагрузкой, 110-ти – стандартную добутаминовую стресс-эхокардиографию. После измерения параметров в покое при стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой пациент с максимальной силой сжимал обеими руками резиновые мячики в течении 1 мин. Эхокардиографическое наблюдение и вербальная стимуляция пациента проводились в течение всей нагрузочной пробы. Добутаминовая стресс-эхокардиография проводилась по стандартной методике и занимала около 40 минут. В качестве референтного метода использовали коронароангиографию – значимыми считали коронарные стенозы 50 % диаметра артерии и больше.

Результаты. Методы оказались сопоставимы по частоте выявления множественных коронарных стенозов (40,4 % – при стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой и 45,5 % – при добутаминовой стресс-эхокардиографии). Сопоставима была и их чувствительность (84,5 % и 87,3 %), специфичности (85,7 % и 76,6 %), положительной (92,5 % и 83,3 %) и отрицательной предсказывающей точности (72,7 % и 81,8 % соответственно). Диагностическая точность стресс-эхокардиографии с комбинированной нагрузкой в выявлении коронарных стенозов составила 84,9 %, добутаминовой стресс-эхокардиографии – 82,7 %.

Выводы. Стресс-эхокардиография с комбинированной нагрузкой имеет сопоставимую с добутаминовой стресс-эхокардиографией диагностическую ценность в выявлении коронарных стенозов, занимает значительно меньший интервал времени и может использоваться в амбулаторном звене для диагностики ИБС.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ИНФОРМАТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Крылова Н.С., Потешкина Н.Г., Ковалевская Е.А., Демкина А.Е. Хашиева Ф.М.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ГКБ № 52, Москва, Россия

Физическая нагрузка (ФН) может представлять опасность для больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), однако нагрузочные тесты – неотъемлемая часть обследования таких больных согласно рекомендациям ESC от 2014 года.

Цель: оценить безопасность и информативность нагрузочных тестов при ГКМП.

Материал и методы: В течение 14 лет проведено 188 велоэргометрических тестов (ВЭМ) у 82 больных с ГКМП (47 мужчин, 35 женщин в возрасте от 17 до 76 лет, средний возраст $52,0 \pm 14,6$ лет), в т. ч. у 32 больных (39 %) с обструктивной формой заболевания. У 48 пациентов ВЭМ выполнялась более одного раза и сочеталась с ЭхоКГ до и после ФН (стрессЭхоКГ).

Результаты. По критериям прекращения тестов с ФН больные разделены на 3 группы: 1) без клинически значимых нарушений гемодинамики: – выраженная одышка, не соответствующая уровню ФН – 34 % случаев; – депрессия сегмента $ST \geq 1$ мм без ангинозных болей – 17 % случаев; – нарушения ритма в виде частой ЖЭС, в том числе парной, аллоритмированной, коротких пробежек наджелудочковой тахикардии – 11 % случаев. 2) развитие клинически значимых нарушений гемодинамики: – депрессия сегмента $ST \geq 1$ мм с развитием приступа стенокардии – 13 % случаев; – неадекватная реакция АД с отсутствием прироста или снижением систолического АД в ответ на ФН- 12,6 % случаев; – головокружения, потемнение в глазах, полубморочные состояния с укладыванием пациента на кушетку (с мониторингом ЭКГ и АД) с быстрой нормализацией состояния – 9 % случаев; – гипертензивная реакция АД (повышение АД $\geq 230/110$ мм рт.ст) – 5,5 % случаев. 3) достижение субмаксимальной ЧСС без развития лимитирующей тест клинической симптоматики – 22 % слу-

чаев. Жизнеугрожающих осложнений (обмороков, ЖТ) при проведении нагрузочных проб не зафиксировано. Проведение тестов с ФН у больных ГКМП позволило: – осуществить индивидуальный подбор пульсурежающей медикаментозной терапии с сопоставлением эффективности бета-адреноблокаторов, верапамила или ивабрадина по максимальному приросту толерантности к ФН и гемодинамическому ответу при стресс-ЭхоКГ в 58 % случаев; – выявить латентную обструкцию выносящего тракта ЛЖ (ВТЛЖ) у 17 (35 %) из 48 больных. При этом у 10 больных (21 %) максимальный градиент в ВТЛЖ при ФН превысил 50 мм рт. ст. (максимально до 153 мм рт. ст.), т. е. выявлены показания к оперативному лечению (4 больных прооперированы); – установить высокий риск внезапной сердечной смерти (ВСС) у 6 больных (12,5 %), трое из которых был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор.

Выводы: тест с ФН является безопасным и высокоинформативным методом обследования больных ГКМП, позволяющим верифицировать клиническую симптоматику, выявлять показания к хирургическому лечению, в т. ч., устанавливая риск ВСС, осуществлять индивидуальный подбор медикаментозной терапии у больных.

ВЕРОЯТНОСТЬ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Крючкова О.Н., Костюкова Е.А., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю.

ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И.Вернадского», Медицинская академия им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Цель. Повышение эффективности лечения различных заболеваний сердца с учетом наличия депрессивных симптомов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры терапии и общей врачебной практики (семейной медицины), в кардиологическом отделении 7 гор. больницы г. Симферополя. Было обследовано 158 пациентов с различной кардиоваскулярной патологией, в возрасте от 32 до 78 лет. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, лабораторные и инструментальные исследования, в соответствии с действующими стандартами в кардиологической клинике. Оценка симптомов депрессии проводилась на основании опросника депрессии Бека. Первую группу составили пациенты со стабильными формами ИБС – 89 человек. Во вторую группу были включены пациенты с артериальной гипертензией – 42 человека, третья группа – 18 больных дилатационной кардиомиопатией, четвертая группа – 9 пациентов с пороками сердца. Контрольную группу (30 человек) составили лица, не имеющие явных клинических проявлений заболеваний сердца.

Результаты. Из 158 пациентов, признаки депрессии были выявлены у 64 (40,5 %) больных, что достоверно реже, чем в контрольной группе (13,35%). У больных ИБС симптомы депрессии были выявлены в 37,8 % случаев. Достоверно чаще среди депрессия выявлялась у больных, перенесших инфаркт и у пациентов с высокими функциональными классами стенокардии. У больных с артериальной гипертензией признаки депрессии были выявлены только у пациентов с II и III степенью АГ, средний уровень баллов был достоверно выше среди пациентов, перенесших мозговой инсульт или транзиторные ишемические атаки мозга. У больных с дилатационной кардиомиопатией нами выявлена наиболее высокая частота депрессии – 77,7 % случаев наблюдения. В этой группе вероятность депрессии оказалась взаимосвязана с тяжестью сердечной недостаточности, уровнем фракции выброса левого желудочка менее 35 %. В целом среди всех пациентов с признаками сердечной недостаточности на фоне различных заболеваний сердца симптомы депрессии достоверно чаще выявлялись у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка. Нами было выявлено снижение приверженности к лечению заболевания сердца у 87,3 % больных с проявлениями депрессии. Не было получено достоверной положительной динамики симптомов депрессии на фоне достижения удовлетворительного эффекта лечения кардиологической патологии.

Заключение. Таким образом, вероятность депрессии зависит от тяжести функционального класса стенокардии, степени артериальной гипертензии, варианта сердечной недостаточности, наличия перенесенных инфаркта миокарда, мозгового инсульта или транзиторных ишемических атак мозга. У больных с депрессией в 87,3 % наблюдается снижение приверженности к лечению заболевания сердца и рекомендациям по модификации образа жизни.

КОМБИНАЦИЯ ЭНАЛАПРИЛА И НИТРЕНДИПИНА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Крючкова О.Н., Турна Э.Ю., Ицкова Е.А., Лутай Ю.А., Костюкова Е.А.

ФГАОУ ВО «Крымский Федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь, Россия

Цель. Оценка эффективности и переносимости фиксированной комбинации эналаприл/нитрендипин (Энанорм, Takeda) в лечении артериальной гипертензии (АГ) у больных, перенесших ишемический инсульт.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры терапии и общей врачебной практики (семейной медицины), в кардиологическом отделении 7 гор. больницы г.Симферополя. Наблюдали 49 пациентов (36 женщин и 13 мужчин) с АГ II степени и ишемическим инсультом в анамнезе (средний возраст $62 \pm 4,2$ года). В исследование были включены пациенты, не достигающие адекватного контроля АГ с помощью монотерапии или любой комбинации, отличной от эналаприла + нитрендипина. Всем пациентам проводилось клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с клиническими рекомендациями, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате типа АВРМ – 04 «Cardiospy» фирмы Labtech (Венгрия). Анализировали следующие параметры СМАД: средние значения САД, ДАД и среднего АД (СрАД) за сутки, в дневное (САДд, ДАДд, СрАДд) и ночное (САДн, ДАДн, СрАДн) время, скорость утреннего подъема (СУП), а также вариабельность (ВАР) САД и ДАД и ВАР пульсового АД (ВАР PsАДд, ВАР PsАДн).

Результаты. К концу 1-й недели АД снизилось до уровня менее чем 140/90 мм рт. ст. у 21 (42 %) больных, 4й недели – у 26 (53 %) пациентов. У 85 % пациентов через 12 недель было достигнуто «целевое» АД. До лечения среднесуточные САД и ДАД составили ($138,21 \pm 1,9$ мм рт. ст.) и ($83,41 \pm 2,05$ мм рт. ст.), через 12 недель на фоне лечения эти показатели статистически достоверно ($p < 0,001$) снижались и составили ($120,19 \pm 1,27$ мм рт. ст.) и ($72,15 \pm 1,2$ мм рт. ст.) соответственно. Достоверное снижение АД также отмечалось в дневное и ночное время. Достоверно уменьшились среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели СрАД. На фоне лечения гипотонические эпизоды, по данным СМАД, были зафиксированы у 2 (4 %) пациентов. Была установлена эффективность препарата в снижении скорости утреннего подъема: СУП САД до лечения составила ($26 \pm 4,25$ мм рт. ст./ч), на фоне терапии – ($14,8 \pm 3,02$ мм рт. ст./ч., $p < 0,01$); аналогично СУП ДАД снизилась с ($22,7 \pm 2,48$ мм рт. ст./ч) до ($10 \pm 1,64$ мм рт. ст., $p < 0,01$) Лечение АГ комбинацией эналаприл/нитрендипин способствовало достоверному уменьшению также вариабельности диастолического АД во все периоды суток и систолического днем. Все пациенты хорошо реагировали на прием препарата. За время исследования не было выявлено побочных эффектов, которые потребовали отмены препарата.

Заключение. Применение фиксированной комбинации эналаприла и нитрендипина (10/20 мг) у больных артериальной гипертензией II степени с ишемическим инсультом в анамнезе сопровождалось хорошей переносимостью и достижением эффективного контроля показателей суточной динамики артериального давления. На протяжении 12 недель отмечалось достижение целевых уровней АД в 85 % случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Кугаевская А.А., Шестакова С.П., Николаев А.В., Татаринова И.В., Яковлева А.А.

МИ Северо-Восточного Федерального университета, Национальный Центр Медицины,
Якутск, Россия

Успех аллотрансплантации родственной почки (АТРП) зависит не только от генетического сходства донора и реципиента, но также и от подбора адекватной иммуносупрессивной терапии.

Цель. Оценить результаты АТРП и иммуносупрессии.

Материал методы. Обследовано 35 пациентов до и после АТРП. Всем больным проведены клиничко-лабораторные исследования и лечение в режиме трехкомпонентной иммуносупрессивной терапии.

Результаты. Средний возраст обследованных 42,3 лет, преимущественно лица якутской национальности, из них м – 16, ж – 19. Наиболее частой причиной ТХПН являлся хр. гломерулонефрит (78 %). Из числа обследованных – 80 % пациентов до пересадки находились на ПГД от 1 года до 5 лет. Пациентам проводилась трехкомпонентная иммуносупрессия: ингибиторы кальциневрина, микофенолаты (майфортик), кортикостероиды (метипред). Сандимун-неорал (СуА) получали 24 пациента в начальной дозе 5–6 мг/кг веса. Терапевтический диапазон концентрации СуА составлял 150–200 нг/мл, в 14,8 % случаев концентрация СуА была меньше 100

нг/мл. Остальные пациенты получали такролимус в ср. 8,2 мг/сут. с оптимальным уровнем концентрации препарата в крови 8–10 нг/мл. В дальнейшем среднесуточная доза препарата снижалась до 4,6–2,5 мг/сут. Эффективность иммуносупрессии оценивалась по динамике функции почечного трансплантата. Отмечалось достоверное снижение уровня креатинина в ср. от 766,4 до 103,3 ммоль/л, мочевины от 33,3 до 7,9 ммоль/л, выраженная протеинурия от 2,1 до 0,09 г/л, улучшение СКФ от 7,9 до 68,7 мл/мин. Наблюдалось постепенное повышение Нв с 95 до 127,1. На терапии СуА отмечалось некоторое повышение ОХС в ср. от 4,3 до 5,6 ммоль/л, глюкозы от 4,7 до 5,15 ммоль/л. На такролимусе, напротив, было отмечено снижение ОХС в ср. от 5,7 до 4,9 ммоль/л, уровень глюкозы также имел тенденцию к снижению от 5,5 до 5,0 ммоль/л.

Артериальная гипертензия (АГ) до АТПП наблюдалась у 90 % больных. После пересадки почки у большинства отмечалось снижение АД: САД в ср. от 170 до 131,6 мм рт. ст., ДАД в ср. от 97,4 до 86 мм рт. ст. Однако, у 37 % реципиентов наблюдался повышенный уровень АД от умеренного до выраженного (> 160/90), что способствовало прогрессированию нефропатии трансплантата. У 5 пациентов развился острый криз отторжения. В более поздние сроки развивалась хр. трансплантационная нефропатия (34,2 %), чаще при лечении СуА (25,7 %), особенно при уровне концентрации препарата в крови меньше 100нг/мл. На такролимусе хр. нефропатия пересаженной почки развивалась реже (8,5 %). Годичная выживаемость трансплантата составила 98,8 %, 5-летняя выживаемость – 87,1 %.

Заключение. Таким образом, пересадка родственной почки является перспективным видом заместительной почечной терапии.

– Хроническая нефропатия трансплантата – основная причина прекращения функции пересаженной почки.
– Эффективность трансплантации во многом зависит от иммунологического подбора адекватной иммуносупрессии.

– Такролимус обеспечивает наилучшую выживаемость трансплантата при начальных проявлениях дисфункции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОМАРКЕРОВ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И МИОКАРДИАЛЬНОГО ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Кузнецов В.А., Енина Т.Н., Солдатова А.М., Кривоножкин Д.В., Рычков А.Ю.

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

Цель. Изучить влияние сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на активность иммунного воспаления и маркеры миокардиального фиброза у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на пике лучшего ответа на СРТ согласно динамике конечно-систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ).

Материал и методы. Обследовано 77 пациентов с ХСН (средний возраст 55,9±8,2 года; 76,6 % мужчин) на фоне СРТ (средний срок 15,0 [7,0;26,0] мес.). Выделено 3 гр.: 1 гр. (n=25; 32 %) – нереспондеры (снижение КСОЛЖ<15 %); 2 гр. (n=22; 29 %) – респондеры (снижение КСОЛЖ-15–29 %); 3 гр. (n=30;39 %) – суперреспондеры (снижение КСОЛЖ≥30 %). Оценены плазменные уровни NT-proBNP, ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО-α, С-реактивного белка (СРБ), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), тканевых ингибиторов металлопротеиназы (TIMP-1, TIMP-4), ММП-9/TIMP-1, ММП-9/TIMP-4.

Результаты. Исходно выявлены более низкие уровни ИЛ-6 в 3 гр. (p2–3=0,007). В динамике отмечено снижение NT-proBNP на 15 % в 1 гр. (p<0,05), 43 % во 2 гр. (p<0,05), 59 % в 3 гр. (p<0,005); в 1 гр. – тенденция к снижению ФНО-α (p=0,064); во 2 гр. – снижение ФНО-α на 25 % (p<0,05), ИЛ-10 на 3 % (p<0,05), тенденция к снижению ИЛ-6 (p=0,084); в 3 гр. – снижение ФНО-α на 41 % (p<0,001), ИЛ-6 на 44 % (p<0,01), СРБ на 48 % (p<0,05), ММП-9/TIMP-4 на 56 % (p=0,005), тенденция к снижению ММП-9 (p=0,084). В общей гр. выявлена отрицательная связь ИЛ-1β с TIMP-1 (r=-0,370; p<0,05), положительная связь с ММП-9/TIMP-1 (r=0,378; p<0,05), подтверждающие его участие в коллагенолитических процессах; положительная связь ИЛ-10 с TIMP-1 (r=0,389; p=0,007), свидетельствующая о его противостоянии чрезмерной экспрессии TIMP-1 и ограничении избыточных процессов фиброобразования. В 3 гр. отмечены связи ИЛ-10 с ММП-9 (r=0,463; p=0,040) и с ММП-9/TIMP-4 (r=0,516; p=0,020), что может отражать способность ИЛ-10 противостоять чрезмерной активности коллагеназ. Вероятно, ИЛ-10 влияет на баланс между скоростями синтеза и распада белков экстрацеллюлярного кардиального матрикса (ЭКМ). Паттерн изменений активности ММП-9 и динамика ММП-9/TIMP-4 в группе суперреспондеров, очевидно, является адаптивно-приспособительным механизмом и может быть использован качестве маркера позитивного ремоделирования ЭКМ на фоне СРТ.

Заключение. Супер-ответ на СРТ ассоциирован со снижением активности системного воспаления, нейрогуморальной активации, уменьшением дисбаланса в системе матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов. Вероятно, СРТ оказывает влияние на состояние ЭКМ путем снижения системного воспаления,

стабилизируя коллагенолитические процессы, что сопровождается уменьшением полостей сердца, увеличением его сократительной способности, замедлением прогрессирования ХСН.

О РАЗЛИЧНОМ ОТВЕТЕ НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузнецов В.А., Солдатова А.М., Криночкин Д.В., Енина Т.Н.

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

Цель: Выявить клинические и морфофункциональные особенности у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различным сроком наступления наилучшего ответа на сердечную ресинхронизирующую терапию (СРТ), а также оценить выживаемость пациентов в зависимости от срока наступления пика ответа.

Материал и методы: В исследование было включено 122 человека (82,8 % мужчин) с II–IV функциональным классом ХСН по классификации NYHA, средний возраст 54,8±9,6 года. Исходно, через 1, 3 месяца и каждые последующие 6 месяцев проводилось клиническое обследование, эхокардиография. Средний срок наблюдения составил 33,2±16,7 месяца. Срок наибольшего снижения конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) учитывался, как срок лучшего ответа на СРТ. Пациенты с наступлением наилучшего ответа в течение первых трех месяцев после имплантации составили первую группу наблюдения (I гр – быстрый пик ответа, n=28), после трех месяцев – вторую группу (II гр. – отдаленный пик ответа, n=94).

Результаты: Среди пациентов II группы достоверно чаще выявлялись респондеры в сравнении с пациентами I группы (90,4 % против 60,7 %; p=0,001), при этом все пациенты со снижением КСО ЛЖ более, чем на 30 % (суперреспондеры) имели отдаленный пик ответа. Обе группы продемонстрировали уменьшение КСО ЛЖ, увеличение фракции выброса (ФВ) ЛЖ, однако, указанные изменения были достоверно более выражены у пациентов II группы. Общая выживаемость больных в I группе составила 71,4 %, у пациентов II группы – 96,8 % (Log Rank test p<0,001). По данным регрессии Кокса было выявлено, что КСО ЛЖ (HR 1,012; 95 % CI 1,004–1,021; P = 0,005) и срок наступления наилучшего ответа (HR 0,131; 95 % CI 0,032–0,530; P=0,004) были достоверно связаны с выживаемостью в течение периода наблюдения.

Заключение: Отдаленное наступление пика ответа ассоциируется с лучшей реакцией на СРТ, характеризующейся большим количеством респондеров и суперреспондеров, а также лучшей динамикой КСО ЛЖ и ФВ ЛЖ. Быстрое наступление пика ответа на СРТ и большие исходные значения КСО ЛЖ ассоциируются с более высокой смертностью в отдаленном периоде наблюдения.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ПРЕДИКТОР ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ МИОКАРДА

Кузьмина Т.М., Рубаненко О.А., Фатенков О.В., Кирпичёва Г.Н.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель: определить выраженность изменения морфофункционального состояния левого желудочка (ЛЖ) при постинфарктном ремоделировании у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией напряжения (ССН) III функционального класса (ФК), осложненной сердечной недостаточностью (СН), с сопутствующей гипертонической болезнью с метаболическим синдромом и без него.

Материал и методы. Обследовано 76 больных, из которых 34 мужчины и 42 женщины. Всем пациентам были поставлены диагнозы ИБС ССН III ФК, перенесенный 1 и более инфаркты миокарда, гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, группа очень высокой степени риска, хроническая СН II ФК по NYHA. В зависимости от наличия признаков метаболического синдрома пациенты были разделены на 2 группы. Все пациенты 2-й группы наблюдения имели достоверные отличия с рекомендуемыми показателями окружности талии и индекса массы тела, у них была выявлена достоверная гипертриглицеридемия и транзиторные состояния гипергликемии. Средний 1,12 лет. Пациентам проведены эхокардиография, ±возраст больных 54,3 контрастная левая вентрикулография, электрокардиография, контрастная селективная коронарография.

Результаты. В обеих группах больных имело место увеличение массы левого желудочка (МЛЖ), причём достоверно более значимое у пациентов с метаболическим синдромом с разницей между группами 28,39 % (p<0,001). У данной группы больных также была выявлена более значимая дилатация левого желудочка (ЛЖ)

и левого предсердия, большее расширение лёгочной артерии. Разница по конечно-диастолическому размеру между группами составила – 14,2 % ($p < 0,05$), по конечно-систолическому размеру – 25 % ($p < 0,001$). Снижение общей сократимости ЛЖ в большей степени наблюдалось у больных 2-й группы: значения фракции выброса, определяемой по Тейнхольцу, на 21,77 % ($p < 0,001$), определяемой по Симпсону, на 24,84 % ($p < 0,001$) меньше, чем аналогичные показатели 1-й группы. Показатели скорости трансмитрального потока показали наличие диастолической дисфункции ЛЖ, также более выраженной во 2-й группе пациентов. Различий в распространённости и выраженности коронарного стеноза и гиперхолестеринемии между группами выявлено не было.

Заключение. Таким образом, наличие метаболического синдрома является фактором риска прогрессирования хронической сердечной недостаточности с нарушением как систолической, так и диастолической функции левого желудочка.

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ СИНТЕЗА ПРОСТАГЛАНДИНОВ И КИНИНОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СОСУДИСТОГО И КАНАЛЬЦЕВОГО ЭФФЕКТОВ ДИГОКСИНА В ПОЧКЕ КРЫСЫ

Кузьмин О.Б., Белянин В.В., Сердюк С.В., Жежа В.В., Бучнева Н.В., Ландарь Л.Н.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Оренбург, Россия

Цель. Оценка влияния ингибитора простагландиновой (ПГ) системы индометацина и ингибитора калликреин-кининовой системы (ККС) апротинина на формирование сосудистого и канальцевого эффектов дигоксина в почке крысы.

Материал и методы. Работа выполнена на 30 наркотизированных крысах-самцах с катетеризированной задней поллой веной и мочевым пузырем для введения растворов и сбора мочи. В ходе опыта на фоне в/в инфузии со скоростью 0,05 мл/мин 0,9 % раствора NaCl, содержащего 0,25 % инулина, из мочевого пузыря собирали 10-минутные порции мочи и в течение 90 мин оценивали динамику диуреза, выделения электролитов, клиренса инулина и другие показатели ионорегулирующей функции почек. Объемную скорость локального кровотока изучали полярографическим методом по величине клиренса водорода с помощью платиновых электродов открытого типа, которые вводились во внутреннюю зону коры и наружную зону мозгового вещества. Дигоксин вводился в/в в дозе 0,1 мг/кг, которая вызывает у крыс умеренную диуретическую реакцию. Ингибитор циклооксигеназы индометацин назначался животным *per os* в дозе 3 мг/кг/сутки в течение 5 дней до постановки эксперимента, ингибитор калликреина апротинин – в/м в дозе 6000 АТрЕ/кг за 30 мин до введения дигоксина. Достоверность результатов оценивалась с помощью параметрического критерия Вилкоксона

Результаты. Дигоксин не оказывал существенного влияния на величину СКФ, но вызывал нарастающую диуретическую реакцию с увеличением выделения натрия и калия с мочой. К 90 мин наблюдения диурез, натрийурез и потеря калия с мочой достоверно возросли соответственно в 2,0, 2,02 и 3,16 раза по сравнению с исходным уровнем. Экскретируемая фракция натрия, отражающая реабсорбцию этого иона в почках, возросла к этому времени с $0,73 \pm 0,10$ % до $1,92 \pm 0,48$ % ($p < 0,05$), что указывает на значительное угнетение транспорта натрия в почечных канальцах. Одновременно отмечался прирост локального кровотока, измеренного по величине клиренса водорода, во внутренней зоне коры на 20,3 % ($p < 0,05$) и в наружной зоне мозгового вещества на 16,3 % ($p < 0,05$). Предварительное подавление активности ПГ-системы индометацином существенно не изменяло реакцию почек крыс на дигоксин, в то время как предварительное угнетение активности ККС апротинином ослабляло прирост локальных кровотоков в исследуемых зонах почечной ткани, увеличивая одновременно его диуретический, натрийуретический и калийуретический эффекты соответственно в 4,73, 4,29 и 5,68 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Простагландины не участвуют в формировании сосудистого и канальцевого эффектов дигоксина в почках, в то время как кинины непосредственно вовлекаются в механизм вазодилатации, возникающей под его влиянием во внутренней зоне коры и наружном мозговом веществе. ККС включается также в механизм действия дигоксина на транспорт натрия в почках, выполняя функцию модулятора, препятствующего избыточной потере воды и электролитов с мочой.

УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Кулиева А.Д., Гусейнзаде Р.Р., Абдуллаев Р.Ф.

НИИ кардиологии им. Дж. Абдуллаева; Азербайджанский Медицинский Университет, Баку,
Азербайджан

Цель. Изучение связи между уровнем эндотелина-1 (ЭТ-1) и функциональном состоянии эндотелия у больных стабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 58 больных ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II и III функционального класса. Средний возраст $57,1 \pm 1,9$ лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Средний возраст $48,2 \pm 3,5$ лет. Уровень ЭТ-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на микропланшетном ридере Infinite F-50 фирмы ТЕКАН (Швейцария). Для изучения функции эндотелия проведена проба с эндотелийзависимой вазодилатацией (ЭЗВД) по методу D.S.Celermajer с определением диаметра плечевой артерии на фоне реактивной гиперемии. Степень выраженности показателя ЭЗВД ПА являлась критерием эндотелиальной дисфункции в ответ на пробу с реактивной гиперемией.

Результаты. При исследовании уровня ЭТ-1 получено статистически достоверное повышение этого пептида по сравнению с контрольной группой $1,28 \pm 0,23$ и $0,52 \pm 0,13$ фмоль/мл ($p < 0,05$). При оценке состояния ЭЗВД ПА у обследованных больных этот показатель был в среднем 4,7 % и был достоверно меньше, чем у лиц контрольной группы (14,6 %; $p < 0,05$). Анализ уровня ЭТ-1 в зависимости от степени тяжести эндотелиальной дисфункции показал, что по мере ухудшения ЭЗВД параллельно отмечалось повышение уровня ЭТ-1 в сыворотке крови. По результатам корреляционного анализа выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем ЭТ-1 и степенью ЭЗВД ПА у больных стенокардией напряжения ($r = -0,45$; $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ФК выявлено достоверное повышение уровня эндотелина-1 в сыворотке крови и достоверное снижение эндотелийзависимой вазодилатации сосудов. Между этими показателями имеется четкая отрицательная корреляционная связь.

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА «РАБОЧЕМ МЕСТЕ» НА ФОНЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

Кулишова Т.В., Баранова Л.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Одним из вариантов артериальной гипертензии (АГ) является гипертензия на «рабочем месте», характеризующаяся более высокими показателями АД в рабочее время по сравнению с выходными днями. Перспективным с точки зрения практической медицины является разработка не только методов лечения АГ, но и коррекции некоторых факторов риска.

Цель. Изучить динамику психоэмоционального статуса у работников локомотивных бригад с АГ на «рабочем месте» на фоне общей магнитотерапии.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 83 работника локомотивных бригад, с впервые выявленной АГ и установленным диагнозом эссенциальной АГ I степени, имеющие средний риск сердечно-сосудистых осложнений, без гипертонических кризов по профессии машинисты и их помощники. Больные основной группы (41 человек) получали массаж по Мошкову, ЛФК, общую магнитотерапию (ОМТ), гипотензивную терапию (небилет по 5 мг в сутки). Препарат был выбран с учетом отсутствия побочных действий в отношении концентрации внимания. Больным группы сравнения (42 пациента) проводилось тоже комплексное лечение, но без (ОМТ). Для изучения динамики психоэмоционального статуса перед, после лечения и в катамнезе через 6 месяцев проводили тестирование с помощью опросника «САН».

Результаты. В начале лечения все пациенты жаловались на плохое самочувствие. После лечения 73,1 % ($p < 0,05$) пациентов основной и лишь 54,8 % ($p < 0,05$) группы сравнения отмечали улучшение самочувствия. Самочувствие в основной группе после лечения улучшилось на 62,5 % ($p < 0,05$), что было достоверно лучше, чем в группе сравнения. До лечения все пациенты отмечали потребность в отдыхе. После лечения 70,7 % ($p < 0,05$) пациентов основной группы и 50,0 % ($p < 0,05$) группы сравнения отмечали появление бодрости. Активность в основной группе увеличилась в среднем на 24,3 % ($p < 0,05$). В группе сравнения динамика была достоверно ниже. До лечения все пациенты отмечали раздражительность, тревожность. В конце лечения подъем настроения отмечали 92,6 % ($p < 0,05$) пациентов основной группы и 70,1 % ($p < 0,05$) группы сравне-

ния. После лечения у работников локомотивных бригад в основной группе настроение улучшилось на 30,9 % ($p < 0,05$), что было достоверно лучше, чем в группе сравнения. По данным анкетирования через 6 месяцев после лечения у пациентов основной группы самочувствие ухудшилось по сравнению с показателем после лечения до $4,9 \pm 0,04$, активность снизилась до $4,7 \pm 0,02$, настроение до $5,1 \pm 0,01$ баллов, что было достоверно лучше, чем в группе сравнения.

Заключение. Таким образом, у работников локомотивных бригад основной группы с АГ на «рабочем месте» 1 степени после комплексного лечения с включением ОМТ и в катанезе через 6 месяцев наблюдается достоверное улучшение психоэмоционального статуса что свидетельствует о значительном улучшении их самочувствия, активности и настроения, важных компонентов качества жизни.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Кульниязова Г.М., Давидович С.Г., Туякбаев А.М., Кострова Л.В.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, ФАО «ЖГМК» Актюбинская железнодорожная больница,
Актобе, Казахстан

Известно, что состояние вегетативной и сердечно-сосудистой систем во многом определяют адаптивные возможности к умственным, физическим и психоэмоциональным нагрузкам. Однако, вегетативный гомеостаз и реакции системы кровообращения у школьников с дисплазией соединительной ткани сердца (ДСТС), остаются мало изученными.

Цель: изучение вегетативного статуса школьников с некоторыми формами ДСТС.

Материал и методы. Обследованы 75 учащихся 7–18 лет с пролапсом митрального клапана (ПМК) в сочетании с аномально расположенными хордами левого желудочка (АРХ ЛЖ). Контрольная группа – 50 практически здоровых школьников. Исходный вегетативный тонус определяли по таблице Вейна (2002), включающей результаты опроса и регистрации показателей по системам; рассчитывались вероятность преобладания симпатических (Рс) или парасимпатических проявлений (Рп); каждый симптом оценён по пятибалльной системе с подсчетом среднего значения баллов.

Результаты. При сравнении общего исходного вегетативного тонуса у школьников с ДСТС достоверно преобладала симпатическая система: симпатический тонус, Рс. детей с ДСТС – $52,2 \pm 3,4$, в контрольной группе – $43,6 \pm 2,8$, $t=2,07$, $p < 0,05$; парасимпатический тонус, Рп – $42,8 \pm 2,6$ и $48,4 \pm 3,3$, $t=1,90$, $p > 0,05$. При оценке признаков вегетативной дисфункции (субъективных и объективных) сумма баллов симптомов составила 193,5. Среди обследуемых более 15 баллов по субъективным симптомам набрали 68,0 % по сравнению с контролем – 53,0 % $\chi^2=4,101$, $p=0,043$. ($p=0,001$). Причем из максимального количества баллов, равных 71, школьники с ДСТС имели достоверно больший средний балл по сравнению с контролем: $29,7 \pm 4,4$ и $17,8 \pm 3,5$ при $t=2,12$, $p < 0,05$ соответственно. Частота объективных симптомов у обследуемых – 72,1, в контрольной – 58,0, $\chi^2=20,251$, $p=0,001$. Среднее количество баллов по объективным симптомам (максимальное 89) – $34,6 \pm 3,8$ и $25,1 \pm 2,3$ при $t=2,14$, $p < 0,05$ соответственно. Объективные симптомы вегетативной дисфункции, составившие 25 и более баллов, встречались также у большинства школьников с ДСТС и вегетативный индекс Кердо среди них соответствовал симпатикотонии. Положительный ВИ (симпатикотония) выявлен у 70,7 ($n=53$), в контрольной – 54,0 ($n=27$), $\chi^2=52,515$, $p=0,001$. Отрицательный ВИ (ваготония) – 22,7 ($n=17$) и 32,0 % ($n=16$), $\chi^2=20,161$, $p=0,001$. ВИК= 0 (эйтония) – 6,7 ($n=5$) и 14,0 ($n=7$), $\chi^2=26,204$, $p=0,001$. Выраженность ДСТС у обследуемых и вегетативная их дисфункция были в прямой корреляционной связи и зависимости ($r=0,86$, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, выявленное у школьников с ДСТС напряженное функционирование симпатического отдела вегетативной нервной системы, свидетельствует о неэкономном «рабочем режиме» сердечно-сосудистой системы, приводящее к утомлению миокарда и ухудшению его трофики, что необходимо учесть при проведении программы реабилитации, т. е. коррекции состояния до достижения норм вегетативного тонуса, реагирования и обеспечения.

РОЛЬ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Курашова Е.В., Кулишова Т.В., Курашова О.Н.

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

Цель. Провести анализ тактики лечения пациентов с артериальной гипертензией на основе сочетанной бальнеотерапии и дозированной физической нагрузки.

Материал и методы. Для изучения возможности сочетанной бальнеотерапии и дозированной физической нагрузки у 37 пациентов с артериальной гипертензией на курорте Белокуриха проводился отбор больных, дополнительное клиничко-функциональное обследование с последующей коррекцией проявлений сердечно-сосудистой патологии, вегетативной регуляции; анкетирование, интервьюирование, антропометрическое и клиническое обследование пациентов с определением индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и бедер, систолического и диастолического артериального давления (АД); биохимическое исследование крови (холестерин, глюкоза, ХС ЛПВП) - исходно и перед выпиской.

Результаты: критериями отбора больных являлось наличие избыточного веса в сочетании с артериальной гипертензией. Средний возраст 37 пациентов (мужчин) с указанными расстройствами в исследуемой группе составил $48,2 \pm 2,14$ лет, с давностью заболевания от 5 до 20 лет: АГ 1 ст. имели 82,6 %; АГ 2 ст. – 17,4 %. При этом у 84,6 % больных наблюдалось ожирение андроида типа, окружность талии превышала 90 см. Показатель ИМТ в среднем составил $34,6 \pm 0,9$ кг/м². Контроль артериального давления показал исходное наличие колебаний в пределах от 151/90 до 170/110 мм.рт. ст. Средний уровень общего холестерина составил $6,62 \pm 0,43$ ммоль/л, наличие толерантности к глюкозе было определено у 8 пациентов; СД 2 типа имели 14 больных. У большинства пациентов отмечалась гиперсимпатикотония (58,6 %) и симпатикотония (25,1 %), что было расценено как состояние дизадаптации. В дальнейшем больным была рекомендована диета с дробным характером питания, гидротерапия, массаж, лечебная гимнастика, дозированная ходьба, медикаментозная коррекция – по схемам для двух групп. На протяжении всего курса пребывания в санатории (в среднем 15,5 дней) пациенты продолжали принимать базовую гипотензивную терапию в поддерживающих дозах. В наблюдаемых группах отмечалась физиологическая реакция на процедуры. Наиболее благоприятные результаты и комплекс лечения были определены при бальнеотерапии с применением дозированной физической нагрузки: достоверно уменьшилась ЧСС, нормализовался вегетативный тонус, показатели гемодинамики, липидного спектра крови.

Выводы. Таким образом, избыточный вес в сочетании с высокими цифрами артериального давления, длительное малосимптомное течение метаболических нарушений – определяют необходимость более тщательного обследования пациентов, имеющих риск развития сердечно-сосудистых и метаболических расстройств. При определении тактики лечения лицам с артериальной гипертензией и избыточной массой тела – в комплекс профилактических и лечебных мероприятий на курорте необходимо включать корригирующее воздействие дозированной физической нагрузки; учитывать наличие гиперлипидемии, отклонений показателей индекса массы тела, АД, окружности талии и бедер.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕЛИОТРОПНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИКОБИОМЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Курбанова Р.Р., Мамасалиев Н.С., Сайитжанов Л.С.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение и оценка особенностей проявления гелиотропных реакций (ГР) у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. 3-х летнее клиничкобиоритмологическое исследование осуществлялось у 25 940 человек (15 786 женщин и 10 154 мужчин) Ферганской долины, которые обращались за медицинской помощью. Использован динамический метод Г.М. Данишевского, таблица В.С.Генеса и критерии Пирсона. Использован динамический метод Г.М.Данишевского, таблица В.С.Генеса и критерии Пирсона. Соответствующая информация об основных показателях метеоусловий включала около 30 000 метеорологических факторов. Белиогеофизические факторы были изучены в 26 направлениях, а гелиометеотропные реакции оценены по методике З.Зуннунова (2002).

Результаты. Установлено, что наибольшее число случаев ГР в виде периферических проявлений (ПфГР) [слабость, сонливость, артралгии], кардиальной (КфГР) формы (сердцебиение, кардиалгия, приступы стенокардии, чувство нехватки воздуха, одышка в покое, одышка при движении) и/или сочетанной (СочфГР) форме (лабильность АД и пульса, головные боли, увеличение печени, отеки, ЭКГ изменение) у больных ССЗ приходится на дни со средним уровнем солнечной активности-29,6 %. Так, наименьшая частота случаев выявления ГР отмечена при числе Вольфа от 29 до 58 (13,3–14,9) и сравнительно часто регистрировались при $W > 173$. В целом, в зависимости от колебаний числа Вольфа ГР наблюдались от 5,1 % до 29,6 %, то есть с разницей на 24,5 % или с увеличением в 5,9 % раза ($r = +0,85$; $p < 0,001$). Периферическая симптоматика ГР выявляется в среднем в зависимости от числа W с разницей на 14,6 % или увеличением в 1,3 раза ($r = +0,98$; $p < 0,001$). Экстремальные дни в отношении развития этих симптомов, а также КфГР и СочфГР совпадают

с днями солнечной активности ($W > 173$). Установлена была прямая коррелятивная отчетливая связь между ПФГР, КФГР и СочФГР и вторым мощным гелиогеофизическим параметром-поток радиоионизлучения (ПРИЗ).

Заключение. При возрастании потока радиоионизлучения гелиотропные реакции у больных ССЗ увеличиваются до 6 раз. Значительные колебания солнечной активности являются патогенными риск-факторами для больных ССЗ: все разнообразные клинические проявления гелиотропных реакций опосредованно и непосредственно связаны с изменениями в состоянии солнечной активности.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

*Курманалина Г.Л., Сейтмагамбетова С.А., Талипова И.Ж., Исянгильдина А.Н., Панова А.А.,
Онайбаева Б.О.*

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Цель. Изучить особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) с подъемом сегмента ST

Материал и методы. В исследование включены 46 пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение Медицинского Центра ЗКГМУ имени Марата Оспанова в течение 3х месяцев. Критерием включения явилось наличие клинико-лабораторных данных, подтверждающих диагноз ОКС с подъемом сегмента ST.

Результаты. У обследованных пациентов выявлены различные факторы риска развития ишемической болезни сердца (ИБС): артериальная гипертензия – у 42 (72,4 %), сахарный диабет – у 4 (6,9 %), ожирение – у 10 (21,7 %). С момента индексного события пациенты поступили в стационар в различные сроки: в течение первых 12 часов – 23 (50 %), 24 часов – 10 (21,7 %), после 24 часов – 13 (28,3 %). С клиникой типичной ангинозной боли поступили 42 пациента (91,3 %). Длительность боли более 30 минут и до 1 часа была у 41 пациента (89,1 %), у 5 (10,9 %) – более 2 часов. Локализация боли за грудиной у 42 (91,3 %) больных, в области сердца – у 4 (8,7 %). Экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) проведено у 35 (76,1 %) больных, не экстренное – у 5 (10,8 %), не проведено – у 5 (10,8 %), тромболитическое проведено у 1 (2,17 %) пациента. Однососудистое поражение коронарного русла выявлено у 7 (17,5 %) пациентов, двухсосудистое – у 14 (35 %), трехсосудистое – у 19 (47,5 %).

Заключение. Таким образом, пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST при наличии выраженных факторов риска и типичной клинической симптоматики только в 50 % случаев были госпитализированы в первые 12 часов и лишь 76,1 % были подвергнуты экстренному ЧКВ, что свидетельствует о необходимости дальнейшей санитарно-просветительной работы среди населения с целью профилактики факторов риска развития ИБС.

ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

*Курманалина Г.Л., Жолдин Б.К., Кушимова Д.Е., Батырова Ж.Ж., Саркен Ш.С., Тунгышбаева П.Б.,
Нурбергенова А.М.*

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Цель. Изучить изменения коронарного русла у больных ОКС без подъема сегмента ST

Материал и методы. В исследование включены 158 пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, которые были госпитализированы в кардиологическое отделение Медицинского Центра ЗКГМУ имени Марата Оспанова в течение 3х месяцев. Критерием включения явилось наличие клинико-лабораторных данных, подтверждающих диагноз ОКС без подъема сегмента ST.

Результаты. С момента индексного события пациенты поступили в различные сроки: в течение первых 12 часов – 38 (24,05 %), 24 часов – 22 (13,9 %), после 24 часов – (62,02 %). Оценка риска по шкале GRACE выявила: низкий риск – 49 (31 %), средний риск – 91 (57,6 %), высокий риск – 18 (11,4 %). Пациентам среднего и высокого риска по шкале GRACE было проведено экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), что способствовало оказанию необходимой неотложной помощи. Пациентам низкого риска проведена отсроченная коронароангиография. Состояние коронарного русла у обследованных больных выглядит следующим образом: однососудистое поражение – 18 (11,4 %), двухсосудистое – 39 (24,7 %), трехсосудистое – 82 (51,9 %),

без поражения – 17 (10,7 %). В 2х случаях (1,3 %) коронароангиография не проводилась. У 39 (24,7 %) пациентов, несмотря на проводимую терапию, исходом острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST явилось развитие острого инфаркта миокарда, что вероятнее объясняется поздней обращаемостью больных. Развитие летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Изучение состояния коронарного русла у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST свидетельствует о наличии выраженных многососудистых поражений, что совпадает с оценкой по шкале риска GRACE и характеризуется развитием неблагоприятных исходов в виде развития инфаркта миокарда и требует дальнейшего четкого выполнения алгоритма диагностики и лечения данной категории больных.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Курманова А.Т., Цай А.Е.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель. Провести оценку частоты использования кардиоселективного β_1 -адреноблокатора бисопролола при лечении пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ПИМ).

Материал и методы. Был проведен анализ медицинской документации (истории болезни) 65 пациентов с ПИМ. Из них 48 (73,8 %) были мужчины, 17 (26,2 %) женщины. ЧСС у мужчин составила – от 60 до 110 в минуту, средняя ЧСС – $85 \pm 13,8$ в минуту. ЧСС у женщин составила – от 64 до 115 в минуту, средняя ЧСС – $90 \pm 12,6$ в минуту. Были проанализированы все случаи применения препарата бисопролол у данной категории больных. При лечении пациентов с ПИМ, только 23 больных получали бисопролол, что составило 35,4 %. У 23 (35,4 %) пациентов выявлен сахарный диабет 2 типа, все они не получали данный препарат. У 43 (66,2 %) пациентов выявлена хроническая сердечная недостаточность (ХСН), из них 6 (9,2 %) I стадии, у 24 (36,9 %) – ХСН II А, у 13 (20 %) – ХСН II Б. Среди пациентов с ХСН I только 4 получали бисопролол в суточной дозе 2,5–5 мг, с ХСН II А только 12 получали бисопролол в суточной дозе 5 мг. Среди пациентов с ХСН II Б препарат не назначался.

Результаты. Главной причиной недостаточного использования β -адреноблокаторов являются неоправданные опасения развития побочных эффектов. Нередко основанием для неприменения β -адреноблокаторов является наличие сопутствующей патологии. Как и ожидалось, частота назначения β -адреноблокаторов была меньше у больных пожилого возраста, пациентов с СД и ХСН. С одной стороны, это оправдано, т.к. β -адреноблокаторы могут усугублять состояние гипогликемии и нивелировать ее клинические проявления. С другой стороны применение бисопролола у пациентов с СД более эффективно предупреждает развитие повторного ИМ и внезапной смерти, чем у больных без СД. Бисопролол лишен таких неблагоприятных метаболических эффектов неселективных β -адреноблокаторов, как гипогликемия, гипокалиемия, увеличение уровня липопротеинов очень низкой плотности и триглицеридов плазмы.

Заключение. Таким образом, в клинической практике из – за сохраняющегося настороженного отношения врачей к β -адреноблокаторам современные и более эффективные препараты применяются реже, чем необходимо. Причем частота их применения становится особенно низкой именно в группах больных с высоким риском осложнений – ИБС, АГ, СД. Это связано как с переоценкой противопоказаний, опасности развития побочных эффектов, так и с недостаточными знаниями о преимуществах β -адреноблокаторов по сравнению с другими лекарственными средствами.

ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ДИУРЕТИЧЕСКОГО И НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ НЕГЛИКОЗИДНЫХ КАРДИОТОНИКОВ ДОБУТАМИНА И ДОФАМИНА ИНГИБИТОРОМ АПФ ЭНАЛАПРИЛОМ

Ландарь Л.Н., Сердюк С.В., Бучнева Н.В., Кузьмин О.Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
Оренбург, Россия

Цель. Оценить влияние ингибитора АПФ эналаприла на фармакологические эффекты добутамина и дофамина в почке крысы.

Материал и методы. Работа выполнена на 40 наркотизированных крысах-самцах с катетеризированными задней полый веной и мочевым пузырем для введения растворов и сбора мочи. В ходе опыта на фоне в/в

инфузии со скоростью 0,05 мл/мин 0,9 % раствора NaCl, содержащего 0,25 % инулина, из мочевого пузыря собирали 10-минутные порции мочи и в течение 90 мин оценивали динамику диуреза, выделения электролитов, клиренса инулина, отражающего величину СКФ, и другие показатели ионорегулирующей функции почек. Добутамин (5 мкг/кг/мин, в/в) и дофамин (1,0 мг/кг, п/к) вводили крысам после стабилизации диуреза на постоянном уровне. Эналаприл (1 мг/кг) назначали ежедневно *per os* в течение 7 дней до постановки эксперимента. Серия опытов включала 10 экспериментов. Статистическая обработка материалов проводилась при помощи программы STATISTICA 6,0.

Результаты. Добутамин и дофамин вызывали у крыс нарастающую диуретическую реакцию с одновременным увеличением СКФ и значительным приростом выделения электролитов с мочой. К 80 мин наблюдения диурез, натрийурез и потеря калия с мочой под влиянием добутамина возросли соответственно в 1,61, 1,62 и 1,73 раза ($p < 0,01$). Аналогичные данные для дофамина составили 2,22, 2,15 и 2,77 раза ($p < 0,01$). Экскретируемая фракция натрия возросла при этом соответственно с $0,33 \pm 0,03$ % до $0,51 \pm 0,08$ % ($p < 0,05$) и с $0,28 \pm 0,01$ % до $0,48 \pm 0,02$ % ($p < 0,01$), что указывает на значительное угнетение реабсорбции натрия в почках при действии этих лекарственных средств. Предварительное подавление активности ренин-ангиотензиновой системы (РАС) ингибитором АПФ эналаприлом резко повышало чувствительность почек крыс к исследуемым препаратам. На фоне действия эналаприла добутамин к 80 мин наблюдения вызывал прирост диуреза, натрийуреза и выделения калия с мочой соответственно в 2,85, 3,23 и 3,63 раза ($p < 0,01$), а дофамин увеличивал эти показатели соответственно в 3,46, 3,15 и 4,96 раза ($p < 0,01$). Экскретируемая фракция натрия в этих условиях возросла соответственно с $0,37 \pm 0,04$ % до $0,95 \pm 0,14$ % ($p < 0,01$) и с $0,29 \pm 0,02$ % до $0,78 \pm 0,08$ % ($p < 0,01$), что значительно превышает прирост этого показателя в контрольных опытах с одним добутамином или дофамином и свидетельствует о более выраженном угнетении реабсорбции натрия в почках при совместном применении этих препаратов с ингибитором АПФ эналаприлом.

Заключение. Предварительное подавление активности РАС эналаприлом резко усиливает у крыс диуретический, натрийуретический и калийуретический эффекты добутамина и дофамина. Предполагается, что почечная РАС выполняет в почках функцию модулятора, который препятствует при действии этих лекарственных средств избыточной потере воды и электролитов с мочой.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА RS9939609 ГЕНА FTO У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Лапик И.А., Ганпарова К.М., Сорокина Е.Ю.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

Ген FTO кодирует белок, вовлеченный в энергетический обмен и влияющий на метаболизм в целом, он задействован в регуляции пищевого режима, так как кодирует 2-оксоглутарат-зависимую деметилазу нуклеиновых кислот, отвечающую за процесс деметилирования N6-метиладенозина m (6) А РНК. В ряде популяций выявлена ассоциация полиморфного маркера rs9939609 гена FTO с риском развития ожирения и его осложнений. Однако есть работы, в которых данная ассоциация выявлена не была.

Цель. Выявить ассоциацию полиморфного маркера rs9939609 гена FTO с риском развития ожирения в российской популяции.

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов с ожирением I–III степени в возрасте от 18 до 55 лет. Контрольную группу составили 100 практически здоровых лиц, с нормальной массой тела в возрасте от 18 до 55 лет. Пациентам было проведено генотипирование с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени и использованием TaqMan-зондов, комплементарных полиморфным участкам ДНК. Для сравнения частот аллелей и генотипов исследуемого полиморфного маркера использовали метод χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность. Достоверными считали различия при $p < 0,05$. Распределение аллелей и генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга. Для описания относительного риска развития заболевания рассчитывали отношение шансов (OR). Как отсутствие ассоциации рассматривали $OR=1$; как положительную ассоциацию («предрасположенность») – $OR > 1$; как отрицательную ассоциацию аллеля или генотипа с заболеванием считали $OR < 1$.

Результаты. При исследовании полиморфного маркера rs9939609 гена FTO у больных ожирением было установлено, что 55 % из них являются носителями мутантного аллеля А в гетерозиготном варианте и 12 % – в гомозиготном варианте. В контрольной группе частота гетерозиготного генотипа АТ составила 42 %, а гомозиготного генотипа АА – 3 %. При анализе распределения частот аллелей и генотипов гена FTO у больных ожирением и в контрольной группе были обнаружены статистически достоверные различия. Выявлено, носительство аллеля А, генотипов АА и АТ гена FTO ассоциировано с риском развития ожирения у лиц в возрасте от 18 до 55 лет ($OR=2,07$; 4,41; 1,69, соответственно, $p < 0,05$).

Заключение. В российской популяции установлена ассоциация полиморфного маркера rs9939609 гена FTO с риском развития ожирения у лиц в возрасте от 18 до 55 лет.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Леонова Е.И., Павлов С.В., Яковлев Б. Е., Адашева Т.В., Задионченко В.С.

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Цель. Изучение взаимосвязи между клинико-функциональными характеристиками хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и состоянием сердечно-сосудистой системы с выявлением факторов, влияющих на возникновение фибрилляции предсердий (ФП) у больных ХОБЛ.

Материал и методы. Обследовано 94 пациента с ХОБЛ 2–4 степени (GOLD 2013), вне обострения. На основании суточного мониторинга электрокардиографии по Холтеру (ХМ-ЭКГ) пациенты распределены на группы: 46 больных с ХОБЛ 2–4 степени и пароксизмальной ФП и 48 пациентов с ХОБЛ 2–4 степени (вне обострения) без ФП. Критерии невключения: патология щитовидной железы, стенокардией, системными заболеваниями, опухолями, пороками сердца, кардиомиопатии, синдром слабости синусового узла, сахарный диабет. В обеих группах оценивались показатели спирометрии, данные опросников mMRC и CAT, параметры суточной пульсоксиметрии, данные эхокардиографии, суточного мониторинга артериального давления (СМАД) с измерением жесткости сосудистой стенки, а также уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ).

Результаты. У 22 пациентов ФП была зарегистрирована впервые. По длительности течения ХОБЛ, индексу курения пациенты обеих групп были статистически сопоставимы. Группы различались по объему форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1) ($p=0,032$) и FEV_1/FVC ($p=0,043$), количеству баллов по опросникам CAT и mMRC ($p=0,02$ и $p<0,001$ соответственно). По количеству тяжелых обострений ХОБЛ за год достоверных различий не выявлено. По результатам суточной пульсоксиметрии у пациентов с ФП минимальная SpO_2 (%) 76,0 [71,7; 80,0] была ниже, чем в контрольной группе – 83,0 [79,5; 87,0] ($p<0,001$). По данным СМАД группы были сопоставимы. В группе с аритмией отмечались большие показатели скорости пульсовой волны в аорте (срPWAo, м/с) ($p<0,001$). Объем левого предсердия (ЛП), площадь правого предсердия (ПП) и базальный диаметр правого желудочка (БДПЖ), систолическое давление в легочной артерии (сДЛА) были достоверно выше в группе с ХОБЛ и ФП ($p<0,05$). Уровень вч-СРБ был выше в группе с аритмией ($p<0,001$). При этом, срPWAo, FEV_1 , минимальная SpO_2 %, размеры ЛП и ПП, сДЛА, БДПЖ, вч-СРБ коррелировали с частотой пароксизмов ФП за сутки. Отмечалась значимая взаимосвязь срPWAo с ЛП, БДПЖ и вч-СРБ ($p<0,05$). В логистической регрессии выявлено влияние срPWAo, FEV_1 , минимальной SpO_2 %, сДЛА на наличие ФП, а также на параметры ремоделирования миокарда. Выявлено влияние вч-СРБ и минимальной SpO_2 % на срPWAo.

Заключение. Таким образом, FEV_1 , минимальная SpO_2 % и срPWAo влияют на процесс ремоделирования миокарда и связаны с наличием ФП у больных ХОБЛ. Системное воспаление при ХОБЛ влияет на ремоделирование миокарда опосредовано через срPWAo. Выраженная бронхообструкция, гипоксия, системное воспаление и повышенная жесткость сосудистой стенки у больных ХОБЛ требуют проведения ХМ-ЭКГ для своевременной диагностики ФП.

ОЦЕНКА АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ АМБУЛАТОРНОГО РЕГИСТРА ПРОФИЛЬ

Лерман О.В., Иванова Л.П., Суворов А.Ю., Загребельный А.В., Марцевич С.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Оценка клинических проявлений ожирения, пищевого статуса и факторов, влияющих на метаболизм у тучных субъектов в рамках проспективного регистра в реальной амбулаторно-клинической практике.

Материал и методы. Исследование проведено в рамках амбулаторного регистра ПРОФИЛЬ. За период с 01.01.2014 г. по 31.08.2015 г. в регистр ПРОФИЛЬ включено 697 больных, обратившихся в специализированное кардиологическое учреждение, из которых 291 имели ожирение (41,8 %). По анамнезу и результатам обследования были заполнены специально разработанные индивидуальные карты регистра. Одновременно

было проведено анкетирование пациентов с целью оценки текущего пищевого статуса, выявления факторов, способных оказать позитивное или негативное воздействие на метаболизм. Использовали специально разработанные анкеты по оценке рациона питания и пищевого поведения, физической активности, включающие, в том числе, вопросы с самооценкой в отношении собственной массы тела, причин ожирения. 150 пациентов заполнили анкеты (73 женщины и 77 мужчин, средний возраст $61,2 \pm 10,4$ лет).

Результаты. У пациентов преобладало ожирение 1 ст. – 74,0 % среди мужчин, 52 % – среди женщин. Однако, из них ожиревшими считали себя только 26 %. Дислипидемия была у 86,7 % пациентов, артериальная гипертензия – у 84,7 %, ишемическая болезнь сердца – у 34 %, нарушенная толерантность к глюкозе и сахарный диабет 2 типа – у 6 % и 22 % соответственно. 80 % пациентов считали свой рацион «разнообразным питанием», при этом 20 % не смогли оценить количество овощей и фруктов в своем рационе. Женщинам было свойственно эмоциональное пищевое поведение, мужчинам – экстернальное. У 79 человек (52,7 %) был низкий уровень физической активности (менее 30 минут ходьбы в день). Но только 41 пациент (27,3 %) считал причиной собственного лишнего веса малоподвижный образ жизни и наиболее важным условием похудения отметил повышение двигательной активности.

Заключение. Пациенты с ожирением неадекватно оценивают свою массу тела и свою физическую активность. В структуре их питания присутствует неблагоприятное соотношение факторов, способных повлиять на метаболизм. Алиментарный дисбаланс ассоциируется с высокой частотой алиментарно-зависимых заболеваний.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ КАК ПРИЧИНА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Линчак Р.М.¹, Недбайкин А.М.², Семенцова Е.В.¹, Юсова И.А.², Струкова В.В.²

¹ ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, Россия

² ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», Брянск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь между частотой избыточного потребления алкоголя и развитием внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материал и методы: в исследование были включены 1447 случая смерти от болезней системы кровообращения среди лиц трудоспособного возраста (25–64 лет) г. Брянска и Брянской области за 2012 год. Помимо анализа медицинской документации, проводился опрос родственников умерших и участковых служб. ВСС определялась, как случай внезапной ненасильственной смерти, наступившей в течение 1 ч после появления клинических симптомов и/или случаи непредвиденной ненасильственной смерти, наступившей в течение 12 ч с момента, когда умершего последний раз видели живым в удовлетворительном состоянии, в т. ч. смерти во сне. Степень алкогольного опьянения определялась в зависимости от концентрации этилового спирта в крови трупа согласно критериями, предложенным В.И. Прозоровским и соавт. (1967 г.).

Результаты: Частота ВСС составила 25,4 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста указанной территории. Диагноз «алкогольная кардиомиопатия» (код МКБ X I42,6) как причина ВСС был верифицирован в 8 (7 %) случаях. Указания на злоупотребление алкоголем выявлены в медицинской документации у 19 (18 %) человек, а в 26 (24,5 %) случаях подобная информация была получена от родственников умерших. Из 56 (52,8 %) случаев исследования трупной крови алкоголь в крови обнаружен у 15 (26,7 %) трупов. Согласно концентрации этилового спирта в крови, определены следующие степени алкогольной интоксикации: 3 (20 %) случая соответствовало незначительному влиянию алкоголя; 5 (33,3 %) – легкой степени опьянения; 5 (33,3 %) – опьянение средней степени; 1 (6,6 %) – сильное опьянение; 1 (6,6 %) – тяжелое опьянение.

Вывод: Злоупотребление алкоголем играет важную роль в танотогенезе ВСС лиц трудоспособного возраста, о чем свидетельствуют высокий процент анамнестических данных о злоупотреблении алкоголем, представленных как в медицинской документации, так и подтвержденных родственниками умерших, а также значительная доля положительных исследований крови на наличие этилового спирта.

ДИНАМИКА СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Личикаки В.А., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рунн Т.М., Фальковская А.Ю., Семке Г.В., Баев А.Е.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск, Россия

Цель. Оценить динамику уровня артериального давления (АД) под влиянием ренальной денервации по данным его суточного мониторирования (СМАД) у больных с резистентной АГ.

Материал и методы. В исследование включено 53 пациента, из них 25 женщин и 28 мужчин. Исключались пациенты с симптоматической АГ, наличием множественных почечных артерий, нарушениями функции почек 4–5 стадии, атеросклерозом почечных артерий. Абляция носила двусторонний характер, среднее количество наносимых радиочастотных воздействий на каждую сторону – 6 ± 2 . Нежелательных побочных эффектов, связанных с проводимым вмешательством зафиксировано не было. Измерение АД осуществлялось системой полностью автоматического измерения давления АВРМ-04 (Meditech, Венгрия).

Результаты. По данным СМАД наблюдался выраженный антигипертензивный эффект через 1 неделю после вмешательства в виде уменьшения среднесуточного АД с 155,6/93,5 мм рт. ст. до 145,5/89,0 мм рт. ст. ($p < 0,001$). Уровень среднесуточного САД и ДАД спустя 6 месяцев после абляции также снизился в сравнении с исходными показателями (145,0/86,0 мм рт. ст., $p < 0,05$). Максимальное антигипертензивное действие зафиксировано через 1 год после денервации (САД 142,6 мм рт. ст. ($p < 0,001$), ДАД 85,6 мм рт. ст. ($p=0,005$)), что говорит о накопительном эффекте данного вида лечения резистентной АГ. В аналогичные периоды времени выявлено снижение среднедневных ($-12,8/-7,0$; $-14,8/-9,0$; $-15,8/-9,0$ мм рт. ст.) и средненочных ($-10,5/-3,0$; $-7,5/-3,1$; $-12,0/-8,7$ мм рт. ст.) цифр АД. Уровень пульсового АД снизился в сравнении с исходными данными через 1 год после вмешательства ($p=0,008$), и составил < 60 мм рт. ст. Также отмечалось снижение вариабельности САД в дневное время через год (SD САД до 14,5 мм рт. ст.; $p=0,017$) после денервации. Значение вариабельности САД в целом за сутки спустя 12 месяцев после лечения аналогично снизилось до нормальных значений (с 16,5 мм рт. ст. до 15,0 мм рт. ст. по медиане; $p<0,05$). Выявлено достоверное снижение временного индекса САД и ДАД через неделю, 6 месяцев и год от начала исследования. Показатели суточного индекса (СИ) САД и ДАД в среднем по группе после проведения абляции существенно не изменились. Однако отмечено повышение СИ САД к концу 1 года исследования в 48 % случаев, СИ ДАД увеличился у 51 % человек.

Заключение. Таким образом, под влиянием ренальной денервации в ранние сроки наблюдается быстрое и достоверное снижение среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей АД, прогрессивно нарастающее к 1 году наблюдения. Происходит снижение вариабельности АД, пульсового АД и СИ. Полученные результаты свидетельствуют о прогностической значимости и положительном влиянии ренальной денервации на организм гипертоников, сокращении раннего поражения органов-мишеней и частоты развития острых сердечно-сосудистых осложнений.

МАРКЕР ВИСЦЕРАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ – ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА – У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИЗБЫТОЧНОЙ И НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Логачева И.В., Рязанова Т.А., Сурнина О.В.

ГБОУ ИГМА МЗ РФ, БУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель. Провести сравнительный анализ взаимоотношений толщины эпикардиального жира (ТЭЖ), параметров абдоминального ожирения (окружность талии и бёдер – ОТ, ОБ) с основными факторами риска метаболического синдрома (МС) у тучных больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и больных ИБС с нормальной массой тела.

Материал и методы. Обследован 71 человек (средний возраст $59,9 \pm 1,2$ лет), поступивших в Республиканский клинический диагностический центр по поводу ИБС и группа здоровых лиц (20 человек). Среди обследованных больных ИБС был 41 человек с избыточной массой тела (ИМТ) и наличием метаболических нарушений (МН) – основная группа и 30 пациентов без избыточной массы тела, но также с метаболическими нарушениями (группа сравнения). В процессе исследования оценивалось наличие абдоминального ожирения (ОТ, ОБ и ОТ/ОБ), артериальной гипертензии (АГ). Оценка структурно-функциональных параметров левого желудочка с расчетом индекса массы миокарда (ИММ) и толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) проводилась

с помощью Эхо-КГ. У больных определялся липидный профиль, уровень глюкозы в венозной крови глюкозооксидазным/пероксидазным методом и уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) натощак – базальная секреция инсулина, высчитывался показатель НОМА-IR.

Результаты. Частота выявленной АГ составляла 98,6 % без статистической разницы в обеих группах наблюдения. Значение ИМТ в основной группе/группе сравнения находилось в пределах $33,2 \pm 0,8 / 24,9 \pm 0,6$ кг/м² ($p < 0,001$), ОТ – $110,6 \pm 1,9 / 87,9 \pm 1,3$ см ($p < 0,001$). Значение ИММ в основной группе регистрировалось на уровне $116,9 \pm 4,6$ г/м², в группе сравнения – $108,7 \pm 5,3$ г/м² ($p < 0,001$), ТЭЖ – $9,5 \pm 0,3 / 8,5 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$), у здоровых лиц – $4,9 \pm 0,3$ мм. Величина ИМТ в основной группе ассоциировалась с величиной ИММ ($r = 0,45$; $p < 0,05$) и ТЭЖ ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Прямая корреляция выявлена в обеих группах между значением ИММ и ТЭЖ ($r = 0,55$ и $r = 0,45$; $p < 0,001$). Особенно значительно у тучных больных наблюдалось повышение индекса НОМА-IR до $5,43 \pm 1,25$, который значимо коррелировал с ТЭЖ ($r = 0,25$; $p < 0,001$). В обеих группах определялись повышенные значения индекса атерогенности. Уровень ТГ увеличивался только у тучных больных.

Заключение. Ишемическая болезнь сердца у тучных больных с наличием метаболических нарушений по сравнению с пациентами ИБС и нормальным весом достоверно чаще ассоциируется со структурными изменениями в сердце (увеличение индекса массы миокарда), толщиной эпикардального жира, уровнем инсулина и показателем инсулинорезистентности. Липидные нарушения приблизительно в равной степени определяются как у тучных больных ИБС, так и у больных ИБС нормальной весовой категории. ТЭЖ, как маркер висцерального ожирения, значительно увеличивается у больных ИБС независимо от избыточной или нормальной массы тела.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НЕПОЛНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Лямина Н. П., Разборова И. Б.

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

Цель. Сравнительный анализ клинико – экономической эффективности программ контролируемых физических тренировок (ФТ) различной интенсивности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с неполной реваскуляризацией коронарных артерий, выполняемых на тредмиле в ранние сроки (через 8–10 дней) после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на стационарном и домашнем этапе реабилитации.

Материал и методы. В исследование включено 74 больных ИБС с неполной анатомической реваскуляризацией на 8–10 сутки после проведенного ЧКВ, 36 мужчин и 38 женщин, средний возраст $54,1 \pm 2,3$ лет, из них 37 перенесли инфаркт миокарда, 5 имели признаки бессимптомной ишемии, 14 имели симптомы стенокардии напряжения I–II ФК, 10 имели признаки хронической сердечной недостаточности I–II ФК. Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были рандомизированы в 3 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В I группе ($n = 27$) проводился курс 10 ежедневных ФТ умеренной интенсивности (60 % ЧСС, достигнутой исходно при выполнении стресс-теста на тредмиле) в стационаре и курс умеренных ФТ на домашнем этапе в течение 2 месяцев, во II группе проводился курс 10 ежедневных интенсивных ФТ (80 % ЧСС, достигнутой исходно при выполнении стресс-теста на тредмиле) в стационаре и курс умеренных ФТ на домашнем этапе в течение 2 месяцев, III группа – группа контроля, не осуществляющая ФТ. Экономический анализ различных программ ФТ проводился методом расчета прямых медицинских затрат на осуществление каждой из них и оценки расходов, связанных с госпитализациями по поводу прогрессирования основного заболевания, развития и прогрессирования осложнений, повторных ЧКВ.

Результаты. При оценке экономических затрат на госпитализации, связанные с прогрессированием ИБС в I гр. затраты составили 47 994,2 руб., в III гр. – 71 991,3 руб., во II гр. госпитализаций, связанных с прогрессированием ИБС не было. Затраты на проведение повторной диагностической коронароангиографии (КАГ) в I гр. составили 22 285,3 руб., во II гр. – 44 570,6 руб., в III гр. – 66 855,9 руб. Затраты на проведение повторных ЧКВ в III гр. составили 353 874,9 руб., в группах I и II повторных ЧКВ не было. Расходы на проведение реабилитационных мероприятий в группах I и II были сопоставимы и составили 232 500 руб. при проведении ФТ на стационарном этапе. Из анализа прямых экономических затрат следует, что во II гр. расходы на проведение реабилитационных мероприятий (232 500 руб.) и терапию осложнений (44 570,6 руб.) были наименьшими.

Заключение. Таким образом, программа комбинированных ФТ на тредмиле, выполняемых в ранние сроки (через 8–10 дней) после ЧКВ эффективно снижает экономические расходы на ведение пациентов ИБС, перенесших ЧКВ.

МАСКИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА: ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ И ПРОГНОЗ

Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов, Россия

Цель. Определить частоту выявляемости и прогностические особенности маскированной артериальной гипертензии (МАГ) у молодых лиц, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний с учетом гендерных различий.

Материал и методы. Сплошное скринирующее исследование включало 364 молодых лиц в возрасте от 19 до 30 лет (из числа студентов старших курсов высших учебных заведений – медицинского и гуманитарных вузов, а также работников 5-ти учреждений, без регламентированных факторов профессиональной вредности). Все обследуемые были разделены на лиц с МАГ, манифестной АГ, «нормотоников». МАГ диагностировалась при положительном результате теста с 30-секундной задержкой дыхания (патент на изобретение № 2376 930) и данных суточного мониторирования артериального давления (СМАД). При прогнозировании риска развития атеросклеротических заболеваний был использован калькулятор «Lifetime ASCVD Risk».

Результаты. АГ выявлялась у 18 % обследуемых, из которых наибольшую часть составили лица мужского и женского пола с МАГ (14 %), и меньшую – лица с манифестной АГ (4 %). МАГ у лиц мужского пола выявлялась в 3,5 раза чаще, чем у лиц женского пола; а манифестная АГ в 3 раза чаще среди мужчин, чем среди лиц женского пола. Больше половины всех лиц с МАГ (60,8 %), как из группы мужчин (57 %), так и женщин (63 %) являлись студентами и работниками гуманитарных учреждений. У сотрудников медицинских учреждений, как у мужчин, так и у женщин в одинаковой степени, превалировала манифестная форма АГ (в 66 % случаев). При оценке «офисного» АД у лиц с МАГ в 56,9 % случаев определялось высокое нормальное АД, а в остальном случае (43,1 %) – оптимальное и нормальное АД. Кроме того, высокое нормальное АД в 1,5 раза чаще определялось у лиц мужского пола с МАГ, чем у женщин с МАГ.

Прогностические особенности риска развития атеросклеротических заболеваний у обследуемых лиц имели гендерные различия – 30-ти летний риск развития атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у лиц мужского пола с МАГ был сравним с таковым риском у женщин, имеющих манифестную АГ (50 %); но был выше, чем у лиц женского пола с МАГ (39 %) и «нормотоников» (8 %), но ниже, чем у лиц мужчин с манифестной АГ (69 %).

Заключение. У молодых мужчин по сравнению с лицами женского пола определяется более частая выявляемость МАГ, преобладание высокого нормального «офисного» АД, и более высокий 30-ти летний риск развития атеросклеротических сердечно-сосудистых событий, чем у молодых женщин с МАГ.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА ПРИ МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.

Научно-исследовательский институт кардиологии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Определить выраженность поведенческих факторов риска (ФР) у молодых лиц мужского и женского пола с маскированной артериальной гипертензией (МАГ).

Материал и методы. Проведено сплошное скринирующее исследование 364 молодых лиц в возрасте от 19 до 30 лет (из числа студентов старших курсов высших учебных заведений – медицинского и гуманитарных вузов, а также работников учреждений, без регламентированных факторов профессиональной вредности). Из обследуемых были выделены лица с МАГ (14 % – из них 41,2 % мужчины, 58,8 % женщины), с манифестной АГ (4 % – из них 40 % мужчины, 60 % женщины) и «нормотоники» (82 %). Всем было проведено: физикальный осмотр, анкетирование по оценке поведенческих факторов риска. Статистический анализ проводился пакетом STATISTICA 7,0, EXCEL Microsoft Office профессиональный плюс 2010. Проверка нормальности распределения проводилась методом Колмогорова-Смирнова, средние значения количественных признаков представлены в виде медианы и квартильного разброса. Проверка статистических гипотез осуществлялась с использованием Н критерия Kruskal – Wallis ANOVA by Ranks and Median Test.

Результаты. Факт курения выявлен в 39 % случаев у лиц с МАГ, в 26,7 % при манифестной АГ и в 27 % у «нормотоников». Более половины всех курящих – лица мужского пола, из которых 52,4 % с МАГ, 50 % с ма-

нифестной АГ. Ранний возраст начала курения выявлен в 15,7 % при МАГ, в 50 % при манифестной АГ и у 9 % «нормотоников». При сравнении особенностей пищевого поведения – лица с МАГ чаще досаливали уже приготовленную пищу и чаще употребляли колбасные изделия (в 47 % и 51 % случаев), чем «нормотоники» (45 % и 45 %), но реже, чем лица с манифестной АГ (в 53 % и 53 % случаев). Более частое употребление соли (досаливания пищи и потребления консервантов) определялось среди лиц мужского пола, как с МАГ (у 57 % и 61 % мужчин против 40 % и 43 % у женщин), так и с манифестной АГ (у 66 % мужчин против 44 % у женщин). Более частая кратность потребления легких алкогольных напитков (пива) отмечалась у лиц мужского пола во всех группах: у 47,6 % мужчин с МАГ (у женщин в 40 %), у 83 % мужчин с манифестной АГ (у женщин в 44,4 %), у 57,6 % мужчин «нормотоников» (у женщин в 40,8 %). Сухое вино чаще употребляли женщины с МАГ (60 %, против 19 % мужчин), по сравнению с более равновесными значениями среди лиц с манифестной АГ (55 % среди женщин, 50 % среди мужчин). В итоге, чаще определялось употребление алкогольных напитков лицами с манифестной АГ (в 60 % случаев против 43 % среди лиц с МАГ).

Заключение. Превалирующее нарушение пищевого поведения среди молодых лиц мужского пола может оказывать влияние на выраженность АГ, как при маскированной, так и манифестной форме АГ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Максютова Л.Ф., Максютова А.Ф., Фрид С.А., Максютова С.С., Баянова И.Л.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия

Цель. Изучить клиническую эффективность милдроната (М) у больных пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), состояние показателей внутрисердечной гемодинамики левого желудочка (ЛЖ), изменения физической толерантности (ФТ) в процессе лечения.

Материал и методы. Наблюдались две группы больных: 1–35 пациентов и 2–30 пациентов (32 мужчины и 33 женщины) в возрасте 67–78 лет (средний возраст $73,5 \pm 2,4$ лет), перенесших ИМ от 2 до 5 лет назад. В 60 % случаев отмечался Q-ИМ, в 40 % – трансмуральный. Медикаментозная терапия включала селективные бета-адреноблокаторы, пролонгированные нитраты, аспирин, клопидогрел, статины, ингибиторы АПФ. Пациентам 1 группы также назначали М по 1,5 г/сут. ФТ определялась на фоне лечения с помощью теста 6-ти минутной ходьбы (ТШХ) с расчетом скорости пройденного пути. Показатели внутрисердечной гемодинамики ЛЖ оценивались с помощью эхокардиографии и доплер-эхокардиографии исходно при включении в исследование и на 4 и 6 неделе наблюдения.

Результаты. При оценке исходного состояния ФТ отмечались невысокие показатели ТШХ. Так, в 1 группе пройденное расстояние составило $386,2 \pm 7,8$ м, во 2 – $410,3 \pm 8,9$ м при одинаковой скорости ($0,75 \pm 0,02$ и $0,71 \pm 0,02$ м/с, соответственно). Фракция выброса была в 1 группе $58,5 \pm 2,5$ %, во 2 – $57,1 \pm 1,5$ %. ФТ в обеих группах возрастала, однако в 1 группе М способствовал более выраженному и раннему приросту, как проходимого расстояния на 25 % в 1 группе, во 2 – на 6,5 %, так и повышению скорости на 9,5 % и на 5,5 %, соответственно. Различия между группами достоверны по критерию χ^2 ($p < 0,05$). Анализ результатов оценки изменения показателей систоло-диастолической функции ЛЖ показал, что у больных 1 группы наблюдался больший прирост ФВ, так, увеличение составило 8,5 % ($p < 0,05$) и лишь 3,8 % во 2 группе. У всех больных 1 группы отмечалось снижение конечного диастолического давления с $21,9 \pm 1,1$ до $18,2 \pm 0,8$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), во 2 группе изменения были недостоверными. При оценке показателей трансмитрального кровотока в 1 группе наблюдалось более значимое восстановление диастолической функции: величина отношения скоростей раннего и позднего трансмитрального потоков (А) возрастала на 15 % ($p < 0,05$). Увеличение значения Е/А отмечалось за счет увеличения максимальной скорости потока раннего наполнения Е. Величина времени изоволюмического расслабления ЛЖ возросла на 8,5 % в 1 группе, во 2 – не изменилась. Величина времени замедления раннего диастолического наполнения снизилась в 1 группе на 12,5 % ($p < 0,05$), во 2 – достоверно не изменилась.

Заключение. Включение М в комплексную терапию больных пожилого возраста, перенесших ИМ, оказывает благоприятное влияние на состояние показателей внутрисердечной гемодинамики, улучшает систоло-диастолическую функцию ЛЖ и повышает ФТ.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В., Подболотов Р.А., Радаева И.Ю.

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

Цель: разработать систему клинико-лабораторных индикаторов эффективности и безопасности двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) при остром коронарном синдроме (ОКС) для имплементации в реальную клиническую практику.

Материал и методы. Проведено открытое проспективное стратифицированное исследование, включавшее больных ОКС ($n = 473$). Функциональная активность тромбоцитов (ФАТ) оценивалась по степени индуцированной агрегации тромбоцитов (АТ) в цельной крови методом импедансной и люминесцентной агрегатометрии с использованием АДФ, коллагена, тромбина, ристоцетина, арахидоновой кислоты, определением реактивности тромбоцитов на фоне ДАТ с использованием системы VerifyNow. Первичная конечная точка – комбинированная, включающая смерть от сердечно-сосудистых причин и повторные госпитализации. Дополнительно анализировалась полнота выполнения врачебных назначений как пациентом, так и медперсоналом, результативность использованных методов оценки ФАТ.

Результаты. Подавление АТ у больных ОКС на фоне ДАТ до 26–32 % для амплитуды коллаген-индуцированной (2 мкг/мл) и 0–19 % для амплитуды АДФ-индуцированной (10 мкМ) (от референсных значений) агрегации тромбоцитов сопровождается снижением риска наступления повторных тромботических событий (HR 3,4 CI 1,45; 4,1). Отклонение от «целевой» степени ингибиции агрегационной активности тромбоцитов в 78,4 % было связано с пропуском приема 2 и более доз антиагреганта, и в 21,5 % – истинной резистентностью. Типирован профиль индукторов агрегации, гематологические параметры и тромбоцитарные индексы при разных причинах высокой АТ на фоне назначенной ДАТ. К 7-ым суткам с момента манифестации ОКС степени статистической значимости достигали все изучаемые параметры агрегатограммы (A max, Slope, Lag фаза, AUC) ($p = 0,0427; 0,0107; 0,0437; 0,0109$, соответственно) в зависимости от использованного сочетания антиагрегантных препаратов. Выявлялись различия при использовании одной и той же схемы антиагрегантной терапии с оригинальным препаратом или воспроизведенным (дженериком). Частота «ошибок», «технических экстрем» была достоверно выше при использовании системы VerifyNow ($p = 0,031$).

Заключение. Система клинико-лабораторных индикаторов эффективности и безопасности ДАТ у больных ОКС включает в себя оперативные (количество эритроцитов, тромбоцитов, MPV, PDW, степень снижения максимальной амплитуды импеданса цельной крови при АДФ индуцированной АТ) и расширенные (AUC, количество высвобождаемого АДФ при АДФ индуцированной агрегации, параметры коллаген-индуцированной агрегации тромбоцитов) клинико-лабораторные индикаторы, использование которых в реальной клинической практике позволит оптимизировать проведение ДАТ.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ДВОЙНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ПОЗИЦИЙ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Малинова Л.И.¹, Фурман Н.В.¹, Долотовская П.В.¹, Пучиньян Н.Ф.¹, Шамьюнов М.Р.¹, Липатова Т.Е.²,
Хайбекова Т.В.², Денисова Т.П.²

¹НИИ кардиологи,
²кафедра терапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава
России, Саратов, Россия

Цель: определить пути оптимизации проведения двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС/ST) с использованием концепции процессного управления.

Материал и методы. Проведена аналитическая оценка оперативных и поддерживающих процессов проведения ДАТ при ОКС/ST в реальной клинической практике: Использованы результаты проспективного стратифицированного исследования больных ОКС/ST ($n=230$). Всем больным проводилось исследование ФАТ методом импедансной и люминесцентной агрегатометрии на первые и 7-е сутки с момента манифестации ОКС. Дополнительно анализировалась полнота выполнения врачебных назначений как пациентом, так

и медперсоналом, результативность использованных методов оценки ФАТ. Исследование также включало анкетирование врачей кардиологов, терапевтов и врачей общей практики (суммарно, n=103), посвященное принципам антиагрегантной терапии при ОКС.

Результаты. Установлена сравнительно высокая частота некорректного выбора лекарственных препаратов для проведения антиромбоцитарной терапии: например, использование АСК как монотерапии в 22,2 %, использование комбинации АСК, клопидогрела и тикагрелора в 3,9 %; отсутствие отраженных в медицинской документации критериев выбора антиагрегантов, в том числе ранней смены одного ингибитора P2Y12 рецепторов другим (6,1 %). Выбор антиагрегантов определял динамику ФАТ: к 7-м суткам с момента манифестации ОКС степени статистической значимости достигали все изучаемые параметры агрегатограммы (максимальная амплитуда, Slope, длительность Lag фазы, площадь под кривой агрегатограммы) (Kruskall Wallis p level 0,0427; 0,0107; 0,0437; 0,0109). Отклонение от «целевой» степени ингибиции агрегационной активности тромбоцитов в 78,4 % было связано с пропуском приема 2 и более доз, при этом в 67 % пропуск был обусловлен вторичными оперативными причинами. При анкетировании специалистов выявлена недостаточная информированность о принципах проведения антиагрегантной терапии при ОКС (57 %), а также низкая степень уверенности в ответах (62 %), коррелировавшая с длительностью врачебного стажа.

Заключение. Стратегическим акцептором оптимизации проведения ДАТ у больных ОКС/ПСТ являются оперативные процессы медицинского персонала, как наиболее частая причина некорректной антиагрегантной терапии. С позиций процессного управления критериями совершенствования процесса медицинского персонала являются поддержка организационной структуры и ролевых групп; возможность переназначения заданий, оперативного вмешательства в процесс и обработки исключительных ситуаций; масштабируемость; возможность минимального участия дополнительных специалистов; возможность информирования участников процесса в реальном времени по отклонениям показателей процесса.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Малхасьян М.В., Кузнецов В.А., Бессонов И.С., Павлов П.И.

БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия; Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Оценить непосредственные результаты применения реолитической тромбэктомии у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

Материал и методы. Проанализированы результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 188 пациентов (161 (85,6 %) мужчина, 27 (14,4 %) женщин) с первичным ИМпСТ, которым в качестве методики удаления коронарного тромба применялась реолитическая тромбэктомия. Использовались две системы реолитической тромбэктомии-AngioJet 9000 и AngioJet Ultra. ЭХО КГ на госпитальном этапе проводилась у 178 (94,7 %) больных. Все пациенты получали утвержденную стандартами сопутствующую медикаментозную терапию.

Результаты. Средний возраст больных составил $54,1 \pm 10,7$ года. Стаж курения имели 125 (66,5 %) пациентов. В структуре сопутствующей патологии основные позиции занимали: артериальная гипертония (73,4 %) и сахарный диабет II типа (11,2 %). Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе имели 32 (17 %) больных, 24 (12,8 %) пациента ранее перенесли ЧКВ, 7 (3,7 %) – аортокоронарное шунтирование. Более чем у половины пациентов (55,9 %) был диагностирован нижний ИМпСТ. В состоянии кардиогенного шока было прооперировано 22 (12 %) больных. Медиана времени от момента возникновения симптомов до поступления в клинику составляла 222,5 [70;584] минуты. Односудистое поражение коронарных артерий было выявлено у 39,4 % пациентов, многосудистое у 32,4 % больных. Основными инфаркт-связанными артериями являлись передняя межжелудочковая (38,3 %) и правая коронарная (43,6 %) артерии. Полная тромботическая окклюзия коронарной артерии имела место в 77,4 % случаев. Доля имплантированных стентов с антипролиферативным покрытием составила 48,8 %. Медиана времени от момента поступления пациентов в стационар до восстановления коронарного кровотока составила 41,5 [30;60] минуты. Непосредственный ангиографический успех был достигнут в 94,1 % случаев. Медиана продолжительности ЧКВ составила 60 [50;80] минут. Осложнения ЧКВ были зарегистрированы в 3 (1,6 %) случаях. Жизнеугрожающие аритмии во время ЧКВ возникали у 22 (11,7 %) пациентов. Феномен «no-reflow» явился исходом 6 (3,2 %) ЧКВ. Частота госпитальной смертности составила 5,9 %. Значение комплексного показателя МАССЕ, включающего смерть, рецидив инфаркта миокарда, тромбоз стента и инсульт, составило 6,9 %. По данным ЭХО КГ у 26 % больных в послеоперационном периоде не было выявлено зон асинергии миокарда, при этом снижение сократительной функции миокарда имело

место лишь в 26 % случаев, а средняя фракция выброса составляла $57,5 \pm 9$ %. Средняя продолжительность госпитализации пациентов составила $9,5 \pm 0,6$ суток.

Заключение. Реолитическая тромбэктомия является безопасной и эффективной методикой и характеризуется относительно низкой госпитальной смертностью, а также низкой частотой развития госпитальных осложнений при проведении ЧКВ у пациентов с ИМпСТ.

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Мальш Е.Ю., Исаева Я.В., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Феськова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) наряду с метаболическим синдромом (МС) являются социально значимыми заболеваниями, ключевым моментом патогенеза которых является концепция хронического системного воспаления. Это приводит к утяжелению течения ХОБЛ.

Цель. Изучить особенности соматического статуса у больных с ХОБЛ и сопутствующим МС.

Материал и методы. В исследование было включено 100 человек с диагнозом ХОБЛ средней степени тяжести в стадии ремиссии – 35 женщин (35,0 %) и 65 мужчин (65,0 %), $47,24 \pm 0,21$ лет – средний возраст. Диагноз и лечение ХОБЛ были определены на основании жалоб, анамнеза, объективного статуса, данных спирометрии в соответствии с GOLD, пересмотр 2011. МС диагностировался в соответствии с критериями диагностики МС Международной диабетической федерацией (2005). Все пациенты на основании комплексного обследования были разделены на 2 группы – больные ХОБЛ без МС и больные ХОБЛ с МС. Комплексное обследование включало в себя оценку антропометрических показателей с расчетом индекса массы тела (ИМТ); оценку уровня артериального давления (АД); оценку липидного спектра крови, оценку уровня глюкозы крови натощак и после нагрузки глюкозой и оценку тяжести течения ХОБЛ с использованием компьютерной программы «Система управления лечебно-диагностическим процессом у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких (Pulmosys)» по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев».

Результаты. В результате комплексного обследования МС был диагностирован у 70 больных ХОБЛ (70,0 %). Соответственно, распределение по группам произошло следующим образом. Первая группа – 30 больных ХОБЛ без МС, из них 13 женщин (43,3 %) и 17 мужчин (56,7 %), $45,22 \pm 0,37$ лет – средний возраст. Вторая группа – 70 больных ХОБЛ и МС, из них 27 женщин (38,6 %) и 43 мужчины (61,4 %), $48,31 \pm 0,64$ лет – средний возраст.

С помощью компьютерной программы «Pulmosys» выявлены достоверные различия в тяжести течения ХОБЛ между больными первой и второй групп.

Так, количество обострений заболеваний, число вызовов бригад СМП и госпитализаций по поводу ХОБЛ было достоверно выше у больных ХОБЛ с МС в 1,4; 1,3 и 1,5 раза соответственно по сравнению с больными ХОБЛ без МС и составило $4,12 \pm 0,23$ и $3,02 \pm 0,22$; $3,73 \pm 0,35$ и $2,81 \pm 0,05$; $3,02 \pm 0,49$ и $2,06 \pm 0,17$ раз соответственно ($F=34,87$; $p=0,0000$), ($F=24,93$; $p=0,0000$), ($F=32,19$; $p=0,0002$).

Заключение. С использованием компьютерной программы «Pulmosys» установлено, что у пациентов с ХОБЛ и МС более тяжело протекает основное заболевание с частыми обострениями и госпитализациями, выраженной клинической симптоматикой, что позволяет выделить в клинике внутренних болезней отдельный клинический фенотип «ХОБЛ+МС».

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мальш Е.Ю., Исаева Я.В., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Феськова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

В настоящее время рассматриваются различные механизмы этиопатогенеза хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и нарушений обмена веществ, включающих в первую очередь системное воспаление, гиподинамию. При сочетанном течении ХОБЛ и метаболического синдрома (МС), необходим комплексный

подход к профилактическим мероприятиям и требуется разработка программ легочной реабилитации с учетом сопутствующей патологии.

Цель. Оценка эффективности лёгочной реабилитации у больных ХОБЛ, адаптированной с учетом сопутствующего МС.

Материал и методы. В исследование было включено 70 человек с ХОБЛ средней степени тяжести и МС. Все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ согласно GOLD, пересмотр 2011. Было сформировано 2 группы: 1-я группа – 35 человек, которые наряду со стандартной медикаментозной терапией ХОБЛ прошли курс легочной реабилитации, включающий обучение пациентов, отказ от курения, физические тренировки, диетические рекомендации; 2-я группа – 35 человек, получали только стандартную медикаментозную терапию ХОБЛ. Комплексная оценка соматического статуса по показателям: «число обострений заболевания в течение последних 12 месяцев», «число вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) в течение последних 12 месяцев», «число госпитализаций в течение последних 12 месяцев». оценки выраженности клинических симптомов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценки качества жизни (КЖ) и спирометрических показателей исследуемых пациентов была проведена до начала курса легочной реабилитации и через 12 месяцев.

Результаты. В результате применения курса легочной реабилитации у пациентов с ХОБЛ и МС через 12 месяцев отмечена достоверная положительная динамика некоторых параметров соматического статуса и КЖ в сравнении с больными 2 группы: уменьшение «числа обострений заболевания» с $3,96 \pm 0,43$ до $2,24 \pm 0,10$ раз, т. е. в 1,8 раз ($F=47,01$; $p=0,0002$), «числа вызовов бригад СМП» с $3,80 \pm 0,37$ до $1,59 \pm 0,25$ раз, т. е. в 2,3 раза ($F=69,10$; $p=0,0000$), «числа госпитализаций» с $2,93 \pm 0,11$ до $1,41 \pm 0,24$ раза, т. е. в 2,1 раз ($F=77,13$; $p=0,0004$); уменьшение выраженности клинических симптомов ХОБЛ по ВАШ; достоверное положительное изменение физического и психологического компонентов КЖ; достоверно положительная динамика толерантности к физическим нагрузкам по результатам теста с 6-минутной ходьбой. Анализ спирометрических параметров у больных исследуемых групп не выявил достоверных различий показателей функции внешнего дыхания.

Заключение. Проведение курса легочной реабилитации приводит к достоверному улучшению переносимости физических нагрузок за счёт достоверного уменьшения выраженности клинической симптоматики ХОБЛ и, соответственно, оказывает достоверное положительное влияние на все компоненты КЖ.

ВЛИЯНИЕ ОМАКОРА НА ДИНАМИКУ НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС И НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Мальцева Л.С., Михин В.П., Костина Н.Л.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра внутренних болезней № 2, Курск, Россия

Цель. Оценка динамики параметров жесткости сосудистой стенки у больных хроническими формами ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа на фоне комплексной терапии омакором.

Материал и методы. В исследование включено 90 пациентов, страдающих хроническими формами ИБС на фоне сахарного диабета 2 типа. Всем пациентам не менее, чем за месяц до включения в исследование, была назначена стандартная терапия, включавшая ингибиторы АПФ, дезагреганты, пероральные сахароснижающие препараты, при необходимости пролонгированные нитраты (37 пациентов), 70 пациентов принимали бета-блокаторы. Пациенты были рандомизированы на 2 группы, основную и контрольную, по 45 человек в каждой. Критериями рандомизации являлись пол и возраст больных. Пациентам основной группы наряду со стандартной терапией был назначен омакор (1 г/сут). Пациенты контрольной группы получали только препараты стандартной терапии. Длительность лечения омакором составила 3 месяца. Динамику параметров жесткости сосудистой стенки оценивали при помощи аппарата «VaSera-1000» («Fukuda Denshi», Япония) до начала терапии омакором, через 1,5 мес. и 3 месяца лечения. Оценивали динамику сердечно-лодыжечный сосудистого индекса CAVI на правых (R-CAVI) и левых (L-CAVI) конечностях, индекса аугментации R-AI, ABI (лодыжечно-плечевой индекс). Статистическую обработку полученных результатов проводили методами параметрической статистики с использованием программы StatSoft Statistica 6,0.

Результаты. При оценке R- и L-CAVI через 1,5 месяца в основной и контрольной группе изменения этих показателей не отмечалось. Через 3 месяца терапии омакором было выявлено снижение R- и L-CAVI у пациентов основной группы на 8,8 % и 10,2 % соответственно ($p<0,05$). В контрольной группе изменений показателей CAVI выявлено не было. Индекс аугментации не изменялся в обеих группах через 1,5 месяца, однако к 3 месяцу терапии омакором R-AI снизился в основной группе на 23,3 % ($p<0,05$), а в контрольной группе

оставался неизменным. При повторном исследовании через 1,5 и 3 месяца терапии омакором изменений АВІ на правых и левых конечностях выявлено не было, что свидетельствует об отсутствии влияния омакора на проходимость сосудов нижних конечностей.

Заключение. Таким образом, включение омакора в состав комплексной терапии пациентов с хронической ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа приводит к улучшению параметров жесткости сосудистой стенки к 3-му месяцу терапии, что свидетельствует о положительном влиянии этого препарата на процессы сосудистого ремоделирования.

МЕТЕОГЕЛИОЗАВИСИМОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Мамасалиев Н.С., Курбанова Р.Р., Сайитжанов Л.С.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. Осуществлялось специальное ретроспективное эпидемиологическое изучение случаев смерти от ССЗ в условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины Узбекистана. В течение 3-х летнего гелио-метеорологического наблюдения всего проанализировано 191 случаев смерти. Был использован динамический метод Г.М.Данишевского. Периодический обзор об метеорологических и гелиогеофизических параметрах получен из регионального управления по гидрометеорологии по дням каждого месяца в течение всего периода наблюдения.

Результаты. Показатели случаев смерти у мужчин и женщин от ССЗ выглядели следующим образом: от острой сердечной недостаточности (ОСН) - 60,0 % и 40,0 % ($p < 0,05$), от острого инфаркта миокарда (ОИМ) - 75,3 % и 24,7 % ($p < 0,01$) и от острой сердечной-сосудистой недостаточности (ОССН) - 72,0 % и 28,0 % ($p < 0,01$). Наибольшие уровни смертности от ОСН, ОИМ и ОССН приходятся на возрастные группы 60–69 лет, 50–59 лет, 40–49 лет, 70 лет и старше. Наблюдается совпадение увеличения смертности от ССЗ с максимальным уровнем колебаний солнечного сияния ($r = +0,85$, $p < 0,01$), атмосферного давления ($r = +0,79$, $p < 0,05$), температуры воздуха ($r = +0,71$, $p < 0,01$) и относительной влажности воздуха ($r = +0,93$, $p < 0,01$). В целом, подтверждено, что метеорологические факторы сильно влияют на смертность от ССЗ. Установлено, что большинство случаев смерти от ССЗ располагается в интервале колебаний числа Вольфа от ≤ 29 (28,3 %), 59–87 (15,7) и ≥ 116 –143 (11,5 %).

Смертность от ССЗ с высокой частотой регистрируется при колебаниях и значений УХСИ (усредненная характеристика состояния ионосферы) в уровнях «спокойного состояния ионосферы» и «слабого отрицательного возмущения». Со сравнительно низкой и очень низкой частотой регистрируются случаи смерти от ССЗ при состоянии «слабо положительного» и «умеренно положительного» возмущения ионосферы.

Заключение. В условиях резкоконтинентального климата Ферганской долины смертность от ССЗ больше связана с метеорологическими факторами. В структуре случаев внезапной смерти вне стационара преобладает больные молодого возраста. Таким образом, профилактика и прогнозирование смертности от ССЗ у этой категории (метеочувствительных) людей должна являться основным аспектом в программе профилактических мероприятий смертности от основных ССЗ.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ: ВОПРОСЫ ИНФОРМАТИВНОСТИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Мамасалиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. В эпидемиологическом исследовании изучение информативности ВИЧ-инфицированного (ВИЧи) населения о факторах риска повышенного артериального давления (ПАД).

Материал и методы. Было организовано и проведено эпидемиологическое исследование, в ходе которого была обследована репрезентативная выборка из ВИЧ-позитивного населения Ферганской долины Узбекистана.

на в возрасте от 20 до 50 лет и старше в количестве 506 человек. У каждого обследуемого оценивался субъективно-объективный показатель (информативность ВИЧи лиц о факторах риска ПАД и отношение к своему здоровью) в зависимости от пола, возраста, место жительства и социального градиента.

Результаты. Было выявлено низкая информативность ВИЧи-лиц о ПАД. Так, частота информативности обследуемой популяции в отдельных возрастных группах отмечено было в разных уровнях: в возрасте 20–24 лет -47,8 %, в 25–29 лет-48,1 %, в 30–34 лет-47,6 %, в 35–39 лет-55,9 %, в 40–44 лет-59,2 %, в 45–49 лет-65,9 %, в ≥ 50 лет-70,3 % и в 20–50 лет и старше-56,3 %. Информативность ВИЧи-населения об основных факторах риска ПАД оказалось существенно низким следующей в последовательности: ожирение-54,5 %, гиперхолестеринемия-34,0 %, низкая физическая активность-55,7 %, курение-58,5 %, употребление алкоголя-60,1 %, стрессы-64,8 % и неправильное питание-38,9 %. В зависимости от возраста осведомленность ВИЧи-лиц об основных факторах рисках увеличивается в следующих частотах: о ожирении-от 43,5 % (возрасте до 40 лет) до 62,5 лет (≤ 50 лет), то есть на 19,0 % ($p < 0,05$); о гиперхолестеринемии-от 17,4 % до 40,6 % или в 2,3 раза ($p < 0,01$), о низкой физической активности-от 52,2 % до 64,1 % или на 11,9 % ($p < 0,05$); об курении-от 43,5 % до 67,2 % или на 19,2 % ($p < 0,05$), о употреблении алкоголя-от 43,5 % до 68,7 % или на 25,2 % ($p < 0,05$); об стрессах-от 60,9 % до 70,3 % или на 9,4 % ($p < 0,05$) и о вреде перегулярного питания –от 43,5 % (в возрасте до 25 лет) до 45,3 % (в возрасте ≥ 50 лет) или на 1,8 % ($p < 0,05$). У 87,8 % ВИЧи-населения имеет место недостаточная информативность об эффективности профилактических мероприятий в отношении ПАД. 12,3 % ВИЧи-лиц выразили свои отношения к профилактическим мероприятиям в отношении ПАД в виде ответа «очень положительное», 29,5 % -«частично да, можно участвовать», 47,4 %-«никогда не участвовал в профилактике», 6,7 % -«нет, не полезна» и 3,8 %-«не могу ответить». Вероятно, эта ситуация должна привлекать внимание как исследователей, так и практиков.

Заключение. Таким образом, по-видимому, в различных средствах массовой информации потребуются увеличение потока информации в этом направлении (мероприятие по первичной профилактике) и согласованных действий различных структур среди ВИЧ-позитивного населения.

ИЗУЧЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ СУММАРНОЙ ДОЗОЙ РАДИАЦИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СРЕДИ НАСЛЕНЕНИЯ, ЖИВУЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ БЫВШЕГО СЕМИПАЛАТИНСКОГО ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Маркабаева А.М., Керимкулова А.С., Пивина Л.М., Оспанова А.С.

Государственный медицинский университет города Семей, Семей, Казахстан
Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан

Цель: изучение связи между суммарной дозой радиации и показателями липидного спектра среди населения, живущего на территории, подвергшейся радиационному загрязнению в результате деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона.

Материал и методы: популяционно поперечное исследование. Выборочная совокупность создавалась с помощью многоступенчатого метода. Обследование включало в себя опрос по стандартной анкете для выяснения паспортных данных, информацию о времени проживания конкретных лиц на изучаемых территориях с последующим расчетом индивидуальных эффективных доз облучения, определение антропометрических параметров и биохимическое исследование крови на содержание общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности. Рассчитывали индекс массы тела. Эффективные эквивалентные дозы были рассчитаны для каждого участника и представлены в сантиЗивертах.

Результаты. В итоговый анализ включены 1755 человек, у которых имелась полная информация по всем независимым переменным. Бивариантный анализ средних значений зависимых переменных с помощью дисперсионного анализа выявил прямо пропорциональную связь между дозой ионизирующего излучения и общим холестерином, а также липопротеидами низкой плотности, в то время как связи между эффективной эквивалентной дозой и липопротеидами высокой плотности выявлено не было. Коррекция на потенциальные конфаундеры не изменила общей картины: лица, получившие более высокие дозы ионизирующего излучения, имели более высокие средние значения как общего холестерина, так и липопротеидов низкой плотности независимо от района проживания, пола, индексы массы тела, курения и употребления алкоголя. Статистически значимых связей между эффективными эквивалентными дозами и липопротеидами высокой плотности выявлено не было.

Выводы. В ходе данного первого исследования, направленного на изучение связи между показателями радиационного облучения и показателями липидного обмена, было выявлено наличие статистически значимой прямо пропорциональной связи между эффективной эквивалентной дозой, общим холестерином и липопротеидами низкой плотности.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Мартынова Т.А., Максимов Н.И., Назипова Т.Ю.

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

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются одной из главных причин заболеваемости и смертности в России и во всем мире. Риск развития ССЗ у женщин возрастает с развитием менопаузы. Дефицит гормонов, продуцируемых яичниками, способствует развитию артериальной гипертонии (АГ), сахарного диабета (СД), гиперхолестеринемии (ГХ) и метаболического синдрома (МС), что, в свою очередь, может послужить фоном для развития ишемической болезни сердца (ИБС). Поэтому в последнее время большое внимание уделяется аспектам профилактики и ранней диагностики ИБС.

Цель. Изучить клинические, лабораторно-инструментальные данные и провести оценку электрофоретических свойств эритроцитов (ЭФПЭ) у женщин с ОКС.

Материал и методы. Проведено исследование 52 женщин с ОКС, проходивших лечение в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 54,2+/-5,4). В группу сравнения вошли 35 мужчин (средний возраст 55,4+/-4,2). Была проведена оценка клинической картины, стандартных лабораторных и инструментальных методов исследования. У всех больных проводилось исследование ЭФПЭ методом микроэлектрофореза на приборе «Цитоэксперт».

Результаты. У 39 больных был диагностирован ОКС с подъемом сегмента ST, у 48 – ОКС без подъема сегмента ST. Практически все пациенты имели различные факторы риска, такие как ГХ – 78,2 %, АГ – 92 %, МС – 73,6 %, СД – 42,5 %. Причем у женщин (82 %) практически в 2 раза чаще встречалась комбинация факторов риска. Следует отметить факт позднего обращения за медицинской помощью, в 9 случаях у женщин и в 4 у мужчин, что препятствовало проведению тромболитической терапии.

В большинстве случаев острый инфаркт миокарда (ИМ) явился дебютом заболевания (64,8 %). По локализации у женщин преобладал передне-перегородочный ИМ (74,2 %), задне-диафрагмальный составил 34,6 %. Тогда как для мужчин чаще встречался задне-диафрагмальный ИМ (58,7 %). У женщин в 2 раза чаще ИМ осложнялся нарушениями ритма сердца (НРС) и проводимости.

У всех пациентов показатели ЭФПЭ были снижены, более низкие показатели были получены у женщин (1,39–7,19 мкм у мужчин, 1,18–2,1 мкм у женщин). Причем чем больше была глубина поражения миокарда и чем тяжелее протекал ИМ, тем показатели ЭФПЭ были ниже. У больных с мелкоочаговым и трансмуральным ИМ при однофакторном дисперсионном анализе отмечены межгрупповые различия ($p < 0,05$). Кроме того, при гипертермии исследуемой крови при трансмуральном ИМ наблюдался процесс дезагрегации, причем у женщин она составила 43 %, что превысило практически в 3 раза значения мужчин (14 %), что может быть связано с дестабилизацией клеточных мембран.

Заключение. Таким образом, фоном для развития ИМ у женщин чаще всего являются выраженная ГХ, МС, АГ и СД, что чаще всего манифестирует с наступлением менопаузы. ИМ у женщин часто осложняется различными НРС. При трансмуральном ИМ дезагрегация эритроцитов более выражена у женщин, коррелирует с тяжелым течением заболевания и может служить дополнительным критерием оценки состояния периферической гемодинамики.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА (ИССЛЕДОВАНИЕ «ЛИС 2»)

Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Дмитриева Н.А., Даниэльс Е.В., Гинзбург М.Л., Суворов А.Ю.

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

Люберецкая районная больница № 2, Люберцы, Россия

Цель. Оценить частоту назначения гиполипидемических препаратов у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы. В исследование включались пациенты с подтвержденным диагнозом ОНМК или транзиторной ишемической атаки (ТИА), поступившие в Люберецкую районную больницу № 2 с 01.01.2009 по 31.12.2011 г. Сбор данных проводился на основании данных медицинской документации стационара (ретроспективный этап) или амбулаторных карт (проспективный этап). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 for Windows.

Результаты. В регистр включено 960 пациентов, при этом в анамнезе артериальная гипертензия была у 833 пациентов (86,8 %), перенесенный инфаркт миокарда – у 123 (12,8 %), повторное ОНМК – у 199 (20,7 %), сахарный диабет – у 198 (20,6 %), фибрилляция предсердий – у 252 (26,2 %) пациентов. Гиперхолестеринемия (ГХС) по результатам лабораторных тестов выявлена у 97 пациентов (10,1 %), что составило всего 31 % от 312 выполненных исследований, для 648 (67,5 %) пациентов данные уровня общего холестерина (ОХС) не известны. Статины до референсного ОНМК принимали 7 больных (0,7 %), в стационаре – 1 пациент (0,1 %). В стационаре умерли 207 больных, выписаны на амбулаторное лечение 753 пациента. При выписке статины были рекомендованы 5 пациентам (0,7 %).

Повторный осмотр проведен не ранее, чем через 2 года, медиана наблюдения 2,8 лет (2,1; 3,5). К моменту повторного контакта скончались 237 пациентов, в отдаленном периоде осмотрены 374 пациента (49,7 %). Статины принимали 73 пациента (19,8 %). Исследование уровня ОХС проведено у 182 пациентов (48,7 %), определение липидного профиля – лишь у 17 (7,2 %). Медиана показателей ОХС составила 5,8 ммоль/л (4,9; 6,5), при этом среди пациентов, принимавших статины – 5,5 (4,8; 6,3) ммоль/л, не принимавших – 5,8 (5,0; 6,6) ммоль/л. Медиана показателей ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) у принимающих статины и у не принимающих статины – 2,9 (2,85; 3,30) и 4,5 (3,8; 5,26) ммоль/л соответственно.

Выводы. Регистр «ЛИС 2» позволил оценить данные реальной клинической практики на определенных этапах наблюдения пациентов, перенесших ОНМК. Выявлены несоответствие существующим клиническим рекомендациям частоты определения липидного спектра и назначения гиполипидемической терапии пациентам очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКВАЗА ФП КУРСК)

Масленникова Ю.В.¹, Михин В.П.¹, Лукьянов М.М.², Беленцова В.Г.¹

¹Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; ²Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва, Россия

Цель: определить частоту наличия хронической болезни почек (ХБП), хронической почечной недостаточности (ХПН) и факторов, влияющих на ее развитие, у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в рамках госпитального регистра РЕКВАЗА-ФП Курск.

Материал и методы. В регистр РЕКВАЗА ФП – Курск, включены все 473 пациента (женщин – 259, средний возраст 70±10,3 лет, мужчин – 224, 68±10,7 лет), госпитализированных в Курскую городскую больницу скорой медицинской помощи за период с июня 2013 по май 2014 года, соответствовавших критериям включения (наличие в диагнозе ФП, территориальное прикрепление к четырем поликлиникам, ближайшим к стационару).

Результаты. Из 473 больных с ФП, включенных в Регистр, у 85 (18 %) диагностирована ХБП, в том числе со снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в среднем до 55,5±21,3 мл/мин/1,73 м². Кроме того, у больных с ФП снижение СКФ было выявлено и при отсутствии в диагнозе ХБП (в среднем до 57,8±20,3 мл/мин/1,73 м²). Таким образом, ХБП и/или снижение функции почек (ХПН) имели место у 293 (61,9 %) пациентов с ФП. Выраженное снижение СКФ (<45 мл/мин/1,73 м²) отмечалось у 127 человек (26,8 %).

Важное значение для развития ХБП, снижения функции почек имеют факторы возраста, наличия сахарного диабета в анамнезе. У больных возрастной группы 60–75 лет (n=208) частота наличия ХБП, снижения СКФ (менее 60 мл/мин/1,73 м²) была достоверно больше, чем у лиц моложе 60 лет (n=74) – 46,5 % и 10,9 %, p=0,002. У пациентов старше 75 лет (n=30) СКФ составила в среднем 38,6±17,4 мл/мин/1,73 м², при этом сниженная СКФ имела место в 53,1 % случаев. У больных с ФП на фоне сахарного диабета, СД (n=116; 24,5 %) наличие ХБП и ХПН регистрировалось чаще, чем при отсутствии СД (n=357; 75,5 %) – в 35,3 % и 12,3 % случаев, соответственно, p=0,006.

Также следует отметить, что у пациентов с ФП на фоне ХБП и/или ХПН диагностировалось также сочетание ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности в 94,8 % случаев (n=278 из 293).

Заключение. Данные исследования РЕКВАЗА ФП – Курск выявили у большинства пациентов с фибрилляцией предсердий наличие ХБП и/или ХПН (в 62 % случаев). Обращает внимание, что более, чем в четверти случаев (27 %) имело место выраженное снижение СКФ (менее 45 мл/мин/1,73 м²), что соответствует ХБП III стадии. Патология почек, почечная недостаточность достоверно чаще диагностировались у лиц пожилого возраста, при наличии сахарного диабета (p<0,05). Эти данные важно учитывать при оценке тяжести состояния коморбидных больных с фибрилляцией предсердий и определении тактики дифференцированной медикаментозной терапии в реальной медицинской практике.

ХРОНИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ОЖИРЕНИЕ

Меликян И.А., Чернышова Т.Е., Савельева Т.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель. Оценка влияния длительного стресса и психоэмоциональных особенностей личности на формирование ожирения.

Материал и методы. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» 2007–2010 гг. выделена группа лиц с ожирением из 630 человек (320 женщин и 310 мужчин) у которых по результатам осмотра, регламентированного стандартами МЗ РФ, оценена коморбидность (индекс Carlson), биологический возраст (Институт геронтологии, Киев, 1998 г) и взаимосвязь с хроническим стрессом. Психологическое обследование включало реконструкцию субъективного жизненного пути, семейной ситуации. У 104 человек (49 мужчин и 55 женщин в возрасте 24–60 лет) стрессогенных профессий, проведен 5-ти летний мониторинг состояния здоровья (основная группа). Переедание при ожирении, лимитированном стрессом, во всех случаях выступало как средство защиты, когда пища становилась регулятором поведения. Мониторинг позволил выделить 2 подгруппы лиц с разным психоэмоциональным статусом: подгруппу «А» – 50 (48,1 %) человек ранимых, тревожных личностей со сниженной самооценкой, трудностями в межличностных отношениях и подгруппу «Б» – 54 (51,9 %) человека уверенных в себе, из которых каждый третий стремился подавлять окружающих, в том числе своим внешним видом. Группу сравнения составили 50 лиц стрессогенных профессий с ИМТ менее 24 кг/м². Оценивались антропометрические и клиничко-лабораторных показатели (липидный профиль, уровень индекс ИР НОМА), показатели профиля личности (ISTA 96) и копинг поведения в стрессовых ситуациях (по С. Норман).

Результаты. В основной группе во всех случаях преодоление ситуаций, фрустрирующих личность, сопровождалось усилением переедания по типу «заедания проблем» для снятия нервно-психического напряжения. Зарегистрировано значимое искажение образа внешности ($p < 0,01$), но лица с семейными формами ожирением при самоописании внешности показывали более низкий уровень ее субъективной значимости ($p < 0,01$). При оценке нарушений пищевого поведения у пациентов основной группы чаще, чем в группе сравнения выявлялось ограничительное пищевое поведение (0,51/0,34). За период мониторинга соматизация по типу дистресса подгруппе «А» зарегистрирована у 38 (76 %) и в подгруппе «Б» у 11 (20,4 %) человек. Различия подтверждались лучшими показателями «копинг-поведения» ($p < 0,01$) и качества жизни ($p < 0,01$). Паспортный и биологический возраст в подгруппе «Б» совпадал ($0,3 \pm 0,4$ года). В группе сравнения биологический возраст в 1,4 раз превышал паспортный, а в подгруппе «А» по средним значениям был в 2,8 выше паспортного ($p < 0,01$). Динамика уровня ИР-НОМА была недостоверна.

Заключение. При лечении пациентов с ожирением важно учитывать индивидуальные особенности психоэмоционального статуса. В ряде случаев при стрессогенных профессиях переедание, снимающее нервно-психическое напряжение, может нести положительную роль. В докладе обсуждаются перспективы коррекции эндоканнабиноидной системы для коррекции стресс совладающего поведения и повышения эффективности лечения ожирения.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ И «ПРИЦЕЛЬНАЯ» ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мирсайдуллаев М.М., Мамасалиев Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Разработка комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение (первичная профилактика) и предотвращение (вторичная профилактика), а также лечение клинически выраженной артериальной гипертензии (третичная профилактика) среди ВИЧ-позитивного населения Ферганской долины.

Материал и методы. На основании результатов эпидемиологического исследования у 506 ВИЧ-позитивного (ВИЧи) населения нами разработана и внедрена для практического использования «Модель эффективного профилактирования АГ на фоне ВИЧ-инфекции», а также «Алгоритм и технология донологической диагностики и популяционной профилактики АГ у ВИЧи-населения». Для этого использован метод Байеса с последовательным анализом Вальда.

Результаты. Доказано, что формирование АГ на фоне ВИЧ-инфекции активно происходит в связи с 17-ю факторами риска. Устранение или ослабление воздействия этих факторов занимает основное место среди мер первичной немедикаментозной и медикаментозной профилактики.

При отсутствии таких мероприятий озлокачиванию АГ с увеличением высокого риска континуума приводит 5 факторов (низкий образовательный статус, низкая физическая активность, психосоциальные факторы, курение и употребление алкоголя) в 20 % случаев. В средней степени выраженная АГ у ВИЧ-населения развивается в 35 % случаев и они в основном формируются под воздействием 7-и факторов (полипатии, множественных факторов риска, неблагополучного брачного статуса, тяжелого физического труда, низкого потребления овощей и фруктов, микроэлементозов и гиперхолестеринемии). У ВИЧ-пациентов в 45,0 % случаев наблюдается медленно прогрессирующей АГ и она формируется в результате постоянного действия следующих 9 риск-факторов: наследственной предрасположенности, возрастного фактора, мужского пола, психосоциальных факторов риска, неблагополучного брачного статуса, гиперхолестеринемии, низкой физической активности, избыточной массы тела и гиперурикемии.

С учетом отмеченных результатов создавалась региональная специфическая и «прицельная» профилактика гипертензивных состояний на фоне ВИЧ-инфекции, отличающейся от такой технологии профилактирования АГ среди ВИЧ-отрицательного населения.

Заключение. Таким образом, технология профилактирования АГ на фоне ВИЧ-инфекции отличается от такой у ВИЧ-негативного населения. Только лишь специально и «прицельно» разработанные профилактические программы способны уменьшить последствий АГ и они приведут к ощутимым положительным результатам. Так, по нашим данным, при использовании нашей технологии в 90 % случаев удастся контролировать АГ у ВИЧ-населения и предотвратить континуума от гипертензивных состояний с улучшением прогноза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ СНИЖЕНИЯ ВЕСА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ И ФАКТОРАМИ РИСКА ССЗ

Молчанова О.В., Андреева Г.Ф., Бритов А.Н.

ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ, Москва, Россия

Введение: Ожирение является высоко значимым фактором риска развития АГ.

Цель исследования: Изучить влияние диетотерапии для снижения веса на АД у пациентов с высоким нормальным АД, ожирением или избыточным весом, ФР ССЗ в сравнении с естественной динамикой веса и АД в группе контроля.

Материал и методы: у мужчин и женщин в возрасте от 25 до 54 лет с ИМТ \geq 27 кг/м², АД 130–139/85–89 мм рт. ст., ЧСС \geq 85 уд/мин, положительный семейный анамнез ССЗ. Изучены взаимосвязи АД и МТ: жесткие корреляции обнаружены между САД и ИМТ у женщин $p=0,0001$ у мужчин $p=0,0045$, с ДАД – у женщин $p=0,0001$, у мужчин $p=0,0001$. Найдено, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м² САД увеличивается у женщин на 1,3 мм рт. ст. и на 0,7 у мужчин ($p < 0,05$). 19 % изменчивости САД можно объяснить влиянием массы тела (МТ) у женщин и 27 % у мужчин. При увеличении ИМТ на 1 кг/м² ДАД возрастает на 0,7 мм рт. ст. у женщин и на 0,9 у мужчин. 17 % вариабельности ДАД можно объяснить изменением МТ у женщин и 11 % у мужчин.

Результаты: все участники были разделены на 2 группы: 1 группа вмешательства – 203 человека, согласившиеся соблюдать гипокалорийную диету (1200–1500 кал/день) и 2 группа сравнения – 252 человека. Исходно средняя МТ в 1 группе – у женщин 77,45 \pm 1,24 кг, у мужчин 72,19 \pm 1,11 кг, во 2 группе – у женщин 78,05 \pm 1,01 кг, у мужчин – 69,17 \pm 1,90 кг. Исходно 2 группы не отличались друг от друга по МТ. После 3-х летнего соблюдения диеты отмечено снижение МТ в 1 группе у женщин до 75,02 \pm 1,17 кг у женщин ($p < 0,05$), у мужчин – до 69,56 \pm 0,63 кг ($p < 0,05$). Во 2 группе вес увеличился у женщин до 82,07 \pm 3,08 кг ($p < 0,05$), у мужчин до 75,33 \pm 2,89 кг ($p < 0,05$). На последний визит в 1 группе пришли 76,6 % участников. АД снизилось в группе вмешательства у женщин на (Δ) - 3,27 мм рт. ст., АД на -2,09 мм рт. ст.; у мужчин -1,92 и -1,91 мм рт. ст. (систолическое и диастолическое АД соответственно). В группе контроля: АД увеличилось у женщин на 2,97 и 1,29 мм рт. ст.; у мужчин на 2,56 и 2,39 мм рт. ст. (систолическое и диастолическое АД, соответственно), ($p < 0,05$ для всех показателей).

Заключение: показана эффективность диетотерапии для снижения веса и АД у мужчин и женщин с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом.

СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Моргунов Л.Ю.

ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И.Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Изучить состояние левого желудочка сердца у пациентов с гипо- и эутиреозом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 52 пациента обоего пола. Первую группу составили 19 пациентов с манифестным гипотиреозом, вторую-19 человек, страдающих субклиническим гипотиреозом, 14 пациентов вошли в контрольную группу, имеющих нормальную функцию щитовидной железы. Средний сопоставимый возраст во всех группах составил $48,2 \pm 8,4$ года. Критерием исключения являлось наличие сопутствующей кардиоваскулярной патологии, в том числе ИБС и алкогольного поражения сердца. Диагноз в первой группе был установлен на основании низкого уровня свободного тироксина и уровня тиреотропного гормона (ТТГ) от 10 до 75 мМЕ/л, во второй- высокого уровня ТТГ при нормальном уровне свободного тироксина. Всем пациентам выполнялась эхокардиография с использованием ультразвуковой диагностической системы «ACUSON Sequoia 512» (США). Измерялись толщина межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка, конечный диастолический размер левого желудочка, фракция выброса, масса миокарда левого желудочка.

Результаты. У пациентов с манифестным гипотиреозом толщина миокарда левого желудочка составила в среднем $1,82 \pm 0,61$ см, толщина задней стенки левого желудочка- $1,18 \pm 0,06$ см, масса миокарда левого желудочка $191,7 \pm 9,3$ грамма. Фракция выброса составила $54,2 \pm 3,7$ %. Конечный диастолический размер левого желудочка составил $4,47 \pm 3,9$ см. У пациентов с субклиническим гипотиреозом и эутиреозом показатели оказались практически сходными и были объединены. Толщина миокарда левого желудочка у них составила в среднем $1,68 \pm 0,57$ см, толщина задней стенки левого желудочка- $1,08 \pm 0,04$ см, масса миокарда левого желудочка $155,8 \pm 7,2$ г. Фракция выброса составила $62,9 \pm 2,87$ %. Конечный диастолический размер левого желудочка составил $4,41 \pm 4,1$ см.

Заключение. Пациенты с манифестным гипотиреозом имеют значимо более низкую фракцию выброса, остальные показатели размеров левого желудочка сердца, вероятно, не имеют клинического значения.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КОМБИНАЦИЕЙ МЕТФОРМИНА И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

Моргунов Л.Ю.

Медицинский Институт РУДН, Москва, Россия

Цель. Оценить возможность комбинированной терапии метформином и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) на компоненты метаболического синдрома

Материал и методы. В 24-недельном исследовании приняли участие 2 группы пациентов (по 23 в каждой группе, $n=46$), страдающих метаболическим синдромом. Ранее никто из исследуемых не получал препаратов метформина или омега-3 ПНЖК, гипотензивная терапия в обеих группах была схожей. Пациентам 1 группы был назначен метформин в дозе 2000 мг в сутки, группы 2-метформин в такой же дозе и омега-3 ПНЖК 2 капсулы в день. Индекс массы тела составил в группе 1 $31,8 \pm 1,9$ кг/м², средний уровень систолического АД $151,2 \pm 2,7$ мм рт. ст., диастолического АД $79,5 \pm 0,9$ мм рт. ст., холестерина $6,9 \pm 1,2$ ммоль/л, триглицеридов $2,6 \pm 0,7$ ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) $-3,2 \pm 0,8$ ммоль/л, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) $-1,0 \pm 0,1$ ммоль/л. ИМТ в группе 2 составил $30,9 \pm 2,0$ кг/м², средний уровень систолического АД $149,1 \pm 2,6$ мм рт. ст., диастолического АД $82,2 \pm 1,1$ мм рт. ст., холестерина $6,8 \pm 1,3$ ммоль/л, триглицеридов $2,7 \pm 0,6$ ммоль/л, ЛПНП $-3,0 \pm 0,9$ ммоль/л, ЛПВП $-1,0 \pm 0,1$ ммоль/л.

Результаты. Через 24 недели индекс массы тела составил в группе 1 $30,2 \pm 1,4$ кг/м² ($p < 0,05$), средний уровень систолического АД $149,3 \pm 2,6$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), диастолического АД $79,2 \pm 0,7$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), холестерина $6,4 \pm 1,0$ ммоль/л ($p < 0,05$), триглицеридов $2,4 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП $-2,9 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПВП $-0,9 \pm 0,1$ ммоль/л ($p > 0,05$). ИМТ в группе 2 составил $29,2 \pm 1,6$ кг/м² ($p < 0,05$), средний уровень систолического АД $147,2 \pm 2,2$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), диастолического АД $80,1 \pm 0,8$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), холестерина $6,1 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,05$), триглицеридов $2,2 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП $-2,7 \pm 0,6$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПВП $-1,2 \pm 0,2$ ммоль/л ($p > 0,05$).

Заключение. При инициации терапии метаболического синдрома комбинация метформина с омега-3 ПНЖК предпочтительнее монотерапии метформином; она оказывает позитивное влияние на массу тела и липидный обмен.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДАПАМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Моргунов Л.Ю.

Медицинский Институт РУДН, Москва, Россия

Цель. Изучить возможности использования индапамида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В 2-недельном исследовании приняли участие 78 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и сердечной недостаточностью различных функциональных классов, обусловленной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Критерием исключения был любой другой генез сердечной недостаточности. Средний возраст пациентов составил $69,2 \pm 5,2$ года. Средний уровень гликированного гемоглобина составил $7,8 \pm 1,9$ %. Все пациенты получали пероральную сахароснижающую терапию. Хроническая сердечная недостаточность первого функционального класса отмечалась у 11 (14,1 %), второго функционального класса – у 57 (73,1 %), третьего – у 2 (2,6 %). Фракция выброса ниже 35 % отмечалась у 11 (14,1 %), выше 35 и до 61 % – у 26 (83,3 %). Артериальная гипертензия была выявлена у 54 пациентов, среди которых первая степень отмечена у 3 (5,5 %); вторая степень – у 42 (76,3 %) и третья – у 9 (16,6 %). Все больные получали АПФ-ингибиторы, антагонисты кальция, бета-блокаторы, а также нитраты по необходимости. Индапамид был назначен впервые в дозе 1,25 мг утром, в дальнейшем дозировка препарата не менялась.

Результаты. На фоне проведенного лечения 22 пациента из второго функционального класса перешли в первый, из третьего функционального класса во второй – оба. Статистически значимой динамики уровня артериального давления в группах исследуемых отмечено не было. Уровень гликированного гемоглобина остался без изменений.

Заключение. Применение индапамида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и сердечной недостаточностью является эффективным и может быть несомненно рекомендовано на любом этапе лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ ФОРМЫ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Мирзарахимова С.Т., Курбанов Р.Д., Курбанов Н.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности клинического течения и прогноз жизни больных с перипартальной формой ДКМП (ПКМП).

Материал и методы. Обследовано 50 пациенток ПКМП в возрасте от 20 до 41 лет (в среднем $28,2 \pm 0,8$ лет). Всем больным проведено: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA, а также изучался прогноз жизни. Изучение динамики заболевания продолжалось от 3 до 175 месяцев (в сред. $67,4 \pm 5,4$ месяцев), при этом летальность составило 17 случаев (34 %). Пациенты были разделены на 2 группы: I-группа составили 17 пациенток умерших в периоде от 3 до 131 месяцев наблюдения ($36,6 \pm 7,2$ мес.). II группа - 33 больных, выживших в процессе от 31 до 175 месяцев (в сред. $83,1 \pm 5,7$ мес; $p < 0,001$) наблюдения. Характер терапии в этих группах не различался.

Результаты исследования. Группа больных с летальным исходом, по сравнению с больными выжившими в контрольном периоде, характеризовалась достоверно более высоким ФК ХСН: $3,6 \pm 0,1$ и $3,2 \pm 0,1$ ($p = 0,01$), а давность заболевания составила $7,8 \pm 1,8$ и $6,2 \pm 1,2$ мес., соответственно ($p > 0,05$). Длина пройденной дистанции (ДПД) в контрольном периоде в I гр. на 25,6 % ниже, чем во II гр., и составила соответственно $170,3 \pm 15,7$ метр и $214 \pm 12,1$ метр ($p = 0,02$). При сравнении параметров внутрисердечной гемодинамики выявлено, что у больных I гр. имеется выраженные снижению фракции выброса (ФВ) ЛЖ ($32,6 \pm 1,7$ % и $37,6 \pm 1,8$ %; $p = 0,01$), которая сопровождалась достоверными различиями по линейным размерам сердца; КДР $6,8 \pm 0,2$ и $6,4 \pm 0,09$ см ($p = 0,04$), КСР $5,9 \pm 0,1$ и $5,5 \pm 0,3$ см ($p = 0,01$). При анализе показателей ЭКГ, более худшие показатели отмечено в I группе; нарушение АВ-проводимости I степени установлено у 5 (29,4 %) и 4 (12,1 %) пациентов, фибрилляции предсердий пароксизмальная форма у 3 (17,6 %) и 1 (3,03 %), псевдо зубца Q у 3 (17,6 %) и 1 (3,03 %) случаев встречалась соответственно I и II гр, однако не имела статистического значимого характера. Анализ

результатов ХМЭКГ показал, что сравнительном аспекте желудочковые экстрасистолы высоких градаций; парные 12 (70,6 %) и 12 (36,4 %), групповые 6 (35,3 %) и 3 (9,1 %) достоверно чаще регистрировались в группе умерших (оба $p < 0,05$), неустойчивый желудочковые тахикардии (менее 30 сек) установлено у 2 (11,8 %) и 4 (12,1 %), устойчивый характер у 1 (5,9 %) (более 30 сек) случаев зафиксирована только лишь в группе летального исхода.

Выводы. Результаты изучения прогноза жизни больных ПКМП при длительном наблюдении (в сред. $67,4 \pm 5,4$ мес) выявили, что показатели летальности составили 17 (34 %) случаев. При летальном исходе СН характеризуется сравнительно тяжелым течением, сопровождающимся ухудшением основных параметров внутрисердечной гемодинамики и достоверным увеличением частоты встречаемости желудочковых аритмии высоких градаций.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИБС

Москвичева М.Г., Белова С.А., Кремлев С.Л., Белов Д.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, Челябинск, Россия

Болезни системы кровообращения (БСК) являются одной из глобальных причин депопуляции и вносят основной вклад в смертность от неинфекционных заболеваний, что приводит к значительным социально-экономическим потерям во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации.

Цель: исследования заключалась в расчете предотвращенного экономического ущерба в результате уменьшения числа потерянных лет предстоящей жизни в результате внедрения предложенных организационных технологий.

Материал и методы. Расчет показателей «Потерянные годы предстоящей жизни» проводился в соответствии с «Методическими рекомендациями по использованию показателя потерянные годы потенциальной жизни (ППЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях» (Москва, 2014).

Результаты. За 2012–2013 годы были внедрены на региональном уровне следующие организационные технологии: маршрутизация больных ИБС в условиях трехуровневой системы медицинской помощи, использование региональных протоколов ведения больных, мониторинг критериев эффективности деятельности медицинских организаций. За исследуемый период впервые в 2013 году достигнуто снижение смертности населения от ИБС до 384,6 на 100 тыс. населения. В 2014 году уровень смертности составил 346,3 на 100 тыс. населения. Проведенный анализ за 2013–2014 годы показателя «Потерянные годы предстоящей жизни» (ППЖ) установил снижение на 2412 человеко-лет показателя ППЖ в 2014 году до 38 578 человеко-лет в результате предотвращенных смертей от ИБС при нормативном возрасте равном 70 годам. Потери предстоящей продолжительности жизни экономически активного населения в возрасте до 60 лет в 2014 году снизились на 938 человеко-лет по сравнению с 2013 годом и составили 11 995 человеко-лет. Расчет предотвращенного экономического ущерба в результате снижения смертности от ИБС вычислялся путем произведения ППЖ на стоимость одного года статистической человеческой жизни в году, которая определяется как величина валового регионального продукта, приходящегося на одного занятого в экономике в рассматриваемом году, которая составила в регионе 514,2 тыс. рублей.

Выводы: Внедрение предложенных организационных технологий за период с 2013 по 2014 год привело к снижению смертности от ИБС, предотвращенный экономический ущерб в результате составил 482 319,6 тыс. рублей.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Мусихина Н.А., Петелина Т.И., Гапон Л.И., Горбатенко Е.А.

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

Цель. Изучить особенности клеточного и сосудистого воспалительного ответа у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) и избыточной массой тела.

Материал и методы. Обследовано 324 пациента мужского пола с гемодинамически значимым коронарным стенозом $>75\%$. В 1 группу вошли пациенты с ИБС ($n=44$, средний возраст $54,5 \pm 8,2$ лет); во 2 группу –

пациенты с ИБС и АГ (n=280, средний возраст 55,9 ±7,8 лет). Группы различались по индексу массы тела (ИМТ) (1 группа – 27,2±4,4 кг/м²; 2 группа – 31,2±4,9 кг/м²). Всем пациентам определяли спектр параметров липидного обмена, в качестве биохимических маркеров воспаления определяли концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка (hs-СРБ), интерлейкин-1β (ИЛ-1β), интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-8 (ИЛ-8), фактор некроза опухоли – α (ФНО-α, гомоцистеин, растворимый CD40 – лиганд (sCD40L), матриксную металлопротеиназу MMP-9, и ингибитор активности матриксной металлопротеиназы TIMP-1. Оценка показателей функциональной активности эндотелия в сыворотке крови включала определение уровня нитритов и эндотелина-1.

Результаты. Показатели MMP-9 и TIMP-1 значительно превышали норму в обеих группах, но более высокий уровень TIMP-1, IL-8 зарегистрирован в 1 группе; во 2 группе были выше показатели MMP-9 и мочевой кислоты. Методом логистической регрессии выявлены факторы, ассоциированные с наличием сочетания ИБС и АГ: ИМ в анамнезе ОШ 0,09 [ДИ 0,03; 0,27] p<0,001; мочевая кислота ОШ 1,01 [ДИ 1,00; 1,01], p<0,001; ИМТ ОШ 1,31 [ДИ 1,18; 1,46] p=0,044; MMP9 ОШ 1,02 [ДИ 1,01; 1,03] p<0,001.

Заключение. Таким образом, у мужчин в группе с ИБС в сочетании с АГ и избыточной массой тела за счет гемодинамического фактора при гипертензии и окислительного стресса при ожирении выявлен дисбаланс MMP-9/TIMP-1, что может свидетельствовать о большей вероятности развития сердечно-сосудистых событий в данной группе.

ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАРЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Мякотных В.С., Березина Д.А., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Цель. Определение зависимости темпов патологического старения сердечно-сосудистой системы от различий в состоянии липидного спектра, перекисного окисления липидов (ПОЛ) у представителей разного календарного возраста (КВ) и пола.

Материал и методы. Проведено исследование 858 (48,83 %) мужчин и 899 (51,17 %) женщин в возрасте от 20 до 70 лет, которые на момент исследования не предъявляли серьезных жалоб на состояние своего здоровья; ни одна из женщин не находилась в состоянии беременности. По отношению к КВ исследуемые были подразделены на 6 сравниваемых групп: 1-я (n=285) – от 20 до 29 лет; 2-я (n=277) – от 30 до 39 лет; 3-я (n=266) – от 40 до 44 лет; 4-я (n=313) – от 45 до 49 лет; 5-я (n=309) – от 50 до 59 лет; 6-я (n=307) – от 60 до 70 лет. Определение показателей липидного спектра, ПОЛ и антиокислительной активности (АОА) системы крови проводилось стандартными методами, определение биологического возраста (БВ) – с привлечением специально разработанной авторской программы.

Результаты. У мужчин в более молодом возрасте, чем у женщин, начинается постепенное нарастание значений триглицеридов и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), что может свидетельствовать о первых признаках развивающегося атеросклероза. Но в возрасте 45–49 лет у женщин достаточно резко повышаются значения ЛПНП, и это говорит о том, что именно в этот период женщины становятся менее защищенными в плане развития атеросклеротического процесса. В дальнейшем ситуация меняется – значения ЛПНП у женщин стабилизируются, у мужчин продолжают неуклонно нарастать. Наиболее высокие значения показателей ПОЛ регистрируются у представителей обоих полов в возрасте от 30 до 49 лет, хотя у женщин – на 10–15 лет раньше, чем у мужчин. Это согласуется с динамикой содержания среднемолекулярных пептидов (СМП) в сыворотке крови и может найти свое объяснение в воздействии разных стрессовых ситуаций, испытываемых как мужчинами, так и женщинами, но в разные возрастные периоды. Ферменты АОА отчетливо реагируют на возрастную динамику ПОЛ, но повышение средних значений каталазы у женщин может сопровождаться понижением таковых у мужчин одной и той же возрастной категории, и наоборот. Показатели перекисной резистентности эритроцитов (ПРЭ) вообще меняются по мере старения незначительно, достигая своего «пика» у женщин в 40–49 лет, у мужчин – в 60–70. Наконец, по показателям отклонений БВ от КВ мужчины, уже начиная с 30–39 лет, оказываются в более позитивной ситуации по сравнению с женщинами, несмотря на казалось бы более раннее развитие у мужчин дислипидемий.

Заключение. Динамика темпов патологического старения сердечно-сосудистой системы у мужчин и женщин различна, но при этом не столько связана с изменениями липидного спектра, сколько с динамикой содержания в сыворотке крови ферментов АОА, а также СМП – показателей уровня эндогенной интоксикации, которая, в свою очередь, может зависеть от стрессовой нагрузки в разные возрастные периоды у представителей разного пола.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗРАСТНОЙ ДИНАМИКИ АДАПТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНОГО ПОЛА

Мякотных В.С., Торгашов М.Н., Емельянов В.В., Гаврилов И.В., Ермакова Е.Ю., Боровкова Т.А.,
Катырева Ю.Е., Мякотных К.В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Цель. Представить концепцию снижения и возможного восстановления адаптивных функций на основе анализа динамики некоторых составляющих стресс-реализующей системы у представителей разного возраста и пола.

Материал и методы. Исследуемые лица (n=1136; 738 мужчин, 398 женщин) в возрасте от 20 до 98 лет были подразделены на 8 групп: 20–29 лет (n=96), 30–39 лет (n=123), 40–49 лет (n=148), 50–59 лет (n=263), 60–69 лет (n=183), 70–79 лет (n=185), 80–89 лет (n=106), 90 и более лет (n=32). Все они были либо практически здоровыми, либо страдавшими клинически легко и умеренно выраженными формами артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической цереброваскулярной болезни, хронических болезней органов дыхания, пищеварения и почек вне обострения. Для оценки состояния стресс-реализующих систем исследовали суточную экскрецию с мочой метанефрина, норметанефрина, 6-сульфатоксимелатонина, свободного кортизола а также концентрацию мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в плазме крови.

Результаты. Снижение концентрации BDNF в сыворотке крови мужчин по отношению к возрасту представлялось очень значительным – с $94,55 \pm 16,70$ пг/мл у лиц в возрастном диапазоне 40–59 лет до $51,29 \pm 5,40$ пг/мл у представителей пожилого и старческого возраста – свыше 60 лет, т. е. на 45,75 % ($p < 0,01$). У женщин снижение концентрации BDNF происходило очень постепенно и незначительно – с $115,28 \pm 37,50$ пг/мл в возрасте от 20 до 39 лет до $97,05 \pm 21,72$ пг/мл в возрасте старше 60 лет ($p > 0,05$). Наибольшие гендерные различия выявлены в отношении динамики суточной экскреции 6-сульфатоксимелатонина с мочой. У мужчин данный показатель уже в возрасте от 20 до 39 лет оказался значительно ниже, чем у женщин той же возрастной категории – соответственно $6,99 \pm 2,10$ и $38,49 \pm 17,20$ мкг за 24 часа ($p < 0,001$). Но в дальнейшем у мужчин старше 60 лет суточная экскреция 6-сульфатоксимелатонина возросла до $12,51 \pm 6,44$ мкг за 24 часа, т. е. на 78,97 % по отношению к исходной ($p < 0,01$). У женщин снижение уровня экскреции 6-сульфатоксимелатонина с возрастом происходило плавно, без «скачков», и в возрасте старше 60 лет уровень данной экскреции оказался $3,42 \pm 0,92$ мкг за 24 часа, что в 3,66 раза ниже ($p < 0,01$) аналогичного показателя у мужчин и в 11,3 раз ($p < 0,001$) ниже исходного уровня.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о принципиальных различиях в возрастной динамике процессов дезадаптации в зависимости от пола. У мужчин эти процессы могут быть более связаны с истощением выработки BDNF и снижением его концентрации в плазме крови, а вот у женщин – с отчетливым снижением выработки гормона адаптации мелатонина. На основе полученных данных возможна разработка ориентированных на возраст и пол стандартов диагностики, лечения и профилактики ряда болезней адаптации и патологического старения.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЙ КОМБИНАЦИЙ АЛЛАПИНИНА ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ИНТЕРВАЛ QT

Назаркина М.Г., Столярова В.В., Горшенина Е.И., Рыбакова Т.А., Чекашкина Е.Е.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель. Изучить влияние комбинаций аллапинина на интервал QT на фоне профилактического приема у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы. Было проведено обследование 32 человек в возрасте 40–70 лет (средний возраст $56,50 \pm 1,41$). Все пациенты были разделены на четыре группы. Первую составили 6 здоровых человек; вторую (n=12) – пациенты с ишемической болезнью сердца (без указания на нарушения ритма), третью (n=6) – пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), имеющие пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с метопрололом/бисопрололом, четвертую (n=8) – пациенты с ИБС, имеющие пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ) с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ- 07–3/12Р. При оценке результатов использовались показатели интервала QT, их среднее значение за сутки: QT, QTс, дисперсия QT, QT-QTR.

Результаты. Средний возраст первой группы составил $49,00 \pm 2,63$, второй – $58,50 \pm 2,47$, третьей – $53,00 \pm 1,32$, четвертой – $62,00 \pm 2,05$. При анализе интервала QT в первой группе он составил $415,67 \pm 8,46$ мс, во второй – $415,33 \pm 11,04$ мс, в третьей – $367,33 \pm 8,04$ мс, в четвертой – $432,25 \pm 4,11$ мс; QTc: $408,67 \pm 9,13$ мс, $377,00 \pm 14,41$ мс, $379,00 \pm 6,08$ мс, $418,75 \pm 7,92$ мс; дисперсия QT: $16,33 \pm 3,55$ мс, $17,67 \pm 3,09$ мс, $18,33 \pm 4,40$ мс, $17,00 \pm 6,00$ мс; QT-QTP: $78,33 \pm 1,52$ мс, $80,00 \pm 0,74$ мс, $78,33 \pm 0,21$ мс, $87,00 \pm 3,28$ мс соответственно. У пациентов третьей группы достоверно ниже показатели QT по сравнению со здоровыми и пациентами с ИБС без указания на нарушение ритма сердца. В четвертой группе данный показатель достоверно выше по сравнению с третьей. Показатель интервала QTc достоверно ниже в группе пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с метопрололом/бисопрололом, по сравнению со здоровыми и достоверно выше в четвертой группе по сравнению с третьей. Достоверных различий в дисперсии QT выявлено не было. Интервал QT-QTP достоверно выше у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом, по сравнению со здоровыми, пациентами с ИБС без указания на нарушения ритма и пациентами с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с метопрололом/бисопрололом.

Заключение. У пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом, выше показатели QT, QTc, QT-QTP по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с метопрололом/бисопрололом.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Назаркина М.Г., Столярова В.В., Лещанкина Н.Ю., Скоробогатова Л.Н., Рыбакова Т.А.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель. Определить изменения интервала QT на фоне профилактического приема различных антиаритмических препаратов у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы. Проведено обследование 36 человек в возрасте 40–70 лет (средний возраст $57,78 \pm 1,29$). Все пациенты были разделены на четыре группы. Первую составили 6 здоровых человек; вторую ($n=12$) – пациенты с ишемической болезнью сердца (без указания на нарушения ритма), третью ($n=10$) – пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), имеющие пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, профилактически принимающие кордарон, четвертую ($n=8$) – пациенты с ИБС, имеющие пароксизмальную форму фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом. Всем пациентам проведено суточное мониторирование ЭКГ, регистрировались параметры высокого разрешения с использованием экспертной системы «Инкарт» КТ- 07-3/12Р. Оценивали следующие показатели, свидетельствующие о наличии поздних потенциалов. Для поздних потенциалов предсердий (ППП) – PTotal, RMS 20 и для поздних потенциалов желудочков (ППЖ) – TotQRS, LAS 40, RMS 40.

Результаты. Средний возраст первой группы составил $49,00 \pm 2,63$ лет, второй – $58,50 \pm 2,47$ года, третьей – $59,00 \pm 1,67$ лет, четвертой – $62,00 \pm 2,05$. По данным ЭКГ высокого разрешения было выявлено наличие ППП и ППЖ во всех четырех группах. Среднее значение показателей ППП по группам: PTotal: $104,00 \pm 1,26$ мс – $111,70 \pm 1,55$ мс – $124,80 \pm 4,96$ мс – $121,00 \pm 5,50$ мс; RMS 20: $3,53 \pm 0,27$ мкВ – $3,75 \pm 0,19$ мкВ – $4,49 \pm 0,12$ мкВ – $4,85 \pm 0,51$ мкВ. Среднее значение ППЖ по группам: TotQRS: $72,67 \pm 0,76$ мс – $78,90 \pm 1,38$ мс – $93,00 \pm 1,65$ мс – $96,50 \pm 1,88$ мс; LAS 40: $31,33 \pm 1,87$ мс – $31,50 \pm 1,35$ мс – $33,00 \pm 3,09$ мс – $36,75 \pm 2,38$ мс; RMS 40: $37,25 \pm 4,49$ мкВ – $32,30 \pm 2,90$ мкВ – $29,00 \pm 6,37$ мкВ – $19,00 \pm 2,28$ мкВ. У пациентов третьей и четвертой групп достоверно выше показатели PTotal по сравнению со здоровыми; RMS 20 выше у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие кордарон, по сравнению со здоровыми и пациентами с ИБС без указания на нарушение ритма сердца. При оценке ППЖ выявлено достоверное уменьшение RMS 40 у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом, по сравнению со здоровыми и пациентами с ИБС без указания на нарушение ритма сердца; достоверное увеличение TotQRS у пациентов третьей и четвертой групп по сравнению с первой и второй; достоверное увеличение LAS 40 у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие аллапинин с сотогексалом, по сравнению с пациентами с ИБС без указания на нарушение ритма сердца. Наличие ППП и ППЖ в течение всей записи достоверно не различались у пациентов третьей и четвертой групп.

Заключение. В группах с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, профилактически принимающие кордарон и аллапинин с сотогексалом, достоверных различий в показателях поздних потенциалов желудочков и предсердий выявлено не было.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ.

Назипова Т.Ю., Максимов Н.И., Мартынова Т.А.

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

Цель: сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей острого инфаркта миокарда в зависимости от возраста.

Материал и методы: в исследование были включены 2 группы: в первую группу вошли 70 больных в возрасте 18–44 года (средний возраст составил $38,04 \pm 5,52$ года) и 60 больных в возрасте 45–60 лет (средний возраст составил $53,5 \pm 4,96$). Критерии отбора по возрасту согласно рекомендациям ВОЗ. Все обследованные были мужчинами, с первичным инфарктом миокарда, проходившие лечение в БУЗ УР «РКДЦ» МЗ УР. Диагноз инфаркта миокарда устанавливался согласно критериям ВОЗ.

Результаты исследования: При анализе факторов риска имеются различия в показателях степени повышения АД. Показатель максимального систАД достоверно выше в группе больных среднего возраста и составляет $167 \pm 4,7$ мм рт. ст., в группе молодых больных $150,5 \pm 3,1$ мм рт. ст. Достоверные различия имеются и по стажу АД. Длительность заболевания (ГБ) выше в группе больных среднего возраста и составляет $9,4 \pm 1,4$ лет в сравнении с группой молодых больных, у которых показатель составляет $3,9 \pm 0,6$ лет ($p < 0,05$). Большинство обследованных, как в группе молодых ($73,2\%$), так и в группе среднего возраста ($72,5\%$) были курильщиками. Выявлены достоверные различия по стажу курения. В группе молодых больных этот показатель $14,1 \pm 1,2$ лет, у больных среднего возраста был выше и составил $20,6 \pm 2,4$ лет ($p < 0,05$). При анализе характера боли выявлены различия. У молодых больных более выражен ангинозный вариант развития острого инфаркта миокарда ($52,1\%$). Для больных среднего возраста характерен астматический вариант ($37,5\%$), ($p < 0,05$). При обследовании лабораторных данных выявлены достоверные различия по следующим показателям. Более выраженный лейкоцитоз был выявлен в группе молодых больных, уровень Le при поступлении составил $11,8 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$, в сравнении с группой больных среднего возраста, у которых уровень Le при поступлении был $10,3 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$, ($p < 0,05$). Также на всех сроках лечения превышали уровни трансаминаз и КФК-МВ у молодых больных (АСТпост= $59,0 \pm 5,7$ Ед, АЛТпост= $55,5 \pm 6,0$ Ед, КФК-МВпост= $33,7 \pm 5,0$ Ед, АСТвып= $35,6 \pm 2,4$ Ед, АЛТвып= $54,0 \pm 4,2$ Ед) в сравнении с больными среднего возраста (АСТпост= $42,1 \pm 7,0$ Ед, АЛТпост= $32,7 \pm 3,8$ Ед, КФК-МВпост= $27,3 \pm 6,4$ Ед, АСТвып= $29,3 \pm 2,0$ Ед, АЛТвып= $36,2 \pm 3,5$ Ед). Напротив, уровни фибриногена ($7,1 \pm 0,5$ г/л) и ХС-ЛПНП ($3,3 \pm 0,1$ ммоль/л) оказались достоверно выше в группе больных среднего возраста в сравнении с больными молодого возраста, у которых уровень фибриногена был $5,3 \pm 0,2$ г/л, уровень ХС-ЛПНП $2,9 \pm 0,1$ ммоль/л, ($p < 0,05$).

Заключение. Для больных среднего возраста наиболее выраженными факторами риска являются уровень и стаж АД, стаж курения и гиперхолестеринемия. Для больных молодого возраста характерен ангинозный вариант развития клиники ОИМ, для больных среднего возраста – астматический. У молодых больных отмечается более выраженный лейкоцитоз и повышение уровня ферментов, уровни фибриногена и ХС-ЛПНП выше в группе среднего возраста в сравнении с группой больных молодого возраста.

ОТНОШЕНИЕ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: МНЕНИЕ САМИХ ПАЦИЕНТОВ

Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В.

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

Цель. выявить мнение пациентов кардиологического профиля об отношении к ним лечащих врачей и среднего медицинского персонала в стационаре и в поликлинике.

Материал и методы. опрос пациентов кардиологического стационара в 2014 г об их оценке отношения к ним лечащих врачей и среднего медицинского персонала стационара и поликлиники с помощью анкетирования. Учитывались клинические, демографические факторы.

Результаты. участвовало 70 пациентов: 40 ($57,1\%$) мужчин и 30 ($42,9\%$) женщин, 58 ($82,9\%$) пенсионного возраста, 12 ($17,1\%$) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62 ($88,6\%$) пациентов – артериальная гипертония, у 54 ($77,1\%$) – гипертонические кризы, у 54 ($77,1\%$) – ИБС, у 24 ($34,3\%$) – перенесенный инфаркт миокарда, у 38 ($54,3\%$) – нестабильная стенокардия, у 52 ($74,3\%$) – ХСН, у 26 ($37,1\%$) – нарушения ритма: 16 ($22,9\%$) – фибрилляция предсердий, 2 ($2,9\%$) – трепетание предсердий, 12 ($17,1\%$) – желудочковая экстрасистолия, у 12 ($17,1\%$) – ОНМК, у 12 ($17,1\%$) – сахарный диабет. Курят 12

(17,1 %) пациентов. У 6 (8,6 %) пациентов ИМТ в норме, у 64 (91,4 %) – ожирение: 1 степени – 42 (60 %), 2 степени – 18 (25,7 %), 3 степени – 4 (5,75). Поступили в экстренном порядке 62 (88,6 %) пациентов, в плановом – 8 (11,4 %), впервые и в текущем году 46 (65,7 %), повторно – 24 (34,3 %). Оценили отношение своих лечащих врачей как с «вниманием и участием» в стационаре – 54 (77,1 %) пациентов, в поликлинике – 32 (45,7 %). «Не очень внимательно» по мнению пациентов относятся к ним лечащие врачи в поликлинике – 14 (20 %), в стационаре – 4 (5,7 %). В поликлинике «с безразличием» относятся лечащие врачи к 10 (14,3 %) к пациентам, в стационаре, такого мнения о лечащих врачах не выявлено. Затруднились ответить на поставленный вопрос относительно отношения врачей поликлиники – 8 (11,4 %) пациентов, врачей стационара – 4 (5,7 %). Не ответили по поводу отношений лечащих врачей поликлиники 6 (8,6 %) пациентов, врачей стационара – 8 (11,4 %). С «вниманием и участием» по мнению опрошенных пациентов относятся к пациенту средний медицинский персонал стационара к 52 (74,3 %) пациентам, средний медицинский персонал поликлиники – 40 (57,1 %). «Не очень внимательно» относится средний персонал в поликлинике к 4 (5,7 %) пациентам, в стационаре – к 8 (11,4 %). С «безразличием» оценили отношение среднего медицинского персонала в поликлинике 4 (5,7 %) пациента, такого варианта ответа не было для персонала стационара. По поводу отношения среднего медицинского персонала в поликлинике затруднились ответить 12 (17,1 %) пациентов, в стационаре – 4 (5,7 %). Не ответили на данный вопрос 8 (11,4 %) и 6 (8,6 %) пациентов соответственно.

Выводы. пациенты кардиологического профиля считают отношение лечащих врачей и среднего персонала стационара к ним гораздо лучшим, нежели отношение персонала поликлиники, что может влиять на приверженность к терапии и требует дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Необутов Н.Н., Колбасников С.В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель. Оценить клинично-функциональные показатели у больных инфарктом миокарда в зависимости от формы фибрилляций предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 55 больных (25 мужчин, 30 женщин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении по поводу инфаркта миокарда с фибрилляцией предсердий. В зависимости от формы фибрилляции предсердий больные были распределены на 2 группы: 1-ю составили 35 (63,6 %) человек с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, 2-ю группу – 20 (36,3 %) человек с постоянной формой фибрилляции предсердий.

Проведены: общеклиническое обследование, изучались локализация инфаркта миокарда, кратность инфаркта миокарда (первичный, повторный), осложнения инфаркта (острая левожелудочковая недостаточность по Killip, 1967 г.) и липидный профиль (ОХС, ЛПНП, ТГ); оценены показатели эхокардиографии (ФВ %, КДРЛЖ мм, ТЗСЛЖ мм, ТМЖП мм, размеры ЛП мм, ПП мм, ПЖ мм).

Результаты. Среди больных 1-й группы передний инфаркт миокарда был у 18 (51,4 %), нижний инфаркт миокарда – у 17 (48,5 %); первичный – у 24 (68,5 %) человек, повторный – у 11 (31,4 %) обследованных. Инфаркт миокарда сочетался с артериальной гипертензией у 35 (100 %) человек. I степень острой левожелудочковой недостаточности по классификации Killip была у 20 (57,1 %) человек, II степень – у 12 (34,2 %) человек, III степень – у 3 (8,5 %) человек, IV степень не выявлялась. Показатели эхокардиографии составили: при впервые возникшем пароксизме ФП ФВ была $49,9 \pm 0,7$ %; КДРЛЖ $-48,5 \pm 0,4$ мм; ТЗСЛЖ – $15,3 \pm 0,8$ мм, ТМЖП – $14,64 \pm 0,2$ мм; при повторном пароксизме ФП ФВ составила $44,4 \pm 0,4$ %; КДРЛЖ – $50,1 \pm 0,1$ мм; ТЗСЛЖ – $14,4 \pm 0,4$ мм, ТМЖП – $15,7 \pm 0,2$ мм. Уровень ОХС был $4,5 \pm 1,65$ ммоль/л, ЛПНП – $2,6 \pm 0,25$ ммоль/л, ТГ – $1,44 \pm 0,14$ ммоль/л.

Среди больных 2-й группы передний инфаркт миокарда встречался у 12 (60 %) человек, нижний инфаркт миокарда – у 8 (40 %); первичный – у 14 (70 %) человек, повторный – у 6 (30 %) больных. Инфаркт миокарда сочетался с артериальной гипертензией у 20 (100 %) человек. I степень острой левожелудочковой недостаточности регистрировалась у 11 (55 %) человек, II степень – у 5 (25 %) человек; III степень – у 4 (20 %) человек, IV степень не выявлялась. Показатели эхокардиографии составили: ФВ – $37,2 \pm 0,4$ %; КДРЛЖ – $54,1 \pm 0,2$ мм; ТЗСЛЖ – $16,3 \pm 0,4$ мм, ТМЖП – $16,2 \pm 0,4$ мм. Уровень ОХС составил $4,5 \pm 1,7$ ммоль/л, ЛПНП – $2,9 \pm 0,11$ ммоль/л, ТГ – $1,14 \pm 0,4$ ммоль/л.

Заключение. Повторный инфаркт миокарда преимущественно нижней локализации чаще сочетается с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий, а инфаркт миокарда с постоянной формой фибрилляции предсердий сопровождается более выраженными структурно-функциональными изменениями левого желудочка.

ФИЛЬТРАЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕК И ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Николаева А.В., Пименов Л.Т.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель. Оценить фильтрационную функцию почек и факторы прогрессирования поражения почек у больных гипотиреозом в зависимости от фазы заболевания.

Материал и методы. Обследовано 158 пациентов с первичным гипотиреозом в возрасте от 40 до 75 лет. Всем пациентам проведено объективное обследование, офисное измерение артериального давления, исследование липидного спектра крови, мочевой кислоты, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитана по методу СКД-ЕРІ, исследован уровень альбуминурии (по соотношению альбумина мочи к креатинину мочи на аппарате Nemocue Albumin 201 System). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа включала 75 пациентов с первичным субклиническим гипотиреозом, 2 группа – 83 пациента с первичным гипотиреозом в фазе компенсации. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии, но достоверно различались по уровню ТТГ крови ($14,4 \pm 0,27$ мЕд/л и $1,92 \pm 0,26$ мЕд/л, соответственно, $p < 0,01$).

Результаты. Уровни САД и ДАД при офисном измерении достоверно не отличались в группах исследования ($142,0 \pm 3,6$ и $144,95 \pm 2,67$ мм рт.ст; $83,60 \pm 1,75$ и $83,61 \pm 1,44$ мм рт.ст, соответственно). В обеих группах отмечалось повышение уровня общего холестерина крови ($6,28 \pm 0,19$ и $6,09 \pm 0,12$ ммоль/л), триглицеридов ($1,70 \pm 0,12$ и $1,72 \pm 0,12$ ммоль/л) и холестерина липопротеидов низкой плотности ($4,17 \pm 0,19$ и $3,8 \pm 0,11$ ммоль/л) выше целевых значений, различия между группами недостоверны. Также не обнаружено существенных различий по концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови ($282,95 \pm 8,87$ и $273,54 \pm 7,85$ ммоль/л, соответственно).

В обеих группах у пациентов выявлено снижение расчетной СКФ ($69,94 \pm 2,06$ мл/мин/ $1,73$ м² в 1 группе и $75,68 \pm 2,22$ мл/мин/ $1,73$ м² – во 2 группе). В группе больных с субклиническим гипотиреозом обнаружена достоверно более выраженная альбуминурия ($7,50 \pm 1,27$ мг/ммоль/л) по сравнению с пациентами с компенсированным гипотиреозом ($3,81 \pm 0,58$ мг/ммоль/л), $p < 0,01$.

Выявлены достоверные обратные корреляции между СКФ и уровнем триглицеридов.

Заключение. Таким образом, у пациентов с первичным гипотиреозом вне зависимости от степени компенсации заболевания, обнаруживается снижение фильтрационной функции почек и микроальбуминурия в сочетании с такими факторами прогрессирования поражения почек как систолическая артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, повышение холестерина ЛПНП с тенденцией к ухудшению у больных субклиническим гипотиреозом.

ГЕОМЕТРИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Нилова О.М., Колбасников С.В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, Тверь, Россия

Цель. Оценить тип формирования геометрии левого желудочка при избыточной массе тела и ожирении.

Материал и методы. Обследовано 76 пациентов обоего пола в возрасте от 32 до 82 лет (в среднем $57,5 \pm 1,5$ лет) с избыточной массой тела и ожирением. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – 25 больных с ожирением III степени (ИМТ $48,4 \pm 0,78$ кг/м²); 2-я – 22 пациента с ожирением II степени (ИМТ $37,2 \pm 0,33$ кг/м²); 3-я – 27 больных с избыточной массой тела (ИМТ $30,8 \pm 1,5$ кг/м²). Проводилась эхокардиография (Эхо-КГ) на аппарате Vivid 7 (General Electric, США). Относительную толщину стенок (ОТС) левого желудочка (ЛЖ) рассчитывали по формуле $ОТС = ТМЖП + ТЗСЛЖ / КДР$, где ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки миокарда ЛЖ, ТЗСЛЖ – толщина задней стенки, КДР – конечный диастолический размер ЛЖ). Определяли гипертрофию миокарда ЛЖ (ОТС $\geq 0,42$ ед. и ИММЛЖ > 115 г/м² у мужчин, > 95 г/м² у женщин – концентрическая гипертрофия, ОТС $< 0,42$ ед. и ИММЛЖ > 115 г/м² у мужчин, > 95 г/м² у женщин – эксцентрическая гипертрофия).

Результаты. В 1-й группе были выявлены следующие изменения (КДР – $5,03 \pm 0,08$ см, ТМЖП – $1,28 \pm 0,02$ см, ТЗСЛЖ – $1,23 \pm 0,03$ см, ОТС – $0,50 \pm 0,01$ ед., ИММЛЖ – $240,9 \pm 10,7$ г/м²). Во 2-й группе соответственно (КДР – $4,87 \pm 0,12$ см, ТМЖП – $1,25 \pm 0,02$ см, ТЗСЛЖ – $1,23 \pm 0,03$ см, ОТС – $0,52 \pm 0,03$ ед., ИММЛЖ – $249,30 \pm 10,6$ г/м²). В 3-й группе – КДР – $4,55 \pm 0,03$ см, ТМЖП – $1,13 \pm 0,02$ см, ТЗСЛЖ – $1,14 \pm 0,03$ см, ОТС – $0,49 \pm 0,03$ ед., ИММЛЖ – $251,30 \pm 9,9$ г/м².

Заключение. У всех больных артериальной гипертонией с ожирением и избыточной массой тела выявлялись однотипные изменения со стороны перестройки миокарда левого желудочка в виде увеличения ОТС и ИММЛЖ, что позволяет говорить о преимущественно концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка. Эти особенности позволяют дифференцированно подходить при оценке клинического состояния пациентов и назначении медикаментозной терапии.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА У БОЛЬНЫХ С ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Новикова Н.А., Качанова Ю.А.

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

Цель: изучить долгосрочные результаты катетерной радиочастотной абляции типичного трепетания предсердий у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: В исследование включены 200 человек с трепетанием предсердий 1 типа. Пациенты разделены на две группы: 1 группа 100 человек, страдающих сахарным диабетом 2 типа, и контрольная группа – 100 больных без сахарного диабета. Всем пациентам была проведена радиочастотная абляция кавотрикуспидального истмуса. Проводилось обследование: ЭХОКГ, СМ – ЭКГ по Холтеру, гликированный гемоглобин при поступлении в стационар, спустя 3 недели, 3–4, 6 и 12 месяцев после РЧА. После проведения радиочастотной абляции все пациенты в течении 3 месяцев принимали d,лсоталол и антикоагулянтную терапию. Компенсация сахарного диабета достигнута у 84 (84 %) пациентов. В группе сахарного диабета у 98 (98 %) пациентов диагностирована гипертоническая болезнь (против 87 (87 %) в контрольной), у 97 (97 %) выявлены признаки сердечной недостаточности (против 61 (61 %)), 79 (79 %) пациентов перенесли ранее ОИМ (против 62 (62 %) больных в контрольной группе). У 11 (11 %) пациентов протезированы клапаны: у 8 (8 %) из первой группы и 3 (3 %) из контрольной. Так же в группе сахарного диабета чаще диагностировалось хроническая болезнь почек (64 (64 %) пациента против 4 (4 %) в контрольной группе).

Результаты: в группе сахарного диабета в течении 5 дней после РЧА у 1 пациента зарегистрирован рецидив ТП. Через 3 месяца у 16 (16 %) человек в группе сахарного диабета и только у 2 (2 %) в контрольной группе зарегистрированы рецидивы аритмии. Через 6 месяцев рецидивы – у 21 (21 %) пациента в 1 группе и у 3 (3 %) – в контрольной группе, а через год у 22 (22 %) человек против 3 (3 %) соответственно.

Заключение: у больных с сахарным диабетом после радиочастотной абляции кавотрикуспидального истмуса по поводу типичного трепетания предсердий достоверно чаще в течение года развиваются рецидивы аритмии по сравнению с пациентами без сахарного диабета.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Каримов М.М., Аляви Б.А.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение эффективности менопаузальной гормонотерапии (МГТ) и ее сочетания с растительным сбором МетабоХелп у женщин с нарушениями желудочно-кишечного тракта в период менопаузы.

Материал и методы. В исследование включили 45 женщин с климактерическим синдромом (КС) в возрасте от 40 до 65 лет с давностью заболевания от 1 до 10 лет, которые были разделены на 2 группы идентичные по возрасту, жалобам, сопутствующим терапевтическим заболеваниям (дискинезии желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника), давности процесса. Всем обследованным был назначен индивидуально подобранный препарат для МГТ фемостон (1–5, 1/10 или 2/10, Abbot). Пациентки I группы (23) получали монотерапию МГТ, а II группы (22) на фоне МГТ принимали МетабоХелп (HealthNHelpers) по 1 капсуле 2 раза в день, за 5–10 минут до еды и после достижения эффекта по 1 капсуле на ночь. Контроль за эффективностью лечения осуществляли до и через 1, 3 и 6 месяцев и в динамике проводили необходимые клинико-инструментальные и лабораторные исследования, консультации специалистов.

Результаты. Изменения гормонального фона у обследованных привели к проблемам в работе желудочно-кишечного тракта. До лечения исследуемые предъявляли жалобы на снижение аппетита, горечь во рту, метеоризм, боли в животе, запоры. Основными симптомами запора являлись редкая дефекация, чувство неполного опорожнения кишечника, вздутие живота и спазмы. Сбои гормонального характера, высокий уровень стресса привели к появлению синдрома раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием запоров, метеоризма, который проявлялся в основном днем, и болевых ощущений. Так как запор ухудшает не только физическое состояние женщины, но и ее эмоциональный фон. При этом плохой сон, быстрая утомляемость и постоянное чувство тревоги резко ухудшали качество жизни пациенток, приводили к снижению трудоспособности. Под влиянием лечения больные обеих групп отмечали улучшение общего состояния, уменьшение или исчезновение жалоб и, соответственно, улучшение качества жизни. У больных, получавших МГТ+МетабоХелп, уже к концу первого месяца отмечен более выраженный эффект, по сравнению с пациентками, получавшими только МГТ. В более поздние сроки наблюдения (через 3 и 6 месяцев) этот эффект был еще более выражен, что подтверждено клинико-инструментальными и лабораторными исследованиями. По-видимому, растительный сбор МетабоХелп (экстракты Кассия, Крушины слабительной, Подорожника, Алоэ, Аниса, Валерианы лекарственной, Пиреи) и обладающий слабительным действием, улучшающий пищеварение, перистальтику кишечника и уменьшающий метеоризм, усиливает эффект МГТ у пациенток КС с СРК. Пациентки МетабоХелп переносили хорошо и случаев отмены не было.

Заключение. МетабоХелп может быть рекомендован для лечения и профилактики заболеваний и нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта у женщин в менопаузальном периоде.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Овсянников Е.С., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Малыш Е.Ю., Феськова А.А., Пономарева Е.Ю., Лабжания Н.Б., Жусина Ю.Г.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава РФ, Воронеж, Россия

Холтеровское мониторирование ЭКГ на сегодняшний день прочно вошло в клиническую практику, являясь зачастую единственным доступным объективным методом решения ряда диагностических задач. В частности, исследование variability сердечного ритма (ВСР) – неинвазивный и информативный метод, позволяющих делать заключение о состоянии вегетативно – гуморальной регуляции, таким образом оценивать наличие и выраженность важных составляющих вегетативных расстройств, широко распространенных в клинике у больных различной патологией.

Цель. Оценить суточную variability сердечного ритма у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и большими вентральными грыжами.

Материал и методы. Обследовано 49 пациентов (20 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 40 до 72 лет с большими послеоперационными вентральными грыжами (размер грыжевых ворот более 8 см). Больные с сопутствующей ХОБЛ 1–2 стадий (вне обострения) составили первую группу (25 человек), а без сопутствующей ХОБЛ – вторую группу (24 пациента). Суточное мониторирование ЭКГ проводилось с помощью кардиомониторного комплекса «Кардиотехника-4000». Проводился временной и спектральный анализ ВСР. Временной анализ включал оценку Sigma, rMSSD. При анализе спектральных показателей ВСР оценивались LF, HF, VLF, соотношение LF\HF.

Результаты. При проведении временного анализа достоверных различий между группами выявлено не было. У пациентов обеих групп наблюдалось снижение величины Sigma за сутки в среднем на 60 % по сравнению с нормой, за дневной и ночной периоды – на 70 % и 50 % соответственно. Величина rMSSD в обеих группах находилась в пределах нормальных значений. Наблюдались существенные различия между группами в отношении суточного ритма вегетативного тонуса. Больные первой группы характеризовались ночным повышением тонуса парасимпатической нервной системы. Мощность колебаний в области высоких частот HF за сутки, а также отдельно за ночной период были достоверно выше у больных второй группы. Мощность колебаний в области низких частот LF за сутки и отдельно за ночной период – достоверно выше у больных первой группы.

Заключение. Таким образом, наличие большого грыжевого выпячивания, влияющего на объем брюшной полости, физиологическое функционирование передней брюшной стенки, само по себе приводит к изменению состояния вегетативной нервной системы со сдвигом в сторону симпатикотонии. Сочетание с ХОБЛ усугубляет эти изменения, что важно учитывать при назначении анестезиологического пособия. Холтеровское мониторирование ЭКГ – доступный неинвазивный метод, позволяющий выявить указанные изменения вегетативного статуса, с последующей их коррекцией при необходимости.

РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Овсянников Е.С., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Малыш Е.Ю., Феськова А.А., Пономарева Е.Ю.,
Лабжания Н.Б., Жусина Ю.Г.*

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава РФ, Воронеж, Россия

В России ежегодно проводится около 500 000 хирургических вмешательств на брюшной полости. Операции грыжесечения составляют до 25 % от всех оперативных вмешательств в хирургических стационарах. Одним из последствий хирургических вмешательств на брюшной полости является развитие интраабдоминальной гипертензии, что существенно влияет на показатели центральной гемодинамики как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель. Определить роль эхокардиографии у больных с грыжами передней брюшной стенки в периоперационном периоде.

Материал и методы. Обследованы 37 больных с абдоминальными грыжами без сопутствующей патологии в возрасте 19–77 лет (мужчин – 10, женщин – 27). Из них больных с пупочными грыжами – 8, грыжами белой линии живота – 6, послеоперационными срединными грыжами – 23. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от размеров грыжевых ворот. Первую группу составили 9 пациентов с размерами грыжевых ворот до 4 см (вне зависимости от типа грыжи); вторую – 17 больных с размерами грыжевых ворот 4–8 см; третью – 11 больных с размерами грыжевых ворот более 8 см. Дизайн: проводимое исследование являлось проспективным открытым последовательным. Всем больным до и на 2-й день после операции проводилось эхокардиографическое исследование. Анализировались сердечный индекс, ударный объем, минутный объем, конечно-диастолический объем, конечно-систолический объем, среднее давление в легочной артерии. Статистический анализ полученных данных осуществляли с использованием непараметрических методов. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. У больных с размерами грыжевого дефекта до 8 см (группа 1 и 2) независимо от способа герниопластики достоверных изменений показателей центральной гемодинамики до и после операции не отмечалось. У больных 3-й группы с размерами грыжевых ворот более 8 см наблюдались достоверные изменения всех параметров центральной гемодинамики, кроме среднего давления в легочной артерии. Так, снижение сердечного индекса произошло в среднем на 15 %, ударного объема – на 13,2 %, конечно-диастолического объема – на 21,4 %, конечно-систолического объема – на 10,6 %, минутного объема – на 9,7 %, частота сердечных сокращений возросла на 23,6 % после оперативного вмешательства.

Заключение. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки, особенно при значительных размерах грыжевых ворот, сопряжено с рядом негативных воздействий на функционирование сердечно-сосудистой системы. Эхокардиография, проводимая в периоперационном периоде, имеет важное прогностическое значение в определении индивидуального подхода к выбору объема и способа герниопластики (ушивание грыжевого дефекта, использование аллопластики, или функциональных методов) на этапе планирования операции.

РОЛЬ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ В ВЫЯВЛЕНИИ БЕССИМПТОМНЫХ АРИТМИЙ ПРИ АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Оконечникова Н.С., Болотнова Т.В.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель. Выявление скрытых нарушений сердечного ритма и проводимости при холтеровском мониторинге ЭКГ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) в ассоциации с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в пожилом возрасте.

Материал и методы. Суточное мониторирование ЭКГ проведено 42 больным АГ и ИБС в ассоциации с ХОБЛ, 40 больным АГ и ИБС и 34 больным ИБС (на «чистом» фоне). Средний возраст больных ассоциированной патологией составил $65,9 \pm 0,5$ лет. Определяли наличие и характер нарушений сердечного ритма и проводимости. При анализе желудочковых аритмий использовали модифицированную градацию В. Lown и М. Wolf.

Результаты. Бессимптомные нарушения ритма (как наджелудочковые, так и желудочковые) достоверно чаще регистрировались у пожилых больных ассоциированной патологией. Желудочковые аритмии высоких градаций – политопные и спаренные желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия (III–I б класс по

Lown B., Wolf M.) – были достоверно чаще зарегистрированы в группе больных ассоциированной патологией (66,7 %) в сравнении с группой больных изолированной ИБС (44,1 %, $p < 0,05$). При оценке средних значений максимальных градаций желудочковых экстрасистол установлено их достоверное увеличение в группе больных ассоциированной патологией ($3,2 \pm 0,2$ балла) в сравнении с группой больных изолированной ИБС ($1,8 \pm 0,2$ балла, $p < 0,001$) и группой больных АГ в сочетании с ИБС ($2,1 \pm 0,3$ балла, $p < 0,01$).

Общее количество наджелудочковых экстрасистол за сутки у больных ассоциированной патологией было достоверно выше ($336,4 \pm 67,2$), чем в группе больных изолированной ИБС ($72,4 \pm 26,2$, $p < 0,001$), а общее количество желудочковых экстрасистол – достоверно выше ($433,4 \pm 46,1$), чем в группе больных изолированной ИБС ($155,5 \pm 46,6$, $p < 0,001$) и группе больных АГ в сочетании с ИБС ($167,5 \pm 45,4$, $p < 0,001$).

При анализе распределения экстрасистол в течение суток установлено, что у пожилых больных ассоциированной патологией 65,5 % наджелудочковых экстрасистол зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС (27,8 %, $p < 0,01$) и АГ в сочетании с ИБС (29,3 %, $p < 0,01$). При этом у пожилых больных с АГ, ИБС и ХОБЛ 75,2 % желудочковых экстрасистол зафиксировано в ночное время, что достоверно выше, чем в группе больных ИБС (21,2 %, $p < 0,001$) и АГ в сочетании с ИБС (23,7 %, $p < 0,001$).

Нарушения проводимости по данным суточного мониторирования ЭКГ встречались у 47,6 % пожилых больных ассоциированной патологией, что достоверно чаще в сравнении с группой больных изолированной ИБС (20,6 %, $p < 0,05$).

Заключение. Частое выявление скрытых нарушений сердечного ритма и проводимости у пожилых больных АГ и ИБС в ассоциации с ХОБЛ диктует обязательное включение суточного мониторирования ЭКГ в стандарт обследования данной категории пациентов для своевременного выявления аритмий и их коррекции.

ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Олимов Н.Х., Собирова М.М.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Межрайонный кардиологический центр Пенджентского района Согдийской области Республики Таджикистан

Цель. Оценить эффективность влияние Омакора (омега-3 полиненасыщенных жирных кислот) в комплексной терапии больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложнившимся желудочковыми аритмиями.

Материал и методы. В исследование были включены 80 больных (50 мужчин и 30 женщин, средний возраст $58 \pm 9,5$ лет) с ОИМ, осложнившимся желудочковыми аритмиями. Больные были рандомизированы по полу, возрасту, зоне поражения, глубине инфарктирования и разделены на две подгруппы по 40 человек. Первая подгруппа (ПП) на фоне стандартной терапии дополнительно получала препарат Омакор по 1 гр в сутки. Вторая подгруппа (ВП) получала только стандартную терапию без применения Омакора. Результаты эффективности препарата оценивали на 10 сутки по данным суточного мониторирования ЭКГ. Желудочковые аритмии разделили согласно классификации по Лауну-Вольфу.

Результаты и обсуждение. На 10 сутки лечения в ПП получивших препарат Омакор частота желудочковых аритмий I–II градации по Лауну-Вольфу встречались у 15 больных (37,5 %) в то же время эти аритмии во ВП зарегистрированы у 36 пациентов (90 %). Желудочковые аритмии III градации в ПП зарегистрированы у 5 больных (20 %), а у пациентов ВП встречались в 18 случаев (45 %). Желудочковые аритмии IV и V градации в ПП на фоне лечения Омакором не зафиксированы, а во ВП наблюдались у 11 пациентов (27,5 %).

Выводы. Результаты проведенной терапии свидетельствуют о том, что применение Омакора в комплексной терапии больных ОКСпСТ, осложнившимся желудочковыми нарушениями ритма, способствует снижению частоту развития этих аритмий, и тем самым снижает риск развития летальности при данной патологии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Олимов Н. Х., Собирова М.М.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Межрайонный кардиологический центр Пенджентского района Согдийской области Республики Таджикистан

Цель: изучение эффективности препарата Омакора для превентивного лечения нарушения экстракардиальной регуляции больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материал и методы. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Выделение последовательности R-R и последующую обработку данных проводили цифровым методом on line по специальной методике (Музалевская Н. И., Урицкий В. М).

Фрактальная оценка (β) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^1$ Гц (ультранизкие частоты). Спектр мощности исследуемого процесса на этих частотах описывает зависимость вида $1/f^\beta$, где f – частота флюктуаций, β -искомый параметр. β -фрактальная оценка, характеризующая степень интеграции системных связей, формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. Снижение β характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме $\beta=0,95 \pm 0,12$ отн. ед.

Общее количество больных 120 из них 80 мужчин и 40 женщин, средний возраст 62 ± 7 лет. Больные разделены на две группы. Первая группа на фоне стандартной терапии получала препарат Омакор по 1000 мг в сутки, вторая группа получала только стандартную терапию.

Результаты и обсуждение. Показатели индекса β на фоне лечения Омакором в первой группе достоверно увеличились ($\beta=0,76 \pm 0,14$ отн. ед.) в отличие от второй группы ($\beta=0,24 \pm 0,10$). В динамике наблюдения за этими больными выяснилось, что в первой группе течение болезни протекало без существенных осложнений. У больных второй группы имели место различные осложнения в госпитальном этапе (частые аритмии, недостаточности кровообращения, рецидив ангинозных болей и т. д.). Однако следует отметить, что у определенной группы больных (вторая группа), особенно умерших ($n=11$) несмотря на назначенное лечение, не удалось стабилизировать клиническое состояние, а также показатели β продолжали оставаться низкими ($\beta=0,11 \pm 0,06$). Действительно, согласно методике клинические данные показывают, что для больных этой категории во время ОКСПСТ были характерны симптомы как интракардиальных нарушений (эффекта «временной денервации сердца»), так и выраженная дисрегуляция ЭКР ($b \neq 0$).

Заключение. Раннее использование препарата Омакора нормализует степень интеграции экстракардиальной регуляции со стороны ЦНС (β), и тем самым обеспечивает нормализацию кардиального ритма, повышает эффективность традиционной терапии, а также предупреждает развитие возможного летального исхода больных ОИМ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СПОРТИВНОГО СЕРДЦА

Павлов В.И., Бадтиева В.А., Иванова Ю.М., Шарыкин А.С., Пачина А.В.

Клиника спортивной медицины (филиал № 1) Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (МНПЦМРВиСМ), Москва, Россия

Хотя большинство исследователей признает, что гипертрофия миокарда у спортсменов является физиологической адаптацией, многие сомневаются в «физиологичности» спортивного сердца.

Цель. Продемонстрировать компенсаторные возможности спортивного сердца.

Материал и методы. Материалами послужили собственные клинические наблюдения, показывающие высокие адаптационные возможности сердца спортсмена.

Результаты и обсуждение. 1) Пациент Р, 52 лет, поступил в стационар с резко выраженной одышкой, появившейся после физического перенапряжения. На ЭхоКГ – миксоматозная дегенерация створок митрального клапана, отрыв хорд, выраженная митральная недостаточность, объемная перегрузка левых отделов сердца. От хирургического лечения отказался. Проводилась терапия диуретиками и антагонистами кальция. Через 2,5 года размеры левых камер значительно уменьшились. В настоящее время продолжает активную профессиональную деятельность.

2) У футболиста, 18 лет, проходившего у нас углубленное медицинское обследование. На ЭКГ зарегистрирована непрерывно-рецидивирующая предсердная тахикардия с частотой 140–180 уд./мин. Данные анамнеза позволяют предположить, что данная патология присутствовала в течение, как минимум, 1–2-х лет. При этом спортсмен имел хорошее самочувствие и жалоб не предъявлял.

Пациенту выполнена операция радиочастотной аблации, после чего он продолжает заниматься футболом.

3) Пациент Т, 56 лет, марафонец, наблюдается в клинике спортивной медицины с картиной ишемической болезни сердца, подтвержденной клинически и инструментально. Несмотря на предостережения врачей, продолжает успешно бегать марафон. Этот факт можно связать с хорошим развитием коллатералей и высокой компенсаторной возможностью неишемизированных отделов миокарда.

Данные наблюдения подтверждают высокие адаптационные возможности спортивного сердца.

Выводы. 1. Высокие компенсаторные возможности миокарда спортсмена делают «стертой» клиническую картину заболеваний, что затрудняет их диагностику.

2. Значительные резервные возможности спортивного сердца часто позволяют добиться компенсации даже серьезных патологических процессов.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Пастухова О.Р., Деревянченко М.В., Титаренко М.Н., Горбачева Е.Е.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, Волгоград, Россия

Цель. Изучить параметры variability сердечного ритма (BCP) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от тяжести хронической болезни почек (ХБП).

Материал и методы. В исследование включено 65 больных АГ III стадии с СД 2 типа в возрасте от 40 до 65 лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стадии ХБП и клинической значимости. Первую группу составили больные со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) ≥ 60 мл/мин/1,73 м² (ХБП С1 и ХБП С2 стадий), вторую – больные с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² (ХБП С3а и ХБП С б стадий). Рассматривали клиничко-демографические показатели, изучали функциональное состояние почек, показатели BCP при записи кратковременных (5-минутных) участков электрокардиограммы (ЭКГ) в одном из стандартных отведений в состоянии покоя и во время ортостатической пробы (ОП). Оценивали вегетативную реактивность в зависимости от исходного вегетативного тонуса по методике Р.М. Баевского. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel 2010». Данные представлены в виде $M \pm \delta$, где M – среднее значение, δ – стандартное отклонение. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено более значительное снижение средней величины SDNN у больных 2 группы, чем у больных 1 группы ($43,3 \pm 40,0$ vs $48,0 \pm 27,6$ мс соответственно), при этом SDNN < 50 мс отмечено у 77 % пациентов 2 группы и 56 % – 1 группы. Повышение величины индекса напряжения регуляторных систем SI выявлено в обеих группах больных: $280,3 \pm 26,6$ vs $309 \pm 26,0$; и достоверное увеличение SI при проведении ОП: $518,6 \pm 42,3$ vs $442,5 \pm 37,4$.

В 1 группе достоверно чаще, чем во 2 группе встречались больные с нормальной вегетативной реактивностью: 56 % vs 31 %; а во 2 группе – с асимпатикотонической реактивностью: 19 % vs 3 %.

Заключение. Прогрессирование ХБП у больных АГ в сочетании с СД 2 типа сопровождается снижением variability сердечного ритма, резервных возможностей вегетативной регуляции, что отражает высокий и очень высокий комбинированный риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРОВ ФИЗИЧЕСКИХ ПЕРЕГРУЗОК И ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У СПОРТСМЕНОВ

Пачина В.И., Павлов В.И., Бадтиева В.А., Полянский Н.А.

Клиника спортивной медицины (филиал № 1) Московского научно-практического центра спортивной медицины, медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (МНПЦМРВиСМ), Москва

Известно, что высокий уровень содержания кардиоспецифичных ферментов в сыворотке крови является одним из маркеров острого повреждения миокарда. В литературе отмечаются случаи повышения уровня кардиоспецифичных ферментов у спортсменов после тяжелых и длительных спортивных состязаний без других признаков повреждения сердечной мышцы.

Цель. Установить, в каких ситуациях может наблюдаться повышение уровня кардиоферментов, также их диагностическая ценность и возможное использование в диагностике синдрома перетренированности

Материал и методы. Под наблюдением находилось 985 спортсменов сборных команд Москвы, проходящих УМО. Всем спортсменам проводилась велоэргометрия (ВЭМ), эхокардиография, общий анализ крови (ОАК), развернутый биохимический анализ крови, включая определение уровня КФК и МВ фракции КФК.

Результаты и обсуждение – из 985 спортсменов, у 104 был выявлен повышенный уровень КФК-МВ (основная группа). Для анализа диагностической и прогностической ценности роста концентрации кардиоферментов, была случайным образом сформирована контрольная группа из близких по возрасту спортсменов тех же команд, имевших нормальный уровень МВ-КФК. Таким образом, повышенный уровень КФК-МВ в плазме крови был выявлен у 10,6 % спортсменов. При этом среди мужчин процент спортсменов с повышенным уровнем КФК МВ составлял 11,8 %, а среди женщин – 6,3 %. Повышение уровня КФК-МВ не было связано с повышением уровня тропонинов. Однако, ни у кого из спортсменов с повышенным уровнем КФК МВ не было диагностировано органического поражения миокарда. Обращает внимание тот факт, что все 100 % спортсменов из группы с повышенным уровнем КФК имели высокие нагрузки в течение близкого короткого периода до прохождения углубленного медицинского обследования (не более 2-х дней до обследования), тогда как подобные нагрузки имели только 24,6 % спортсменов из контрольной группы. Анализ средних значений показателей, отвечающих за работоспособность не выявил значимых различий в уровне физической работоспособности между группами. Следует сказать, что 20-ти случайно выбранным спортсменам с повышенным уровнем КФК-МВ, была проведена экспресс диагностика уровня тропонина (Т) в сыворотке крови – у всех протестированных спортсменов результат экспресс теста оказался отрицательным.

Выводы: 1. КФК-МВ не является высокоспецифичным маркером для диагностики острого повреждения миокарда у спортсменов, но может быть одним из маркеров физических перегрузок.

Так как спортсмены с высоким уровнем МВ-КФК не всегда имеют сниженную физическую работоспособность, его не следует использовать в качестве единственного маркера синдрома перетренированности

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Перфильева М.В., Макеева А.В., Раскина Е.А., Филатова Ю.И., Якимова О.В., Бунина М.Н.

ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж; ГКБ № 17, Воронеж; ГКБСМП № 1, Воронеж, Россия

Цель. Изучение частоты встречаемости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) с учетом возрастных групп.

Материал и методы. Проводился анализ 356 медицинских карт стационарных больных АГ (163 (45,8 %) мужчины и 193 (54,2 %) женщины) в возрасте от 18 до 85 лет. Пациенты находились на стационарном лечении в ГКБ № 17, г. Воронеж. Анализировались паспортные данные, результаты опросов, осмотров, лабораторные и инструментальные показатели. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний оценивались в соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества по АГ (2013 г.). Оценку результатов исследования проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что распространенность АГ статистически значимо увеличивается с возрастом от 5,3 % в возрастной группе 31–45 лет до 36,5 % у пациентов старше 64 лет. Частота встречаемости АГ среди мужчин в возрасте моложе 50 лет составляла 74,1 %, в старших возрастных группах увеличивается распространенность АГ среди женщин (61,7 % в возрастной группе 55–64 года и 57,5 % в возрасте старше 65 лет). Распространенность курения среди мужчин составила 18,8 %, а среди женщин – 1,4 %. Наибольшая частота встречаемости ожирения отмечалась у пациентов старших возрастных групп (17,3 % в возрастной группе 55–64 года и 19,6 % среди больных старше 65 лет). При исследовании липидного спектра установлено, что наибольшая частота дислипидемии составляет 28,7 % в группе 55–64 года и 36,5 % в группе старше 65 лет. Отмечено преобладание распространенности дислипидемии у женщин старшего возраста и у мужчин моложе 50 лет. Распространенность сахарного диабета среди больных АГ увеличивается с возрастом и составляет 11,8 % у пациентов старше 65 лет.

Заключение. Распространенность модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как нарушения жирового и углеводного обмена, дислипидемия, курение увеличивается с увеличения возраста пациентов. Немедикаментозные методы лечения (диетотерапия, изменение образа жизни, отказ от курения, динамические физические нагрузки) способствуют снижению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и замедлению прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

АНАЛИЗ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА, МАРКЕРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ НЕЗНАЧИМОМ КОРОНАРНОМ СТЕНОЗЕ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Петелина Т.И., Мусихина Н.А., Гапон Л.И., Осипова И.В., Архипова Е.В., Петрашевская Т.Г., Поливцева Н.В., Зуева Е.В., Терехова Ж.В.

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

Цель. Провести проспективный анализ атерогенных параметров липидного спектра, маркеров воспаления и дисфункции эндотелия у пациентов стабильной стенокардией при гемодинамически незначимом коронарном стенозе (ГНЗКС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 52 пациента (мужского и женского пола) среднего возраста $60,3 \pm 9,8$ лет без гемодинамически значимого коронарного стеноза (ГЗКС) (коронарный стеноз менее 70 %) по данным селективной коронароангиографии (КАГ) на фоне стабильной стенокардии. Выделены 2 группы: 1 группа – с наличием СД 2 типа ($n=21$) и 2 группа – с отсутствием СД 2 типа ($n=31$).

Исследование проводилось на фоне приема стандартной терапии, включающей ингибиторы-АПФ, β -адреноблокаторы, антиагреганты, статины и пероральные сахароснижающие препараты. Исходно и через $11,6 \pm 2,0$ месяцев исследованы значения параметров липидного обмена: общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотностей (ЛПВП, ЛПНП и ЛПОНП), аполипопротеинов А-I, В (Апо А-I, Апо В), липопротеина а (ЛП (а)); маркеров воспаления: высокочувствительного С-реактивного белка (hs-CRP), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), ИЛ-6, ИЛ-8, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), гомоцистеина, растворимого CD40 – лиганда (sCD40 L), рецептора CD40, матриксной металлопротеиназы-9 (ММР-9), тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 (ТИМР-1); эндотелина-1 и нитритов.

Результаты. В обеих группах зарегистрирована равноценная активация атерогенных липидных параметров: ОХС ($5,6 \pm 1,2$ и $4,8 \pm 1,1$ ммоль/л), ЛПОНП ($0,8 \pm 0,7$ и $0,8 \pm 0,6$ ммоль/л), ТГ ($2,0 \pm 1,2$ и $1,7 \pm 1,2$ ммоль/л), Лп (а) ($23,4 \pm 11,8$ и $27,6 \pm 21,8$ мг/дл) при достоверном превышении уровня ЛПНП у пациентов в 1 группе ($3,2 \pm 0,9$ и $2,6 \pm 1,2$ ммоль/л, $p=0,03$). В 1 и 2 группах определены высокие без достоверного различия между группами значения ФНО- α ($10,6 \pm 3,7$ и $9,1 \pm 3,2$ пг/мл), ММР-9 ($132,6 \pm 86,0$ и $139,3 \pm 77,1$ нг/мл), эндотелина-1 ($1,7 \pm 1,0$ и $1,6 \pm 0,9$ фмоль/л) и сниженные значения ТИМР-1 ($84,0 \pm 20,3$ и $81,7 \pm 17,0$ нг/мл), соответственно. У пациентов 1 группы с наличием СД 2 типа отмечена гиперактивация маркеров воспалительного ответа: hs-CRP ($5,9 \pm 4,4$ и $3,5 \pm 2,7$ мг/л, $p=0,04$); гомоцистеина ($14,9 \pm 5,9$ и $11,4 \pm 5,4$ мкмоль/л, $p=0,04$) и sCD40L ($4,3 \pm 2,0$ и $2,6 \pm 1,5$ нг/мл, $p=0,04$); выявлена тенденция к повышению уровня цитокинов ИЛ-1 β ($5,2 \pm 1,9$ и $4,2 \pm 1,1$ пг/мл) и ИЛ-6 ($4,2 \pm 3,3$ и $3,2 \pm 2,6$ пг/мл). Методом корреляционного анализа выявлены прямые связи в 1 группе: ИЛ-1 β с ОХС ($p=0,01$), ТГ ($p=0,04$) и ИА ($p=0,01$); эндотелина-1 с hs-CRP ($p=0,02$) и ФНО- α ($p=0,01$); наличием СД 2 типа и ожирением ($p=0,04$), стажем СД 2 типа с ИМТ ($p=0,002$) и уровнем гомоцистеина ($p=0,02$). Во 2 группе выявлены прямые взаимосвязи ($r=0,4$) стажа курения с ТГ ($p=0,03$) и ИА ($p=0,01$). Проспективно в обеих группах сохранились повышенные значения атерогенных фракций липидов (ОХС, ЛПНП, ЛПОНП, Лп (а)), активация маркеров воспаления (ММР-9, ФНО- α) и гиперпродукция эндотелина-1. Концентрация hs-CRP достоверно снизилась во 2 группе ($3,5 \pm 2,7$ и $2,5 \pm 1,3$ мг/дл, $p=0,04$) при сохранении высоких значений у пациентов в 1 группе ($5,9 \pm 1,4$ и $4,6 \pm 2,5$ мг/дл).

Выводы. Стабильное течение ИБС в обеих группах характеризуется повышенным уровнем атерогенных фракций липидного спектра, гиперпродукцией маркеров воспалительного ответа и дисфункции эндотелия. Наличие СД 2 ассоциировано с сохранением пролонгированного ответа сосудистого воспаления в виде повышенного hs-CRP, что может быть потенциально опасным в плане высокого риска развития сердечно – сосудистых катастроф у пациентов с ИБС даже без гемодинамически значимого коронарного стеноза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВУ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петрова Е.В.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность применения комплексной терапии эректильной дисфункции и тревожно-депрессивных расстройств у гипертензивных пациентов.

Материал и методы. Исследованы 75 мужчин (средний возраст $50,2 \pm 8,1$ лет) с артериальной гипертензией I–III стадии, ЭД и тревожно-депрессивными расстройствами. Эректильную функцию определяли с помощью опросника «Сексуальная формула мужская» (СФМ), опросника МИЭФ-5 (краткий вариант Международного Индекса Эректильной Функции) Тревожно-депрессивную симптоматику оценивали Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Проводилось определение гормонального статуса. В терапии, наряду с гипотензивными препаратами согласно рекомендациям ВНОК, применяли комбинированный адаптоген отечественного производства, содержащий трутневый расплод, цветочную пыльцу, L – аргинин.

Результаты. У основной части исследуемых установлен слабый (48 %) и ослабленный вариант средней половой конституции (24 %). Легкая эректильная дисфункция диагностирована у 38 больных (50,7 %), умеренная ЭД – у 29 (38,6 %), тяжелая – у 8 (10,7 %). У 58 пациентов (77,3 %) был выявлен низкий уровень тестостерона – $13,5$ нмоль/л и ниже. Клинико-психопатологическое исследование позволило диагностировать расстройство адаптации у 58,6 % больных, смешанное тревожно-депрессивное расстройство у 30,7 %, тревожно-фобическое – у 10,7 %.

На фоне комплексной терапии 49 пациентов (65,3 %) уже к 10 дню лечения отметили субъективное улучшение настроения, повышение самооценки и уверенности в себе, снижение напряженности семейных отношениях. Изучение гормонального статуса к 28 дню терапии показало достоверное повышение содержания общего тестостерона (с $11,8 \pm 4,4$ до $17,1 \pm 5,7$ нмоль/л, $p < 0,02$) и дегидроэпиандростерона сульфата (с $1,2 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,7$ мкг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения уровня пролактина (с 548 ± 136 до 285 ± 60 мЕ/л, $p < 0,02$). Эректильная функция согласно опроснику МИЭФ выросла с $15,8 \pm 3,4$ до $19,8 \pm 3,7$ баллов, $p < 0,05$. На фоне терапии суммарный балл сексуальной функции мужской увеличился с $17,7 \pm 2,5$ до $23,8 \pm 2,9$, $p < 0,02$. Среди структурных показателей СФМ более значимо улучшились нейрогуморальная и психическая составляющие мужского копулятивного цикла, что обусловило в первую очередь усиление либидо и общее удовлетворение половыми отношениями. По шкале HADS у изучаемого контингента установлено значительное редуцирование уровня тревоги и депрессии ($p < 0,02$).

Выводы. Комбинированное лечение с использованием комбинированного адаптогена природного происхождения, содержащего такие активные компоненты, как трутневый расплод, цветочную пыльцу, корень женьшеня и L-аргинин, значительно повышает уровень тестостерона, уменьшает симптомы эректильной дисфункции и тревоги/депрессии у мужчин с артериальной гипертензией.

ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петрова Е.В.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, Пенза, Россия

Введение. На качество жизни мужчин с артериальной гипертензией (АГ) влияют ряд физических и психологических показателей, ухудшающих течение основной патологии. К таким показателям относится и эректильная дисфункция (ЭД), являющаяся следствием, как системного сосудистого заболевания, так и негативного влияния некоторых антигипертензивных средств.

Цель. Изучить влияние эректильной дисфункции на качество жизни пациентов, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы. Исследованы 110 мужчин с АГ I–III стадии. Эректильную функцию определяли с помощью опросника МИЭФ-5 (краткий вариант Международного Индекса Эректильной Функции). Психосоциальное состояние оценивали Госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 (Краткая форма – 36).

Результаты. Все 110 мужчин, средний возраст $50,2 \pm 8,1$ лет, были включены в исследование. У 68 % была обнаружена эректильная дисфункция, при этом легкая степень ЭД диагностирована у 38 (50,7 %), умеренная

ЭД – у 29 (38,6 %), тяжелая – у 8 (10,7 %) больных. Расстройство эрекции, часто сопровождалось такими явлениями, как чувство краха, повышенная тревожность и неуверенность в себе, отчаяние, угнетенность. 49,3 % пациентов связывали нарушение эрекции с употреблением антигипертензивных препаратов -тиазидных диуретиков, β -адреноблокаторов, что резко снижало их комплаентность. Выявлены клинические уровни тревоги – в среднем $13,52 \pm 0,38$ баллов и депрессии – $12,01 \pm 0,35$. Средний показатель по опроснику SF-36 составил $67,4 \pm 15,0$ баллов. Установлено наличие обратной связи между эректильной дисфункцией и качеством жизни пациентов ($r = -0,416$; $p = 0,001$).

Выводы. Эректильная дисфункция ухудшает качество жизни больных с артериальной гипертензией, негативно влияя как на физическую, так и психоэмоциональную составляющие здоровья. Врачам кардиологам и терапевтам следует учитывать симптомы эректильной дисфункции в своей практике для более успешной терапии и реабилитации таких пациентов.

СИНДРОМ ХОЛЕСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Печерских М.В., Ефремова Л.И., Шаверская Э.Ш.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Ижевск, Россия

Цель. Оценить синдром внутрипеченочного холестаза у больных хроническим некалькулезным холециститом лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Материалы и методы. Было обследовано 83 пациента с диагнозом хронический некалькулезный холецистит, из них 66 женщин и 18 мужчин. Средний возраст составил $45,54 \pm 2,10$ лет. В группу сравнения вошли 30 практически здоровых человек без патологии гепатобилиарного тракта (19 женщин и 11 мужчин) в возрасте $39,09 \pm 2,10$ лет. В работе, помимо общеклинических, были использованы инструментальные методы оценки функции печени и моторики билиарного тракта: динамическая гепатосцинтиграфия и многофракционное дуоденальное зондирование. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2009.

Результаты. У пациентов хроническим некалькулезным холециститом было зарегистрировано повышение показателей синдрома холестаза: уровень щелочной фосфатазы (ЩФ) был достоверно выше и составил $106,53 \pm 10,00$ Ед/л, тогда как в группе сравнения ее уровень был $68,88 \pm 3,58$ Ед/л ($p < 0,001$), показатель глутаминтранспептидазы (ГГТП) у пациентов группы наблюдения оказался выше на 44,85 % группы сравнения и составил $36,18 \pm 4,75$ Ед/л ($p < 0,05$), уровень общего билирубина достоверно не отличался у пациентов обеих групп, тогда как значение холестерина (ХС) группы наблюдения было выше: $5,31 \pm 0,23$ ммоль/л и $4,70 \pm 0,14$ ммоль/л ($p < 0,05$) соответственно. У 23 (76,66 \pm 7,68 %) пациентов преобладал гиперкинетический тип дискинезии желчного пузыря с гипотонусом сфинктера Одди и гипертонусом сфинктера Люткенса. В V фракции многофракционного зондирования при удлинении времени истечения желчи, ее количество превышало нормальные показатели в 3 раза и составило $93,47 \pm 9,39$ мл за $43,26 \pm 4,66$ минуты. У 20 (62,50 %) больных группы наблюдения отмечено неравномерное распределение радиофармпрепарата в ткани печени, что является признаком снижения функционирования гепатоцитов. Замедление экскреторной функции печени на 38,68 % у наблюдаемых нами больных свидетельствует о наличии внутрипеченочного холестаза. При этом поглотительная функция печени у больных хроническим холециститом была не изменена.

Заключение. Наличие лабораторных признаков синдрома холестаза, увеличение количества «печеночной» фракции желчи и замедление экскреторной функции печени у больных хроническим некалькулезным холециститом свидетельствует о признаках внутрипеченочного холестаза на фоне снижения функционирования гепатоцитов по результатам динамической гепатосцинтиграфии.

ЭНДОКРИННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ФОРМИРОВАНИЯ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ.

Пименов Л.Т., Чернышова Т.Е.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Целью исследования явился анализ гормонально-метаболического профиля при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в течение больничной фазы и отдаленном периоде адаптации.

Материал и методы. Проведено обследование 549 больных с «естественным» течением ОИМ до внедрения интервентных методов лечения (АКШ, тромболизиса, стентирования). Большинство пациентов (77 %) поступило в Республиканский клиничко-диагностический центр Удмуртии не позднее 12 часов от начала заболевания с клинически выраженной острой сердечной недостаточностью по малому кругу кровообращения. Первичный ОИМ был диагностирован у 447 (81 %) больных, повторный – у 102 (19 %). Трансмуральный ОИМ диагностирован у 280 (51 %), крупноочаговый у 312 (39 %), мелкоочаговый у 56 (10 %) человек. Гормональный профиль оценивался методом хемииммунолюминесцентного анализа на аппарате «Immulite 2000».

Результаты. После перенесенного ОИМ в I фазу адаптации частота нарушений толерантности к глюкозе (НТкГ) достигает 76,3 %, что отражает контринсулярную реакцию на событие и подтверждается гипергликемией, гиперкортизолемией, снижением инсулиночувствительности и функции β -клеток. Во II и III фазу частота НТкГ снижается, составляя 55,9 % и 49,4 % соответственно. В I и II фазу по данным двойного тестирования с последовательной стимуляцией инсулярной функции глюкозой и подавлением ее экзогенным инсулином выявлена гиперфункция β -клеток. При проведении инсулинотолерантного теста не зарегистрировано клинико-лабораторных признаков гипогликемии. В III фазу секреция инсулина нарастает. Анализ НТкГ – информативный маркер метаболической направленности гормональной реакции в каждой из 3 выделенных фаз. Установлена прямая связь НТкГ – тяжести ОИМ ($r=0,67$) – летальности ($r=0,72$). Летальность составила при отсутствии НТкГ 9 %, при пограничном НТкГ – 19,0 %, при сахарном диабете – 32,0 %.

Заключение. Методом математического моделирования течения ОИМ подтверждено значение гипергликемии более 15 ммоль/л I фазу и гиперинсулинемии в III фазу адаптации, как предикторов неблагоприятного прогноза заболевания.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ НАРУШЕНИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: РИТМ-УРЕЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА

Позднякова Н.В., Денисова А.Г., Татарченко И.П.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА, Пенза, Россия

Цель: изучить динамику показателей электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) при диастолической сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) в сочетании с ИБС, возможности коррекции ивабрадином и бета-адреноблокатором (БАБ).

Материал и методы: 72 /32 мужчины и 40 женщины/ больных СД2 и ИБС с признаками ХСН I-II (ФК) и диастолической дисфункцией ЛЖ (ДД ЛЖ) по типу аномальной релаксации, при фракции выброса ЛЖ более 50 %, средний возраст – 58,3±4,5 лет. К комплексу лечения (антиагреганты и статины в целевых дозах, пероральные сахароснижающие препараты, нитраты в режиме по требованию) в группе I (n=38) добавлен ивабрадин (препарат «кораксан», средняя доза-7,5 мг), в группе II (n=34) – кардиоселективный БАБ с вазодилатирующими свойствами (небиволол, средняя доза – 6,25 мг). Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, оценка турбулентности ритма сердца (ТРС) и вариабельности ритма сердца (ВРС), анализ временной реполяризации желудочков (QT_c , QT_d), сигнал-усредненная ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ).

Результаты. Исходно в обеих группах продолжительность эпизодов ишемии за сутки (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и безболевой (БИМ) ишемии миокарда сопоставимы. Через 10 недель отмечено достоверное снижение среднего балла по Миннесотскому опроснику (MLHFQ): от 28,0±3,5 до 16,51.5 баллов. В группе с кораксаном наибольшее уменьшение СИМ: от 36,2±3,3 до 10,3±2,1 мин ($p<0,05$), в группе с небивололом – от 37,1±2,3 до 17,2±2,2 мин. В группе с кораксаном количественный анализ ЭКГ-ВР показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS от 122,4±1,2 мс до 109,4±1,3 мс, LAN Fd от 43,2±2,1 мс до 23,3±2,4 мс, $p<0,05$, частота регистрации ППЖ снизилась от 23,7 % до 7,9 %, в группе с небивололом снижение частоты ППЖ от 23,5 % до 14,7 %. Ослабление симпатического влияния на синусовый ритм более выражено в группе с небивололом: увеличение SDNN от 24,8±2,5 мс до 47,3±2,8 мс, на фоне кораксана отмечен прирост SDNN от 25,3±2,6 мс до 35,3±2,9 мс. Выявлена положительная динамика количественных значений ТРС, что сопровождалось изменением частоты начала турбулентности (ТО) более 0 % – от 60,5 % до 31,7 % больных группы I, в группы II от 55 % до 41,2 % пациентов. Установлена связь нарушения ТРС с ФВ ЛЖ – $r=-0,49$ ($p=0,03$), с индексом конечного диастолического объема – $r=0,51$ ($p=0,02$). На фоне улучшения перфузии миокарда получена положительная динамика показателей временной реполяризации желудочков: уменьшение QT_d на 16,4 % и QT_c на 18 % в группе с кораксаном, уменьшение QT_d на 12,3 % и QT_c на 10 % в группе с небивололом.

Заключение. На фоне небиволола и кораксана в комплексной терапии больных ИБС с нарушением углеводного обмена при достоверном уменьшении продолжительности эпизодов ишемии миокарда за сутки отмечена положительная динамика показателей электрической нестабильности миокарда.

МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КАК НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ГОРОДСКОЙ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (ПО ДАННЫМ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Подпалова О.В.

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Изучение роли мочевой кислоты в развитии артериальной гипертензии в белорусской городской неорганизованной популяции, используя данные 5-летнего проспективного исследования.

Материал и методы. Проспективное 5-летнее наблюдение (2007/2008 гг. – 2012/2013 гг.), проведенное в неорганизованной городской популяции из поликлиник № 3 и № 6 г. Витебска, включало 3500 человек отобранных методом случайных чисел. В исследование 2007/2008 гг. было включено 5 врачебных участков в поликлинике № 6 г. Витебска (1700 человек) и 6 врачебных участков в поликлинике № 3 г. Витебска (1800 человек). Охват обследованием составил 97,9 % (3427 человек).

В течение второго (3-х летнего) скрининга (2010/2011 гг.) было обследовано 2665 человек (охват обследованием составил 77,8 %), умер – 71 (2,1 %), выбыло – 506 (14,8 %), отказались от обследования или при визитах не оказались дома – 184 (5,4 %) человек.

В течение третьего (5-ти летнего) скрининга (2012/2013 гг.) обследовано 2888 человек (охват составил 84,3 %). За период наблюдения выбыло 436 (12,7 %) человек, умер – 101 (2,9 %), 2 (0,1 %) – отказались от обследования.

Обследование всего изучаемого контингента начиналось с заполнения разработанной регистрационной карты профилактического обследования.

Артериальное давление (АД) измерялось сфигмоманометром двукратно в положении сидя после 10-минутного отдыха с точностью до 2 мм рт. ст. Степень артериальной АГ и группы риска у обследуемых лиц определялись согласно рекомендациям ВОЗ/МОАГ (1999).

Электрокардиография (ЭКГ) была выполнена на электрокардиографе FucudaDenshi FX-7202 (Япония) в 12 стандартных отведениях, эхокардиографическое исследование и ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий – с использованием ультразвукового аппарата «Vivid7pro» (GE, США); лабораторные исследования с определением уровней глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, С-реактивного протеина, в сыворотке крови и микроальбуминурии в моче.

Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6,12, SPSS 17,0, STATISTICA 6,0.

Результаты. Было обследовано 2170 человек с нормальным уровнем АД и 1257 человек, страдающих АГ, в изучаемой популяции. Мужчины и женщины были одного возраста. За 5 лет было выявлено 285 новых случаев развития АГ. Была выявлена значимая положительная связь между IV квартилью уровня мочевой кислоты (339–527 ммоль/л) и частотой появления новых случаев АГ с поправкой на возрасти и пол ($df = 1$; χ^2 Вальда = 5,1, $p < 0,05$). Согласно многофакторному регрессионному анализу, высокий уровень мочевой кислоты (> 338 ммоль/л) ($p < 0,001$) также же, как и систолическое артериальное давление (> 120 мм рт. ст.) и высокий индекс массы тела ($> 25,7$ кг/м²) ($p < 0,001$) являются наиболее значимыми факторами, влияющими на частоту новых случаев АГ в исследуемой популяции.

Заключение. В белорусской городской неорганизованной популяции частота новых случаев АГ имеет прямую связь с высоким уровнем мочевой кислоты (> 338 ммоль/л). Высокий уровень мочевой кислоты является фактором риска развития артериальной гипертензии в городской неорганизованной популяции РБ.

РАЗВИТИЕ ИНЦИДЕНТОВ БСК: РОЛЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ (ПО ДАННЫМ 5-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Подпалов В.П.¹, Деев А.Д.², Журова О.Н.¹, Прокошина Н.Р.¹, Счастливленко А.И.¹, Балашенко Н.С.¹,
Подпалова О.В.¹, Сурунович Ю.Н.¹, Маханькова А.А.¹

¹Витебский государственный медицинский университет, Витебск,
²ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава Российской Федерации», Москва

Цель. Изучить роль коморбидной патологии в развитии инцидентов БСК в городской неорганизованной популяции.

Материал и методы. 5-летнее проспективное наблюдение (2007/2008 гг. – 2012/2013 гг.), проведенное в неорганизованной городской популяции из поликлиник № 3 и № 6 г. Витебска, включало 3500 человек отобранных методом случайных чисел. Охват обследованием составил 97,9 % (3427 человек). В течение третьего (5-летнего) скрининга (2012/2013 гг.) обследовано 2888 человек с заполнением регистрационной карты профилактического обследования (охват составил 84,3 %). В течение 5 лет изучалось развитие инцидентов БСК (инфаркта миокарда, мозгового инсульта и смерти от БСК). Статистический анализ проводился с помощью систем SAS 6,12, SPSS 17,0, STATISTICA 6,0.

Результаты исследования. Частота развития инцидентов БСК составила 70 случаев – 2,3 % (4,1 % у мужчин и 0,9 % у женщин ($df=1$; $c^2=32,2$; $p<0,001$)). Факторами риска развития инцидентов БСК в городской неорганизованной популяции являются: возраст ($df=1$; c^2 Вальда=36,44; $p<0,001$); пол ($df=1$; c^2 Вальда=27,25; $p<0,001$); хроническая сердечная недостаточность ($df=1$; c^2 Вальда=13,94; $p<0,001$); наличие отеков нижних конечностей ($df=1$; c^2 Вальда=8,87; $p<0,01$); стенокардия ($df=1$; c^2 Вальда=8,69; $p<0,01$); артериальная гипертензия ($df=1$; c^2 Вальда=6,71; $p<0,01$); хроническая обструктивная болезнь легких ($df=1$; c^2 Вальда=5,37; $p<0,05$); перемежающаяся хромота ($df=1$; c^2 Вальда=5,05; $p<0,05$); холестерина липопротеинов высокой плотности I квартиль ($df=1$; c^2 Вальда=4,78; $p<0,05$); триглицеридов IV квартиль ($df=1$; c^2 Вальда=4,71; $p<0,05$); перенесенный инфаркт миокарда ($df=1$; c^2 Вальда=4,21; $p<0,05$), триглицеридов III квартиль ($df=1$; c^2 Вальда=3,07; $p<0,1$); низкая физическая активность ($df=1$; c^2 Вальда=2,97; $p<0,1$) и наследственная отягощенность по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям ($df=1$; c^2 Вальда=2,70; $p<0,1$). После объединения 14 факторов риска развития инцидентов БСК в многофакторную модель, следующие факторы риска не достигли статистической значимости: стенокардия, перемежающаяся хромота, триглицериды III и IV квартили, перенесенный инфаркт миокарда, низкая физическая активность, наследственная отягощенность по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям. Пошаговым отбором данные факторы были исключены из заключительной многофакторной модели ($df=7$; c^2 Вальда=107,55; $p<0,001$).

Заключение. Полученная многофакторная модель позволяет предложить на основании выделения группы высокого риска алгоритм развития инцидентов БСК в городской неорганизованной популяции, включающий коморбидную патологию.

ВЗАИМОСВЯЗИ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Попельшева А.Э.

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

Артериальное давление (АД) – гемодинамический фактор, определяющий прогноз больного с инсультом. Прогностическая взаимосвязь систолического АД (САД) и риска развития, а также тяжести инсульта, не вызывает сомнений, она была доказана в большинстве исследований. Однако, уровень диастолического АД (ДАД) играет не меньшую предикторную роль, например, рост САД и ДАД на 1 мм рт. ст. увеличивает риск фатального инсульта на 1 % у женщин, и 3 % для САД и 1 % для ДАД у мужчин. В исследовании К. Irie (1993 г) у больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ), наименьший риск повторного инсульта обнаруживался при ДАД, равном 80–84 мм рт. ст., а при более низком ДАД (<80 мм рт. ст.) и более высоком (≥ 85 мм рт. ст.) он вновь нарастал. Клиническое ухудшение исхода ИИ в связи с ДАД было показано и в исследованиях INWEST (при редукции ДАД < 60 мм рт. ст.) и BEST (на фоне бета-блокаторов).

Целью исследования были анализ динамики АД у пациентов в остром периоде ИИ и определение взаимосвязей между отдельными показателями АД (систолическим (САД) и диастолическим АД (ДАД)) и течением инсульта.

Методы. Проанализированы данные 183 пациентов (101 женщины и 82 мужчин), 31–76 лет (Me = 60 лет [Q_{25} ; Q_{75} : 54; 70]) с артериальной гипертензией (АГ) и верифицированным острым ИИ. Все пациенты с АГ 2–3 степени получали антигипертензивную терапию (АГТ), а с АГ1 степени – при условии наличия у них структурной патологии сердца и/или сосудов и атеротромбозов в анамнезе. Оценивались степень тяжести неврологического дефицита (НД, шкала NIHSS), тяжесть инсульта (шкала Глазго), шкала Рэнкина и индекс мобильности Ривермид, по которым судили о нуждаемости больных в постороннем уходе и возможности самостоятельного выполнения движений. При спонтанном снижении АД $\geq 20\%$ или до уровня АД $<140/90$ мм рт. ст. в течение суток АГТ не назначалась. Уровни АД оценивались по средне/суточным значениям АД каждого больного. Для АГТ использовались все известные группы препаратов.

Результаты. Мы получили корреляции между показателями АД и некоторыми характеристиками: возрастом (чем больше возраст, тем выше ДАД на 12 сутки ($r=0,249, p=0,025$) у мужчин и САД на 3 ($r=0,302, p<0,001$) и 6 сутки ($r=0,242, p=0,014$) у женщин); тяжестью НД (чем тяжелее НД, тем выше ДАД ($r=0,236, p=0,034$) и САД на 3 ($r=0,233, p=0,037$), и ДАД ($r=0,264, p=0,017$) на 12 сутки для мужчин, а также САД ($r=0,239, p=0,016$) на 6 сутки у женщин). Кроме того, чем ниже индекс мобильности Ривермид, тем выше САД в 1 сутки у мужчин ($r=0,223, p=0,046$) и на 6 ($r=0,210, p=0,034$) и 12 ($r=0,210, p=0,034$) сутки у женщин и хуже состояние при выписке ($r=0,198; p=0,007$). Чем выше показатели САД и ДАД на 3 сутки госпитализации ($p<0,001$), тем тяжелее течение ИИ (анализ множественной логистической регрессии: общий процент корректных предсказаний – 68,9%).

Выводы: ДАД является маркером тяжести неврологического дефицита и более чувствительным маркером эффективности функционального восстановления у мужчин (по шкалам NIHSS и Рэнкина), а САД – у женщин. Оба показателя коррелируют с тяжестью ИИ на 3 сутки госпитализации.

КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ, МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Попова А.А., Яковлева И.В., Березикова Е.Н., Шилов С.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить моно- и мультифакторное влияния соматических, метаболических показателей на функцию эндотелия и разработать вероятностную модель их комплексного влияния на формирование эндотелиальной дисфункции.

Материал и методы. В исследование включили 318 мужчин с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 18–78 лет (средний возраст $50,8 \pm 4,4$ лет). Группа сравнения была представлена лицами без АГ той же возрастной категории. Использован метод логистической регрессии (множественная регрессия с логит-преобразованием) с применением модуля «Нелинейное оценивание» (Nonlinear Estimation) с функцией Quick logit regression пакета статистических программ STATISTICA v.6,0. Оценка чувствительности и специфичности сделана при помощи ROC-анализа (использовался Индекс Юдена и правила Кульбака-Лейблера).

Результаты. При моделировании формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) в качестве первого шага оценили отношение шансов исследованных переменных для выбора наилучших предикторов. Исследованными переменными явились: САД 24 ч, ДАД 24 ч, ИММЛЖ, показатели пробы с реактивной гиперемией – D_1, D_2, D_3 ; КИМ пр., КИМ л., dОСА пр., dОСА л., об. холестерин, ЛПВП, ТГ, АОА, МДА. Из выбранных претендентов на окончательные предикторы была сформирована наилучшая модель. Качество лучших предикторов и полученных моделей проверили при помощи ROC-анализа (для оценки чувствительности и специфичности).

При анализе влияния единичных факторов на формирование ЭД (вне зависимости от возраста) выявлены следующие значения показателей: САД 24 ч (OR=1,2010; CI 1,1268–1,2802), ДАД 24 ч (OR=1,3475; CI 1,2205–1,4877), ИММЛЖ (OR=1,2416; CI 1,1083–1,3909), D_1 (OR=0,0014; CI 0,0002–0,0122), D_2 (OR=0,0001; CI 1,18E-06–0,0088), D_3 (OR=0,7168; CI 0,6519–0,7881), КИМ пр. (OR=12 242,8300; CI 507,5127–295 336,2242), КИМ л. (OR=12 772,1378; CI 518,3916–314 680,0612), dОСА пр. (OR=0,0060; CI 0,0001–0,4358), dОСА л. (OR=0,0008; CI 9,79E-06–0,0645), об. холестерин (OR=11,1668; CI 5,6944–21,8981), ЛПВП (OR=8,9717; CI 0,5810–138,5519), ТГ (OR=5,7246; CI 1,9958–16,4201), АОА (OR=0,9191; CI 0,8689–0,9722), МДА (OR=135,3885; CI 15,5570–1178,2480).

При двухфакторном дисперсионном анализе влияния исследованных показателей было выявлено, что часть из них оказывает и совместное действие. Так, доказано совместное статистически значимое влияние на ЭД САД за 24 часа и эндотелий-зависимой вазодилатации ($p=0,00 005$); уровня МАД и эндотелий-зависимой вазодилатации ($p=0,00 001$).

При трехфакторном дисперсионном анализе выявлено совместное действие на ЭД эндотелий-зависимой вазодилатации, гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии ($p=0,00 117$).

Заключение. Использованные методы многопараметрического анализа позволили разработать несколько вариантов модели комплексного влияния показателей на формирование ЭД.

ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ХРАПА НА УРОВНИ ЦЕЙТНОТНОСТИ И СТРЕССОГЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

Попова Н.А., Шкарин В.В., Горбунова М.Л.

Кафедра терапии ФПКВ НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Несомненно, что сон является одним из самых информативных показателей качества эмоционального состояния человека и его психофизиологического здоровья. Также известно, что частотные воздействия различного генеза влияют на различные физиологические функции (А.С.Пресман, 1974, И.А.Левитина, 1966). С позиций акустики храп характеризуется основной звуковой частотой (ОЗЧ), шириной частотного диапазона (ШД), амплитудой ОЗЧ (А1), частотой дискретизации храпа (ЧД) – количество циклов храпа в минуту, вторичными звуковыми частотами (ВЗЧ), имеющими меньшую чем ОЗЧ мощность при спектральном анализе.

Цель. Изучение влияния акустических характеристик храпа на уровни цейтнотности (УЦ) и стрессогенности (УС).

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов, страдающих ночным храпом.

Исследование качества сна и психофизиологического состояния пациентов было проведено нами с помощью анкетирования и тестирования. В ночное время осуществлялась аудиозапись храпа, с последующей компьютерной обработкой. Выявление взаимосвязей между полученными данными и аудиохарактеристиками храпа было проведено с помощью математической обработки результатов.

Результаты. Полученные данные подвергались стратификации, с помощью нейросетевой технологии – сетей Кохонена и методом кластерного анализа.

Т.к. количество наблюдений было невелико, осуществляли стратификацию на 2 группы. 1-ой группе (58 %) соответствовал диапазон ОЗЧ 461–520 гц. По результатам нейросетевой классификации этому диапазону соответствовал уровень цейтнотности -55 сек. 2-ой группе (42 %) соответствовал диапазон ОЗЧ 222–307 гц и сопровождался уровнем цейтнотности -37,8 сек. Т.о. более низкие ОЗЧ соответствуют более высоким УС и УЦ. То же касается и ЧД. Кластерный анализ даёт результаты аналогичной направленности. Эти данные подтверждаются и результатами корреляционного анализа, где показана статистически достоверная связь УЦ с ОЗЧ ($r = 0,6534$, $p = 0,021$) и с ШД ($r = 0,582$, $p = 0,047$). Значимых связей УС с акустическими характеристиками храпа не выявлено. С помощью корреляционного анализа был проведен поиск взаимосвязей между временем сна, сомническими и постсомническими показателями. Оказалось, что время сна значимо связано с уровнем цейтнотности ($r = 0,3773$, $p = 0,002$).

Заключение. Т. о. еще раз подтверждается взаимосвязь между основной частотой, сомническими нарушениями, уровнем цейтнотности и уровнем стрессогенности. Основная частота храпа, действуя в течение ночи, способствует нарушению структуры сна. Нами показано, что у пациентов с более низкочастотными составляющими храпа значительно чаще встречаются нарушения засыпания и ночные пробуждения. Этот факт дает возможность утверждать, что более низкие частоты могут влиять на субъективное восприятие времени, «ускоряя» его течение и как следствие – повышать уровень цейтнотности. Как показано нами ранее, УЦ и УС связаны прямой пропорциональностью. Следовательно, в конечном итоге, акустические характеристики храпа могут отражаться и на уровне стрессогенности.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ КАК КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Пристром М.С., Семенов И.И.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Целью данной работы явилось изучение особенностей изменения липидного спектра крови у пациентов артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) под влиянием комплексного лечения, включающего курс гипокситерапии и применение лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Материал и методы. Нами обследовано 143 пациента с артериальной гипертензией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких. 98 пациентам (основная группа) была назначена комплексная терапия, включавшая курсы адаптации к нормобарической гипоксии в сочетании с приемом лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. 45 пациентов (контрольная группа) получало только обычную медикаментозную терапию. Средний возраст пациентов основной группы составлял $57,2 \pm 2,8$ года; средний возраст пациентов контрольной группы $56,3 \pm 2,3$ года. Липидный спектр крови определялся с помощью иммуноферментного анализа и электрофоретическим методом. Определялся уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, триглицеридов, фосфолипидов. Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 8,0».

Результаты и обсуждение. При исследовании липидного спектра крови у пациентов основной группы в процессе лечения выявлено достоверное снижение таких показателей, как: общий холестерин с $6,30 \pm 0,50$ до $5,00 \pm 0,30$ ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности с $4,30 \pm 0,40$ до $3,00 \pm 0,30$ ммоль/л и очень низкой плотности с $0,20 \pm 0,01$ до $0,10 \pm 0,01$ ммоль/л. У пациентов в группе контроля в процессе лечения выявлено достоверное снижение общего холестерина с $6,40 \pm 0,50$ до $5,90 \pm 0,40$ ммоль/л и холестерина липопротеинов низкой плотности с $4,40 \pm 0,30$ до $3,90 \pm 0,50$ ммоль/л. Через 2 месяца после прекращения комплексного лечения выявлены статистически достоверные различия уровня общего холестерина плазмы крови, по сравнению с его значениями, определенными до проведенного лечения: у пациентов основной группы – $6,40 \pm 0,40$ и $5,20 \pm 0,30$ соответственно ($T=3$, $p<0,05$). У пациентов контрольной группы наблюдалась незначительная положительная тенденция данного показателя.

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение в лечение пациентов АГ в сочетании с ХОБЛ гипокситерапии и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот обладает продолжительным гиполипидемическим действием и способствует нормализации липидного спектра.

ОЦЕНКА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Провольнева Л.П., Бабкин А.П., Степанова Л.А., Золотарев О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронежская городская клиническая поликлиника № 4, Воронеж, Россия

Цель. Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом

Материал и методы. В исследование включено 53 больных, страдающих ожирением 1–3 стадии и артериальной гипертензией (ср. возраст больных $58,9 \pm 1,56$ лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники № 4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст, 10 – второй ст. и 16 больных третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность языка в двукратно возрастающих концентрациях с 0,3 % до 4,8 %. За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике HenkinR, 1961. За порог вкусовой чувствитель-

ности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 11 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ < 25 (ср возраст 46,18 ± 5,36 лет).

Результаты. ПВЧГ в контрольной группе составил 1,82±0,3 % раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст ожирения – 3,2±0,5 % (p < 0,05) и 3-й ст. ожирения 3,82±0,3 % (p < 0,05). При опросе больных выяснено, что 64 % больных 1 ст. ожирения и 83 % 2 ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37 % больными контрольной группы (p < 0,05). ПВЧПС в контрольной группе составил (0,39 ± 0,03 %) и оказался ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3 ст. – 0,45±0,03 %, 0,5±0,04 %, 0,48±0,04 % (p < 0,05) соответственно. Досаливание пищи отметили 30 %, 22 % и 50 % больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й степенью ожирения составило 132,8±2,4 мм рт. ст., диастолическое АД – 86,9±1,75 мм рт. ст., 2-й ст. – 139,6±3,9 мм рт. ст. и 86,0±4,0 мм рт. ст., 3-й ст. – 137,4±3,1 мм рт. ст. и 89,1±2,9 мм рт. ст. соответственно. В контрольной группесистолическое АД составило 124,3±2,8 мм рт. ст., диастолическое – 83,6±2,1 мм рт. ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД.

Выводы. 1. Выявленные изменения вкусовой чувствительности у больных с ожирением – повышение порога чувствительности к сладкому можно рассматривать как предпосылку к увеличению потребления углеводов в суточном рационе питания и как следствие, развитию ожирения.

2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может косвенно свидетельствовать об увеличении потребления соли и рассматриваться в качестве возможной причины формирования артериальной гипертензии.

КОРРЕКЦИЯ ВЕРХНЕГО УРОВНЯ РЕФЕРЕНСНЫХ ЗНАЧЕНИЙ Д-ДИМЕРА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пронин А.Г.¹, Пожидаева Е.А.²

¹Московский медицинский университет «Реавиз», Москва, Россия

²Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России, Москва, Россия

Цель. Оценка значимости коррекции верхнего уровня референсных значений Д-димера от возраста пациента в диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Ежегодно у 65–70 % пациентов с ХСН III–IV ФК по NYHA с уровнем Д-димера более 0,5 мг/л с подозрением на ТЭЛА этот диагноз не подтверждается при КТ-ангиопульмонографии. Пациенты из этой когорты, вошли в первую группу сравнения: 50 больных. Возраст их был 52–90 лет. Мужчин было 22, женщин – 28. Вторая группа, представлена 50 больными ТЭЛА на фоне ХСН III–IV ФК по NYHA, в возрасте 50–86 лет. Мужчин было 20, женщин – 30. Проксимальный уровень локализации тромботических масс: легочная артерия – 34 %, долевые – 38 %, сегментарные – 28 %.

Результаты. Уровень Д-димера в группе пациентов с ТЭЛА на фоне ХСН был достоверно выше по сравнению с группой больных ХСН III–IV ФК по NYHA, и составлял 2,7±1,6 и 1,6±1,0 мг/л соответственно, p < 0,01.

Проведена коррекция референсного интервала Д-димера в зависимости от возраста пациент по формуле рекомендованной Европейским обществом кардиологов от 2014 г. в сравниваемых группах. В группе больных ХСН с повышенным уровнем Д-димера у 22 % больных (11 пациентов), показатели данного маркера находились в пределах «нового» уровня референсных значений и соответственно эти пациенты не нуждались в дальнейшем исключении ТЭЛА. В группе больных ТЭЛА на фоне ХСН III–IV ФК по NYHA у одного больного, при не проведении дальнейшего инструментального обследования, данная патология осталась бы нераспознанной, что соответствует диапазону чувствительности Д-димера – 98 %. Проведено еще одно такое же исследование, но коэффициент был изменен с 0,01 на 0,012 и еще у 18 % (9 пациентов) в группе больных ХСН III–IV ФК по NYHA значения уровня Д-димера оказались в пределах «новой нормы», а его чувствительность осталась прежней – 98 %.

Выводы. У больных ХСН необходимо проводить коррекцию верхнего уровня референсных значений Д-димера от возраста пациента в возрастной группе старше 50 лет с коэффициентом 0,012. Это позволяет увеличить диагностическую специфичность и эффективность данного маркера на 40 % и 20 % соответственно, при сохраненной чувствительности Д-димера – 98 %.

ПРОБЛЕМА КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пучиньян Н.Ф., Малинова Л.И., Фурман Н.В., Лазарева Е.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Выявить частоту сохранения высокой остаточной реактивности тромбоцитов на фоне антиагрегантной терапии клопидогрелем у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В ходе исследования обследовано 146 пациентов (30 женщин (20,5 %) и 116 мужчин (79,5 %)) с ишемической болезнью сердца, которым была назначена антиагрегантная терапия клопидогреем. У 84 (57,5 %) пациентов в анамнезе были перенесенные инфаркты миокарда. Средний возраст обследованных составил $52,3 \pm 7$ лет. 39 пациентам проведена первичная ангиопластика в ходе госпитализации по поводу ОКС. 107 пациент были подготовлены к проведению плановой процедуры ЧТБКА по поводу гемодинамически значимого атеросклеротического поражения коронарных артерий. Всем пациентам проводилась терапия согласно международным и национальным рекомендациям. Всем пациентам назначался клопидогрель (300 мг нагрузочная доза, затем 75 мг/сутки). Адекватность и эффективность антиагрегантной терапии оценивалась на основании показателей функциональной активности тромбоцитов. Сохранение высокой остаточной реактивности тромбоцитов на фоне антиагрегантной терапии служило критерием недостаточной эффективности применяемой антиагрегантной терапии. Функциональная активность тромбоцитов проводилась с использованием методов оптической агрегометрии. Период наблюдения был ограничен периодом госпитализации и составил до 28 дней.

Результаты. У 31 пациентов (21,2 %) была выявлена высокая реактивность тромбоцитов на фоне терапии клопидогрелем. В целях снижения риска возможных атеротромботических осложнений в периоперационный период, пациентам с выявленной резистентностью к клопидогрелю за 24 часа до процедуры повторно назначалась удвоенная нагрузочная доза клопидогреля (600 мг однократно). При проведении повторного анализа функциональной активности тромбоцитов выявлено снижение количества пациентов с сохраняющейся повышенной реактивностью тромбоцитов до 22 (15 %) человек. Всего за период наблюдения было зарегистрировано 2 (1,3 %) повторных инфаркта миокарда, 4 (2,7 %) эпизодов стенокардии. Случаев клинически значимых кровотечений не наблюдалось.

Выводы. У 21,2 % пациентов, получающих антиагрегантную терапию клопидогрелем в стандартной дозе, выявляется недостаточное ингибирование функции тромбоцитов. Удвоение дозы клопидогреля позволяет преодолеть высокую реактивность тромбоцитов у 30 % пациентов, с первично выявленной резистентностью к клопидогрелю.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Кузнецов В.А.

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

Цель. Оценить социальную поддержку у пациентов с ИБС, подвергшихся коронарному стентированию (КС) и определить ее влияние на прогноз у этих пациентов в течение 1 года после операции.

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся экстренным и плановым ЧКВ по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий (ГЗСКА) в Тюменском кардиологическом центре с 15 октября 2012 года по 15 ноября 2013 г. Всего было обследовано 1018 пациентов (764 мужчины и 254 женщины) в возрасте от 33 до 90 лет (средний возраст $58,9 \pm 9,7$ лет). Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила $12,0 \pm 1,8$ месяцев. Для определения уровней социальной поддержки у пациентов использовали русскоязычную версию шкалы MSPSS. Полностью опросник заполнили 975 (95,8 %) пациентов. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска (ОР) смерти от всех причин.

Результаты. Средний бал по шкале MSPSS составил $69,9 \pm 12,4$ баллов. Низкий уровень социальной поддержки наблюдался у 5,7 % пациентов, средний уровень у 30,6 %, и высокий – у 63,7 % пациентов. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло 24 пациента (2,4 %). ОР оценивали в мультивариантном анализе. При этом ОР рассчитывали с учетом возраста, пола, курения, употребления алкоголя, систолического и диастолического АД, индекса массы тела, гиподинамии, содержания холестерина, величины фракции вы-

броса левого желудочка, а так же наличия острого коронарного синдрома при поступлении и тяжести поражения коронарного русла по шкале SYNTAX. В результате ОР смерти от всех причин для пациентов с низким уровнем социальной поддержки составил 4,84, (95 % ДИ 1,49–15,7) по сравнению с пациентами у которых определяли высокий показатель социальной поддержки. ОР для показателя социальной поддержки определенный в баллах составил 0,96, (95 % ДИ 0,94–0,99).

Заключение. Социальная поддержка являлась значимым и независимым предиктором смерти от всех причин у пациентов с ИБС, после КС в течение одного года после операции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И., Кузнецов В.А.

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

Цель. Оценить социальную поддержку и ее взаимосвязь с клинико-инструментальными показателями у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших коронарное стентирование (КС).

Материал и методы. В исследование включались все пациенты, подвергшиеся плановому КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий ($\geq 75\%$ просвета) в Тюменском кардиологическом центре. Всего было обследовано 659 пациентов: 520 (78,9 %) мужчин и 139 (21,1 %) женщин, средний возраст обследованных составил $58,0 \pm 8,8$ года. Для определения уровней социальной поддержки у пациентов использовали русскоязычную версию шкалы MSPSS. Функциональный класс (ФК) ХСН определяли по классификации NYHA. В соответствии с выраженностью ХСН пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 520 пациентов с I–II ФК ХСН. Во вторую группу вошли 139 пациентов с III–IV ФК ХСН.

Результаты. Средний балл по шкале MSPSS для первой группы составил $70,9 \pm 11,2$ баллов, для второй – $68,5 \pm 13,5$ балла ($p=0,03$). В первой группе низкий уровень социальной поддержки наблюдался у 4,3 % пациентов, средний уровень у 28,1 %, и высокий у 67,6 % пациентов. Во второй группе низкий, средний и высокий уровень социальной поддержки встречался у 7,2 %, 38,8 % и 54,0 % пациентов соответственно ($p=0,01$). Применение бинарной логистической регрессии с учетом конфаундинг факторов, таких как возраст, пол, курение, употребление алкоголя, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии и показателей офисного систолического, диастолического артериального давления, а так же холестерина плазмы крови, выявило независимую ассоциацию высокого уровня социальной поддержки с тяжестью ХСН (ОШ = 0,66 (95 % ДИ 0,44–0,99)).

Заключение. Таким образом, у пациентов с более тяжелыми ФК ХСН, чаще встречаются низкие и средние показатели социальной поддержки и соответственно реже – высокие показатели. Высокий показатель социальной поддержки был независимо ассоциирован с тяжестью ХСН.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК И ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Разин В.А., Каюмова Г.Х., Евстигнеева А.Ю.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

Цель. Провести оценку функции почек и когнитивных функций у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. Обследовано 71 пациент с ОКС, в среднем возрасте 57 ± 9 лет, 24 женщины и 47 мужчин. Всем больным проводилось комплексное обследование, предусмотренное стандартами медицинской помощи больным с ОКС. Кроме того, в плазме крови пациентов определялся ассоциированный с беременностью протеин плазмы-А (РАРР-А), также проводилось исследование когнитивных функций при помощи шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE) и оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CRD-EPI (2011 г.). В зависимости от ЭКГ пациенты разделены на 2 группы, 1 группа – пациенты с ОКС без подъема сегмента ST ($n=34$), 2 группа – пациенты ОКС с подъемом сегмента ST ($n=37$).

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что концентрация РАРР-А статистически значимо выше ($p=0,00001$) у пациентов ОКСпST ($27,6 \pm 11,6$ МЕ/мл), чем у пациентов с ОКСбпST ($11,0 \pm 7,2$ МЕ/мл). Фракция выброса в обеих группах была сопоставима ($p>0,05$) – $57 \pm 11\%$ (ОКСбпST) и $56 \pm 9\%$ (ОКСпST). Также, в обо-

их группах пациентов оказалась сопоставимой и СКФ ($p > 0,05$), так у пациентов с ОКСбпСТ СКФ составила $71,7 \pm 20,0$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ и у пациентов с ОКСпСТ – $70,5 \pm 20,1$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Количество баллов по шкале MMSE у пациентов с ОКСбпСТ составило $29,4 \pm 2,7$ балла, а у пациентов с ОКСпСТ $28,0 \pm 1,3$ балла, различие было статистически значимо ($p = 0,009$). Также выявлена отрицательная связь слабой степени плазменной концентрации PAPP-A с количеством баллов по шкале MMSE. У пациентов с ОКСбпСТ у 3-х (%) пациентов выявлены когнитивные нарушения легкой степени и у 31 пациента нет нарушения когнитивных функций. У пациентов с ОКСбпСТ у 9 (24 %) пациентов отмечены когнитивные нарушения легкой степени. Таким образом, у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST когнитивные нарушения встречались чаще чем у пациентов с ОКСбпСТ (19 %), однако различие не было статистически значимо ($\chi^2 - 3,03$, $p = 0,08$).

Выводы. Таким образом, когнитивные нарушения более характерны для ОКС с подъемом сегмента ST, чем нарушение функции почек, которые в равной мере встречаются при обоих вариантах ОКС. Концентрация ассоциированный с беременностью протеин плазмы-A (маркер нестабильности атеросклеротической бляшки) имеет отрицательную связь с когнитивным статусом пациента.

ТКАНЕВАЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, СОМАТОТРОПНАЯ И КОРТИКОТРОПНАЯ АКТИВНОСТЬ ГИПОФИЗА И ФУНКЦИЯ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Раков А.Л., Золотухин Н.Н., Паценко М.Б., Якоб О.В.

ФГБУ «ЗЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ», Красногорск, Россия

Цель. Изучение особенностей регуляции углеводного обмена у лиц, имеющих верифицированный коронарный атеросклероз, без клинических и лабораторных проявлений сахарного диабета.

Материал и методы. Проведено исследование состояния углеводного метаболизма, соматотропной и кортикотропной активности гипофиза и функции половых желез у 76 мужчин в возрасте 39–62 лет (средний возраст $53,3 \pm 1,2$ года), проходивших подготовку к хирургической реваскуляризации коронарного русла в связи с гемодинамически значимыми стенозами основных коронарных артерий, подтвержденных коронарографией, имеющих нормальную концентрацию уровня глюкозы натощак. Группу контроля составили 27 здоровых мужчин (средний возраст $48,9 \pm 1,3$ года).

Результаты. Концентрация глюкозы натощак у больных ИБС и у здоровых была одинакова ($4,4 \pm 0,8$ и $4,6 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно). Через 2 часа после проведения глюкозотолерантного теста (ОГТТ) значения гликемии больных были достоверно выше, чем у здоровых ($6,4 \pm 0,8$ и $4,9 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). У 13 больных (17 %) было установлено нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у остальных 63 значения гликемии были в пределах нормы. Содержание иммунореактивного инсулина (ИРИ) у пациентов с коронарным атеросклерозом натощак было в 2 раза выше, чем у здоровых ($13,0 \pm 3,7$ и $5,2 \pm 0,4$ МЕ/мл соответственно), а С – пептида превышало нормальные значения в 1,5 раза ($778,8 \pm 43,7$ и $565,4 \pm 31,1$ пмоль/мл соответственно). Через 2 часа после ОГТТ значения ИРИ у больных ИБС превышали показатели здоровых мужчин в 6 раз ($73,5 \pm 12,8$ и $12,8 \pm 2,5$ МЕ/мл соответственно), а С – пептида в 3 раза ($3058,2 \pm 218,8$ и $1127,0 \pm 138,3$ пмоль/мл соответственно). Уровень соматотропного гормона (СТГ) и кортизола натощак у больных и здоровых был одинаков и незначительно изменялся после ОГТТ. Содержание АКТГ натощак у больных ИБС было несколько выше, чем у здоровых ($18,0 \pm 2,3$ и $14,1 \pm 0,4$ пг/мл соответственно) и мело некоторую тенденцию к снижению после ОГТТ. Концентрация тестостерона (Т) у больных ИБС была достоверно ниже, чем у здоровых мужчин ($4,6 \pm 0,4$ и $5,5 \pm 0,3$ нмоль/л соответственно) и практически не изменялось после нагрузки глюкозой.

Заключение. Проведенный анализ показал тесную связь между наличием ИБС, гиперинсулинемией и тестикулярной недостаточностью наряду с такими факторами, как паспортный возраст и степень повышения АД. У больных с верифицированным коронарным атеросклерозом имеет место выраженная тканевая инсулинорезистентность, не связанная с повышением соматотропной и кортикотропной функции гипофиза. В отличие от больных сахарным диабетом 2 типа отсутствие гипергликемии у больных ИБС связано со значительными функциональными резервами бета – клеточного аппарата поджелудочной железы и компенсаторной гиперинсулинемией.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНКРЕЦИИ ИНСУЛИНА И СИСТЕМЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОН У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА И ВОЗРАСТА

Раков А.Л., Мешков А.В., Паценко М.Б., Якоб О.В.

ФГБУ «ЗЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ», Красногорск, Россия

Цель. Выявление изменений функции инсулярного аппарата поджелудочной железы и состояние системы ренин-ангиотензин-альдостерон в зависимости от массы тела и возраста пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследовано 127 мужчин в возрасте 30–60 лет с умеренной и мягкой артериальной гипертензией с низкой и средней степенью риска. В зависимости от индекса массы тела пациенты были распределены на 3 группы: М1 с ИМТ 20–25 кг/м² (56 человек), М2 с ИМТ 25–30 кг/м² (43 человека) и М3 с ИМТ 30–35 кг/м² (28 человек). В зависимости от возраста также выделялись 3 группы: В1–30–39 лет (39 человек), В2–40–49 лет (46 человек) и В3–50–60 лет (42 человека). Группу контроля составили 50 мужчин в возрасте от 30 до 58 лет из которых у 29 ИМТ составлял 20–25 кг/м², у 15 – ИМТ 25–30 кг/м² и у 6 ИМТ 30–35 кг/м².

Результаты. Концентрация глюкозы натощак у больных ГБ и у здоровых была сопоставлена ($4,4 \pm 0,8$ и $4,7 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно). Через 2 часа после проведения стандартного орального глюколотерантного теста (ОГТТ) уровень глюкозы у больных был достоверно выше, чем у группы контроля ($8,1 \pm 0,8$ и $5,0 \pm 0,3$ ммоль/л соответственно). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) натощак у больных ГБ был в 2 раза выше, чем у здоровых ($13,0 \pm 3,8$ и $5,3 \pm 0,5$ МЕ/мл соответственно), а С-пептида – в 1,5 раза ($780,7 \pm 44,8$ и $568,2 \pm 34,2$ нмоль/мл соответственно). Через 2 часа после ОГТТ уровень ИРИ у больных ГБ превышал контрольные значения в 6 раз ($70,4 \pm 12,8$ и $12,8 \pm 2,5$ МЕ/мл соответственно), а С-пептида в 3 раза ($3060,3 \pm 220,9$ и $1130,9 \pm 141,3$ нмоль/л соответственно). В зависимости от массы тела в группах М1, М2 и М3 концентрация глюкозы через 2 часа после ОГТТ составили соответственно $5,7 \pm 0,6$; $7,9 \pm 1,0$; $8,1 \pm 1,2$ ммоль/л; ИРИ – $18,6 \pm 4,2$; $43,4 \pm 8,8$; $30,5 \pm 12,0$ МЕ/мл; С-пептид – $879,9 \pm 144,7$; $2679,5 \pm 219,5$; $3059 \pm 269,7$ нмоль/мл. В зависимости от возраста в группах В1, В2 и В3 через 2 часа после ОГТТ содержание глюкозы было соответственно $5,7 \pm 0,3$; $6,6 \pm 0,3$; $7,0 \pm 0,4$ ммоль/л; ИРИ – $104,2 \pm 12,8$; $66,4 \pm 5,2$; $38,6 \pm 4,2$ МЕ/мл и С-пептида $3170,1 \pm 204,3$; $2790,9 \pm 230,7$; $2561,3 \pm 221,9$ нмоль/л. При исследовании системы ренин-ангиотензин-альдостерон оказалось, что АРП у больных с нарастанием массы тела у больных ГБ в группах М1, М2 и М3 АРП закономерно снижалась ($2,1 \pm 0,4$; $1,7 \pm 0,2$ и $0,97 \pm 0,1$ нг/(мл х час) соответственно), а уровень альдостерона напротив нарастал ($63,0 \pm 2,9$; $71,2 \pm 4,2$ и $78,2 \pm 4,2$ нг/мл соответственно).

Заключение. Таким образом, у больных с ГБ имеет место выраженная гиперинсулинемия, сопряженная в основном с увеличением массы тела. Увеличение возраста уменьшает резервные возможности компенсаторной гиперактивности бета-клеточного аппарата поджелудочной железы. Как увеличение массы тела, так и возраста способствует подавлению АРП. При этом концентрация альдостерона напротив имеет отчетливую тенденцию к увеличению.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ВАЛСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Реброва Н.В., Анисимова Е.А., Рупп Т.М., Мордовин В.Ф., Карпов Р.С., Саркисова О.Л., Богомолова И.И.

ФГБНУ «НИИ кардиологии», ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия

Цель. Изучить влияние 6-месячной терапии валсартаном на показатели цереброваскулярной реактивности (ЦВР) и сосудистой жесткости у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. Обследовано 34 больных АГ в сочетании с РА в возрасте 61 [54; 64] лет (Ме [Q₂₅; Q₇₅]). Длительность АГ составила 12 [8; 19] лет, РА – 7 [4; 18] лет. АГ 1–2 степени выявлена у 23 (68 %) больных, АГ 3 степени – у 11 (32 %), дислипидемия – у 30 (88 %), атеросклероз сонных артерий со стенозом менее 40 % – у 24 (71 %) больных. До и через 6 месяцев лечения валсартаном в дозе 40–320 мг/сут проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), объемную сфигмографию для оценки сосудистой жесткости, транскраниальную доплерографию (ТКД) средних мозговых артерий (СМА) с использованием гипероксической (фаза вазоконстрикции) и гиперкапнической (фаза вазодилатации) проб для изучения ЦВР. Измеряли

линейные скорости кровотока (ЛСК) в СМА в покое, в течение 2 минут ингаляции 100 % кислорода и 3 минут восстановительного периода. Затем по этой же схеме проводили гиперкапническую пробу с вдыханием 4 % смеси углекислого газа с воздухом.

Результаты. По результатам СМАД валсартан вызывал достоверное снижение АД за все реферируемые периоды, начиная с 1-го месяца терапии ($p < 0,05-0,005$). Целевой уровень АД к завершению терапии был достигнут у 29 (85 %) больных. Через 6 месяцев терапии валсартаном наблюдали достоверное ($p < 0,01$) уменьшение сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI) с 8,1 [6,7; 10,5] до 7,9 [6,7; 11,6] и лодыжечно-плечевого индекса (ABI) с 1,09 [0,96; 1,13] до 1,04 [0,96; 1,14]. По результатам ТКД в гипероксической пробе не установлено достоверных изменений ЛСК в СМА на фоне лечения валсартаном. В гиперкапнической пробе через 6 месяцев терапии валсартаном выявлена нормализация восстановительного периода после гиперкапнии. Начиная с 3-й минуты пробы, регистрировали достоверно более низкие значения пиковой систолической скорости кровотока (Vps) по сравнению с таковыми до лечения. На 3-й минуте пробы Vps составили 71,9 см/с против 80,5 см/с ($p = 0,02$), на 4-й минуте 69,7 см/с против 79,7 см/с ($p = 0,02$), на 5-й минуте 70 см/с против 78 см/с ($p = 0,02$), соответственно.

Заключение. Таким образом, терапия валсартаном оказывала значимый антигипертензивный эффект и улучшала эластические свойства артерий и ЦВР в гиперкапнической пробе у больных АГ в сочетании с РА.

РАННИЕ СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СОСУДАХ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ризванова Р.Т., Максимов Н.И., Герцен К.А., Сафронова В.В., Зайцев Д.С., Афанасьев Д.А., Баранова С.П., Пушина Е.В.

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

Цель. Оценить скорость распространения пульсовой волны и величину комплекса интима – медиа сонной артерии у мужчин молодого возраста с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование были включены 78 мужчин в возрасте 18–27 лет, которые вошли в группы: сравнения (практически здоровые) и группа наблюдения, в последней – выделялись пациенты с артериальной гипертензией (АГ) без метаболического синдрома (МС), и больные с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Критериями исключения были пациенты с симптоматическими формами АГ. В группах оценивали данные анамнеза (курение, наследственность); объём талии (ОТ); артериальное давление (АД); лабораторные данные: гликемия натощак, липидный спектр (ОХС, Т, ЛПНП, ЛПВП); данные инструментальных методов исследования: ЭКГ, ЭХО-КГ, ВКИМ сонных артерий (величина комплекса интима-медиа), СРПВ (скорость распространения пульсовой волны).

Результаты. По результатам обследований в первой группе большинства пациентов с АГ без МС устанавливалась 1 стадия артериальной гипертензии (57,1 %), 2 стадия артериальной гипертензии (42,9 %). Наследственная отягощенность была у 57,1 %; имели вредную привычку – курение 42,8 %; ОТ $90 \pm 3,5$ см. ($p > 0,05$ по отношению к группе сравнения); по результатам лабораторных методов исследования отмечалась повышенная гликемия натощак у 14 % пациентов; дислипидемия выявлена у 61,9 % больных. АГ второй стадии определялась на основании гипертрофии левого желудочка (ЭКГ, ЭХО-КГ); изменения ВКИМ сонных артерий – у 23,8 %; в среднем $0,7 \pm 0,02$ мм. ($p > 0,05$ по отношению к группе сравнения). СРПВ составила $8,9 \pm 0,7$ м/с. ($p < 0,05$ по отношению к группе сравнения). Во второй группе (АГ с МС) – наследственная отягощенность у 58,3 % обследуемых; имели вредную привычку курение – 38 %; ОТ $104 \pm 6,1$ см. ($p < 0,05$ по отношению к группе сравнения); повышенная гликемия натощак – у 25 % обследуемых; дислипидемия у 91,6 %; показатели ВКИМ в виде патологической слоистости 11 %, увеличение толщины магистральных сосудов отмечалось у 16 % пациентов, и имело значение $0,7 \pm 0,02$ мм. ($p > 0,05$ по отношению к группе сравнения). СРПВ составила $9,7 \pm 1,2$ м/с. ($p < 0,05$ по отношению к группе сравнения).

Заключение. Величина комплекса интима – медиа сонной артерии во всех группах была одинакова, но при этом скорость распространения пульсовой волны достоверно возрастала во второй группе наблюдения. Определение СРПВ является более информативным методом исследования для выявления ранних структурных изменений в сосудах.

НАРУШЕНИЕ СОСУДИСТОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГИПОПНОЕ

Punn T.M., Мордовин В.Ф., Семке Г.В.

НИИ Кардиологии, Томск, Россия

Цель. Весьма перспективный аспект изучения васкулярной реактивности сосудов при АГ – это оценка реактивности и ауторегуляции сосудистого русла при сочетании с синдромом обструктивно-апноэ-гипопное (СОАГС), который в настоящее время является независимым показателем развития инсульта и играет потенцирующую роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому целью работы было изучить изменения ауторегуляции кровотока в артериях головного мозга и периферических артериях у пациентов с гипертонией в разных ее стадиях и формах с помощью разработанной технологии комплексной оценки васкулярной реактивности в условиях физиологических нагрузочных тестов у здоровых добровольцев (ЗД) пациентов (п.) с АГ и в сочетании с СОАГС.

Материалы и методы. Транскраниальное доплерографическое (ТКДГ) исследование показателей средней мозговой артерии (СМА) в покое, на фоне гиперкапнического (4 %CO₂) и гипероксического (100 %O₂) нагрузочных тестов с оценкой показателей внешнего дыхания. В основную группу вошли больные с ГБ 1–3-статии в сочетании с СОАГС (45 пациентов, из них 36 мужчин и 19 женщин) с легкой и средней степенями. Группу сравнения б/СОАГС составили больные с ГБ без нарушений дыхания во время сна (45 пациентов) и 26 ЗД. Группы были сопоставимы по основным антропометрическим показателям. Для оценки ВР использовались: индекс реактивности – $IP = (Vm_0 - Vm) / Vm_0 * 100$, Коэффициент реактивности – $KP = Vm / Vm_0$, индекс восстановления $IVm_{rec} = Vm_0 / Vm_{rec}$, скорость изменения мозгового кровотока – $ISCFVm = (Vm - Vm_0) / 120$, где Vm_0 – стартовые параметры скорости кровотока в СМА, Vm – скорость кровотока в период ингаляции, 120 – время ингаляции в сек. Все участники исследования дали информированное согласие для исследования.

Результаты. При исследовании показателей кровотока в СМА выявлены значимые различия в группах АГ и АГ+СОАГС на фоне гипероксического теста: $KP (0,90 \pm 0,36; 0,97 \pm 0,130,06)$ и в фазу восстановления ауторегуляторных реакций артерий ГМ и данное различие свидетельствовало о замедлении ауторегуляторных восстановительных процессов у пациентов АГ+СОАГС: $V_{ср} - 35,3 \pm 12,8$ и $24,7 \pm 11,2$ см/с ($p=0,03$). На фоне гиперкапнического теста был обнаружен ряд существенных различий в показателях ЦВР в группах ГБ+СОАГС и ГБ (усредненная по времени максимальная скорость $TAMxCO_2$ $70,36 \pm 21,83$ и $45,75 \pm 22,41$ см/с ($p=0,004$)). В целом, выявлена аномальная сосудистая реакция в виде усиления гиперкапнической реакции с выраженным приростом ЛСК по СМА в группе СОАГС+ГБ и подтверждено различие показателей ИС ($-56,9 \pm 45,8$ и $-25,3 \pm 22,6$ ($p=0,02$)).

Вывод. Выявлена усиленная реакция мозгового кровотока на гиперкапнические стимулы, что, вероятно, обусловлено повторными эпизодами гипоксии ГМ в ночные часы и вызывает избыточную стимулированную реакцию усиления кровотока, что, вероятно, приводит к нарушению гомеостатического диапазона с увеличением объемного кровотока ГМ и формированию более серьезных и частых нарушений кровоснабжения мозга у пациентов с гипертонией в сочетании с СОАГС, даже не высоких степеней.

УРОВЕНЬ ВЫДЫХАЕМОГО ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Рогачиков А.И., Урясьев О.М., Пыко А.А., Горбунова Д.Ю.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия

Цель. Изучить показатели фракции выдыхаемого оксида азота у пациентов с бронхиальной астмой в сочетании с гипертонической болезнью.

Материал и методы. Было обследовано 106 пациентов, которые наблюдались у пульмонолога в поликлинике ГБУ РО «Областной клинической больницы». Средний возраст пациентов составил 47,63,6 лет; 55 мужчин и 51 женщина. Критерием отбора были: бронхиальная астма (БА) в стадии частичного или полного контроля над заболеванием (контроль над БА определялся по результатам тестирования по опроснику формы АСQ-5); БА в стадии контроля и частичного контроля в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ)

первой и второй стадии. Пациенты были разделены по признаку наличия или отсутствия атопии на основе результатов когда-либо проведенных кожных аллергологических проб (скарификационных); критерием включения был хотя бы один положительный ответ на аллерген из стандартного набора в стадии ремиссии БА. Критерием исключения стали: неконтролируемая БА, острая респираторная вирусная инфекция, а также другие заболевания, которые могли бы существенно повлиять на дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Пациентам проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) с бронходилатационной пробой, измерение фракции выдыхаемого оксида азота (FENO) аппаратом QuarkNOBREATH.

Результаты. У пациентов с сочетанным течением БА и ГБ показатели ФВД составили: ФЖЕЛ 80 [66,5; 101,2]% от должных величин, ОФВ1 74,7 [62,7; 95,6]% от должных величин, прирост ОФВ1 при бронходилатационной пробе составил 17,2 [12,2; 23,7]%; в группе с изолированным течением БА: ФЖЕЛ 85,6 [74,2; 105,3]%, ОФВ1 80 [70,2; 95,6], прирост ОФВ1 15,6 [12,8; 21,2]%. Значения FENO у пациентов с сочетанным течением БА и ГБ – 26 [15; 41] ppb; с изолированным течением БА – 23 [13; 37] ppb; у пациентов с наличием атопии – 29 [20; 41] ppb; у пациентов без атопии – 16 [13; 22] ppb. У пациентов с атопией в группе БА с ГБ FENO – 31 [22; 41] ppb, без атопии – 17 [15; 22] ppb; в группе с изолированным течением БА у пациентов с атопией FENO – 27 [20; 37] ppb; без атопии FENO 15 [13; 20] ppb.

Выводы: уровень выдыхаемого оксида азота выше у пациентов с наличием атопии как при сочетанном течении БА и ГБ, так и при изолированном течении БА; показатели ФВД ниже у пациентов с сочетанным течением БА и ГБ, чем у пациентов с изолированным течением БА.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Романова Н.А.¹, Липатова Т.Е.¹, Лихачева Т.В.²

¹ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского» Минздрава России,
²НУЗ «ДКБ на ст. Саратов-II» ОАО «РЖД», Саратов, Россия

Цель. Изучение особенностей течения вторичного дерматомиозита (ДМ) на примере клинического случая.

Материал и методы. Анализ истории болезни пациентки с ДМ.

Результаты. Больная П., 59 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на эритему лица, туловища, отёк лица, слабость в руках, ногах, боль в ногах при ходьбе. Больной себя считает в течение 4 мес., когда впервые отметила покраснение лица, области шеи, в последующем эритема распространилась на кожу туловища, конечностей. Лечилась у аллерголога и гомеопата без эффекта, симптоматика прогрессировала, появилась выраженная слабость, боль при попытке встать, невозможность передвигаться самостоятельно. Консультирована в клинике кожных болезней, с подозрением на дерматомиозит направлена в терапевтическое отделение. Общее состояние средней тяжести. Выявляются: эритема кожи лица и верхней половины туловища типа «декольте», в области бёдер; проксимальная мышечная слабость; боли в мышцах; повышение уровня креатинфосфокиназы (КФК) – 1573 ЕД/л, МВ-фракции КФК – 71 ЕД/л, лактатдегидрогеназы – 1059 ЕД/л. Общий анализ крови и мочи – без патологии. Рентгенография органов грудной клетки: сердце и лёгкие – изменений нет. УЗИ органов брюшной полости: деформация желчного пузыря; диффузные изменения поджелудочной железы; небольшой нефроптоз справа; синусная киста левой почки. УЗИ щитовидной железы (ЩЖ): узел правой доли ЩЖ. Содержание гормонов ЩЖ в сыворотке крови в норме. В связи с предполагаемым диагнозом ДМ проведено исследование кожного лоскута, обнаружена лимфоцитарная инфильтрация, подтверждающая диагноз начальной стадии ДМ. Назначен преднизолон в дозе 1,5 мг/кг с положительным эффектом. Для исключения вторичного характера ДМ (опухоль яичников, носоглоточный рак) проведено дообследование: консультация отоларинголога (диагноз: практически здорова); УЗИ органов малого таза, выявившее объёмное образование левого яичника. Консультация гинеколога: киста левого яичника; рекомендована МРТ органов малого таза, после чего решить вопрос об объёме оперативного лечения. При МРТ органов малого таза в проекции левого яичника визуализируется объёмное многокамерное кистозно-солидное образование размером 4,0×4,9×5,8 см; образование прилежит к дну матки, петлям кишечника. Пациентка переведена в гинекологическое отделение для оперативного лечения.

Заключение. Данное наблюдение демонстрирует необходимость проведения диспансерного осмотра женщин в постменструальном периоде (консультация гинеколога ежегодно), настороженности врачей при обнаружении длительной аллергической реакции по типу «дерматита» с целью своевременной постановки диагноза дерматомиозита.

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рубаненко А.О., Орехова А.С.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Изучить возрастные особенности жесткости сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы. В исследование включено 130 пациентов с артериальной гипертензией, проходивших стационарное лечение в клиниках ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, средний возраст $61,7 \pm 14,3$ лет. У всех пациентов проводилось суточное мониторирование артериального давления по стандартной методике. Все пациенты были разделены на четыре группы: 1 группа – пациенты молодого возраста (17 человек), 2 группа – пациенты среднего возраста (36 пациентов), 3 группа – пациенты пожилого возраста (52 человека), 4 группа – пациенты старческого возраста (25 человек).

Результаты. Средний суточный индекс ASI (индекс ригидности артерий) был наиболее высоким в группе пациентов пожилого и старческого возраста, при этом различия по сравнению с группами пациентов молодого и среднего возраста достигли статистической достоверности ($p < 0,05$). Средний суточный индекс AIx (индекс аугментации) у пациентов 4 группы был наиболее высоким и превышал нормальные значения, при этом различия по сравнению с 1, 2 и 3 группами пациентов были статистически достоверными ($p < 0,05$). По другим показателям ригидности артерий достоверных различий среди пациентов всех групп не было выявлено. Средний суточный уровень индекса аугментации в аорте (AIx_{ао}), приведенный к ЧСС=75 ударов в минуту был наиболее высоким в группах пациентов пожилого и старческого возраста, при этом отличия от пациентов других групп были статистически значимыми ($p < 0,05$). Достоверные корреляционные взаимосвязи с возрастом пациентов были выявлены для суточных индексов ASI ($R=0,57$; $p < 0,05$), ASI (стандарт.) ($R=0,38$; $p < 0,05$), AIx ($R=0,4$; $p < 0,05$), AIx_{ао} (стандарт.) ($R=0,34$; $p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста по данным суточного мониторирования артериального давления отмечается прогрессивное увеличение жесткости сосудистой стенки, выражающееся в увеличении индекса ригидности артерий и индексов аугментации.

СТЕПЕНЬ СНИЖЕНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ АССОЦИИРУЕТСЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ РИСКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О., Нелина О.А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Изучить ассоциацию между степенью снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и риском инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. В исследование включено 57 пациентов с ФП (средний возраст – $71,1 \pm 10,5$ лет; 26 мужчин и 31 женщина). Все пациенты с ФП были разделены на группы в зависимости от степени снижения СКФ: 1 группа – 8 пациентов (14 %) с нормальной СКФ (>90 мл./мин.), 2 группа – 23 пациента (40,4 %) с легким снижением СКФ (60–89 мл./мин.), 3 группа – 18 пациентов (31,6 %) с умеренным снижением СКФ (45–59 мл./мин.), 4 группа – 7 пациентов (12,3 %) с тяжелым снижением СКФ (15–29 мл./мин.).

Результаты. При анализе корреляционных взаимосвязей были выявлены достоверные ассоциации между степенью снижения СКФ и увеличением количества баллов по шкалам CHADS₂ ($R=0,32$; $p=0,01$), CHA₂DS₂-VASc ($R=0,33$; $p=0,01$) и R₂CHADS₂ ($R=0,77$; $p < 0,001$). По другим клинико-anamnestическим показателям достоверных корреляционных взаимосвязей выявлено не было.

Заключение. У пациентов с фибрилляцией предсердий по мере снижения скорости клубочковой фильтрации наблюдается увеличение риска развития инсульта по наиболее распространенным шкалам оценки риска его развития.

РОЛЬ NT-PROBNP И С – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О.А.^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

² ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Цель. Выявить роль NT-proBNP и С-реактивного белка (СРБ) в развитии фибрилляции предсердий (ФП) в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования (КШ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Проспективно обследовано 96 ациентов, которые распределены на 2 группы: 1 группа – без аритмии (67 пациентов, 80,6 % мужчин, средний возраст 57,9±7,3 лет), 2 группа – с послеоперационной ФП (ПОФП) (29 пациентов, 86 % мужчин, средний возраст 64,0±8,4 лет). NT-proBNP, СРБ, фибриноген изучали при поступлении и после КШ в среднем на 3,8±1,4 сутки. NT-proBNP и СРБ определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. ПОФП возникла у 29 больных (30,2 %), в среднем на 4,9±3,8 сутки. Уровни СРБ и фибриногена достоверно не различались между группами. Уровень NT-proBNP был значимо выше после КШ среди больных с ФП (922,2±503,1 пг/мл против 556,9±221,8 пг/мл, $p=0,033$). При проведении однофакторного регрессионного анализа отношение шансов возникновения ПОФП для III функционального класса стенокардии составило 2,7 (95 % ДИ, 1,1–7,2, $p=0,003$), III функционального класса сердечной недостаточности – 2,9 (95 % ДИ, 1,3–8,5, $p=0,004$), размера ЛП более 41 мм – 3,5 (95 % ДИ, 1,7–7,6, $p<0,0001$), для давности ИБС более 20 месяцев – 1,5 (95 % ДИ, 1,03–5,6, $p=0,006$), для возраста более 62 лет составило 2,2 (95 % ДИ, 1,07–5,2, $p=0,04$), для послеоперационного уровня NT-proBNP более 526,6 пг/мл – 4,2 (95 % ДИ, 1,3–9,8, $p=0,006$). После выполнения многофакторного анализа предсказательная ценность сохранилась только для размера ЛП более 41 мм – 2,2 (95 % ДИ, 1,1–8,5, $p=0,0001$). Для остальных данных значение p стало недостоверным.

Заключение. СРБ не ассоциировался с развитием фибрилляции предсердий. NT-proBNP явился зависимым фактором инициирования аритмии после КШ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Рубаненко О.А., Фатенков О.В., Ишмуратова А.И.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цирроз печени занимает первое место среди причин смертности от неопухолевых болезней органов пищеварения, а также является основным фактором развития рака печени. Заболевание отмечается наиболее часто в возрасте от 40 до 50 лет. По данным ВОЗ более 20 миллионов человек в мире страдают циррозом печени, смертность составляет 10–20 случаев на 100 тыс. человек населения.

Целью работы являлось изучение этиологических и клинико-диагностических особенностей циррозов печени. Задачи исследования включали выявление причин заболевания, исследование особенностей течения, изучение доступных неинвазивных методов диагностики цирроза печени.

Материал и методы. Ретроспективно изучено 36 историй болезни пациентов гастроэнтерологического отделения Клиник СамГМУ за период с января 2015 года по август 2015 года.

В результате анализа отмечалось одинаковое разделение по половому признаку. По этиологии выявлены следующие формы: криптогенный – у 38,89 % больных, смешанный – у 27,78 %, вирусный – у 11,11 %, билиарный и токсический – каждый у 8,33 %, вследствие болезни Вильсона-Коновалова – у 2,78 %. Распределение по возрастным группам составило в возрасте 40–50 лет – 30,77 %, 30–40 лет – 26,92 %, младше 20 лет и старше 70 лет составляют 3,9 % и 7,7 % соответственно. Синдром портальной гипертензии наблюдался у 92 % пациентов, холестаза – у 58 %, цитолиза – у 23 %, желтухи – у 35 %, гепатодепрессии – у 38 %, гиперспленизм/спленомегалия – у 58 % пациентов и энцефалопатия – у 27 % исследуемых. Для диагностики цирроза печени применялись следующие методы: УЗИ брюшной полости, триплексное сканирование сосудов портальной системы, панэндоскопия, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий белок, белковые фракции, билирубин общий, прямой, непрямой, СРБ, гамма-ГГТП, общий холестерин)

Заключение. Таким образом, установлено, что основной этиологический фактор – вирусный (11,54 %), при смешанной этиологии в 71 % случаев так же был диагностирован хронический вирусный гепатит. Средний возраст больных 42,8±3,5 лет. Диагноз в большинстве случаев поставлен на основании результатов УЗИ ГБЗ, ЦДК портальной системы.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Агранович Н.В., Рубанова Н.А., Пилипович Л.А.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,
кафедра поликлинической терапии, Ставрополь, Россия

Цель. Проанализировать динамику смертности населения Ставропольского края от болезней системы кровообращения (БСК), определить возрастную-половую структуру.

Материалы и методы. Проанализирована динамика смертности от БСК в основных возрастных группах и отдельных нозологических форм: ишемической болезни сердца (ИБС), острого инфаркта миокарда, цереброваскулярной болезни (ЦВБ) за период 2012–2014 годы согласно «медицинским свидетельствам о смерти» (учетная форма N 106/у-08). Терминология заболеваний определялась шифрами причин смерти в соответствии с МКБ и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Показатели смертности рассчитаны на 100 000 населения соответствующего пола всех возрастов в год.

Результаты. В период с 2012 года по 2014 год в Ставропольском крае отмечено снижение смертности населения от всех причин на 8,3 %. БСК являлись причиной смерти в 58,3 % случаев всех смертей в 2012 году, 60 % - 2013 году, 55,9 % - 2014 году. В 2014 году удельный вес БСК в структуре смертности от всех причин был ниже на 5 % в сравнении с 2012 годом. Средний возраст пациентов БСК обоих полов на момент их смерти составил: в 2012 году – 72,5 лет, 2013 году – 73 года, 2014 году – 72,5 года. В том числе мужчин: в 2012 году (46,5 % умерших) – 68 лет, в 2013 году (45,6 % умерших) – 69 лет, в 2014 году (46,6 % умерших) – 68 лет; у женщин в 2012–2014 годы – 77 лет. Продолжительность жизни женщин с БСК в анализируемом периоде на 9 лет больше, чем у мужчин. Показано, что ИБС – лидирующее сердечно-сосудистое заболевание, являющееся причиной смерти от БСК, за ней следуют ЦВБ. Случаи смерти от ИБС в 2012 году составили 45,2 %, 2013 году – 46,5, 2014 году – 45,9 %. Удельный все умерших от ЦВБ составил в 2012 году – 31,8 %, 2013 году – 31,7 %, 2014 году – 31,7 %. Острые формы ИБС в структуре сердечно-сосудистых смертей составили 11,6 %. У мужчин смерть от острых форм регистрируется в 2 раза чаще, чем у женщин. Средний возраст умерших от ИБС составил 72,8 лет: у мужчин в 2012 году – 69 лет, в 2013 году – 69 лет, 2014 году – 68 лет. У женщин стабилен во всем анализируемом периоде и составил 77 лет. Средний возраст умерших от острых форм ИБС составил 69 лет: у мужчин в 2012 году – 63,5 года, в 2013 году – 64,5 года, 2014 году – 65,5 лет. У женщин в 2012 году – 73 года, 2013 году – 73, 2014 году – 74,5 лет. Смертность мужчин в возрасте 30–39 лет от БСК была ниже за счет снижения смертности от острых форм ИБС.

Заключение. Таким образом, увеличение продолжительности жизни связано с общим уровнем снижения смертности. Отмечено снижение смертности от БСК и отдельных нозологий этого класса с увеличением возраста как среди женщин, так и мужчин. Смертность мужчин в возрасте 30–39 лет от БСК имеет тенденцию к снижению за счет снижения смертности от острых форм ИБС. Высокая смертность от БСК указывает на необходимость совершенствования программ профилактики и лечения ССЗ.

ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА ПРИ СТРЕССЕ

Руденко Н.С., Максимов В.Ф., Коростышевская И.М.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины»,
Новосибирск, Россия

Эндокринную функцию сердца обеспечивают предсердные натрийуретические пептиды (ANP), которые усиливают диурез и расширяют сосуды. Они являются антагонистами активных при стрессе гипертензивных нейрогуморальных регуляторных систем. Эффективная работа стресс-лимитирующих систем предотвращает переход неспецифической адаптации в звено патогенеза гипертензии и многих других сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель. Показать изменения концентрации предсердного натрийуретического пептида (ПНП) в крови и морфологии клеточных источников пептида (миоэндокринных клеток предсердия) при стрессе.

Материалы и методы. Содержание ПНП в крови определяли иммуноферментным анализом (ab 108 797 – ANP Rat ELISA Kit, Великобритания) и изучали морфологию миоэндокринных клеток предсердия у крыс линии WAG в покое (6 самцов) и после субхронического иммобилизационного стресса (6 самцов ежедневно в течение 4 суток высаживали в тесные клетки на 20 мин). Препараты ушка правого предсердия приготавливали по стандартным методикам, исследовали в световом (Axiostarplus, Германия) и электроном (JEM-1400, Япония) микроскопах, стереоморфометрию проводили в пакете iTEM 5,1 (Япония).

Результаты. У крыс в эксперименте артериальное давление было достоверно выше, чем в контроле ($123\pm 2,9$ и $144\pm 3,5$ мм рт. ст., соответственно), а концентрация ПНП в сыворотке крови оказалась почти в 6 раз ниже (медианы 1,53 и 0,24 нг/л). Ультраструктурное исследование показало, что вмиоэндокринных клетках предсердия в условиях стресса секреторных гранул, содержащих прогормон, почти в два раза больше, чем в контроле (183 ± 11 и 348 ± 17 на 1000 мкм^2) и их диаметр почти на треть крупнее (249 ± 4 до 324 ± 5 нм, соответственно). Состав гранул в контроле: 48 % -зрелые, около трети (33 %) – растворяющиеся и меньше всего (19 %) – формирующихся форм. При стрессе происходит перераспределение качественного состава гранул за счет уменьшения на 10 % растворяющихся форм в пользу зрелых разновидностей, которые в условиях стресса составляют более 60 % всего гранулярного пула.

Заключение. В условиях субхронического умеренного иммобилизационного стресса концентрация ПНП в крови у крыс резко снижается за счет подавления его выделения из миоэндокринных клеток правого предсердия. Так как синтез пептидов в этих условиях сохраняется, они накапливаются в многочисленных крупных секреторных гранулах миоцитов. Таким образом пептиды сердца не препятствуют эффективной реализации стресс-реакции и создают запас, который может быть реализован наряду с другими стресс-лимитирующими системами.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рузов В.И., Алтынбаева Э.Н., Салмин А.С., Горячая М.Н.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель: изучить гендерно-возрастные особенности влияния гипербарической оксигенации на агрегацию тромбоцитов у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы: Обследовано 30 больных с ХСН 1–3 функционального класса (ФК), из них 24 мужчины и 6 женщин в возрасте 43–79 лет, средний возраст $55,4\pm 8,58$ лет. Все пациенты были разделены по возрастным категориям: 40–50 лет (30 %), 51–60 лет (50 %), 61–79 (20 %). Пациенты, принимающие антиагрегант (кардиомагнил), составляли 57 %, не принимающие – 43 %. Диагноз ХСН и ее ФК устанавливался согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (2010). Исследование агрегации тромбоцитов проводили на двухканальном лазерном анализаторе агрегации 230 LA (НПФ «Биола» Россия). Всем пациентам на фоне стандартной терапии основного заболевания со вторых суток госпитализации назначался пятидневный курс лечения методом гипербарической оксигенации (ГБО) в режиме 1,2АТА, экспозицией 40 минут.

Результаты. Оценка возрастных изменений агрегации тромбоцитов у пациентов с ХСН показала, что исходные значения функциональной активности тромбоцитов у получающих кардиомагнил пациентов соответствует нормальным в 55,6 % случаев в возрасте 40–50 лет, 26,7 % – в возрасте 51–60 лет и 33,3 % – в возрасте 61–79 лет, в то время, как без приема кардиомагнила, частота встречаемости нормальной агрегации в возрасте от 40 до 60 лет была меньше, а в возрасте 61–79 лет отсутствовали нормальные показатели агрегации. Гипоагрегация на фоне антиагрегантной терапии выявлена в 11 % случаев в возрасте 40–50 лет, в 20 % случаев в возрасте 51–60 лет, а у пациентов без кардиомагнила наблюдалась лишь в возрасте 51–60 лет (20 %). Гиперагрегация на фоне приема кардиомагнила выявлена в 6 % случаев у пациентов в возрасте 51–60 лет, и в 16,6 % случаев – в возрасте 61–79 лет, что почти в 3,5 раза реже, чем у не получающих антиагрегантную терапию пациентов старшей возрастной группы. Гендерные различия функциональной активности тромбоцитов на фоне приема антиагреганта характеризовались преобладанием гиперагрегации тромбоцитов у женщин по сравнению с мужчинами (66,7 % VS 0 %). После проведения 5 сеансов ГБО у пациентов, не принимавших кардиомагнил, чаще отмечалась гиперагрегация тромбоцитов (23,1 % VS 5,9 %).

Выводы. У пациентов, не принимающих антиагрегант, в возрасте 61–79 лет чаще встречается гиперагрегация по сравнению с аналогичной возрастной группой пациентов, принимающих антиагрегант. ГБО вызывает менее выраженные изменения тромбоцитарного звена гемостаза у пациентов, принимающих кардиомагнил.

РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Рыбас А.В., Данилова Е.Н.

Государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

После восстановления коронарного кровотока по крупным субэпикардальным артериям у некоторых больных перфузия миокарда пораженной зоны не восстанавливается или восстанавливается неполностью. Это связано с поражением мелких сосудов и капилляров и развитием реперфузионного повреждения миокарда.

Целью исследования явилась оценка частоты и характера развития реперфузионного синдрома у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) при чрескожных коронарных вмешательствах (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 110 пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии и реанимации регионального сосудистого центра с диагнозом ОИМ. ОИМ диагностировали согласно рекомендациям ВНОК и ОССН (2009). Пациентам помимо стандартных анализов выполнялись электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной полости, эхокардиоскопия, коронароангиография. Всем больным проводились ЧКВ – баллонная ангиопластика и/или стентирование коронарных артерий. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «SPSS 11».

Результаты. Реперфузионный синдром развился у 78 пациентов (70,9 %) с ОИМ (46 мужчин и 32 женщины, средний возраст $50 \pm 4,7$ лет). У 66,7 % пациентов проводилась баллонная ангиопластика или стентирование передней межжелудочковой артерии, в 24,4 % случаев выполнялось ЧКВ правой коронарной артерии, у 0,9 % пациентов – проводилась баллонная ангиопластика или стентирование огибающей артерии. Частота развития реперфузионного синдрома не зависела от пола, возраста, времени развития от начала болевого синдрома ($p > 0,05$). Чаще всего развивались следующие нарушения ритма: желудочковая экстрасистолия (58,9 %), пароксизмальная желудочковая тахикардия (39,7 %), фибрилляция предсердий (26,9 %), наджелудочковая экстрасистолия (62,8 %), атриовентрикулярная блокада (17,9 %). Анализировалось наличие предшествующей терапии: прием антиагрегантов (аспирин и/или клопидогрель), бета-блокаторов. Достоверных различий в группах, получающих предшествующую терапию и без таковой, получено не было ($p > 0,05$). У больных с передне-перегородочно-верхушечно-боковым инфарктом достоверно чаще развивался реперфузионный синдром в сравнении с задне-диафрагмальной локализацией инфаркта ($p > 0,05$). Учитывалось наличие сахарного диабета и артериальной гипертензии у больных ОИМ. Оказалось, что наличие сопутствующей патологии не влияет на частоту развития реперфузионного синдрома (коэффициент корреляции 0,23).

Выводы. Реперфузионный синдром чаще развивался у больных с передне-боковой локализацией ОИМ, частота развития реперфузионного синдрома не зависела от пола и возраста больных и проведения предшествующей терапии, включающей прием антиагрегантов и бета-блокаторов.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю., Минулина А.В.

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

Цель. Оценить адекватность применения антикоагулянтной терапии для профилактики ишемического инсульта и системных эмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии на амбулаторном этапе.

Материал и методы. По данным из историй болезни 1264 пациентов (696 мужчин и 568 женщин), средний возраст $64,5 \pm 10,9$ лет, находившихся на стационарном лечении в клинике Тюменского кардиологического центра в 2014 г. с диагнозом ФП проведен анализ назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе до поступления в стационар.

Результаты. Группу низкого риска (0 баллов по шкале $CHA_2DS_2VAS_c$) составил 61 пациент. Из них 25 больных получали антикоагулянты: 15 – варфарин (целевой уровень МНО при поступлении у 3 пациентов) и 10 – новые пероральные антикоагулянты (НПОАК). Показаниями для антикоагулянтной терапии явились: у 2 пациентов наличие протезированных клапанов сердца, у 17 пациентов планируемую катетерную абляцию и у 2 электроимпульсная терапия. У 4 пациентов назначение антикоагулянтной терапии не было обосновано. Из 169 пациентов, имевших 1 балл по шкале $CHA_2DS_2VAS_c$ 83 получали антикоагулянты, из них 33 пациента – НПОАК и 50 пациентов – варфарин (терапевтический уровень МНО при поступлении у 15). Группа высокого риска по шкале $CHA_2DS_2VAS_c$ была представлена 1034 пациентами. Высокий риск кровотечений по шкале

HAS-BLED имели 414, из них 71 пациент получал антикоагулянты. До госпитализации 409 пациентов (39,6 % группы высокого риска) принимали антикоагулянты, Варфарин – 292 пациента, из них целевое значение МНО достигли 90 пациентов. НПОАК получали 115 (11,1 %) пациентов. Таким образом, антикоагулянтную терапию можно было признать адекватной у 205 пациентов (19,8 % группы высокого риска). В группе высокого риска по шкале CHA₂DS₂VAS_c среди пациентов, получавших антикоагулянтную терапию, преобладали мужчины (p=0,003). Возраст больных получавших антикоагулянты (62,4±9,8 лет) был меньше, чем не получавших (66,7±11,1 лет) (p<0,001). Пациенты, принимавшие антикоагулянты, имели средний балл по шкале CHA₂DS₂VAS_c 3,0, а не принимавшие – 3,2 (p<0,001). Устойчивая ФП (постоянная и персистирующая формы) наблюдалась у 488 пациентов, пароксизмальная у 546 пациентов. Антикоагулянты чаще назначались при устойчивых формах ФП (p<0,001).

Выводы. Большинство пациентов с ФП неклапанной этиологии, поступающих в клинику, относится к группе высокого риска тромбоэмболических осложнений. Антикоагулянтная терапия при ФП в настоящее время не может быть признана адекватной. При назначении антикоагулянтов врачи практического здравоохранения в большей степени ориентируются на характер течения ФП, а не на оценку риска по шкале CHA₂DS₂VAS_c.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЮГУЛЯРНОЙ ФЛЕБОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рябов А.Е., Гаранин А.А., Бойцова Е.Я.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель. Целью нашего исследования стало изучение возможностей применения компьютерной югулярной флебографии (КЮФГ) для оценки биомеханики сердечно-сосудистой системы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) различной тяжести.

Материал и методы. Обследовано 24 больных с ХСН на фоне стабильной ИБС, имеющих мягкую или умеренную артериальную гипертензию. Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: тест 6-минутной ходьбы, ЭхоКГ, КЮФГ. По степени тяжести ХСН пациенты (по 8 человек) разделены на 3 группы: группа 2 – II функциональный класс (ф.кл.) ХСН по NYHA, группа 3 – III ф.кл., группа 4 – IV ф.кл. В качестве сравнения использовались показатели КЮФГ 8 практически здоровых лиц (группа 1). Регистрация флебограмм проводилась на полиграфе «Элон» датчиком давления, который устанавливался между ножками грудноключично-сосцевидной мышцы справа. По сглаженным значениям амплитуд вычисляли первую и вторую производные флебограммы. Их можно применять для количественной характеристики скорости и ускорения перемещения участка сосудистой стенки, произведение производных – мощности процесса перемещения и интеграл по времени – совершаемой при этом работы. Оказалось, что график второй производной югулярной флебограммы содержит три постоянно выявляемых максимума, три минимума и два перехода значений через ноль (точки от 0 до 7). Известно, что югулярная флебограмма состоит из ряда волн: предсердной волны *a* (фазы 0–1, 1–2), каротидной волны *c* (фаза 2–3), за которой следует отрицательная волна *x* (*x*-коллапс, фаза 3–4 – окончание систолы желудочков, фаза 4–5 – начало диастолы желудочков), причем точка 4 примерно соответствует моменту закрытия клапана легочной артерии и появлению II тона. Следующая волна флебограммы *v* – желудочковая (фаза 5–6) – отражает процесс наполнения предсердий, ее вершина соответствует моменту открытия трикуспидального клапана. За этой волной начинается второй отрицательный *u*-коллапс (фаза 6–7), обусловленный опорожнением правого предсердия в фазу быстрого наполнения правого желудочка. Последующая трансформация кривой совпадает с медленным наполнением правого желудочка (фаза 7–0).

Результаты. По мере прогрессирования тяжести ХСН обнаруживались следующие изменения: снижение силовых показателей в фазы 3–4, 4–5, 5–6, а также значительный их прирост в фазу 0–1. Хотя больные ХСН были с преимущественным поражением левого желудочка (ИБС, артериальная гипертензия), указанные изменения показывают вовлечение и правого желудочка при декомпенсации ХСН, а также гиперфункцию правого предсердия. По нашему мнению, это подтверждает некоторую условность терминов «лево- и правожелудочковая недостаточность», взаимосвязь миокарда левого и правого отделов сердца.

Заключение. Венозное русло большого круга кровообращения является важным компонентом сердечно-сосудистой системы, обеспечивая в первую очередь ёмкостную функцию. Для дополнительной оценки кардиоваскулярной биомеханики у пациентов с ХСН различной тяжести возможно применение КЮФГ.

ДИНАМИКА СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Микова Е.В., Савельева Н.Ю., Гапон Л.И., Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Ульянов А.Л., Жержова А.Ю.

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

Радиочастотная симпатическая денервация почечных артерий (РСД ПА) является новым и высокоэффективным методом лечения резистентной артериальной гипертензии (РАГ). Динамика поражения органов-мишеней (ПОМ) на фоне этого метода лечения малоизучена в настоящее время.

Цель. Оценить динамику выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка и микроальбуминурии (МАУ) у пациентов РАГ исходно и через два года после проведения РСД ПА.

Материал и методы: Обследовано 14 пациентов обоего пола (5 м/9 ж), от 41–70 лет (средний возраст $58,8 \pm 8,8$ лет), индекс массы тела ($34,6 \pm 5,04$ кг/м²). Офисное АД ($177,50 \pm 24,47/104,64 \pm 15,7$ мм.рт. ст.), исходное среднесуточное систолическое/диастолическое артериальное давление САД/ДАД по данным СМ АД на аппарате VPLab (Россия) составляло ($159,69 \pm 16,09/90,23 \pm 11,32$ мм.рт. ст.) на фоне постоянного приема комбинированной гипотензивной терапии ($7,21 \pm 0,8$ препаратов, включая диуретик в средних и максимальных суточных дозах). Всем пациентам исключен вторичный генез АГ. Исследованы индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и уровень МАУ исходно и через 2 года после проведения РСД ПА. Вмешательство проводилось в условиях рентгеноперационной с использованием системы Medyronic Symplicity Cateter System. В течение периода наблюдения гипотензивная терапия оставалась без изменений.

Результаты. Через два года наблюдения после проведения РСД ПА выявлено достоверное снижение среднесуточного САД: $148,82 \pm 16,69$ мм.рт. ст., $p=0,05$. ИММЛЖ исходно составлял $128,83 \pm 13,82$ г/м². Через два года наблюдения выявлено статистически достоверное снижение показателя: $119,89 \pm 16,60$ г/м² ($p=0,008$). Уровень МАУ, в динамике, не достиг статистически достоверного снижения ($24,36 \pm 21,44$ и $14,28 \pm 13,35$ мг/сут соответственно), $p=0,06$.

Выводы. Через два года после проведения процедуры РСД ПА у пациентов с РАГ отмечается достоверное снижение уровня среднесуточного САД по данным СМАД и степени поражения органов-мишеней, оцененной по ИММЛЖ. Снижение уровня МАУ не достигли статистически достоверных значений. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность РСД ПА в лечении пациентов с РАГ, обеспечивающее значительное снижение повреждающего действия АГ на ОМ, что обеспечивает улучшение качества жизни и прогноза у пациентов с РАГ.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ

Савельева Т.В., Пименов Л.Т., Чернышова Т.Е.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель. Определить нарушения липидного спектра крови у пациентов с хроническими гепатитами (ХГ) и оценить эффективность сочетанного применения аторвастатина и урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).

Материалы и методы. Обследовано 45 пациентов в возрасте 50–65 лет (средний возраст – $57,5 \pm 7,5$ года) с хроническими гепатитами вирусной (HВV, HСV) и алкогольной этиологии минимальной степени активности и дислипидемией. У 32 (71,1 %) пациентов имела место сопутствующая кардиологическая патология (артериальная гипертензия, ИБС). В первую группу вошли 24 пациента, получавших в составе комплексной терапии аторвастатин 20 мг и УДХК 10 мг/кг в сутки; во вторую группу – 21 пациент, получавших аторвастатин 20 мг в монотерапии. Оценивали переносимость и безопасность предложенной схемы лечения. Помимо общеклинических показателей проводился анализ липидного спектра крови (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПНП, ЛПВП), определялись активность аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансферазы, гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), щелочной фосфатазы (ЩФ), содержание билирубина до лечения, через 1,5 и 3 месяца после начала терапии.

Результаты. У всех обследованных пациентов была выявлена дислипидемия в виде повышения ОХ, в среднем, до $6,92 \pm 1,7$ ммоль/л, ЛПНП – до $4,46 \pm 1,72$ ммоль/л, триглицеридов до $2,5 \pm 0,4$ ммоль/л. Снижение ЛПВП до $0,9 \pm 0,1$ ммоль/л определялось у 29 (64,4 %) больных. Все пациенты хорошо переносили лечение, побочных явлений не отмечалось. Через 3 месяца терапии как в первой, так и во второй группе произошло снижение

ОХ до $4,2 \pm 0,4$ ммоль/л и до $5,5 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,05$), ЛПНП – до $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л и $3,3 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), ТГ – до $1,9 \pm 0,04$ ммоль/л и $2,2 \pm 0,04$ ммоль/л соответственно. Повышение ЛПВП до $1,34 \pm 0,06$ ммоль/л отмечено в первой группе, во второй – до $1,12 \pm 0,1$ ммоль/л. Анализ функционального состояния печени пациентов второй группы выявил повышение активности АЛТ до двух норм у 6 (28,6 %) пациентов, до трех норм – у 2 (9,5 %) больных, повышение активности ГГТП до трех норм у 5 (23,8 %) пациентов, незначительное повышение билирубина – у 2 (9,5 %) больных. В первой группе отклонений со стороны функционального состояния печени зарегистрировано не было.

Заключение. Сочетанная терапия аторвастатином и УДХК улучшает показатели липидного спектра крови у пациентов с ХГ и сопутствующей кардиологической патологией, хорошо переносится и безопасна в применении.

ФАКТОРЫ РИСКА ГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Савина Н.М., Сеничкина А.А., Шохина Е.Е.

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ,
Москва, Россия

Цель. Выявить факторы риска внутригоспитальной смерти у больных с острой декомпенсацией ХСН.

Материал и методы. Анализ госпитальной летальности выполнен в группе больных ($n=411$) с острой декомпенсацией ХСН, госпитализированных в Центральную клиническую больницу УД Президента РФ. В период госпитализации из 411 больных умерли 16 (3,9 %), мужчины составили 56,2 %, женщины – 43,8 % ($p=0,315$). Средний возраст умерших больных составил 80,4 года. ИМ в анамнезе имели 38,4 % больных, АГ – 85,4 % больных. Медиана ФВ ЛЖ составила 55,0 %. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью программы SPSS 19,0.

Результаты. При сравнительном анализе лекарственной терапии различия в частоте назначения средств лечения острой декомпенсации ХСН в группах больных, выживших и умерших в период стационарного лечения, не выявлены. Основными причинами смерти были прогрессирование ХСН (57,7 %), острый ИМ (21,0 %), инсульт (11,2 %), в 10,1 % случаев – другие причины. По данным однофакторного логистического регрессионного анализа была выявлена связь риска госпитальной смерти с возрастом больных старше 80 лет (ОШ 3,24, 95 % ДИ 1,30–10,21; $p=0,045$), ранними повторными госпитализациями (ОШ 3,02, 95 % ДИ 2,21–6,14; $p=0,001$), наличием СД 2 типа (ОШ 3,16, 95 % ДИ 1,14–8,75; $p=0,027$), фибрилляции предсердий (ОШ 3,64, 95 % ДИ 1,32–10,04; $p=0,012$), ХОБЛ (ОШ 3,05, 95 % ДИ 1,17–8,67; $p=0,037$), IVФК ХСН (ОШ 8,28, 95 % ДИ 1,86–36,89; $p=0,006$), ХБП (ОШ 2,4, 95 % ДИ 1,88–3,93; $p < 0,001$) ФВ ЛЖ < 35 % (ОШ 4,49, 95 % ДИ 1,63–12,35; $p=0,004$), увеличением КДР ЛЖ $> 6,0$ см (ОШ 4,24, 95 % ДИ 1,48–12,17; $p=0,007$). Независимыми предикторами смерти по данным многофакторного логистического регрессионного анализа являлись: IVФК ХСН (ОШ 4,12, 95 % ДИ 1,98–18,61; $p=0,003$), ФВ ЛЖ < 30 % (ОШ 2,41, 95 % ДИ 1,13–8,15; $p=0,002$) и увеличение КДР ЛЖ $> 6,5$ см (ОШ 2,02, 95 % ДИ 1,06–6,90; $p=0,002$).

Выводы. У больных с острой декомпенсацией ХСН неблагоприятную прогностическую значимость имеют тяжесть клинических проявлений и выраженность систолической дисфункции левого желудочка. Риск госпитальной смерти возрастает при ранних повторных госпитализациях, сочетании с ФП, СД 2 типа, ХОБЛ и ХБП.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Савина Н.М., Сеничкина А.А., Шохина Е.Е.

ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия УД Президента РФ,
Москва, Россия

Цель. Выявить клинические особенности декомпенсированной сердечной недостаточности (СН) с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. В исследование были включены 207 больных (50,7 % мужчин) с острой декомпенсацией СН и сопутствующим СД 2 типа, последовательно госпитализированных в кардиологическое отделение Центральной клинической больницы УД Президента РФ в течение одного календарного года. Все больные находились под наблюдением эндокринолога по поводу СД, средняя продолжительность заболевания состав-

ляла 3,4 года. Средний возраст больных составил $74,9 \pm 0,60$ лет. Согласно данным ЭхоКГ исследования 102 (49,3 %) больных имелась сохраненная ФВ ЛЖ (>45,0 %).

Результаты. Средний возраст больных с сохраненной ФВ ЛЖ был на 1,3 года больше ($p=0,285$). У женщин ФВ ЛЖ >45 % выявлялась значительно чаще, чем у мужчин (66,7 % и 33,3 % соответственно; $p<0,001$). При оценке частоты встречаемости ИБС у больных с различной ФВ ЛЖ и СД 2 типа значимые различия не установлены, однако ИМ в анамнезе значительно реже выявлялся у больных с сохраненной ФВ ЛЖ (40,2 % и 71,4 % соответственно; $p<0,001$). Высокая частота АГ отмечена в обеих группах больных с сочетанием декомпенсированной СН и СД 2 типа. Частота встречаемости фибрилляции предсердий в группе больных с ФВ ЛЖ >45 % была ниже в сравнении с группой больных с ФВ ЛЖ ≤ 45 % (28,4 % и 41,9 % соответственно; $p=0,043$), так же как и частота выявления БЛНПГ (15,7 % и 34,3 % соответственно; $p=0,002$). У больных с сохраненной ФВ ЛЖ чаще выявлялись ожирение ($p=0,001$) и в 2 раза чаще – гиперхолестеринемия ($p=0,001$). У больных с сохраненной ФВ ЛЖ реже выявлялись пароксизмальная ночная одышка в покое ($p=0,001$) и гепатомегалия ($p=0,014$). Частота тяжелой СН (IVФК по классификации NYHA) была ниже в группе больных с сохраненной ФВ ЛЖ в сравнении с группой с систолической дисфункцией ЛЖ ($p=0,050$). Больные с сохраненной ФВ ЛЖ имели более высокие уровни систолического АД ($p=0,013$) и ЧСС ($p=0,036$) при поступлении в стационар. Уровни гликемии не различались в группах больных с сохраненной и сниженной ФВ ЛЖ ($p=0,057$). Более высокие показатели креатинина ($p=0,032$) и сниженная скорость клубочковой фильтрации ($p=0,037$) выявлялись в группе больных с систолической СН. Терапия ингибиторами АПФ, β -адреноблокаторами и антагонистами минералокортикоидных рецепторов в группах больных не различалась по частоте назначения и используемым дозам. Больным с сохраненной ФВ ЛЖ реже требовалось назначение парентеральных петлевых диуретиков ($p=0,001$).

Выводы. Сохраненная ФВ ЛЖ у больных пожилого возраста с декомпенсированной СН и СД 2 типа выявлялась в 49,3 % случаев, в 2 раза чаще – у женщин. Неадекватный контроль АД и ЧСС являлись факторами риска острой декомпенсации у большинства больных. Течение декомпенсации у больных с сохраненной ФВ ЛЖ сопровождалось меньшей частотой нарушений ритма сердца и проводимости, развития дисфункции почек.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЁГКИХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ В ДИНАМИКЕ ОЗОНОТЕРАПИИ

Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Тажиходжаева Ю.Х., Рахимова Д.А., Завялова З.С.

АО Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести морфологические исследования ткани бронхов и лёгких у лабораторных крыс с моделью хронического воспаления лёгких (э-ХВЛ) в динамике озонотерапии.

Материал и методы: Основную группу составили 20 и здоровую 10 беспородных крыс. Э-ХВЛ воспроизводили по методу Батыровой З.Б. и Шамирзаева Н.Х. Озонированный физиологический раствор вводили в объёме 5 мл – брюшинно, ежедневно в течение 10 дней. Изучались морфологические особенности бронхов и лёгочной ткани.

Результаты. Изменениям подвергаются главным образом мелкие бронхи; стенки их отечны, инфильтрированы, капилляры растянуты и переполнены кровью. Стенки вокруг бронхиол инфильтрированы лимфоидно-гистиоцитарно-лейкоцитарными элементами. Местами в стенках бронхиол крупного калибра обнаруживаются участки деструкции слизистой оболочки с десквамацией эпителия в просвет бронхиол. В эпителиоцитах бронхиол определяются признаки дистрофического набухания и очаговых некрозов. При развитии э-ХВЛ в легочной ткани происходят различные формы изменений: пневмонические фокусы, склерозы, эмфиземы, ателектазы, бронхоэктазии. После лечения в морфологической картине легочной ткани наблюдаются закономерные изменения, выражающиеся в постепенном улучшении состояния ткани, коррелирующие с длительностью лечебных мероприятий. Так на начальных сроках лечения видимых улучшений в морфологической структуре лёгких не установлено. В отдалённые сроки после завершения лечения на 30 сутки выявлено уменьшение воспалительных явлений. Сохраняется невыраженная макрофагально-гистиоцитарная инфильтрация межальвеолярных перегородок. Установлена гиперплазия лимфоидных структур. Эпителий бронхов полностью восстановился.

Заключение. Таким образом, установлено, что основной особенностью морфологических изменений при длительном раздражении бронхов и вызова э-ХВЛ является склонность их проникать в глубину и поражать не только слизистую бронхов, но и мышечную стенку и перибронхиальную клетчатку (мезо- и перибронхит). После дозированной озонотерапии выявлена положительная динамика выявленных морфологических изменений.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ, ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Саморукова Е.И., Адашева Т.В., Задионченко В.С., Яковлев Б.Е.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Цель. Изучить системное воспаление, оксидативный стресс и механизмы антиоксидантной защиты у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне терапии розувастатином.

Материал и методы. Обследовано 110 пациентов мужчин с ХОБЛ II–III стадией (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2011 г.), вне обострения, без сердечно-сосудистой патологии, декомпенсированного легочного сердца, пероральной стероидной терапии. Базисная ингаляционная терапия ХОБЛ не менялась на протяжении исследования. При расчете сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) пациенты имели высокий и очень высокий риск 10,0 [8,0;18,0]. Активная группа (n=90) получала розувастатин 5–10 мг с титрацией дозы до достижения целевых значений холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в соответствии с рассчитанным риском SCORE. В контрольной группе было 20 пациентов, которые отказались от приема гиполипидемической терапии. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести ХОБЛ, количеству обострений. Системное воспаление оценивали с помощью высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ). Оксидативный стресс изучали по концентрации ацилгидроперекисей (АГП) в сыворотке крови. Оценку антиоксидантной защиты проводили по уровню ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГПО) в сыворотке крови. Мониторировали спирометрические показатели, количество обострений ХОБЛ, выраженность одышки по шкале mMRC (modified Medical Research Council), толерантность к физической нагрузке по тесту 6 минутной ходьбы (ТШХ).

Результаты. Все пациенты, принимающие розувастатин, достигли целевых уровней ХС-ЛПНП. В группе розувастатина выявлено снижение уровня системного воспаления: уменьшение вч-СРБ на 21,5 % (p=0,001), снижение уровня оксидативного стресса (АГП) на 24 % (p=0,001) и увеличение уровня антиоксидантов СОД (увеличение на 23,8 %, p=0,001) и ГПО (увеличение на 17,2 %, p=0,001), что говорит об антиоксидантном действии розувастатина. В контрольной группе динамики показателей оксидативного стресса и антиоксидантной защиты не получено. Отмечено достоверное уменьшение на 25 % количества обострений ХОБЛ, снижение выраженности одышки по шкале mMRC (p<0,001). В контрольной группе динамики вч-СРБ, числа обострений и выраженности одышки не получено. Статистически значимой динамики показателей спирометрии на фоне терапии розувастатином не обнаружено, в контрольной группе наблюдалось снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (p<0,001), что обусловлено прогрессированием ХОБЛ. Выявлено повышение толерантности к физической нагрузке по данным ТШХ: увеличение пройденного расстояния на 50 метров (13 %, p<0,001), и уменьшение его на 19 метров (5 %, p<0,001) в контрольной группе.

Заключение. Розувастатин обладает противовоспалительным, антиоксидантным, эффектами, способен модифицировать течение ХОБЛ. Всем пациентам с ХОБЛ необходимо рассчитывать сердечно-сосудистый риск с определением показаний для назначения статинов.

ОЦЕНКА УРОВНЯ МАРКЕРОВ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ПОД ВЛИЯНИЕМ МИМЕТИКА ГЛЮКАГОНОПОДОБНОГО ПЕПТИДА-1

Свиридова М.И., Стрюк Р.И.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Исследовать параметры хронического неспецифического воспаления у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 с сердечно-сосудистой патологией и оценить возможность влияния миметика глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) эксенатидана эти показатели.

Материал и методы. У 70 пациентов СД типа 2 изучали уровни высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), гликированного гемоглобина (HbA1c), гликемии натощак. У большинства пациентов (62 чел, 88,6 %) имела место гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, 2–3 степени (ВОЗ/МОАГ, 2010), у 46 из них (67 %) была стабильная стенокардия напряжения II–III ФК, 7 чел. ранее перенесли инфаркт миокарда и 2 чел. – стентирование коронарных артерий. Пациенты методом случайной рандомизации были разделены на 2 группы: основная – 50 человек, которым к пероральным сахароснижающим препаратам был добавлен миметик ГПП-1 эксенатид в режиме двукратных подкожных инъекций, группа

сравнения – 20 человек продолжали получать предшествующую сахароснижающую терапию. Продолжительность исследования составила 26 недель.

Результаты. Все пациенты контролировали АД комбинированными препаратами или монотерапией. Практически у всех обследованных (95,8 %) выявлялись признаки хронического неспецифического воспаления в виде повышения уровня вч-СРБ и ФНО- α . Через 6 месяцев лечения у всех пациентов было отмечено снижение всех анализируемых показателей, однако в основной группе эти изменения носили более выраженный характер. Так, гликемия натощак в основной группе снизилась с $9,3 \pm 0,7$ ммоль/л до $7,9 \pm 0,6$ ммоль/л ($p=0,001$), в контрольной группе – с $8,9 \pm 0,6$ ммоль/л до $8,1 \pm 0,5$ ммоль/л ($p=0,05$), уровни HbA1c – с $8,2 \pm 0,6$ % до $7,4 \pm 0,4$ % ($p=0,001$), в контрольной группе – с $7,6 \pm 0,5$ % до $7,4 \pm 0,4$ %, ($p=0,6$), вч-СРБ – с $5,3 \pm 1,1$ мг/л до $3,7 \pm 1,2$ мг/л, ($p=0,005$) в то время как в контрольной группе изменения уровня вч-СРБ не отмечалось ($4,9 \pm 1,6$ мг/л и $4,8 \pm 1,4$ мг/л соответственно, $P=0,9$). Положительная динамика наблюдалась и в отношении ФНО- α , который у пациентов основной группы достоверно снизился с $9,4 \pm 1,4$ пг/мл до $8,6 \pm 0,9$ пг/мл ($p=0,1$) и практически не изменился в группе контроля ($8,9 \pm 2,3$ пг/мл до $8,3 \pm 1,8$ пг/мл, $p=0,5$).

Заключение. У пациентов СД типа 2 с сердечно-сосудистой патологией имеют место признаки хронического неспецифического воспаления, которое уменьшается при включении в комплексную сахароснижающую терапию миметика ГПП-1 эксенатида, способствующего не только лучшей компенсации СД, но и достоверному снижению средних значений основных маркеров хронического воспалительного процесса – уровня вч-СРБ и ФНО- α .

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ПОД ВЛИЯНИЕМ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

Семененков И.И.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Целью работы явилось изучение изменения показателей вариабельности ритма сердца и микроциркуляции у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в процессе лечения и реабилитации с использованием нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК).

Материал и методы. Всего обследовано 85 пациентов АГ, ассоциированной с ХОБЛ в возрасте 50–70 лет (средний возраст $58 \pm 4,5$ года). 29 из них получали обычное медикаментозное лечение и 56 – комплексную терапию, включающую курс гипокситерапии и омега-3 ПНЖК. Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование показателей микроциркуляции, вариабельности сердечного ритма (ВСР). Состояние микроциркуляции изучалось методом конъюнктивальной биомикроскопии с помощью щелевой лампы ШЛ – 1. Для исследования ВСР осуществляли регистрацию коротких (5 мин.) фрагментов ЭКГ с последующим их анализом, по методике, предложенной А. В. Фроловым (Минск). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 8,0».

Результаты. Исследуя показатели ВСР в процессе лечения были выявлены следующие достоверные изменения показателей. SDNN достоверно изменилось у пациентов основной группы ($27,22 \pm 2,46$ и $45,3 \pm 4,54$ соответственно, $p < 0,05$). HF выявлены достоверные изменения у пациентов ($45,88 \pm 2,14$ и $38,32 \pm 1,997$ соответственно, $p < 0,05$). Индекс LF/HF в процессе лечения достоверно изменился у пациентов основной группы ($0,59 \pm 0,0499$ и $0,79 \pm 0,05824$ соответственно, $p < 0,05$). Остальные показатели в основной и контрольной группах были статистически недостоверны. Полученные данные свидетельствуют, что включение в комплексное лечение гипокситерапии и омега-3 ПНЖК сопровождается нормализацией регуляции ритма сердца, увеличением ВРС, на что указывает изменение отношений мощностей LF/HF. В процессе комплексного лечения у пациентов основной группы отмечались достоверные изменения показателей микроциркуляции в исчезновении периваскулярного отека ($0,45 \pm 0,3$ и $0,02 \pm 0,001$ соответственно, $p < 0,001$), значительном уменьшении сладж-феномена ($53 \pm 8,4$ и 24 ± 6 соответственно, $p < 0,05$). Остальные показатели были статистически недостоверны.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о целесообразности использования гипокситерапии и омега-3 ПНЖК в комплексном лечении и реабилитации пациентов с АГ, ассоциированной с ХОБЛ.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПРОЦЕССОМ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ И ПОЛИКЛИНИКЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.

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

Цель. Выявить удовлетворенность процессом лечения в стационаре и в поликлинике у пациентов кардиологического стационара.

Материалы и методы. В 2014 г пациентам кардиологического стационара задавался вопрос об удовлетворенности их процессом лечения как в стационаре, так и в поликлинике. Учитывались клинические, демографические факторы.

Результаты. Участвовало 70 пациентов: 40 (57,1 %) мужчин и 30 (42,9 %) женщин, 58 (82,9 %) пенсионного возраста, 12 (17,1 %) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62 (88,6 %) пациентов – артериальная гипертензия, у 54 (77,1 %) – гипертонические кризы, у 54 (77,1 %) – ИБС, у 24 (34,3 %) – перенесенный инфаркт миокарда, у 38 (54,3 %) – нестабильная стенокардия, у 52 (74,3 %) – ХСН, у 26 (37,1 %) – нарушения ритма (16 (22,9 %) – фибрилляция предсердий, 2 (2,9 %) – трепетание предсердий, 12 (17,1 %) – желудочковая экстрасистолия), у 12 (17,1 %) – ОНМК, у 12 (17,1 %) – сахарный диабет. Курят 12 (17,1 %) пациентов. У 6 (8,6 %) пациентов ИМТ в норме, у 64 (91,4 %) – ожирение: 1 степени – 42 (60 %), 2 степени – 18 (25,7 %), 3 степени – 4 (5,75). Поступили в экстренном порядке 62 (88,6 %) пациентов, в плановом – 8 (11,4 %), впервые и в текущем году 46 (65,7 %), повторно – 24 (34,3 %). Удовлетворены процессом своего лечения в стационаре 52 (74,3 %) пациента и 22 (31,4 %) – в поликлинике. Частично удовлетворены процессом лечения в стационаре 4 (5,7 %) пациента и 16 (22,9 %) в поликлинике. Не удовлетворены процессом своего лечения в поликлинике 14 (20 %) пациентов, неудовлетворенных стационарной помощью в нашем опросе не оказалось. Затруднились ответить на предмет удовлетворенности процессом лечения в стационаре 6 (8,6 %) пациентов, в поликлинике – 10 (14,3 %). Не ответили по поводу удовлетворенности процессом лечения в стационаре 8 (11,4 %) человек, по поводу лечения в поликлинике – 8 (11,4 %).

Выводы. Пациенты, находящиеся на госпитализации в кардиологическом стационаре больше удовлетворены процессом своего лечения в стационаре, нежели лечением в поликлинике, что может влиять на приверженность к терапии и требует дальнейшего изучения.

ОЦЕНКА СВЯЗИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ПОСЕЩЕНИЮ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДО РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ИХ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О НАЛИЧИИ У СЕБЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л., Загребельный А.В., Марцевич С.Ю.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. У пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) оценить приверженность к посещению амбулаторных учреждений до развития у них референсного события (РС), выяснить их осведомленность о наличии у себя сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Исследование проведено в рамках госпитального регистра больных с ОКС (регистр ЛИС-3). Включено 397 пациентов, проживающих в Москве и Московской области, госпитализированных в МУЗ ЛРБ № 2 с 01.11.2013 по 31.07.2015 г., которым в стационаре был поставлен диагноз острый инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ)/ Не Q-ИМ/нестабильная стенокардия. 77 пациентов (19,40 %) умерло, из них 50 (64,9 %) – в 1–2 сутки госпитализации. Оставшиеся 320 пациентов при выписке из стационара ответили на вопросы стандартизированного опросника, включающего данные об анамнезе заболевания, посещаемости амбулаторных учреждений и качестве терапии до развития ОКС. В зависимости от частоты посещения амбулаторных учреждений перед РС больные были разделены на 3 группы: приверженные к посещению – регулярно наблюдающиеся у кардиолога/терапевта (1 раза в год и чаще), последний раз обратившиеся к врачу менее 2 лет назад (n = 150); частично приверженные к посещению амбулаторных учреждений (n = 103); не приверженные к посещению и не обращавшиеся к врачу по поводу ССЗ (n = 67).

Результаты. О наличии ишемической болезни сердца в анамнезе сообщили только 119 (37,2 %) пациентов. До госпитализации 130 (40,6 %) больных страдали артериальной гипертензией (АГ), 10 % из них ранее

переносили мозговой инсульт, а 22,2 % всех пациентов вообще не сообщили о наличии у себя ССЗ. Выявлена связь между приверженностью к посещению амбулаторных учреждений до РС и осведомленностью больных о наличии у себя ССЗ ($p < 0,0001$). Среди приверженных пациентов у многих было диагностировано 2 и более ССЗ (46,0 %), среди частично приверженных – только изолированная АГ (47,6 %), а среди не приверженных – 56,7 % не знали о наличии у себя ССЗ. Наиболее используемой группой препаратов на догоспитальном этапе были ингибиторы ангиотензин превращающего фермента: 55,3 %, 33,0 %, 14,9 %, соответственно по 3 группам. Антиагреганты и б-адреноблокаторы использовались реже и приблизительно в одинаковом процентном соотношении в каждой из групп. Использование других антигипертензивных препаратов составило 16,9 % среди всех пациентов. Реже всего назначались статины – всего 5 % во всей выборке.

Заключение. Таким образом, большинство больных, госпитализированных с диагнозом ОКС, не знали о наличии у себя ССЗ на догоспитальном этапе, что сказывалось на качестве терапии до возникновения РС.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ – ФАКТОР РИСКА ЛАТЕНТНЫХ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Семке Г.В., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рупп Т.М., Фальковская А.Ю., Ситкова Е. С.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель. Сравнительное изучение выраженности латентных структурных изменений головного мозга у больных с резистентной и контролируемой АГ.

Материал и методы. Обследовано 65 больных резистентной АГ (I группа) и 100 пациентов с контролируемой АГ 2–3 ст. (II группа) возрасте от 30 до 70 лет. Группы пациентов достоверно различались только по уровню АД ($p = 0,000$). Всем больным проводилась МРТ головного мозга (аппарат «Magnetom-OPEN», «Siemens AG», Германия). Оценивалось наличие и выраженность нарушений ликвородинамики, лейкоареоза (ЛА), фокальных повреждений белого вещества (ФПБВ) и лакунарных инфарктов (ЛИ). Определялся суммарный показатель (интегративный индекс в баллах) наличия и выраженности каждого МРТ-признака. Общая выраженность энцефалопатии (ДЭ) квалифицировалась как легкая (1–2 балла), средней степени (3–4 балла) и выраженная (5–8 баллов).

Результаты. Нарушения ликвородинамики чаще отмечались у пациентов I группы. Расширение тел и рогов боковых желудочков мозга было выявлено у 67,1 % I группы и 50 % пациентов II группы ($\chi^2 = 4,94$; $p = 0,03$), субарахноидальных пространств – 78,6 % и 61 % соответственно ($\chi^2 = 5,87$; $p = 0,015$). Частота перивентрикулярно-лейкоареоза I группе была достоверно выше (88,6 % и 42,0 % соответственно; $\chi^2 = 37,7$; $p = 0,000$). При этом у пациентов I группы достоверно реже выявлялся лейкоареоз 1 степени (24,2 % и 53,5 %; $\chi^2 = 10,1$; $p = 0,001$) и значительно чаще – лейкоареоз 3–4 степени (22,6 % и 7,1 %). Расширение борозд коры головного мозга наблюдалось соответственно в 70 % ($n = 49$) и 36 % ($n = 36$) случаев ($\chi^2 = 19,1$; $p = 0,000$). У больных резистентной АГ в подавляющем большинстве случаев (97,1 %) обнаруживались ФПБВ мозга, при этом у 47 % из них выявлялись крупнофокальные очаги поражения. У пациентов II группы ФПБВ регистрировались существенно реже (66 %, $\chi^2 = 19,6$; $p = 0,000$). Достоверной разницы в частоте обнаружения ЛИ в группах обследованных не было: 13 (18,6 %) и 29 (19,1 %) больных соответственно. Количество пациентов с выраженными структурными признаками ДЭ было достоверно больше у лиц I группы ($\chi^2 = 25,3$; $p = 0,000$), а число больных с легкими структурными изменениями – во II группе обследованных ($\chi^2 = 45,2$; $p = 0,000$).

Заключение. Таким образом, по данным МРТ у больных резистентной АГ структурные изменения головного мозга выявляются значительно более выраженные латентные. Это, прежде всего, относится к таким общепризнанным предикторам острых мозговых сосудистых катастроф и деменции, как лейкоареоз и очаги ишемического поражения головного мозга. Особо следует подчеркнуть, что эти изменения регистрировались на фоне полнотозовой антигипертензивной терапии ($3,9 \pm 0,92$ препарата). Среди больных с контролируемой АГ регулярно принимали антигипертензивные препараты лишь 42 %. Следовательно, разработка инвазивных методов снижения АД у этой группы пациентов является чрезвычайно актуальной проблемой. Ориентированность на церебропротективный эффект используемых методик должна рассматриваться как одна из важнейших задач современной кардионеврологии.

ВЛИЯНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА РАЗВИТИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Семке Г.В., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рунн Т.М., Фальковская А.Ю.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель. Изучить влияние неосложненных гипертонических кризов (ГК) на развитие структурных изменений головного мозга и их динамику за 5 лет наблюдения у больных с АГ.

Материал и методы. Обследовано 120 пациентов (72 мужчин и 48 женщин) с АГ в возрасте от 30 до 60 лет. Магнитно-резонансная томография выполнялась на магнитно-резонансном томографе «Magnetom-OPEN» («Siemens AG», Германия), имеющем резистивный магнит с силой магнитного поля 0,2 Тесла. Определялись размеры ликворопроводящих путей, наличие перивентрикулярного лейкоараиоза (ПЛА), фокальных повреждений белого вещества мозга (ФПБВ) и лакунарных инфарктов (ЛИ). Минимальные проявления гипертонивной энцефалопатии (ГЭ) оценивались в 1–2 балла, умеренные – в 3–4 балла, выраженные изменения – в 5–7 баллов. Проводилось суточное мониторирование АД. Пациенты были разделены на 2 группы – с наличием ГК (n=45, 37,5 %) и с их отсутствием (n=75, 62,5 %). Гипертонические кризы у 30 пациентов (66,7 %) протекали с церебральной клинической симптоматикой, у 15 (33,3 %) они были малосимптомными.

Результаты. Из МРТ признаков ГЭ регистрировались нарушения ликвородинамики (67,1 %), внутричерепная гипертензия (51,3 %), в том числе – ПЛА (40,8 %), ФПБВ (65,8 %), латентные ЛИ (19,1 %). У больных с ГК чаще выявлялось НЛД (p=0,006), наличие ФПБВ (73,7 % и 48,7 %, c2=5,56, p=0,01), ЛИ (28,9 % и 12,2 %, c2=5,05, p=0,02), ПЛА (c2=6,79, p=0,009) и 5–7 степень ГЭ (50 % и 23,7 %, c2=7,4; p=0,006). В 5-летнее проспективное наблюдение было включено 68 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет, из них 41,2 % с наличием ГК и 58,8 % без ГК в анамнезе. За 5 лет у больных с ГК число пациентов с ПЛА достигло 92,8 %, при этом достоверно увеличилось количество лиц с лейкоареозом 2–3 степени (c2=4,38; p=0,036). Число больных с ЛИ возросло на 10,7 % (p=0,032). Количество лиц с 5–7-ой степенью ГЭ достоверно увеличилось (c2=7,71; p=0,005), в то время как среди пациентов без ГК существенной динамики выраженности ГЭ не произошло. Параметры суточного профиля АД по данным СМАД (значения АД и индексов времени АД во все периоды суток) в сравниваемых группах больных существенно не различались. Вместе с тем, у больных с ГК была значительно более высокой вариабельность суточного АД (соответственно 17,21±4,90 и 14,73±3,82; p=0,006) и дневного АД (17,26±5,24 и 14,18±4,24; p=0,002).

Заключение. Наличие у пациентов с АГ гипертонических кризов (даже клинически малосимптомных) сопровождается развитием более выраженных структурных изменений головного мозга (в т.ч. более высоких степеней лейкоараиоза и лакунарных инфарктов, являющихся предвестниками мозговых инсультов). Повышенная вариабельность АД может рассматриваться как предиктор возникновения гипертонических кризов у больных с артериальной гипертензией.

«ФИЗИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ», КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, И ЕГО ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ КОЭНЗИМОМ Q10

Сизова Ж.М., Алибейли К.А., Захарова В.Л.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Современные стандарты лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) предусматривают не только клиническое, лабораторное и инструментальное изучение проявлений заболевания, но и оценку качества жизни (КЖ) больных этим недугом. Исследование влияния заболевания на КЖ и его динамика под влиянием лечения базируются на анализе данных самостоятельной оценки пациентом ограничений, обусловленных этим заболеванием. Основным инструментом получения таких данных является опрос пациента с помощью стандартных анкет. В настоящее время условным «золотым стандартом» подобных анкет является анкета SF-36.

Цель. Оценить «физический компонент здоровья», как показатель КЖ больных ХСН, и его динамику под влиянием терапии коэнзимом Q10.

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 больных ХСН 1–3 ФК по классификации NYHA (м-29, ж-11, ср. возр. 61,6±6,5 лет), осложнившей течение ИБС, с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) < 40 %. У 10 больных (25 %) диагностирован 1ФК ХСН, у 22 больных (55 %) – 2ФК ХСН, у 8 больных (20 %) –

3ФК ХСН. Все больные в анамнезе имели инфаркт миокарда; длительность ХСН колебалась от 6 до 52 мес. (ср. – 46,2±6,1 мес.). Все больные до включения и на протяжении всего исследования получали стандартную терапию ХСН, включающую бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II. Исходно и через 6 мес лечения оценивали толерантность к физическим нагрузкам по данным 6-минутного теста ходьбы (ШМХ), а также показатели «физического компонента здоровья» по данным опросника SF-36. В качестве КоQ10 была использована водорастворимая форма – лекарственный препарат «Кудесан» (компания «Аквион», Россия), который назначали по 60 мг однократно в сутки. Длительность наблюдения составила 6 мес.

Результаты. Средний ФК ХСН до начала лечения коэнзимом Q10 составил 1,88±0,65. По данным теста ШМХ среднее расстояние, пройденное пациентами до лечения составило 376,5±71,6 м. Через 6 мес лечения коэнзимом Q10 средний ФК ХСН достоверно снизился до 1,54±0,71. Среднее расстояние, пройденное пациентами по данным теста ШМХ, увеличилось на 9,76 % ($p<0,05$) и составило 447,7±80,9 м. Суммарный балл по шкалам, оценивающим «физический компонент здоровья» опросника SF-36, до начала лечения коэнзимом Q10 составил 50,96±11,6. Через 6 мес лечения выявлено достоверное улучшение показателей КЖ: суммарный балл «физического компонента здоровья» возрос на 64 % и составил 73,8±13,8 ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, применение коэнзима Q10 у больных ХСН 1–3 ФК в дозе 60 мг в сутки в течение 6 мес приводит к достоверному улучшению показателей КЖ, оцениваемых по шкалам «физического компонента здоровья». Улучшение показателей КЖ сопровождается положительной динамикой переносимости физических нагрузок по данным теста ШМХ и среднего ФК ХСН.

ВЛИЯНИЕ АКТИВАТОРА КАЛИЕВЫХ КАНАЛОВ НИКОРАНДИЛА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Сизова Ж.М., Козлова Н.В., Захарова В.Л.

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

Современная фармакотерапия стенокардии напряжения (СН) должна предусматривать не только эффективное антиангинальное и антиишемическое воздействие, но и влияние на качество жизни (КЖ) пациентов.

Цель исследования: оценить взаимосвязь влияния активатора калиевых каналов никорандила на показатели нагрузочных тестов и КЖ пациентов со стабильной СН 2–3 функциональных классов (ФК).

Материал и методы: обследован 41 больной (11 – м, 30 – ж, ср.возраст 60,2±6,1 лет) ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной СН. Стенокардия напряжения 2ФК выявлена у 30 больных (73,2 %), 3ФК – у 11 больных (26,8 %). Никорандил (препарат «Кординик», «ПИК-Фарма», Россия) назначали в суточной дозе 20–40 мг. Толерантность к физической нагрузке оценивали по динамике показателей пробы с дозированной физической нагрузкой (тредмил-тест по протоколу Брюса). Оценка КЖ проводилась по результатам заполнения пациентами опросника SAQ. Указанные исследования проводились до начала и по окончании лечения. Длительность лечения составила 24 недели

Результаты: по данным тредмил-теста до начала лечения время до возникновения депрессии сегмента ST>1 мм составило 224,9±25,1с. Через 24 недели данный показатель составил 339,2±19,7с, что соответствовало достоверному приросту временного интервала на 50,8 % ($p<0,05$). По данным опросника SAQ наблюдалась положительная динамика по всем пяти шкалам. По шкале ограничения физической нагрузки (PL) исходно получено 44,6±8,9 %, через 24 недели – 88,3±6,4 %; по шкале стабильности приступов (AS) исходно 55±12,5 %, через 24 недели – 85±10,5 %; по шкале частоты приступов (AF) данные до лечения – 61,2±3,4 %, после лечения – 91,4±2,3 %; по шкале удовлетворенности лечением (TS) исходно 39,7±7,2 %, после лечения – 83,4±5,4 % и по шкале отношения к болезни (DP) исходно – 42,3±7,8 %, после лечения – 83,3±5,2 %.

Заключение: таким образом, терапия больных стабильной СН 2–3 ФК активатором калиевых каналов никорандилом, помимо эффективного увеличения толерантности к физической нагрузке, достоверно улучшает КЖ больных.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ Na⁺, K⁺, 2Cl⁻ -КОТРАНСПОРТА В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ЭФФЕКТОВ ГАЗОВЫХ ПОСРЕДНИКОВ В ГЛАДКИХ МЫШЦАХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Скворцов А.В., Студницкий В.Б., Погудин Ю.А., Антонов О.И., Медведев М.А., Гусакова С.В., Бирулина Ю.Г., Ковалев И.В., Смазлий Л.В., Орлов С.Н.

¹ ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия;

² МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Цель. Целью данного исследования явилось изучение роли НКСС в эффектах монооксида углерода, оксида азота и сероводорода в гладких мышцах.

Метод исследования. Исследование проводилось методом двойного «сахарозного мостика», позволяющего одновременно регистрировать электрическую и сократительную активность ГМК. Основными измеряемыми характеристиками в экспериментах служили величина сопротивления мембраны, амплитуда потенциалов действия и сила вызванных сокращений *taenia coli* и гладкомышечных сегментов мочеточника морской свинки.

Результаты. Донор монооксида углерода tricarbonyldichlororuthenium (II) - dimer (CORM II) в концентрациях 10, 100 и 1000 мкМ вызывал дозозависимое снижение силы вызванных сокращений ГМК *taenia coli* и мочеточника морской свинки. Угнетение электрической активности ГМК *taenia coli* и мочеточника свидетельствовало о повышении калиевой проводимости мембраны, что подтвердилось впоследствии экспериментами с блокатором калиевых каналов тетраэтиламмонием (ТЭА). Предобработка ингибитором Na⁺,K⁺,2Cl⁻ котранспорта буметанидом в концентрации 100 мкМ устраняла угнетающее влияние монооксида углерода на параметры электрической и сократительной активности ГМК. Подобные эксперименты проводились с донорами сероводорода и монооксида азота NaHS и нитропруссидом натрия, соответственно. Исходно они вызывали различные по направленности сократительные эффекты: активацию в ГМК мочеточника и угнетение в ГМК *taenia coli*. На фоне действия буметанида регистрировалось снижение, вплоть до исчезновения, эффектов газовых посредников на электрические и сократительные свойства гладкомышечных объектов.

Заключение. Таким образом, ион-транспортные системы вносят свой вклад в реализацию эффектов газовых транзиттеров, однако этот эффект зависит от типов молекул и гладкомышечного объекта. В *taenia coli* калиевая проводимость мембраны является мишенью для всех газовых транзиттеров, тогда как в ГМК мочеточника – лишь для монооксида углерода. При этом, электронейтральный транспортер НКСС является более универсальной мишенью действия во всех типах тканей вне зависимости от газового транзиттера.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Скоробогатова Л.Н., Шмырева М.В., Горшенина Е.И., Кочеткова Н.В., Хохлова Л.Н.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение частоты и характера нарушений ритма сердца у больных различной степенью тяжести ХОБЛ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 20 больных ХОБЛ, поступивших в пульмонологический стационар с обострением заболевания. Обследовалось 17 мужчин (85 %) и 3 женщины (15 %). Возраст больных от 47 до 76 лет. Структура больных по степени тяжести ХОБЛ согласно классификации GOLD пересмотр 2013 выглядит следующим образом: II – 7 больных (35 %), III – 5 больных (25 %), IV – 8 больных (40 %). Больные получали лечение по ХОБЛ: 9 больным (45 %) с бронхолитической целью вводили эуфиллин внутривенно (по 5 мл 1–2 раза в день), 4 больных (20 %) получали теопэк (по 0,3 г 2 раза в сутки). Одиннадцать больных (55 %) получали β-миметики: сальбутамол (100 мкг, по 2 вдоха 1–2 раза в сутки) – 5 больных (25 %), беротек (через небулайзер 2–4 раза в день) – 4 больных (20 %); комбинированные препараты: беродуал (через небулайзер 2–4 раза в день) – 6 больных (30 %). С противовоспалительной целью 15 больных (75 %) получали ГК: дексаметазон внутривенно (14 больных), преднизолон внутрь (6 больных), бекотид ингаляционно (7 больных). Методы исследования: клиничко-anamnestический, холтеровское мониторирование ЭКГ, спирография.

Результаты. Результаты исследования показали, что наджелудочковые нарушения ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии встречались практически с одинаковой частотой у больных со II, III и IV сте-

пенью тяжести ХОБЛ – 100 %, 100 % и 87 % соответственно. Но наджелудочковая аритмия более высоких градаций – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий чаще выявлялись при более тяжелой степени ХОБЛ (III и IV), при II ст. – у 2-х пациентов (29 %), при III ст. – у 3-х (60 %), при IV ст. – у 5-х (50 %). Желудочковые нарушения ритма по типу экстрасистолии несколько чаще выявлялись у больных с III и IV ст. ХОБЛ (100 % и 100 %) чем со II ст. – 71 % (5 больных). Желудочковая экстрасистолия более высоких градаций – полиморфная желудочковая экстрасистолия, также чаще выявлялась при более тяжелой степени ХОБЛ (III и IV), при II ст. – у 2-х пациентов (29 %), при III и IV ст. – у 3-х (60 %) и 5-х (62 %) соответственно. У одного больного (12,5 %) с IV степенью тяжести ХОБЛ была зарегистрирована неустойчивая желудочковая тахикардия.

Заключение. Таким образом, наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма более высоких градаций – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий, парная желудочковая экстрасистолия и желудочковая пароксизмальная тахикардия регистрировались чаще при тяжелом и крайне тяжелом течении ХОБЛ. Следует отметить, что они одинаково часто встречались, как при тяжелой, так и при крайне тяжелой степенях ХОБЛ.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Скоробогатова Л.Н., Шмырева М.В., Горшенина Е.И., Кочеткова Н.В., Хохлова Л.Н.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Изучение частоты и характера нарушений ритма сердца у больных ХОБЛ, осложненной хроническим легочным сердцем.

Материал и методы. Клинико-анамнестический, холтеровское мониторирование ЭКГ, спирография.

Под наблюдением находилось 12 больных ХОБЛ, поступивших в пульмонологический стационар с обострением заболевания. Обследовалось 10 мужчин (83,3 %) и 2 женщины (16,7 %). Возраст больных от 47 до 76 лет. Для анализа структуры нарушений ритма среди обследуемых пациентов были выделены 2 группы: в первой группе – 6 больных с ХОБЛ, осложненной ХЛС, во второй группе – 6 больных с неосложненной ХОБЛ. В группу обследования не были включены больные с декомпенсированным легочным сердцем, так как у них была выявлена сопутствующая ИБС. Структура больных по степени тяжести ХОБЛ согласно классификации GOLD (пересмотр 2013 г.), выглядит следующим образом: среди группы больных с ХОБЛ, осложненной ХЛС, преобладала IV степень тяжести (3 больных), тогда как III степень тяжести была у двух больных, II степень тяжести – у одного больного. В группе больных с неосложненной ХОБЛ чаще встречалась II степень тяжести ХОБЛ (у 4 больных), у 2 больных – III степень тяжести, больных с IV степенью тяжести не было.

Результаты. В первой группе (больные ХОБЛ, осложненной ХЛС) с одинаковой частотой встречались как наджелудочковые аритмии (в 100 % случаев), так и желудочковые аритмии (в 100 % случаев). В одном случае (16,6 %) была выявлена пароксизмальная желудочковая тахикардия. Среди желудочковых нарушений ритма преобладала полиморфная желудочковая экстрасистолия – у 3 больных (50 %), у 2 больных (33,3 %) была выявлена парная желудочковая экстрасистолия, в том числе у одного больного – мономорфная, у другого – сочетание мономорфной и полиморфной парной желудочковой экстрасистолии. Во второй группе (у больных с неосложненной ХОБЛ) в 2 случаях (33,3 %) встречалась пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, в 3 случаях (50 %) – парная полиморфная желудочковая экстрасистолия; в одном случае (16,6 %) – парная мономорфная желудочковая экстрасистолия.

Заключение. Таким образом, при сравнении частоты встречаемости нарушения ритма у данных групп было выявлено, что наджелудочковая экстрасистолия встречалась одинаково часто и у больных с ХОБЛ, осложненной ХЛС, и у больных с неосложненной ХОБЛ. Количество пароксизмальных наджелудочковых тахикардий было выше у больных с ХЛС. Желудочковые нарушения ритма встречались чаще у больных с ХОБЛ, осложненной ХЛС (100 %), чем у больных с неосложненной ХОБЛ (83 %), преимущественно за счет парных полиморфных экстрасистол.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Сливкина В.С., Чайкина Н.Н., Арзамасцева Г.И., Образцова Е.Е.

АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр»,
ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»,
Воронеж, Россия

Цель. Анализ влияния факторов риска, вызывающих развитие церебро-васкулярной патологии (ЦВП) для оценки наиболее значимых.

Материал и методы. Проведено анкетирование 300 респондентов (55 % мужчин, 45 % женщин) с ЦВП. Исследование проводилось в несколько этапов в течение 2013–2014 гг., включало в себя сбор материала на основании разработанных анкет, анализ показателей заболеваемости и инвалидности, изучение организации системы оказания помощи больным с ЦВП.

Результаты. В рамках разработанной нами программы неотъемлемой частью первичной профилактики ЦВП является проведение работы, направленной на выявление и коррекцию факторов риска у населения с целью предотвращения развития заболевания, в том числе использование информации прогностической вероятности развития ЦВП. Полученные результаты явились основой для определения наиболее эффективных точек вложения инвестиций в ходе реализации медико-социальных и профилактических программ, внесения по результатам исследования корректив в уже действующие на территории Воронежской области программы разработки основных направлений дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи больным с ЦВП. При разработке методики и последующем анализе материала принималось во внимание то обстоятельство, что исследование проводилось на территории, типичной по целому ряду параметров, что позволяет предполагать возможность экстраполяции полученных данных. В ходе анкетирования отмечено, что больше пациентов с ЦВП выявлено среди городских жителей (65,0 городских и 35,0 сельских жителей на 100 опрошенных). Впервые диагноз ЦВП был поставлен в 58–69 лет у 65 %; в 47–57 лет у 30 %, в 5 % в более раннем возрасте. 70 % имеют избыточную массу тела и страдают артериальной гипертензией, 20 % имеют повышенное артериальное давление без ожирения. 75 на 100 опрошенных отмечают, что употребление алкоголя и курение способствуют более раннему проявлению ЦВП. Причем количество употребляемого алкоголя существенно не изменяет эти цифры. 60 на 100 опрошенных употребляют в пищу генномодифицированные продукты и фаст-фуд. Профилактика играет достаточно значимую роль в возникновении ЦВП – 60 на 100 опрошенных не делают зарядку и не закаляются. 70 на 100 опрошенных не соблюдают диету.

Заключение. Таким образом, факторы риска, неправильный образ жизни, наличие вредных привычек играют решающую роль в развитии ЦВП. Наиболее значимые корреляционные связи риска развития ЦВП отмечаются с возрастом пациентов – 65 %, артериальной гипертензией и избыточной массой тела – 70 %, употреблением в пищу генномодифицированных продуктов и фаст-фуда – 60 %, отсутствием профилактики – 70 %. Для успешного процесса борьбы с этой патологией и профилактики ее возникновения необходима разработка мероприятий, направленных на совершенствование системы оказания медицинской помощи с целью повышения качества и результативности лечения, улучшения качества и продолжительности жизни.

НАРУШЕНИЕ КОСТНО-МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Слохова Н.К., Тотров И.Н., Еналдиева Р.В.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Владикавказ, Россия

С увеличением частоты встречаемости хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди населения, возрастает необходимость исследования различных осложнений при данной патологии, в том числе причины снижения минеральной плотности (МПКТ) костной ткани и нарушения ее микроархитектоники.

Цель. Изучение состояния костной ткани у больных с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. В исследование включено 100 больных с заболеваниями верхних отделов ЖКТ (из них 7 больных язвенной болезнью желудка, 39 язвенной болезнью 12-перстной кишки и 54 больных хрони-

ческим гастритом). Средний возраст пациентов составил $57,91 \pm 1,43$. Контрольную группу (КГ) составили 30 практически здоровых лиц, идентичных по возрасту и полу. Изучение МПКТ у всех обследованных было проведено с помощью двухэнергетической абсорбциометрии. Оценивался Т-критерий в поясничном отделе позвоночника (L1-L4) и проксимальном отделе бедренной кости. Согласно рекомендациям ВОЗ снижение МПКТ по Т-индексу более чем на одно стандартное отклонение (SD) рассматривается как остеопения, а более $2,5 \text{ SD}$ – как остеопороз. У больных и лиц КГ определялась концентрация метаболита витамина D (25 (ОН) D3) в сыворотке крови, методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS 13,0 с вычислением средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m). О значимости различий в группах судили по вычислению критерия Стьюдента – t и степени вероятности – p . Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Изучение МПКТ в группе больных выявило достоверное снижение Т-критерия в L1-L4 – $1,43 \pm 0,19$, $p < 0,001$ (КГ – $0,12 \pm 0,19$) и в проксимальном отделе бедренных костей – $1,60 \pm 0,13$, $p < 0,001$ (КГ $0,22 \pm 0,09$). В проведенном исследовании показатели содержания кальция в сыворотке крови больных с заболеваниями верхних отделов ЖКТ ($2,32 \pm 0,03$ ммоль/л) достоверно не различались с данными КГ ($2,39 \pm 0,03$ ммоль/л). Изучение метаболита витамина D (25 (ОН) D3) в сыворотке крови больных с заболеваниями верхних отделов ЖКТ показало достоверное его снижение $25,61 \pm 3,13$ ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой ($57,08 \pm 2,37$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование выявило дефицит витамина D, нормальное содержание кальция в сыворотке крови и достоверно низкие показатели МПКТ, что свидетельствует о нарушении регуляции кальциевого баланса у больных с заболеваниями верхних отделов ЖКТ. В результате, невозможно компенсировать кальций физиологическими способами и его потери восполняются за счет депо в костной ткани, что приводит к развитию остеопенического синдрома у данной категории больных.

ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Собирова М.М., Олимов Н.Х

Межрайонный кардиологический центр Пенджикентского района Согдийской области. Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ Душанбе, Таджикистан

Цель: оценить степень нарушений экстракардиальной (центральной) регуляции сердечного ритма и выявить связь с летальным исходом у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Методы и материал. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интервала. Для регистрации R-R интервалов проводилась 10 минутная запись ЭКГ с наложением электродов по схеме 1 или 2 стандартного отведения. Выделение последовательности R-R и последующая обработка данных проводилась цифровым методом on line по специальной методике (Урицкий В.М., Музалевская Н.И). Спектральная оценка (β) флюктуаций кардиоинтервала проводилась в диапазоне $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^1$ Гц (ультранизкие частоты-УНЧ). Спектр мощности исследуемого процесса на этих частотах описывает зависимость вида $1/f\beta$, где f – частота флюктуаций, β -спектральная оценка, характеризующая степень интеграции системных связей формирующих экстракардиальную регуляцию (ЭКР) со стороны центральных отделов нервной системы. Снижение β - характеризует потерю устойчивости системы и является мерой дезинтеграции системных связей ЭКР. В норме $\beta = 0,95 \pm 0,12$ отн. ед. Помимо показателя β , вычисляли среднее значение R-R интервала, его стандартное отклонение δ_{RR} – вариабельность сердечного ритма. В исследование включали пациентов с острым коронарным синдромом ($n=120$), средний возраст 60 ± 7 , из них 60 мужчин и 60 женщин.

Результаты. Обработка полученных данных показала, что структура УНЧ флюктуации кардиоинтервала с ОКСПСТ ($\beta = 0,18 \pm 0,08$; $\delta = 14 \pm 0,8$ мс) существенно отличаются от контрольных показателей. В ходе лечения, в условиях стационара вышеизложенные параметры у большинства больных постепенно ($n=96$) возвращались близко к норме: $\beta = 0,68 \pm 0,10$ и $\delta = 48 \pm 16$ мс. Анализ показателей больных с летальным исходом ($n=24$ или 20 %) показал, что для этих больных характерна выраженная, однонаправленная и устойчивая тенденция к снижению обоих параметров к низкому значению за несколько дней до развития летального исхода ($\beta = 0,12 \pm 0,04$, $\delta = 8 \pm 0,4$ мс). Сравнительный анализ показал, что у умерших больных с ОИМ в отличии от выживших, наблюдается снижение показателей системных связей формирующих ЭКР со стороны ЦНС и вариабельности сердечного ритма (b и s) к очень низким значениям.

Выводы. Контроль вышеуказанных показателей может позволить превентивно диагностировать снижение устойчивости ЭКР за несколько дней до ухудшения состояния, и выделить пациентов с наибольшей вероятностью риска развития летального исхода.

ГИПЕРАКТИВАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА, КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Собирова М.М., Олимов Н.Х

Межрайонный кардиологический центр Пенджикентского района Согдийской области. Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучение нарушения ритма и проводимости у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), в зависимости от вегетативной активности.

Материал и методы. Одним из экспресс-методов оценки в современных компьютерных медицинских технологиях является определение соотношения между спектральной мощностью вариаций кардиоинтервала на частотах волн Маера 0,04–0,15 Гц и дыхательных волн 0,15–0,4 Гц. Обследовано 104 больных ОИМ, средний возраст 68 ± 6 , из них 64 мужчин и 40 женщин. Длительность регистрации вариаций кардиоинтервала в каждом наблюдении составляла 10 минут.

Результаты. Больные в зависимости от вегетативной регуляции были разделены на 3 группы. Первая группа – с преобладанием симпатической регуляции сердечной деятельности (44,4 %), вторая группа – нормотоническая регуляция (17,6 %) и третья группа парасимпатическая (38 %). В 1 группе в 4,5 раза чаще, чем в 3-ей, отмечались такие нарушения ритма, как частая экстрасистолия, полифонозная желудочковая экстрасистолия, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. Нарушения АВ проводимости, наоборот, в 1,8 раза чаще развивались в 3 группе, по сравнению с 1 группой. Группа с преобладанием нормотонической регуляции занимала промежуточное положение по частоте развития нарушений ритма и проводимости, и ни в одном случае не зафиксированы аритмии. При сопоставлении величины сдвигов вегетативного баланса и выраженности аритмии был отмечен ряд закономерностей. Во-первых, снижение индекса вегетативного баланса в сравнении с нормой, отражающий парасимпатическую направленность вегетативной регуляции, что однозначно коррелировало с усилением аритмии. Выраженность аритмии по мере усиления указанного дисбаланса достоверно (в 2–4 раза) превышала значения возрастной нормы. Выявлено, что снижение индекса вегетативного баланса (<1) указывает на парасимпатическую активацию, и дальнейшее усиление в сторону критического значения ($<0,3$) может рассматриваться ($n=14$), как фактор риска развития нарушений сердечного ритма и в том числе, жизнеопасных аритмий (13,4 %). Во-вторых, длительное или резкое превышение верхней границы неравенства (>5 , $n=10$, 9,6 % случаев) характеризует критический режим вегетативного дисбаланса и создает предпосылки развития жизнеопасных нарушений ритма.

Выводы. Оперативный контроль вегетативного баланса позволяет выявлять пациентов, относящихся к одной из двух групп риска и, в зависимости от направленности гиперактивации вегетативного тонуса, своевременно выбирать адекватную терапию, и предупреждать развитие аритмий.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Соболев В.А., Ярославская Л.И., Петровская А.Н., Ярославская М.А.

ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ», Москва, Россия

Цель. Изучение способов совладающего со стрессом болезни поведения как психологических стратегий адаптации у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материал и методы: в исследовании приняли участие 120 пациентов, страдающих ХНЗЛ. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ – 10 J45,0 – J45,9), средний возраст составил – $47,2 \pm 10,2$. Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ – 10 J44,1), средний возраст – $52,7 \pm 6,1$. Большинство больных находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг стратегий применялись методика «Проактивное совладающее поведение» (L.G. Aspinwall, R. Schwarzer, S. Taubert, 1999, адаптация Е.С. Старченковой в модификации В.М. Ялтонского, 2009), копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было установлено, что у больных ХНЗЛ наблюдается несбалансированность функционирования когнитивных, поведенческих и эмоциональных стратегий совладающего поведения. Больные БА и пациенты, страдающие ХОБЛ, используют различные стили совладающего

поведения. Для больных ХОБЛ в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются проблемно-ориентированные. У них отмечается чрезмерное обращение к копинг стратегиям, ориентированным на самообладание, взвешенный рациональный подход в решениях проблемных ситуаций, сдерживание, сокрытие и подавление эмоций, а так же недостаточное использование механизмов отстранения, отвлечения, редкое обращение к социальной поддержке. Больные БА при совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием используют в большей степени эмоционально-ориентированные стратегии. При совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием они проявляют поведенческую пассивность, слабую эмоциональную регуляцию, характеризующуюся, преимущественно, аффективными вспышками, стремлением перекладывать ответственность и вину за состояние здоровья, свои поступки на ближайшее окружение.

Заключение: Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы в построении профилактических и медико-психологических разделов программ лечения и реабилитации, оценки их эффективности в системе оказания помощи и улучшения качества жизни больных ХНЗЛ.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЕ ДЕПО ЖИРОВОЙ ТКАНИ И КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Соловьева А.В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

Цель. Изучить роль висцеральных депо жировой ткани в развитии коморбидности при метаболическом синдроме (МС).

Материал и методы. Обследовано 803 пациента в возрасте 60,28 (53;67) лет, 299 мужчин и 504 женщины. Проводилось антропометрические, биохимические исследования, УЗИ органов брюшной полости, сердца, оценка функции внешнего дыхания (ФВД). При УЗИ оценивали толщину интраабдоминальной жировой ткани (ТИАЖ), эпикардиальной жировой ткани (ТЭЖ), толщину межпредсердной перегородки при её липоматозе (ТМПП).

Результаты. По критериям ВНОК (2009) всем пациентам диагностирован МС. Окружность талии (ОТ) составила у мужчин 107,2 (100; 113) см, у женщин – 107,7 (100; 114) см. Артериальная гипертензия имела место у всех больных. Нарушения углеводного обмена (НУО) диагностированы у 433 пациентов (54 %): сахарный диабет 2 типа у 290 человек, нарушенная толерантность к глюкозе – у 69, нарушенная гликемия натощак – у 74 больных. Уровень триглицеридов составил 2,03 (1,29;2,38) ммоль/л, ЛПНП – 3,7 (2,9; 4,4) ммоль/л, ЛПВП 1,07 (0,89;1,22) и 1,28 (1,02;1,49) ммоль/л у мужчин и женщин соответственно.

ТИАЖ достоверно больше у мужчин: 58,5 (47,4;67) мм против 50,9 (39;60) мм у женщин ($p=0,000\ 008$), ТЭЖ в исследовании оказалась больше у женщин 10 (9;11) против 9,04 (8;10) мм ($p=0,003$). ТМПП достоверно не отличалась у лиц разного пола и составила 12,7 (12;14) мм. Толщина ИАЖ коррелировала с ОТ у мужчин и женщин ($r=0,56$; $p=0,000\ 001$ и $r=0,62$; $p=0,000\ 001$ соответственно), с количеством компонентов МС у женщин ($r=0,16$; $p=0,048$) и у мужчин ($r=0,18$; $p=0,029$), с КДР и КСР левого желудочка (ЛЖ) у женщин ($r=0,2$; $p=0,0018$ и $r=0,2$; $p=0,014$ соответственно), с толщиной МЖП у женщин и мужчин ($r=0,2$; $p=0,014$ и $r=0,24$; $p=0,006$ соответственно), с толщиной ЗСЛЖ у женщин и мужчин ($r=0,27$; $p=0,001$ и $r=0,25$; $p=0,004$ соответственно) и с нарушением диастолической функции ЛЖ по IVRT у женщин ($r= -0,33$; $p=0,01$). ТИАЖ ассоциировалась с НУО как у женщин, так и у мужчин ($r=0,22$; $p=0,006$ и $r=0,24$; $p=0,004$ соответственно), с КВР правой доли печени у мужчин ($r=0,19$; $p=0,02$) и у женщин ($r=0,33$; $p=0,00\ 005$). Кроме того, у женщин ТИАЖ коррелировала с наличием ЖКБ ($r=0,18$; $p=0,02$), грыж передней брюшной стенки ($r=0,2$; $p=0,009$), со снижением спирографических показателей ЖЕЛ и ОФВ₁ ($r= -0,6$; $p=0,008$ и $r= -0,48$; $p=0,036$ соответственно) у лиц без бронхообструктивных заболеваний. ТМПП коррелировала с основным компонентом МС – ОТ ($r=0,2$; $p=0,03$), показателем IVRT ($r= -0,23$; $p=0,037$), с количеством наджелудочковых экстрасистол по ХМ ЭКГ ($r=0,46$; $p=0,005$). С нарастанием ТЭЖ увеличивалась ОТ ($r=0,33$; $p=0,00\ 001$), толщина МЖП и ЗСЛЖ ($r=0,34$; $p=0,000\ 002$ и $r=0,32$; $p=0,00\ 001$ соответственно).

Заключение. Таким образом, висцеральные депо жировой ткани коррелируют с величиной окружности талии, количеством компонентов МС, с гипертрофией миокарда и диастолической дисфункцией ЛЖ. Интраабдоминальная аккумуляция жира предрасполагает к развитию патологии печени и желчного пузыря, грыж брюшной стенки, развитию НУО, нарушению ФВД. Локализация жировых депо в МПП способствует развитию наджелудочковых нарушений ритма.

ВЫСОКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Стойко О.А., Аракелян Г.М., Рейтблат О.М.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель. Определить связь развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ) с высокой реактивностью тромбоцитов.

Материал и методы. В исследование включено 120 пациентов с ОКСБПСТ, подвергнутые коронароангиографии (КАГ) и стентированию в период госпитализации. Измерение АДФ-агрегации тромбоцитов проводилось на агрегометре CHRONO-LOG (модель 590) с препаратом АДФ (аденозин-дифосфатом). Различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$. Период наблюдения составил 16 ± 6 месяцев.

Результаты. Возраст пациентов составил от 35 до 78 лет, мужчин было 90 (75 %). Широко распространены традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение-40 %, избыточная масса тела и ожирение-91 %, АГ-86 %, гиперхолестеринемия-80 %, СД 2 типа-23 %). По результатам КАГ преобладало многососудистое поражения коронарных артерий (КА) - 77 %. Нестабильная стенокардия диагностирована у 60 пациентов, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST у 60 больных. В качестве контрольной группы определили агрегацию тромбоцитов у 20 здоровых людей, показатель составил $6,8 \pm 1,6$ Ом. Все пациенты на этапе СМП получили аспирин, из них 73 % (88) больных – двойную антитромбоцитарную терапию. У наблюдавшихся в период госпитализации исходная АДФ – агрегация тромбоцитов регистрировалась в диапазоне 0–20 Ом. Было выделено 2 группы больных: с низкой реактивностью тромбоцитов (0–5 Ом) – 90 (75 %), т. е. НРТ и с высокой остаточной реактивностью тромбоцитов (6–20 Ом) – 30 (25 %), т. е. ВОРТ. У больных с инфарктом миокарда отмечалось статистически значимое увеличение уровня агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ по сравнению с больными нестабильной стенокардией ($p = 0,043$). В период госпитализации летальных исходов не отмечалось, но регистрировались такие сердечно-сосудистые осложнения, как ранняя постинфарктная стенокардия, возвратная стенокардия, рецидив ИМ, ишемический инсульт которые у пациентов с ВОРТ возникали чаще ($p = 0,04$), чем у пациентов с НРТ. Послеоперационные пульсирующие гематомы регистрировались у 4 (4,3 %) больных с НРТ и у 1 (3,4 %) с ВОРТ ($p = 0,7$). В период динамического наблюдения смерть от инфаркта миокарда чаще регистрировалась у пациентов с ВОРТ ($p = 0,01$), нестабильная стенокардия достоверно чаще возникала у пациентов с НРТ ($p = 0,04$). Крупное кровотечение, требующее специализированной медицинской помощи, развилось у 2 пациентов, в 6 случаях отмечены мелкие кровотечения. Несмотря на отсутствие достоверных различий по риску возникновения кровотечения между группами с ВОРТ и с НРТ, в совокупности, у пациентов с низкой реактивностью тромбоцитов, кровотечения возникали чаще (12,6 %), чем у пациентов с ВОРТ (6,6 %).

Заключение. Риск развития осложнений у больных ОКСБПСТ достоверно зависел от функциональной активности тромбоцитов, чем больше АДФ-агрегация тромбоцитов, тем чаще регистрировались ишемические события.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ РЕАКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ

Стойко О.А., Аракелян Г.М.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель. Провести анализ причин повторных ишемических событий у пациентов, перенесших острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСБПСТ) с исходной низкой реактивностью тромбоцитов.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 120 пациентов с ОКСБПСТ, подвергнутых коронароангиографии (КАГ) и стентированию в период госпитализации. АДФ-агрегацию тромбоцитов измеряли на агрегометре CHRONO-LOG (модель 590) с препаратом АДФ (аденозин-дифосфатом). Различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$. Период наблюдения составил 16 ± 6 месяцев.

Результаты. Среди наблюдавшихся широко распространены традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (курение-40 %, избыточная масса тела и ожирение-91 %, АГ-86 %, гиперхолестеринемия-80 %, СД 2 типа-23 %). По результатам КАГ преобладало многососудистое поражения коронарных артерий (КА) - 77 %. Нестабильная стенокардия диагностирована у 60 пациентов, инфаркт миокарда без подъема сегмента ST у 60 больных. В качестве контрольной группы определили агрегацию тромбоцитов

у 20 здоровых людей, показатель составил $6,8 \pm 1,6$ Ом. Все пациенты на этапе СМП получили аспирин, из них 73 % (88) больных – двойную антитромбоцитарную терапию. У наблюдавшихся исходная АДФ – агрегация тромбоцитов регистрировалась в диапазоне 0–20 Ом. Было выделено 2 группы больных: с низкой реактивностью тромбоцитов (0–5 Ом) – 90 (75 %), т. е. НРТ и с высокой остаточной реактивностью тромбоцитов (6–20 Ом) – 30 (25 %), т. е. ВОРТ. У больных с инфарктом миокарда отмечалось статистически значимое увеличение уровня агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ ($4,0 \pm 0,5$ Ом) по сравнению с больными нестабильной стенокардией ($2,3 \pm 0,6$ Ом) ($p=0,043$). В период госпитализации летальных исходов не отмечалось, но регистрировались такие сердечно-сосудистые осложнения, как ранняя постинфарктная стенокардия, возвратная стенокардия, рецидив ИМ, ишемический инсульт которые у пациентов с ВОРТ возникали достоверно чаще, чем у пациентов с НРТ ($p=0,04$). В период динамического наблюдения смерть от инфаркта миокарда чаще регистрировалась у пациентов с ВОРТ ($p=0,01$), нестабильная стенокардия достоверно чаще возникала у пациентов с НРТ ($p=0,04$). При анализе причин большого количества повторных ишемических событий (нестабильной стенокардии) у пациентов с НРТ, были выявлены следующие факторы, влияющие на повторные госпитализации среди данных пациентов: наличие СД 2 типа ($p=0,01$); пациенты, которым было показано АКШ в связи с наличием гемодинамически значимого стеноза ствола левой коронарной артерии, либо многососудистым поражением КА ($p=0,03$). Преждевременное прекращение двойной антитромбоцитарной терапии (3–12 месяцев) также ассоциировалось с рецидивом нестабильной стенокардии ($p=0,03$). Пациенты, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, чаще госпитализировались по поводу нестабильной стенокардии ($p=0,03$).

Заключение. Таким образом, риск развития повторных ишемических событий у пациентов с НРТ связан не только с низкой АДФ-агрегацией тромбоцитов, но и другими факторами, ухудшающими прогноз.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Стрюк Р.И., Тектова А.С., Казунина Н.А., Висков Р.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ, Москва, Россия

Цель. Оценка состояние микроциркуляции (МЦ) у больных инфарктом миокарда (ИМ), перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В исследование включены 92 пациента ИМ (61 м., 31 ж., средний возраст 62,5 г. [55;72]), подписавших информированное согласие. У всех больных на основании клинической картины, ЭКГ, уровня кардиоспецифических ферментов был диагностирован ИМ, из них 66 был Q-образующим и у 26 больных – неQ-образующим. У 22 больных ИМ в первые часы от начала заболевания было проведено ЧКВ со стентированием коронарной артерии, которые составили 1 группу, 70 пациентам ЧКВ не проводилось, они составили группу сравнения (2 группа). Всем пациентам в первые сутки ИМ исследовали состояние МЦ лазерной доплеровской флоуметрией на компьютеризированном анализаторе микроциркуляции «ЛАКК-02», на котором определяли показатели нейрогенного ($A_{max}/M \cdot 100 \%N$) и миогенного компонентов ($A_{max}/3\sigma \cdot 100 \%M$, $A_{max}/M \cdot 100 \%M$) сосудистого тонуса. Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью программы «Statistica 8,0».

Результаты. У пациентов 1 группы, перенесших ЧКВ, отмечалось достоверное увеличение амплитуд нейрогенного ($A_{max}/M \cdot 100 \%N 6,3 [4,25; 8,57]$) и мышечного $A_{max}/3\sigma \cdot 100 \%M 15,1 [13,75; 18,29]$, $A_{max}/M \cdot 100 \%M 4,96 [3,3; 6,38]$ компонентов сосудистого тонуса по сравнению с группой сравнения, у которых показатели нейрогенного тонуса составили: $A_{max}/M \cdot 100 \%N 4,01 [2,27; 5,67]$, $p=0,026$) и мышечного тонуса – $A_{max}/3\sigma \cdot 100 \%M 11,34 [9,37; 15,37]$, $A_{max}/M \cdot 100 \%M 3,1 [2,05; 4,29]$ ($p=0,06$, $p=0,012$ соответственно по критерию Mann-Whitney). При оценке показателей МЦ у пациентов ИМ в зависимости от глубины поражения сердечной мышцы оказалось, что параметры как мышечного, так и нейрогенного компонентов сосудистого тонуса существенно не различались в обеих группах больных Q-образующим ИМ. Вместе с тем у пациентов с неQ-образующим ИМ, перенесших ЧКВ, состояние МЦ было достоверно улучшено, так в 1 группе $A_{max}/M \cdot 100 \%N 5,86 [4,76; 7,57]$, $A_{max}/3\sigma \cdot 100 \%M 18,28 [14,55; 20,73]$, $A_{max}/M \cdot 100 \%M 5,61 [4,4; 6,85]$ были достоверно повышены по сравнению с группой контроля - $A_{max}/M \cdot 100 \%N 4,39 [2,14; 5,4]$, $A_{max}/3\sigma \cdot 100 \%M 10,78 [10; 15,3]$, $A_{max}/M \cdot 100 \%M 2,86 [1,71; 4,25]$ ($p=0,017$, $p=0,0004$, $p=0,0008$ соответственно по критерию Kruskal-Wallis).

Заключение. У больных ИМ, перенесших ЧКВ и стентирование коронарной артерии по сравнению с пациентами, которым осуществлялась консервативная терапия, в первые сутки отмечается достоверное улучшение параметров микроциркуляции, особенно выраженное у пациентов с неQ-образующим ИМ.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Суспицына И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Актуальность. Известно, что нарушения углеводного, липидного обмена, а также курение являются одними из ведущих факторов риска развития ИБС и инфаркта миокарда у мужчин. Возможность прогнозирования развития ИМ у мужчин различных возрастных групп с учетом влияния данных факторов риска является актуальным для дифференцированного подхода к лечению и профилактике ИМ.

Цель: прогнозирование риска развития ИМ у мужчин среднего и пожилого возраста с помощью современных статистических методов, учитывая влияние нарушений липидного, углеводного обмена, а также факта курения.

Материал и методы. Обследовано 112 мужчин среднего и пожилого возраста с ИМ, средний их возраст составил $58,9 \pm 0,5$ лет, разделенных на 2 группы. Первую группу составили 66 (35,1 %) мужчин среднего возраста ($53,9 \pm 0,5$ лет), вторую – 46 (24,5 %) пожилых мужчин ($66,2 \pm 0,7$ лет). В группу контроля было включено 34 мужчины, средний возраст которых составил $57,1 \pm 0,9$ лет, не имеющих доказанной ИБС. У всех пациентов, кроме стандартных лабораторных и инструментальных методов диагностики, оценивались показатели липидного, углеводного обмена с расчетом индекса НОМО-IR, уровень СРБ. С помощью метода многофакторной логистической регрессии был разработан калькулятор для расчета риска развития ИМ в программе Excel. Для создания калькулятора нами были отобраны такие параметры, как возраст пациента, факт курения, параметры липидного и углеводного обмена и уровень СРБ.

Результаты. Курение было выявлено у 54 (81,8 %) мужчин среднего возраста и у 36 (78,3 %) пожилых, $p=0,8$. Нарушение толерантности к углеводам (НТГ) диагностировано у 2-х (3 %) пациентов среднего возраста и у 4 (8,7 %) пожилых, $p=0,4$. Сахарный диабет 2 типа выявлен у 7 (10,6 %) мужчин среднего возраста и 8 (17,4 %) пожилых, $p=0,4$. Показатель гликемии у мужчин среднего возраста составил $5,1 \pm 0,1$ ммоль, у пожилых – $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л, ($p=0,03$). Средний уровень инсулина среди мужчин среднего возраста составил $13,9 \pm 1,9$ мкМЕ/мл, у пожилых – $12,9 \pm 1,6$ мкМЕ/мл ($p=0,7$). Показатель индекса инсулинорезистентности (НОМО-IR) составил $3,1 \pm 0,5$ мкЕД/мл и $3,4 \pm 0,5$ мкЕД/мл, ($p=0,2$) для мужчин среднего и пожилого возраста соответственно. Нарушения липидного обмена выявлены у 57 (86,4 %) мужчин среднего возраста и 43 (93,5 %) пожилых ($p=0,9$), преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП до $2,5 \pm 0,1$ и $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно, ($p=0,1$) и снижения уровня ЛПВП (у мужчин среднего возраста) до $0,96 \pm 0,2$ ммоль/л ($p=0,2$). Уровень СРБ у мужчин среднего возраста составил $25,3 \pm 3,3$ мг/л, у пожилых – $29,8 \pm 3,8$ мг/л, ($p=0,4$).

Выводы. Таким образом, используя такие параметры, как возраст пациента, факт курения, параметры липидного и углеводного обмена (в том числе уровень инсулина и индекс НОМО-IR), уровень СРБ, создан калькулятор прогнозирования развития ИМ для мужчин различных возрастных групп, что является актуальным и важным для разработки индивидуальных программ первичной и вторичной профилактики для мужской популяции пациентов.

АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тайжанова Д. Ж., Романюк Ю. Л., Бохайева Д. И.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

По данным Международной диабетической федерации (IДР), четверть взрослого населения мира имеет метаболический синдром. У пациентов с метаболическим синдромом, в сравнении с лицами без него, риск возникновения сердечно – сосудистых заболеваний в течение ближайших 5–10 лет в 2 раза выше. Сахарный диабет 2 типа развивается у лиц с метаболическим синдромом в 5 раз чаще, чем у здоровых лиц.

Цель. Проанализировать имеющиеся составляющие метаболического синдрома у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. 69 пациентам с сердечно – сосудистыми заболеваниями в возрасте с 50 до 80 лет проведено антропометрическое исследование (окружность талии, бедер, индекс массы тела), изучено состояние углеводного обмена (уровень гликемии натощак), липидного профиля (уровень холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП), уровня артериального давления. Проведен анализ составляющих метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, артериальное давление выше 130/85 мм.рт. ст., триглицеридемия выше

1,7 ммоль/л, снижение ЛПВП у мужчин менее 1,0 ммоль/л, у женщин менее 1,3 ммоль/л, уровень гликемии выше 5,6 ммоль/л.

Результаты. Исследуемые пациенты проходили стационарное лечение с патологиями: стенокардия напряжения III–IV ФК – у 21 (30,4 %) пациентов, артериальная гипертензия – у 15 (21,7 %) пациентов, перенесенный инфаркт миокарда – у 7 (10,1 %) пациентов, атеросклеротический кардиосклероз – у 15 (21,7 %) пациентов, кардиомиопатия – у 6 (8,7 %) пациентов, хроническая ревматическая болезнь сердца – у 3 (4,3 %) пациентов. При анализе составляющих метаболического синдрома определены наиболее часто встречаемые и их сочетание. У преобладающего числа пациентов (94,2 %) констатировано повышение уровня АД выше 130/85 мм.рт. ст., повышение уровня триглицеридов выше 1,7 ммоль/л у 22 (31,9 %) исследуемых, снижение ЛПВП у 21 (30,4 %) исследуемых, повышение уровня гликемии выше 5,6 ммоль/л у 16 (23,1 %) исследуемых, увеличение объема талии и индекса массы тела у 54 (78,3 %) исследуемых. У 52 (78,9 %) пациентов имеется сочетание двух и более составляющих метаболического синдрома.

Заключение. Наиболее частыми составляющими метаболического синдрома являются артериальная гипертензия и абдоминальное ожирение. Установлена высокая частота встречаемости метаболического синдрома у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Профилактика и своевременная коррекция составляющих метаболического синдрома позволит значительно снизить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений.

ОЦЕНКА ЛИПИДОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Тайжанова Д. Ж., Романюк Ю. Л., Ким М. С., Сакевич А. А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Значительную угрозу для жизни пациентов с сахарным диабетом представляет поражение почек (диабетическая нефропатия). Установлена высокая вероятность влияния атерогенной дислипидемии, не только на риск развития сердечно-сосудистых осложнений, но и на развитие склерозирования почечной ткани.

Цель. Оценить влияние дислипидемии на развитие диабетической нефропатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы. Была проанализирована медицинская документация (истории болезней) 43 пациентов (16 мужчин и 27 женщин) с сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов составил 70 ± 9 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа ($n = 21$) – пациенты с диабетической нефропатией, II группа ($n = 22$) – пациенты без диабетической нефропатии. Средняя длительность диабета в I группе составила 8 лет, во II группе – 7 лет. В ходе проведения исследования оценивались следующие факторы риска: возраст, пол, продолжительность течения сахарного диабета, липидограмма (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП), уровень гликемии и сопутствующая патология.

Результаты. Почти в 100 % случаев в обеих группах соответственно (91 % и 90 %) диагностирована артериальная гипертензия III степени, в 2 – ух случаях II степени, наличие которой, безусловно играет роль в развитии и прогрессировании диабетической нефропатии. При анализе липидограммы у пациентов получены следующие результаты: уровень холестерина повышен в 43 % случаев в I группе и в 45 % случаев во II группе, липопротеиды низкой плотности повышены в 38 % и 36 % случаев соответственно в I и II группах; уровень триглицеридов повышен в 33 % случаев в I группе и в 18 % случаев во второй группе.

Заключение. Таким образом в группе с диабетической нефропатией преобладает высокий уровень триглицеридов. Полученные данные свидетельствуют о важной роли в развитии диабетической нефропатии и гипертриглицеридемии, которая приводит к образованию более плотных частиц липопротеидов низкой плотности, обладающих наиболее выраженным атерогенным действием вследствие повышенной окисляемости.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тайжанова Д. Ж., Романюк Ю. Л., Жусупова А. М.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Наличие у пациентов с хронической сердечной недостаточностью дисфункции почек значительно ухудшает прогноз заболевания, увеличивает смертность и риск развития осложнений.

Цель. Оценить функцию почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 66 пациентов с хронической сердечной недостаточностью ФК 3 и 4 (NYHA). Средний возраст пациентов составил 67 ± 8 лет. Исследуемые пациенты проходили стационарное лечение с диагнозами: стенокардия напряжения III–IV функциональный класс у 36 (54,5 %) пациентов, кардиомиопатия – у 12 (33,3 %) исследуемых, нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий – у 8 (12,1 %) пациентов, артериальная гипертензия – у 10 (15,2 %) пациентов. Скорость клубочковой фильтрации была рассчитана по формуле MDRD. Стадия хронической болезни почек была диагностирована согласно критериям National Kidney Foundation (NKF).

Результаты. Средняя скорость клубочковой фильтрации у пациентов с ХСН составила $73,34 \pm 10,6$ мл/мин/1,73 м². При этом у 18 (27,3 %) пациентов диагностирована 3 стадия хронической болезни почек, скорость клубочковой фильтрации ниже 60 мл/мин/1,73 м². У 38 (57,6 %) пациентов – 2 стадия хронической болезни почек с незначительным снижением скорости клубочковой фильтрации, и лишь у 10 (15,2 %) пациентов скорость клубочковой фильтрации в пределах нормы. Во всех случаях хроническая сердечная недостаточность предшествовала нарушению функции почек. Нарушение функции почек выявлено у 3 –х пациентов со стенокардией напряжения, у 4-х пациентов с артериальной гипертензией и у 2 с нарушением ритма, что не позволяет констатировать взаимосвязь определенной патологии сердечно-сосудистой системы и нарушением функции почек. При этом у 6 исследуемых пациентов диагностирован сахарный диабет со скоростью клубочковой фильтрации в пределах 60–89 мл/мин/1,73 м², что не исключает влияния данной патологии на функцию почек.

Заключение. У преобладающего большинства пациентов с хронической сердечной недостаточностью определяется почечная дисфункция. При этом у трети исследуемых пациентов определена начальная стадия хронической болезни почек. Полученные результаты указывают на необходимость нефропротективной терапии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Тайжанова Д. Ж., Романюк Ю. Л., Белякова Н. Н.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Главными причинами смерти и преждевременной инвалидизации пациентов с сахарным диабетом 2 типа являются сердечно-сосудистые осложнения. Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в 2–4 раза, риск развития острого инфаркта миокарда в 6–10 раз выше у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, что обуславливает необходимость выявления и коррекции факторов риска развития ИБС у пациентов с сахарным диабетом.

Цель. Оценить факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Были исследованы 70 пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Средний возраст пациентов составил $60,71 \pm 7,02$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы: I группа (n = 24) – пациенты с ИБС, II группа (n = 46) – пациенты без ИБС. Всем было проведено антропометрическое исследование (окружность талии, бедер, индекс массы тела), проведен анализ состояния углеводного обмена (уровень гликемии натощак), липидного профиля (уровень холестерина, триглицеридов), уровня артериального давления. Оценивались следующие факторы риска: возраст, пол, курение, продолжительность течения сахарного диабета.

Результаты. Средняя длительность течения сахарного диабета составила $11,42 \pm 1,02$ года в I группе и $7,13 \pm 0,96$ года во II группе. Средний возраст в группах составил $64,3 \pm 6,08$ года и $58,7 \pm 7,02$ лет соответственно. Артериальная гипертензия диагностирована в 75 % (18 пациентов) и в 73 % (34 пациента) случаев соответственно в I и в II группах. Избыточная масса тела выявлена в 50 % (12 пациентов) и в 39 % (18 пациентов) случаев в I и в II группах. Обращает внимание, что 4 (16 %) пациента в I группе и 10 (22 %) пациентов во II группе курили в течение длительного времени, при этом индекс курильщика составил более 20. При анализе липидограммы у пациентов получены следующие результаты: уровень холестерина повышен в 58 % (14 пациентов) случаев в I группе и в 57 % (26 пациентов) случаев во II группе, уровень триглицеридов повышен в 50 % (12 пациентов) случаев в I группе и в 69 % (32 пациента) случаев во II группе.

Заключение. Таким образом, риск развития сердечно-сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа увеличивается с возрастом пациентов и длительностью течения заболевания. Кроме того, риск сердечно-сосудистых событий более выражен у лиц с избыточной массой тела и ожирением. Принимая во внимание одинаковую распространенность повышения уровня артериального давления и дислипидемии в обеих группах, преобладающим фактором развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа следует считать длительность заболевания и возраст.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА: КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА

Татарченко И.П., Денисова А.Г., Позднякова Н.В., Морозова О.И.

ГБОУ ДПО ПИУВ Минздрава России, ФГБУЗ МСЧ-59 ФМБА, Пенза, Россия

Цель. Изучение значимости нарушения вазомоторной функции с утратой способности к потокзависимой вазодилатации как фактора риска, повышающего вероятность возникновения эпизодов безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных сахарным диабетом типа 2 (СД2).

Материал и методы. 93 больных /52 мужчины и 41 женщина/, средний возраст -58,3±4,8 лет. Основная группа (n=47) – пациенты с ИБС и СД2. Группа сравнения (n=46) – больных ИБС без нарушения углеводного обмена. Комплекс обследования: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочное тестирование, дуплексное сканирование плечевой артерии с оценкой эндотелийзависимой вазодилататорной реакцией.

Результаты. Во II основной группе (ИБС+СД) эпизоды ишемии миокарда (ИМ) регистрировались у 44 (93,6 %) больных, в 8 случаях продолжительность эпизодов ИМ за сутки (СИМ) превышала 60 мин (72,6±3,1 мин). При анализе суточного тренда сегмента ST и дневниковой записи пациентов у 31 (66 %) пациента отмечены эпизоды БИМ. В группе сравнения (ИБС без СД) в течение суток БИМ выявлена в 22 % случаях. Средняя глубина депрессии сегмента ST значимо не отличалась у пациентов обеих групп, однако максимальная глубина снижения ST в основной группе превышала аналогичный показатель в группе сравнения, соответственно 2,4±0,2 мм и 1,6±0,3 мм, p<0,05. Величины ЧСС в начале болевых и безболевых эпизодов по группам достоверно не различались. При нагрузочном тестировании у 83 % больных основной группы ишемическое смещение сегмента ST было зарегистрировано в 6- и более отведениях, в группе сравнения – у 22 %, $\chi^2 = 12,4$, p<0,01. У больных ИБС и СД2 нарушена вазомоторная функция эндотелия: эндотелийзависимая вазодилататорная реакция плечевой артерии (ЭЗВД ПА) составила 3,7±1,1 %, что достоверно ниже по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения (ЭЗВД – 10,6±1,8 %), p<0,01. Корреляционный анализ показал достоверную отрицательную связь ЭЗВД ПА и наличием БИМ (R= -0,68, p<0,05), продолжительностью эпизодов БИМ (R= -0,53, p<0,01), временем запаздывания болевого синдрома по отношению к ишемическому смещению ST (R= -0,61, p<0,01). Получена зависимость ЭЗВД от функционального класса (ФК) стенокардии (R=-0,4215, p<0,04), степени компенсации показателей углеводного обмена (уровень HbA1c%) – r= -0,583 (p<0,05).

Заключение. Таким образом, системная эндотелиальная дисфункция при сахарном диабете проявляется неспособностью сосудов к адекватному расширению при повышении потребности миокарда в кислороде, играет значимую роль в возникновении и прогрессировании ишемии. Считаем, что сочетанное действие метаболических и гемодинамических факторов обуславливает наибольшее повреждающее действие на эндотелий сосудов, способствует прогрессированию атеросклероза, приводит к кардиоваскулярным осложнениям.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕЗИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ И МАНИФЕСТНОМ ГИПОТИРЕОЗАХ

Тауешева З.Б., Гусеинова З.К., Туремуратова Д.Т., Агадилова А.Б., Еркимбеккызы А., Жиянбаева Ж.А.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Сравнить тизиографические изменения плазмы крови больных с субклиническим и манифестным гипотиреозом с показателями крови липидного обмена.

Материал и методы. Проведено тизиографическое исследование 44 пациентов плазмы крови больных с субклиническим (СГ) и манифестным гипотиреозом (МГ). Диагноз гипотиреоза выставлялся на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований. Тизиографическое исследование проводилось по методу Шабалина В.Н. и Шатохиной С.Н. модифицированной на кафедре биохимии при Карагандинском медицинском государственном университете. С целью контроля липидного обмена были определены уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности.

Результаты. В результате проведенного тизиографического исследования плазмы крови больных с СГ и МГ выявлены следующие изменения, в виде отсутствия центральной точки растрескивания, повышенной густоты растрескивания в промежуточной зоне, отсутствием растрескивания в центральной зоне, а так же наличием вытянутых форм конкреций в краевой зоне, при этом в промежуточной зоне размеры конкреций уменьшаются, в центральной зоне конкреции принимают разнообразные формы. При этом нужно отметить, что данные изменения тизиографической картины плазмы крови были выраженными в группе лиц страдающих манифестным гипотиреозом. Такие системные и подсистемные структурные изменения в плазме

крови исследуемых больных в тизеографической картине плазмы крови больных с СГ и МГ свидетельствуют о нарушении липидного обмена, которые были подтверждены результатами биохимического анализа крови исследуемых пациентов, в виде гиперхолестеринемии, увеличением количества липопротеидов низкой и очень низкой плотности, количественным снижением липопротеидов высокой плотности.

Выводы. Таким образом, системные и подсистемные структурные изменения в плазме крови исследуемых больных с СГ и МГ в тизеографической картине плазмы крови, свидетельствующие о нарушении липидного обмена, подтверждены биохимическими показателями крови исследуемых.

РОЛЬ ТКАНЕВОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Тауешева З.Б., Гусеинова З.К., Молодовская Н.В., Калиев Р.Б., Смагулов К.А., Акшалова И.Ж

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Цель. Изучить роль дефицита железа в развитии хронических воспалительных заболеваний внутренних органов.

Материал и методы. Согласно поставленной цели был проведено исследование 65 женщин находившихся на стационарном лечении ГБ № 1 с различными воспалительными заболеваниями внутренних органов, таких как острый цистит, острый и хронический пиелонефрит, хронический необструктивный бронхит, внебольничная пневмония, которые сочетались с тканевым дефицитом железа. Возраст пациентов колебался от 20 до 39 лет. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований.

Результаты. В результате исследования у лиц с воспалительными заболеваниями внутренних органов были выявлены такие клинические проявления, как бледность кожных покровов (98,4 %), трещины (заеды) на уголках губ (3,7 %), ломкость и исчерченность ногтевых пластин (32 %), ломкость и сухость волос (55 %), сидеропенические проявления в виде извращения вкуса и обоняния встречались у 95 %. При сборе анамнеза определены факторы, способствовавшие развитию тканевого дефицита железа, это рождение вторым, третьим и т. д. ребенком в семье, с небольшим сроком времени от предыдущей беременности у 12 (18,46 %), частые беременности и роды самих пациентов, мено- и метроррагии у 42 (64,62 %), вегетарианство у 1 женщины (1,54 %), десневые и геморроидальные кровотечения у 5 (7,7 %). Оценивая состояние обмена железа в организме исследуемых, выявлен анемический синдром со снижением уровня гемоглобина, эритроцитов, цветного показателя, а так же микрохромией эритроцитов, анизоцитозом, пойкилоцитозом. У 28 (43,07 %) пациентов выявлена анемия легкой степени тяжести, 22 (33,83 %) анемия средней степени тяжести и 15 (23,1 %) хроническая анемия тяжелой степени тяжести. Средний уровень гемоглобина (Hb) в трех группах составил 86 ($\pm 4,6$) г/л, эритроцитов $1,9 (\pm 0,4) \cdot 10^{12}$ /л уровень которых коррелировал с показателями МСV, МСНС, МСН. Цветной показатель в группах соответствовал от 0,6 до 0,7, при этом отмечалось снижение НТЖ, сывороточного железа менее 14,4 % и снижения уровня сывороточного ферритина менее 10–12 нг/мл, что указывало на наличие тканевого дефицита железа. Следует отметить, что степень тяжести воспалительных процессов внутренних органов была прямо пропорциональна степени тяжести тканевого дефицита железа. Наблюдалась прямая зависимость сроков лечения воспалительных заболеваний от степени тяжести анемического синдрома.

Вывод. Недостаток уровня железа в организме, приводит к снижению уровня железосодержащих ферментов, что в дальнейшем способствует снижению фагоцитарной активности лейкоцитов, снижению сократительной функции мышечной ткани (сфинктеров мочевого пузыря, мочеточников, бронхиального дерева и т. д.), что в конечном итоге приводит к росту числа воспалительных заболеваний внутренних органов и увеличивает сроки лечения пациентов.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И АТЕНОЛОЛА НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Тепоян И.Л., Небиеридзе Д.В., Скрипникова И.А., Сафарян А.С.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Оценить влияние небиволола и ателенолола на параметры микроциркуляции у постменопаузальных женщин с мягкой артериальной гипертонией

Материал и методы. В исследование были включены 56 женщин постменопаузального периода в возрасте от 50 до 65 лет с мягкой артериальной гипертонией (систолическое АД 140–159 и диастолическое АД 90–99 мм.рт. ст.), которые были случайным образом рандомизированы на 2 группы по 28 человек. Основной группе проводилось лечение небивололом, а контрольной – атенололом. В исходной точке и при последнем визите (через 12 месяцев) проводилось ЭКГ, исследование состояния микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с применением компьютеризированного одноканального лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-02» – исполнение 1 (НПП «Лазма», Россия).

Результаты. По данным ЛДФ, базальный кровоток у пациентов основной группы на фоне терапии небивололом характеризовался увеличением показателя микроциркуляции (ПМ) (исходно – $2,03 \pm 0,12$ перф.ед., на терапии $3,93 \pm 0,15$ перф.ед., $p < 0,001$), а также увеличением Kv (с $20,29 \pm 1,32$ % до $24,27 \pm 1,61$ %, $p < 0,001$), что говорит об улучшении тканевой перфузии и косвенно отражает улучшение адаптации системы микроциркуляции к постоянно меняющимся потребностям тканей и возможное увеличение эффективности функционирования активных механизмов регуляции микрокровотока. В группе контроля отмечалось снижение ПМ (с $2,06 \pm 0,13$ перф.ед. до $1,54 \pm 0,11$ перф.ед., $p < 0,01$) и Kv (с $21,28 \pm 2,14$ % до $18,43 \pm 1,75$ %, $p = 0,09$), что было расценено как ухудшение тканевой перфузии. В нашем исследовании получено статистически значимое увеличение индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) в основной группе на 318 ± 53 % ($p < 0,001$), в то время как в группе контроля отмечалось снижение ИЭМ не достигшее достоверного уровня. При проведении окклюзионной пробы в основной группе отмечалось увеличение максимального показателя реактивной гиперемии (ПМmax) на 120 ± 37 % ($p < 0,01$). В контрольной группе отмечена обратная динамика данного параметра. В группе контроля также отмечалось достоверное снижение резерва капиллярного кровотока (РКК) на $24 \pm 7,9$ % ($p < 0,01$). На фоне терапии небивололом РКК увеличился на $82,7 \pm 28,5$ % ($p < 0,001$). Время полувосстановления капиллярного кровотока ($T_{1/2}$) в основной группе достоверно выросло и достигло уровня нормальных значений, что составляет 25–40 с, в то время как в группе контроля показатель также достоверно увеличился, однако, нормальных значений не достиг.

Заключение. Таким образом, можно говорить о положительном влиянии небиволола на МЦ, что выражается в увеличении перфузии, снижении шунтового кровотока, внутрисосудистого сопротивления, снижении спастических и застойных явлений в МЦР, в то время как на фоне терапии атенололом отмечается отрицательная динамика основных показателей МЦ не всегда достигающая достоверного значения.

ПРОФИЛИ ЛИЧНОСТИ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Тихонова Т.А., Бадиева О.Е. Козлова И.В., Мялина Ю.Н.

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

Актуальность. Проблема психосоматической взаимосвязи в генезе различных заболеваний кишечника актуальна в настоящее время, в т. ч. для подбора рациональной терапии. Зачастую больных с патологией кишечника относят к категории так называемых «трудных пациентов». Традиционный подход к их ведению в ряде случаев бывает неэффективен. Врач-интернист испытывает определенные сложности в диагностическом и лечебном плане.

В связи с противоречивостью сведений о роли психосоматической составляющей в развитии заболеваний кишечника, а также с необходимостью модификации обследования и лечения была определена **цель работы**: анализ некоторых эмоциональных и характерологических особенностей, а также качества жизни и внутренней картины болезни у пациентов с СРК, НЯК, БК.

Материал и методы: в основные группы вошли 52 пациента с СРК, 32 – НЯК, 14 – БК. Диагнозы были установлены с учетом Римских критериев III пересмотра и колоноскопии с биопсией. Группу контроля составили 30 клинически здоровых добровольцев. Психологическое исследование проводилось с помощью объективных методик: тесты мини-мульти, SF-36, ТОБОЛ, опросник Спилбергера-Ханина.

Результаты: стрессовые ситуации в анамнезе достоверно чаще встречались у лиц с СРК (60 %). По результатам мини-мульти, у 76 % лиц с СРК профиль личности повышен по шкалам депрессии и истерии, у пациентов с ВЗК – по шкале психастении (42 %). Уровень тревожности также был высоким у большинства больных (66 % лиц с СРК, 72 % – НЯК, 79 % – БК, 30 % – в группе контроля), что способствовало развитию депрессии (60 % при СРК, 47 % – при ВЗК). Среди типов реагирования на болезнь преобладали дезадаптивные: при СРК – ипохондрический (42 %), при ВЗК – неврастенический (32 % – НЯК, 27 % – БК) и сенситивный (34 % – НЯК, 25 % – БК). Определенная часть опрошенных имела эргопатический тип реагирования (30 % – СРК, 22 % – НЯК, 25 % – БК), являющийся адаптивным и проявляющийся снижением критики, желанием работать. Качество жизни было снижено у всех пациентов. При СРК в основном ухудшался психологический компонент здоровья, при ВЗК – физический.

Выводы: у опрошенных пациентов имеются характерологические особенности, которые могут быть ядерными чертами личности, либо формироваться под влиянием заболевания. Во внутренней картине болезни ипохондрия (СРК), раздражительность и сенситивность (ВЗК) сочетаются со стремлением к труду и активной деятельности. Нарастание тревоги и депрессии при СРК и ВЗК по мере прогрессирования болезни способствуют взаимному усилению психических и соматических проявлений и снижению качества жизни.

ИЗМЕНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС ПРИ СРЕДНЕСРОЧНОМ И ДОЛГОСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Толпыгина С.Н., Воронина В.П., Захарова А.В., Деев А.Д., Марцевич С.Ю.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: изучение прогностического значения результатов ПДФН у больных со стабильной ИБС при среднесрочном и долгосрочном наблюдении.

Материал и методы: В анализ были включены данные 641 пациентов (510 мужчин и 131 женщин), средний возраст мужчин – $56,7 \pm 0,4$, женщин – $59,8 \pm 0,8$ лет), из которых у 514 диагноз ИБС был подтвержден и у 100 не подтвержден при КАГ. В 2014 г был установлен статус 592 пациентов (92%), ср. срок наблюдения – $7,3 \pm 2,19$ года. ПДФН на тредмиле (ТТ) в период 2004–2007 была выполнена 260 пациентам. Статистический анализ данных проводился в системе SAS версия 6,12. Применялись t-тест Стьюдента, критерий Фишера, хи-квадрат Вальда, регрессионная модель Кокса и параметрические модели выживаемости. Анализ проводился с учетом пола и возраста. Первичной комбинированной конечной точкой (ПКТ) являлись случаи смерти от любых причин, инфаркт миокарда, инсульт, ТИА.

Результаты. Результат ПДФН на ишемии был положительным у 30 % пациентов, у 11 % отрицательным, у 33 % сомнительным, у 35 % проба проводилась на антиангинальной терапии с целью определения толерантности к нагрузке при уже верифицированной ИБС. При КАГ у 220 (85 %) пациентов, которым был проведен тредмил тест, был выявлен коронарный атеросклероз, а у 40 (15 %) оказались «чистые» КА. При длительности наблюдения 4 года факт выполнения ПДФН ассоциировался со снижением ОР развития ОС на 40 % (ОР 0,607, $p=0,049$) и ПКТ на 64 % (ОР 0,363, $p=0,004$). При этом низкая толерантность к нагрузке повышала риск развития ПКТ в 7,3 раза ($p=0,049$) и косонисходящая депрессия ST в 7,3 раза ($p=0,02$). При увеличении срока наблюдения до 7 лет (долгосрочное наблюдение) со снижением ОР развития смерти ассоциировались факт выполнения ПДФН (ОР 0,458, $p=0,0004$), отрицательный результат ТТ (ОР 0,198, $p=0,0016$) и высокая толерантность к нагрузке (ОР 0,393, $p=0,02$). Высокая толерантность к нагрузке также снижала риск развития ПКТ на 50 % ($p=0,05$). То. с течением времени отрицательное прогностическое значение результатов ТТ нивелируется, а положительное усиливается. Выявленная закономерность подтверждается результатами анализа выживаемости для ОС и ПКТ, проведенная по методу Каплана-Мейера. Наихудшим прогнозом по выживаемости при 4 и 7 летнем наблюдении характеризовались больные с ИБС, которым ТТ не был проведен, а наилучшим – больные с ИБС с отрицательным результатом ТТ на ишемию. Пациенты с ИБС с положительным результатом ТТ на ишемию занимали промежуточное положение. При 7 летнем наблюдении риск развития ПКТ был также максимальным у лиц, которым ТТ не был проведен, а минимальным – у лиц с неподтвержденным диагнозом ИБС. На кривых Каплана-Мейера для ПКТ у лиц с ИБС ≈ 5 лет имеется «перекрест» кривых, когда прогноз лиц с ИБС и отрицательным результатом ТТ на ишемию становился достоверно хуже, чем у лиц с ИБС с положительным результатом ТТ ($p=0,0003$), что может объясняться тем, что большинству пациентов с положительным результатом ТТ была проведена реваскуляризация в этот период времени (45 % во время реф. госпитализации и 58 % после выписки).

Заключение. При сохранении у лиц с ИБС отрицательной прогностической значимости факта невыполнения ТТ, выявлена инверсия прогностического значения его результатов при увеличении срока наблюдения более 5 лет, вероятно обусловленная влиянием проведенной в последствии реваскуляризации у подавляющего большинства больных ИБС с положительным результатом ТТ на ишемию.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС РЕГИСТРА ПРОГНОЗ ИБС ПО ДАННЫМ 7 ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Толыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Мазаев В.П., Деев А.Д.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Изучение прогностического значения поражения ОС ЛКА различной выраженности по данным КАГ у больных стабильной ИБС.

Материал и методы. В анализ включены данные 504 пациентов с установленным в 2014 г жизненным статусом из 541 пациента с верифицированной стабильной ИБС из регистра ПРОГНОЗ ИБС, которым была проведена плановая КАГ в 2004–2007 гг. Ср. длительность наблюдения составила 7,3 года. Был проведен анализ прогностической значимости поражения ОС ЛКА различной выраженности (<30 %, 30–50 %, >50 %). Первичная комбинированная КТ (ПКТ) включала все случаи ОС, фатальных и нефатальных ССО (ИМ, ОНМК/ТИА). ВКТ – ОС, фатальные и нефатальные ССО, госпитализации в связи с ухудшением течения ИБС, реваскуляризации любого сосудистого бассейна.

Результаты. Ежегодная частота развития ПКТ составила 6 %, ВКТ – 16 %, ОС 2,6 %. Поражение ствола ЛКА имел 81 пациент: 23 (4,6 %) – стеноз 15–29 %, 15 (3 %) – 30–49 % и 43 – (8,5 %) \geq 50 %. В связи с малочисленностью первых двух групп и сходной частотой ПКТ, пациенты со стенозами ОС ЛКА от 15 до 49 % были объединены в одну группу со стенозом <50 % из 38 человек (7,5 %). Стеноз \geq 50 % было выявлено у 470 пациентов: поражение 1 бассейна у 99 (20 %), двух у 117 (23 %) и трех у 269 (53 %). 281 (56 %) больных имели трехсосудистое поражение. Риск развития ПКТ достоверно повышалось наличие стеноза ствола ЛКА любой значимости в 2,5 раз ($p=0,0001$), стеноза <50 % в 2,1 раз ($p=0,01$), стеноза \geq 50 % – ОР 2,8 ($p=0,0001$), ОР развития ВКТ в ОР 2,7 ($p=0,0001$), в 2,2 ($p=0,0001$), в 3,0 ($p=0,0001$), ОР смерти от всех причин в 2,5 ($p=0,001$), 2,3 ($p=0,005$) и 2,7 ($p=0,0003$) раз соответственно. Высокая прогностическая значимость для стеноза ОС ЛКА как <50 %, так и >50 % сохранялась в многомерном анализе при учете таких прогностически значимых факторов, как пол, возраст, клиничко-анамнестические данные, ХСН и коморбидные заболевания, многососудистое поражение и проведение реваскуляризации. 7 летняя смертность среди пациентов со стенозом ОС ЛКА <50 % и >50 % составила 34,2 % и 39,5 % соответственно против 20,3 % без стеноза ОС ЛКА.

Заключение. Высокая частота смерти, фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий, потребности в реваскуляризации при стенозе ОС ЛКА >15 % свидетельствует о необходимости учета любого поражения ОС ЛКА в стратификации риска у пациентов с хронической ИБС.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

Торкашова Е.В., Жук Е.А., Корягина Н.В., Мясоедова С.Е.

ГОУ ВПО ИвГМА МЗ РОССИИ, Иваново, Россия

Цель: изучить структуру сопутствующей патологии и выявить ее особенности у пациентов с ХОБЛ.

Материал и методы: 72 пациента с ХОБЛ, обследованные на пульмоприеме ОБУЗ ГКБ № 4 г. Иваново, наблюдались в 2014–2015 гг. 86,1 % из них мужчины в возрасте 65,3 \pm 6,8 лет, у 61,1 % пациентов тяжесть ХОБЛ соответствовала средней степени, у остальных – тяжелой и крайне тяжелой степени. Индекс курения составил 42 [30;50,5] пачек/лет. Значение индекса САТ 19,9 \pm 7,2 баллов, ОФВ1 51,7 \pm 14,5 %, число обострений в год 1,3 \pm 0,63. 80,6 % пациентов получали терапию ингаляционными глюкокортикостероидами и/или β 2 агонистами и/или М-холинолитиками продленного действия, 19,4 % – бронхолитиками по потребности.

Результаты: 68 пациентов (94,4 %) имели сопутствующие заболевания. Чаще встречалась сердечно-сосудистая патология (90,3 %), с преобладанием артериальной гипертензии (87,5 %) преимущественно 2 и 3 степени. 52,8 % пациентов страдали хронической сердечной недостаточностью (ХСН), 27,7 % – ИБС (стенокардия напряжения, безболевого ишемия миокарда, инфаркт миокарда), 19,4 % – нарушениями ритма, 12,5 % – патологией венозного русла (тромбофлебит, варикозная болезнь нижних конечностей), 6,9 % – ОНМК, 5,6 % – облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Метаболические и эндокринные заболевания выявлены у 40,3 % пациентов с ХОБЛ: ожирение у 30,6 %, сахарный диабет 2 типа – у 12,5 %, многоузловой зоб – у 2,8 % пациентов. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) отмечена в 34,8 %, чаще гастродуоденит и гастрит у 25 %, язвенная болезнь в анамнезе у 18,1 %, патология гепато-билиарной системы у 7 %

пациентов. У 9,7 % пациентов выявлены онкологические заболевания: рак легкого, рак кишечника, множественная миелома, миома матки. У 33,3 % пациентов была пневмония в анамнезе. Пациенты с ХОБЛ в 52,8 % имели 3 и более коморбидных состояния. Отмечалось сочетание сердечно-сосудистой патологии с эндокринологической у 38,9 % и с заболеваниями ЖКТ у 29,2 % пациентов. У пациентов с тяжелым и крайне тяжелым ХОБЛ достоверно чаще выявлялась патология ЖКТ ($p=0,007$), а также ее сочетание с сердечно-сосудистой патологией ($p=0,04$) и псориазом ($p=0,035$). В течение года случился один летальный исход (1,4 %) по причине рака легкого. Новые сердечно-сосудистые события возникли у 5 пациентов (7,0 %): у 3 из них развился инфаркт миокарда, у 1 – ишемический инсульт, у 1 – нестабильная стенокардия. Имеется взаимосвязь степени тяжести ХОБЛ с наличием хронического легочного сердца ($r=0,38$, $p=0,0009$), гастродуоденитов ($r=0,3$, $p=0,02$), язвенной болезни ($r=0,3$, $p=0,008$); интенсивности курения с частотой пневмоний ($r=0,35$, $p=0,005$) и гепатитов ($r=0,27$, $p=0,02$). Число обострений ХОБЛ за год коррелировало с наличием ХСН ($r=0,3$, $p=0,02$).

Заключение: ХОБЛ отличается высокой коморбидностью, нарастающей с увеличением тяжести заболевания. В структуре коморбидности преобладают сердечно-сосудистые заболевания с высоким риском прогрессирования и развития новых событий, а также метаболические и эндокринные, желудочно-кишечные заболевания и их сочетания. Наличие ХСН увеличивает частоту обострений ХОБЛ.

ТИП ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ЗАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Трегубов А.В., Савельев А.А., Шубик Ю.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, Научно-Клинический и образовательный центр «Кардиология», Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить значение профиля диастолического заполнения левого желудочка для прогнозирования контроля синусового ритма при пароксизмальной и персистирующей фибрилляции предсердий.

Материал и методы. В ретроспективное исследование был включен 61 пациент, 10 с персистирующей фибрилляции предсердий (0,16), 32 женщины (0,52). Пациенты при включении в исследование разделялись на две группы в зависимости от характеристик трансмитрального кровотока: группа № 1 – с нормальным диастолического заполнения левого желудочка и с I типом нарушения диастолического заполнения левого желудочка (37 пациентов, 0,61); группа № 2 со II и III типами нарушения диастолического заполнения левого желудочка (24 пациента, 0,39). Контроль ритма осуществлялся с использованием препаратов IC и III классов антиаритмических средств у 30 пациентов (0,49), у 31 была выполнена радиочастотная изоляция устьев легочных вен. Состав групп при включении в исследование не различался по полу, возрасту и проценту пациентов, подвергшихся радиочастотной изоляции устьев легочных вен. Наблюдение пациентов после начала лечения осуществлялось по схеме: контрольные визиты проводились через 3 и 12 месяцев после начала лечения, в ходе каждого визита выполнялись опрос пациента, сбор данных релевантного анамнеза, и, по показаниям, электрокардиография и суточное мониторирование ЭКГ. Критерием успеха проводимого лечения являлось отсутствие симптомных и подтвержденных инструментальными данными пароксизмов фибрилляции предсердий продолжительностью более 30 секунд. Потребность в назначении другого антиаритмика вместо назначенного на первом этапе исследования или назначение антиаритмика через 3 месяца и более после РЧА являлись критерием неэффективности проводимого лечения.

Результаты. С учетом данных критериев лечение было расценено как успешное в группе № 1 в 25 случаях (0,68) и в группе № 2 в 3 случаях (0,13), разница между группами достоверна ($p<0,05$).

Заключение. Выявление II и III типов нарушения диастолического заполнения левого желудочка делает менее вероятным успех контроля синусового ритма при пароксизмальной и персистирующей фибрилляции предсердий.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РИСК БЕССИМПТОМНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

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

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

Цель: У больных артериальной гипертонией, сахарным диабетом 2 типа и когнитивными нарушениями оценить риск развития бессимптомного инсульта.

Материал и методы: В условиях городской поликлиники в исследование включено 120 пациентов с верифицированным диагнозом АГ I–III стадии и недостаточным контролем уровня артериального давления (АД). Средний возраст больных составил $57,2 \pm 5,5$ года. Пациенты с АГ имели вторую степень повышения уровня АД на фоне СД 2 типа легкой или средней степени тяжести в стадии компенсации при уровне гликированного гемоглобина 6,25 %. Отмечалась высокая частота сопутствующих заболеваний и факторов сердечно-сосудистого риска, осложняющих течение АГ. Для оценки психического статуса и когнитивных функций использовалась шкала Mini Mental State Examination (MMSE), где при сумме 24–27 баллов выявлялись легкие когнитивные нарушения.

Результаты. Для клинического определения вероятности и частоты амбулаторных «немых» инсультов у 20 больных АГ с СД или без него и выявленными нарушениями когнитивных функций легкой степени проводили оценку признаков по сумме баллов (от 1 до 3 баллов). Учитывали следующие клинические признаки: наличие АГ (1 балл), степень АГ 1 (1 балл), степень АГ 2 (2 балла), степень АГ 3 (3 балла). Продолжительность АГ до 5 лет – 1 балл, 5–10 – 2 балла, более 10 лет – 3 балла. Наличие СД – 1 балл, уровень гликированного гемоглобина при отсутствии осложнений $HbA1 < 6,5\%$ – 1 балл, $HbA1 < 7,0\%$ – 2 балла, $HbA1 < 7,5\%$ – 3 балла; при наличии осложнений уровень гликированного гемоглобина $HbA1 < 7,0\%$ – 1 балл, $HbA1 < 7,5\%$ – 2 балла, $HbA1 < 8,0\%$ – 3 балла. Продолжительность СД до 5 лет – 1 балл, 5–10 лет – 2 балла, более 10 лет – 3 балла. Ассоциированное клиническое состояние АГ с ИБС – 1 балл, функциональный класс стенокардии: ФК I – 1 балл, ФК II – 2 балла, ФК III – 2,5 балла, ФК IV – 3 балла. Продолжительность ИБС до 5 лет – 1 балл, 5–10 лет – 2 балла, более 10 лет – 3 балла. Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе – 1 балл, более 5 лет – 2 балла, менее 5 лет – 3 балла. Возраст больных: до 55 лет – 1 балл, 55–65 лет – 2 балла, старше 65 лет – 3 балла. Приверженность к лечению: постоянный прием препаратов – 1 балл, нерегулярный прием – 2 балла, отсутствие приема – 3 балла. Курение – 1 балл, курение до 10 лет – 1 балл, 10–20 лет – 2 балла, более 20 лет – 3 балла. Больные были разделены на две группы по 10 человек в каждой в зависимости от отсутствия или наличия СД 2 типа. При сумме баллов более 22 определяли соответственно высокую, при сумме баллов от 15 до 21 – умеренную, при сумме баллов менее 14 – низкую вероятность наличия перенесенного амбулаторного «немого» инсульта. При этом у больных АГ с СД 2 типа и когнитивными нарушениями риск высокой вероятности бессимптомного инсульта на 50 % и более выше, чем у пациентов без СД.

Заключение. При наличии когнитивных нарушений вероятность перенесенного бессимптомного инсульта возрастает у больных АГ на фоне СД 2 типа, что следует учитывать в амбулаторной практике для ранней диагностики указанных состояний, оценки сердечно-сосудистого риска и выбора лечебной тактики.

«НЕМЫЕ» ИНСУЛЬТЫ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Тюкалова Л.И., Варлакова Н.Н., Лукьянова М.А.

ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздравсоцразвития России, Томск, Россия

Цель. Определить вероятность и частоту наличия перенесенных «немых» инсультов у пациентов с гипертонической болезнью на фоне сахарного диабета 2 типа или без него.

Материал и методы. В исследование включено 20 пациентов в возрасте от 55 до 85 лет, средний возраст пациентов – 65 ± 5 лет с гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД) или без него, с ишемической болезнью сердца или без нее. Пациентам проводились общеклинические исследования, учитывались уровень артериального давления, уровень глюкозы крови (исследовалась цельная плазма, натощак), данные компьютерной томографии, неврологический осмотр. Компьютерная томография проводилась с целью выявления очагов перенесенного инсульта (наличие характерных постинсультных кист). Для определения этиологии кисты (посттравматическая или постинсультная) использовалась методика морфометрических параметров и интенсивности МР-сигнала. Для определения вероятности и частоты

наличия перенесенных амбулаторных «немых» инсультов применялся способ определения вероятности выявления перенесенных «немых» инсультов. Способ заключался в применении шкалы оценки тяжести с такими признаками, как возраст пациента, артериальная гипертония, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, курение, приверженность к лечению, а также их степень и длительность наличия признака. Показатели оценивались по 3 балльной шкале. Сумма баллов более 22 определяла высокую вероятность, сумма баллов от 15 до 21 – умеренную и сумма баллов менее 15 – низкую вероятность наличия перенесенного «немого» инсульта.

Результаты. Проанализировав данные компьютерной томографии головного мозга у больных ГБ, поступающих в инсультный центр, мы можем утверждать, что у пациентов страдающих артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 2 типа, «немые» инсульты происходят чаще на 80 % ($p < 0,001$), чем у пациентов без диабета. Пациенты с артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 2 типа значительно чаще на 50 % ($p < 0,001$) имеют высокую вероятность наличия перенесенного амбулаторного «немого» инсульта, чем пациенты с артериальной гипертонией без диабета.

Заключение. Исследование установило, что «немые» инсульты у пациентов с АГ на фоне СД 2-го типа случаются в 8 раз чаще, чем у пациентов с АГ без СД. Так же пациенты с диабетом имеют на 50 % чаще высокий уровень наличия перенесенных «немых» инсультов. Это исследование позволило сделать патент на способ клинического определения амбулаторного инсульта, что позволяет с наибольшей точностью прогнозировать клиническую вероятность наличия перенесенного амбулаторного «немого» инсульта у больных АГ на фоне сахарного диабета или без него.

ДЛИТЕЛЬНЫЙ БЕСКОНТРОЛЬНЫЙ ПРИЕМ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВЕДЕТ К ОСЛОЖНЕНИЯМ

Тюкалова Л.И., Сотникова Л.С., Павлова И.Б., Коремина Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Препараты менопаузальной гормональной терапии (МГТ) небезопасны в отношении тромботических осложнений у женщин (риск возрастает в 2–9 раз).

Цель: определение взаимосвязи менопаузальной гормональной терапии и частоты возникновения немассивных тромбоэмболий легочной артерии, изучение клиники немассивной ТЭЛА у пациенток, принимающих менопаузальную гормональную терапию. Описать маски, под которыми протекает немассивная ТЭЛА.

Материал и методы. Исследовано 40 женщин в климактерическом периоде. Выделено две группы пациенток: 20 женщин принимали менопаузальную гормональную терапию, 20 не принимали. Для верификации ТЭЛА проводили исследование коагулограммы, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ и перфузионную сцинтиграфию легких.

Результаты. У 5 женщин (25 %) при длительном бесконтрольном приеме МГТ (от 5 до 10 лет) была выявлена немассивная тромбоэмболия в системе ветвей легочной артерии. В группе контроля не было выявлено ни одного случая немассивной ТЭЛА. При обращении все пациентки предъявляли жалобы на одышку и чувство нехватки воздуха, у одной – кардиалгия, у двух пресинкопальное состояние на фоне повышенного АД. В связи с данными жалобами эти женщины наблюдались у терапевта с самыми разными диагнозами: НЦД, хронический бронхит, гипертоническая болезнь, ХОБЛ и др. Всем пациенткам были проведены рутинные методы диагностики: ЭКГ (были выявлены признаки перегрузки правых отделов сердца в виде *p-pulmonale*, сдвиг переходной зоны в V5-V6 и появление неполной блокады ПНПГ), рентгенологически у 3 из 5 пациенток были выявлены релаксация купола диафрагмы со стороны ТЭЛА и признаки гиповолемического легкого, на ЭхоКГ появилась трикуспидальная регургитация, повышение СДПЖ. Из пяти пациенток у двух Д-димер был положительным, у остальных – отрицательным. Для верификации диагноза была проведена сцинтиграфия легких, которая у всех выявила признаки гипо- и аперфузии легочной ткани, что является подтверждением немассивной ТЭЛА.

Заключение. Таким образом, немассивная ТЭЛА отличается выраженным полиморфизмом клинических проявлений и может протекать под маской различных заболеваний. В диагностике ТЭЛА у женщин, принимающих МГТ, необходимо учитывать и анализировать одышку, провоцирующие факторы нарушений гемостаза (прием МГТ или КОК), возможные врожденные нарушения в системе гемостаза (АФС, гипергомоцистеинемия и др.), перегрузку правых отделов сердца, вышеуказанные рентгенологические признаки и своевременно проводить перфузионную сцинтиграфию. Кроме того, очень важно преодолеть инерцию мышления врача в отношении немассивной ТЭЛА, поскольку эта сложная сосудистая патология объединяет многие специальности. Необходимо знание особенностей ее многоликой клинической картины и тактики ведения таких пациенток.

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усачева Е.В., Нелидова А.В., Бунова С.С., Супрун Е.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Омский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия

Цель. Определить частоту встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска в зависимости от тяжести ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. Исследование проведено на базе БУЗ ОО «Городская клиническая больница № 1 им. Кабанова А.Н.». В исследование вошло 159 пациентов с ИБС в возрасте $55,0 \pm 6,8$ лет. Все пациенты разделены на 4 группы: 1 группа – 17 пациентов с ИБС без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, 2 группа – пациенты с ИБС и наличием в анамнезе острого (первичного) ИМ, 3 группа – пациенты с ИБС и наличием в анамнезе двух сосудистых событий (повторный ИМ или ИМ и стентирование коронарных артерий), 4 группа – пациенты с ИБС, которым проведено аортокоронарное шунтирование. Наличие психосоциального стресса определялось путем оценки самим пациентом своей жизненной ситуации как стрессовой. Анализ полученных данных проводился с использованием STATISTICA 6,0. Сравнение частот бинарного признака проводили с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05.

Результаты. При анализе частоты встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР) у больных ИБС установлено, что на момент первого сосудистого события возраст у пациентов был старше 55 лет у мужчин и старше 65 – у женщин (далее «возраст») в 77,4 % случаев, курение в анамнезе отмечено у 67,3 % пациентов, дислипидемия выявлена у 62,9 %, психосоциальный стресс – у 65,4 %, ожирение в 45,3 % случаев, 38,9 % пациентов имели наследственную отягощенность по ИМ, 26,4 % страдали гиподинамией, у 15,1 % больных был сахарный диабет. При анализе перечисленных ФССР по группам установлено, что наследственная отягощенность по ИБС в наибольшем проценте случаев выявлена в 4 группе (62,5 %), и статистически значимо отмечалось снижение частоты встречаемости данного ФССР в 3 группе (39,6 %, $p=0,49$), 2 группе (32,3 %, $p=0,01$) и 1 группе (29,4 % ($p=0,037$)). Ожирение выявлено в 4 группе пациентов лишь в 25 % случаев и это статистически значимо реже по сравнению с 3 группой (56,6 %, $p=0,01$) и статистически незначимо по встречаемости данного фактора риска во 2 (44,6 %, $p=0,093$) и 1 (41,2 %, $p=0,27$) группах. Заслуживают внимания результаты по наличию психосоциального стресса. Так, наиболее часто психосоциальный стресс выявлялся в 4 группе пациентов (75,0 %), в то время как в 3 группе данный показатель составил 67,9 % ($p=0,53$), во 2 группе – 66,2 % ($p=0,43$) и в 1 группе – 41,2 % ($p=0,029$). Не выявлено статистически значимых различий между группами по частоте встречаемости таких ФССР, как «возраст», курение, дислипидемия, сахарный диабет, гиподинамия.

Заключение. Таким образом, наиболее часто у больных ИБС встречается такой некорректируемый ФССР, как «возраст», из корректируемых – курение, дислипидемия и психосоциальный стресс. Прямая зависимость частоты встречаемости психосоциального стресса и тяжести ИБС возможно связана с типом личности пациентов и образом жизни, а, возможно, обусловлена тяжестью течения ИБС и наличием в анамнезе самой процедуры аортокоронарного шунтирования. Группа пациентов с наиболее тяжелым клиническим вариантом ИБС, то есть имеющих многососудистый гемодинамически значимый атеросклероз коронарных артерий и перенесшие аортокоронарное шунтирование, в наибольшем проценте случаев имела отягощенную наследственность по ИБС. Однако, у этой же группы пациентов отмечена наименьшая частота встречаемости такого фактора риска, как ожирение.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ В СВЕРХМАЛЫХ ДОЗАХ

Усачёва М.Н., Калинина Е.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Цель. Изучить особенности течения хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ХСН с СФВ) при ревматоидном артрите (РА), а также улучшить качество лечения пациентов с РА и со-

путствующей сердечной недостаточностью путем включения в базисную терапию антицитокиновых препаратов на основе сверхмалых доз антител к ФНО- альфа (артрофоон- А) и интерферону – гамма (анаферон -Ан).

Материал и методы. В исследовании принимало участие 46 пациентов с достоверным диагнозом РА (по критериям АРА) и наличием ХСН с СФВ (согласно национальным рекомендациям по диагностике ХСН, IV пересмотр). Пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1-ая группа (26 человек) наряду с терапией РА (НПВС, метотрексат) получала терапию А и Ан в дозе 8 таб в сутки, 2-ая группа (20 человек) – получала плацебо. Распределение по полу: 37 женщин и 9 мужчин. Средний возраст составил 34–58 лет. По шкале ШОКС пациенты имели I и II ФК сердечной недостаточности. Длительность наблюдения составила 1 год. Наряду с оценкой динамики уровня ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-6, учитывалась динамика симптомов и клинических проявлений ХСН (шкала ШОКС), динамика индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) по данным ЭхоКГ, частота развития сердечно-сосудистых событий (госпитализаций ввиду обострения и ухудшения течения ХСН, развития нарушений ритма, осложненных гипертонических кризов, ОКС, инсульта, внезапной сердечной смерти).

Результаты. Получены данные о достоверном снижении уровня провоспалительных цитокинов (ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-6) уже после 3-х месяцев терапии у большинства пациентов 1-ой группы, а к 12 мес терапии уровень их снижения составил 32 % от исходного, тогда как во 2-ой группе положительная динамика цитокинов не превышала 3 %. Оценка клинических симптомов ХСН (по ШОКС в баллах) через 12 мес терапии: в 1-ой группе у 60 % пациентов I ФК отмечалось снижение показателей с $2,9 \pm 0,1$ до $2,4 \pm 0,8$, у 36 % пациентов II ФК – с $6,6 \pm 1,1$ до $5,4 \pm 0,4$. У 4 % пациентов 1-ой группы не отмечалось существенных изменений симптомов ХСН, в контрольной группе этот показатель составил – 88 %. Средний показатель ИММЛЖ у пациентов 1-й группы составил до начала терапии $132,5 \text{ г/м}^2$, через 12 мес – $124,3 \text{ г/м}^2$. ИММЛЖ у большинства пациентов 2-й группы на фоне терапии не изменялся, а у 14 % пациентов отмечалась тенденция к увеличению данного показателя. За время наблюдения в 1-ой группе пациентов не было зарегистрировано случаев развития фатального и нефатального сердечно-сосудистого осложнения. В контрольной группе у 2 пациентов потребовалась госпитализация в связи с развитием суправентрикулярных нарушений ритма, ухудшением течения ХСН, 1 пациент был госпитализирован ввиду развития гипертонического криза.

Заключение. На фоне комбинированной фармакотерапии А и Ан у больных РА отмечается положительная динамика клинических симптомов ХСН с СФВ. Нейтрализация провоспалительных цитокинов и патогенетических путей поражения сердца, в которых они участвуют, является перспективным направлением в профилактике и лечении пациентов РА с сопутствующей ХСН с СФВ.

РАЗРАБОТКА И МОДИФИКАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Усков В.В.

БУЗ Воронежской области «Воронежская ГКБ № 3», Воронеж, Россия

Артериальная гипертензия в 70–80 % случаев протекает на фоне сахарного диабета. Невысокая эффективность обычного традиционного лечения требуют модификации методов лечения с дополнительным назначением препаратов антиоксидантного и метаболического действия.

Цель. Исследования оценки прогностических моделей и на их основе создание удобных и эффективных алгоритмов, методик и программного обеспечения для практического использования врачами и пациентами.

Материал и методы. Для построения математического описания тесноты связей между комплексами (векторами), описывающими содержание глюкозы в крови пациента в разные моменты времени и количества гипогликемических препаратов, использовали метод канонических корреляций, который дает возможность одновременно анализировать взаимосвязь нескольких выходных показателей (концентраций глюкозы в крови) и нескольких определяющих факторов (дозировок гипогликемического препарата).

Результаты. Алгоритм расчетов метода канонических корреляций строится таким образом, что исходные переменные заменяются их линейными комбинациями (каноническими переменными). Основная цель применения этого метода состоит прежде всего в поиске максимальных связей между каноническими переменными. Одна из основных задач, решаемых в ходе анализа канонических корреляций, заключается в отыскании такой пары значений канонических переменных, которой соответствует максимальное значение канонического коэффициента корреляции. В случае канонического корреляционного анализа единственным субъективным шагом является разделение исследуемой базы свойств на две совокупности (два списка) переменных. При вычислении канонических корней рассчитывают собственные значения матрицы парных корреляций. Эти значения равны доле дисперсии, объясняемой корреляцией между соответствующими каноническими переменными. Параметры, входящие в канонические переменные, обладают различными весами.

Заключение. Таким образом, построенные модели соответствуют клиническому опыту лечения заболеваний и углубляют понимание их природы, а применение методов математического моделирования тесно связано с созданием эффективных алгоритмов и программ, позволяющих производить численное исследование созданных моделей, статистическое оценивание их параметров, нахождение оптимальных управлений исследуемыми процессами и т.п

АНАЛИЗ И ОПТИМИЗАЦИЯ МАТЕМАТИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОПРОСОВ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССАМИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Усков В.В.

БУЗ Воронежской области «Воронежская ГКБ № 3», Воронеж, Россия

Гипертоническая болезнь, относится к наиболее распространенным и опасным заболеваниям. Индивидуальный подход к лечению помогает избежать осложнений и кризисных ситуаций.

Цель. Разработка вопросов управления процессами лечения гипертонической болезни, протекающей на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы. Для решения поставленных задач использовались методы и положения теории системного анализа, управления и обработки информации в медицинских системах, многомерного статистического анализа, математического и компьютерного моделирования, экспертного оценивания и реализованы в виде Экспертной системы «Диабет-эксперт».

Результаты. Пациенты 1 группы применяли разработанную информационную технологию. Во 2 группе специальные статистические методы не применялись. Для организации исследований был разработан пользовательский интерфейс, который обеспечивал сопоставление временных срезов болезни и индивидуальной динамики больного. Для каждого пациента индивидуально составлялась математическая модель, которая связывала количество глюкозы в крови и суточную дозировку гипогликемических препаратов. Результаты формировались в виде статистических контрольных карт и в цифровом варианте, что позволяло достичь максимума информации о качестве терапии. Экспертная система имела модульную структуру, которая включала в себя конструктор предметной области, исследовательский модуль и экспертный модуль. Статистический анализ сравнительного эксперимента показал, что применение разработанной экспертной системы в мониторинге терапии приводил к статистически значимому ($p < 0,05$) снижению среднесуточной гликемии и вариабельности содержания глюкозы в крови, а также уменьшению гипогликемий и гипергликемий, и тем самым способствовал лучшей компенсации сахарного диабета.

Заключение. Таким образом, разработанное программное и информационное обеспечение для самоконтроля при лечении гипертонической болезни, протекающей на фоне сахарного диабета показало эффективность и статистическую достоверность разработанных положений о процессе самоконтроля. Реализованный модульный программный комплекс, соответствующий современным требованиям технологии «клиент-сервер» способствовал устойчивости системы к исключительным ситуациям и возможности интеграции с другими комплексами.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОЗО-ИНСУЛИНО-КАЛИЕВОЙ СМЕСИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Усков В.М., Усков М.В.

Воронежский институт государственной противопожарной службы МЧС России, Воронеж
БУЗ Воронежской области «Воронежская ГКБ № 3», Воронеж, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания и особенно острый коронарный синдром остаются основной причиной высокой смертности и инвалидизации населения во всём мире. Поэтому вопросы раннего выявления, комплексного лечения и профилактики данного заболевания остаются актуальными. В связи с опубликованием противоречивых результатов в ряде исследований в последние годы, интерес к применению глюкозо-инсулино-калиевой смеси, (поляризирующая смесь) у кардиологических больных возродился.

Цель. Исследование динамики развития и эффективность применения глюкозо-инсулино-калиевой смеси больным с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. Использовался широкий спектр клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Было обследовано 48 больных острым коронарным синдромом, лечение которым проводилось с назначением поляризующей смеси, и 40 пациентов при лечении которых поляризующая смесь не применялись, составляли 2 (контрольную) группу.

Результаты. Параметры больных обеих групп при поступлении достоверно значимых различий не имели ($p > 0,05$). При лечении поляризующей смесью течение острого коронарного синдрома было более благоприятным, а именно, уменьшалось число сердечных сокращений, купировались и не возобновлялись приступы пароксизмальной тахикардии, значительно снижалось количество больных с мерцательной аритмией и экстрасистолией. Прослеживалась тенденция, показывающая усиление анальгезирующего эффекта на фоне лечения больных поляризующей смесью. Улучшались объёмные показатели сердца при ультразвуковом исследовании, в результате чего уменьшалось количество больных с прогрессированием недостаточности кровообращения. Исследуя лабораторные данные у больных, получавших во время лечения глюкозо-инсулино-калиевую смесь и тех, которым эти препараты не применялись, было выявлено значительное повышение уровня активности ферментов, лейкоцитов и СОЭ к третьему и пятому дню лечения с последующим их снижением. Обращал на себя внимание то, что в 1 группе эти показатели были ниже, чем во 2, хотя различия их достоверной значимости не имели ($p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, применение глюкозо-инсулино-калиевой смеси позволило добиться более благоприятного течения острого коронарного синдрома, о чём говорило замедление процессов ремоделирования левого желудочка, а в некоторых случаях наблюдалось его обратное развитие, уменьшение количества осложнений, включая фатальные.

ЦИТОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Усков В.М., Маркова Е.В.

Воронежский институт государственной противопожарной службы МЧС России, Воронеж, Россия

В России около 30 % населения страдают артериальной гипертонией. У 80–85 % больных наблюдается сочетание артериальной гипертонии с ожирением.

Цель. Оценка клинической эффективности дибикора в лечении больных артериальной гипертонией протекающей на фоне ожирения.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование двух групп больных артериальной гипертонией в сочетании с ожирением. Изучены материалы 64 пациентов с артериальной гипертензией на фоне ожирения. В 1 группе больных, лечение которых проводилось с назначением дибикора, входило 34 человека (15 мужчин и 19 женщин). Во 2 (контрольную) группу входило 30 больных (14 мужчин и 16 женщин). Этим пациентам проводилась базисная терапия без применения дибикора. Оценивались следующие параметры заболевания: продолжительность болевого синдрома, частота аритмий, гемодинамические показатели, сократительная способность миокарда при ультразвуковом исследовании, ЭКГ.

Результаты. Во всех группах преобладали сухость во рту, жажда и слабость. Затем по частоте имели место головокружение и головная боль. Различия между группами статистически незначимы ($p > 0,05$). После лечения произошло достоверное уменьшение количества жалоб в обеих группах ($p < 0,05$). Однако, в 1 группе количество больных, которые жаловались на сухость во рту, жажду, слабость было достоверно меньше, чем в контрольной группе. По мере лечения дибикором частота сердечных сокращений имела тенденцию к уменьшению, вследствие чего количество больных с тахикардией стало достоверно меньше. Приведенные результаты показывают, что у больных обеих групп исходно преобладали нарушения ритма по типу экстрасистолии ($p < 0,01$). В процессе лечения в 1 группе достоверно ($p < 0,05$) уменьшилась частота возникновения экстрасистолий. Купированная в процессе проведения интенсивной терапии пароксизмальная желудочковая тахикардия в последствие, за период наблюдения не повторялась. В контрольной группе после купирования пароксизмальной тахикардии, отмечался её рецидив у 1 больного на фоне проведения антиаритмической терапии. Нарушение проводимости у пациентов на фоне лечения дибикором уменьшилось на 4,7 %. В контрольной группе этот показатель не изменился. Динамика ЭКГ показала, что в 1 группе, где лечение проводилось с назначением дибикора, наблюдалось более быстрое возвращение зубца Т к изолинии, а затем он принимал положительную форму. К 30 дню лечения все больные имели положительный зубец Т. В группе больных, которым в лечении применялся дибикор, имело место достоверное улучшение показателей объёмных характеристик сердца

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у больных артериальной гипертонией, протекающей на фоне ожирения, отмечаются выраженные клинические нарушения и изменения углеводного, липидного обменов, гомеостаза, требующие не только стандартной медикаментозной коррекции, но и включения дополнительной цитопротекторной терапии этой патологии. Дополнение стандартной терапии применением дибикораспособствует улучшению клинической картины заболевания, лабораторных и инструментальных показателей.

ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Усков В.М., Усков М.В.

Воронежский институт Государственной противопожарной службы МЧС России, Воронеж
БУЗ Воронежской области «Воронежская ГКБ № 3», Воронеж, Россия

Тяжесть, острого коронарного синдрома, частота смертельных исходов, инвалидизация пациентов всецело определяются осложненными формами этого заболевания.

Цель. Выбор лечения больных с острым коронарным синдромом на фоне ожирения, который определяется наличием жизнеугрожающих осложнений заболевания и прогнозируемым типом течения или исхода заболевания.

Материалы и методы. Проводилось использование клинико-математических методов прогноза. Искусственные нейросети, имеющие большие возможности, чем методы традиционного статистического моделирования.

Результаты. Каждый нейрон в нейронной сети осуществляет преобразование входных сигналов в выходной сигнал и связан с другими нейронами. Входные нейроны формируют интерфейс нейронной сети. Нейронная сеть имеет слой, принимающий входные сигналы, и слой, генерирующий выходные сигналы. Информация вводится в нейронную сеть через входной слой. Все слои нейронной сети обрабатывают эти сигналы до тех пор, пока они не достигнут выходного слоя. При обучении нейронной сети использовались идеальные или эталонные значения пар <входы-выходы> или <учитель>, который оценивал поведение нейронной сети. Для успешного обучения сети требуется последовательно уменьшать величину функции ошибки, которая достигается настройкой межнейронных связей. Обобщенное дельта-правило обучает сеть путем вычисления функции ошибки для заданного входа с последующим ее обратным распространением от каждого слоя к предыдущему. Прогнозирование развития осложнений трансмурального инфаркта миокарда у больных с ожирением является одной из важнейших оценок, точность которой в основном определяет оптимальный выбор лечебных воздействий. С учетом полученного прогноза к базовой терапии целесообразно добавлять превентивные мероприятия, соответствующие прогнозируемому осложнению.

Заключение. Таким образом, для прогнозирования течения и развития осложнений у больных с острым коронарным синдромом на фоне ожирения разработана многослойная однородная нейросетевая модель с передаточной функцией в виде экспоненциальной сигмоиды, обученная на основе модифицированного алгоритма «обратного распространения ошибки». В качестве входных переменных моделей применяется оптимизированное множество характеристик больных, отобранных с использованием метода экстремальной группировки.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Усков В.М., Усков В.В., Маркова Е.В.

Воронежский институт Государственной противопожарной службы МЧС России, Воронеж
БУЗ Воронежской области «Воронежская ГКБ № 3», Воронеж, Россия

Артериальная гипертония продолжает занимать одно из ведущих мест в повышении риска развития сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смертности.

Цель. В едином программном комплексе практически осуществить извлечение нового медико-биологического знания из эмпирических данных и предоставить пользователю (врачу, пациенту) возможность использовать полученные данные для решения интересующих его задач.

Материал и методы. Интегрированная компьютерная система оптимального планирования лечения больных, включающая в себя подсистемы сбора и обработки архивной информации, построения формализованных моделей вариантов течения диабета с учетом специфики заболевания, идентификации состояния больного, выбора оптимального плана лечения.

Результаты. Для каждого больного индивидуально составляется математическая модель, связывающая содержание глюкозы в крови и суточную дозировку гипогликемических препаратов. Результаты выводятся в виде статистических графиков (контрольных карт) и в числовом виде. Экспертная система формирует прогнозы, комментарии и предложения на основании прогностических моделей. Для того чтобы определить потребность в гипогликемических препаратах рекомендуется вести дневник самоконтроля и анализировать его. Самоконтроль уровня глюкозы в крови пациентом дома или на работе является лучшим методом контроля при сахарном диабете. Когда изменения показателей обмена регулярно регистрируются в дневнике больного диабетом, то благодаря наглядности и пациенту, и врачу проще сориентироваться в сложившейся ситуации. Показатели обмена, документированные в течение длительного времени, облегчают взаимодействия с лечащим врачом. В основу современной технологии DataMining положена концепция образов (паттернов) отражающих фрагменты многомерных и многоаспектных взаимоотношений в данных. Основное назначение – дать визуальное и аналитическое представление о структуре изучаемых данных, выполнить задачу интерпретации данных в реальном масштабе времени и сигнализировать о выходе тех или иных параметров за допустимые пределы. Связующим звеном является интерфейсный модуль, обеспечивающий выбор режима работы и управляющий работой подсистем. В режиме работы консультанта по статистике возможна настройка подсистемы исследовательского блока, просмотр результатов статистического моделирования, заключений и выводов, сделанных врачами. Информационно-справочная система содержит информацию о работе с отдельными подсистемами комплекса. Справка реализуется в виде гипертекста, что облегчает работу и поиск необходимой информации.

Заключение. Таким образом, данная методика позволяет сделать формализованным и упорядоченным процесс назначения лечения и мониторинг его качества, который становится более точным, быстрым и простым. Кроме того, обуславливает оптимальность проводимого лечения, когда проводятся целевые медицинские мероприятия, позволяет избавиться от неоправданного расходования ресурсов, неизбежно возникающего при применении тривиальной терапии.

МОКСОНИДИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Усков В.М., Маркова Е.В.

Воронежский институт государственной противопожарной службы МЧС России, Воронеж, Россия

В развитии артериальной гипертонии определены более 300 различных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые обуславливают высокую инвалидизацию и смертность. Одним из основных факторов риска является ожирение, распространённость которого значительно увеличилось за последние три десятилетия.

Цель. Оценка эффективности моксонидина на динамику клинических, электрокардиографических и гемодинамических показателей при лечении больных артериальной гипертонией, протекающей на фоне ожирения.

Материалы и методы. При проведении сравнительного анализа некоторых показателей клинического течения артериальной гипертонии, протекающей на фоне ожирения больные, получавшие в процессе комплексного лечения моксонидином составили основную (первую) группу – 42 пациента. Те пациенты, при лечении которых моксонидин не применялся, составляли контрольную (вторую) группу – 40 человек. Сравнение проводилось по следующим параметрам: продолжительность болевого синдрома, частота аритмий, частота осложнений, летальность, гемодинамическая и сократительная способность миокарда при ультразвуковом исследовании, ЭКГ-динамика.

Результаты. Все больные с гипертонической болезнью, включенные в исследование, имели повышенный вес. При назначении моксонидина течение АГ, протекающей на фоне ожирения было более благоприятным, а именно, уменьшалось число сердечных сокращений, купировались и не возобновлялись приступы пароксизмальной тахикардии, значительно снижалось количество больных с мерцательной аритмией и экстрасистолией. Динамика ЭКГ показала, что в 1 группе, где лечение проводилось с назначением моксонидина, наблюдалось более быстрое возвращение зубца Т к изолинии (на 7–10 день), а затем принимал положительную форму. На 30 день лечения все больные этой группы имели положительный зубец Т. Уровень АД_{сисст.} на пятый день лечения достоверно снизился в обеих группах. Однако в группах, где в лечении применялся моксонидин этот показатель составил на 19,4 % меньше исходного уровня. В контрольной группе этот показатель был

равен на 12,6 % меньше исходных данных. Аналогичная динамика прослеживалась и относительно диастолического АД. ЧСС достоверно не менялась. Динамика уровня КДИ имела тенденцию к росту. Однако в 1 группе КДИ увеличивался медленнее, чем во 2 ($p < 0,05$). Аналогичная динамика прослеживалась и при наблюдении за уровнем КСИ ($p < 0,05$). Показатели УО и УИ до 10 дня лечения практически не отличались от исходных данных ни в основной группе, ни в контрольной. Различия на протяжении всех дней наблюдения, как между собой, так и относительно исходного уровня, статистически достоверной значимости не имели. УПС в 1 группе незначительно снижалась на 5 день заболевания. К 10 дню лечения УПС стало повышаться, в контрольной группе к этому времени – снижалась. К 30 дню лечения УПС в обеих группах незначительно повышалось.

Заключение. Лечение больных артериальной гипертонией, протекающей на фоне ожирения комбинацией традиционной терапии и моксонидина, установлены значимые позитивные изменения клинических, электрокардиографических и гемодинамических показателей.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДВУХ НЕЗАВИСИМЫХ ВЫБОРКАХ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ В СВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА (РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЛЕТНЕГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА)

Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Мирсайдуллаев М.М., Фатыхов А.И.,

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение и оценка динамику распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в двух независимых выборках женского населения 15–49 лет Ферганской долины в связи с наличием и отсутствием факторов риска, изученных с интервалом 9 лет.

Материал и методы. В двух самостоятельных выборках женского населения 15–49 лет Ферганской долины Узбекистана (количество обследованных в 1-ой выборке-912, во второй-2360 женщин) с использованием идентичных эпидемиологических, биохимических и инструментальных методов изучалась 9-летняя динамика ССЗ в связи с факторами риска. Для диагностики ССЗ и их факторов риска (ФР) развития применялись общепринятые критерии ВОЗ (1999).

Результаты. По результатам эпидмониторинга установлена, что в женской популяции 15–49 лет как в 1-ом, так и во 2-ом исследовании (с интервалом 9 лет) распространенность ССЗ (в целом и, неинфекционные заболевание в том числе) увеличивается при наличии следующих факторов риска: избыточной массы тела (от 18,4 до 26,5 %, $p < 0,05$), низкой физической активности (от 18,8 до 27,3 %, $p < 0,05$), нарушение питания (от 34,9 до 43,8 %, $p < 0,05$), артериальной гипертонии (от 15,8 до 27,9 %, $p < 0,05$), дислипидемии (от 32,4 до 41,1 %, $p < 0,05$), многодетности (от 20,6 до 30,4 %, $p < 0,05$), плохих жилищно-бытовых условий (от 15,0 до 29,2 %, $p > 0,05$), тяжелом физическом труде (от 17,0 до 24,6 %, $p < 0,05$) и низком труде образовательном статусе (от 12,6 до 187,7 %, $p > 0,05$). На старте эпидисследования эпидемиологические условия в отношении ССЗ в целом были сравнительно благоприятными, а во втором исследовании (через 9 лет) - они стали несколько хуже, вследствие чего наблюдается значительное увеличение распространенности ССЗ среди обследованного женского населения.

Заключение. Среди женщин изученного региона необходима модификация методов первичной, вторичной и третичной профилактики. При этом следует учитывать, что общепопуляционные мероприятия по первичной профилактике ССЗ неэффективны по борьбе с такими факторами риска, как низкая физическая активность, избыточная масса тела, дислипидемия, артериальная гипертония, низкий образовательный статус, многодетность, тяжелый физический труд, плохие жилищно-бытовые условия, нарушение гемостаза микроэлементов и нарушение питания. Таким образом, наши результаты могут быть использованы в качестве фундамента для проведения активной многофакторной профилактики ССЗ.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА

Усманов Б.У., Мамасалиев Н.С., Фатыхов А.И., Мирсайдуллаев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение и определение распространенности модифицируемых факторов риска (МФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во взрослой женской популяции 15–49 лет.

Материал и методы. Осуществлялось эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке женщин 15–49 лет Ферганской долины Узбекистана. Прошли обследование 3066 женщин, отклик 88,9 %. Для выявления МФР использовались стандартные и унифицированные критерии оценки МФР, разработанные ВОЗом для популяционных исследований.

Результаты. Наиболее высокой распространенностью во взрослой популяции женщин регистрируются такие МФР развития ССЗ как многодетность (50,2 %), нарушение гомеостаза микроэлементов (24,7 %), артериальная гипертензия (19,4 %) и дислипидемия (19,3 %); сравнительно меньше определяются избыточная масса тела (13,7 %), низкая физическая активность (12,3 %), низкий образовательный статус (9,5 %) и нарушение питания (9,1 %); довольно меньшей частотой выявляются тяжелый физический труд (5,2 %) и плохие жилищно-бытовые условия (2,2 %). В целом, наши данные показывают, что по распространенности МФР популяция женщин Ферганской долины занимает промежуточное положение среди других неорганизованных популяций стран мира. Обращает на себя внимание значительная доля женщин с МФР в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет по сравнению с женщинами в младшей возрастной группе (15–19 и 20–29 лет). Следовательно, несмотря на относительно не высокую распространенность МФР, популяция Ферганской долины Узбекистана отличается высокой рискогенностью в отношении ССЗ. Это указывает не только на сложности и социальной адаптации выделенных контингентов, но и ставит изучаемую женскую популяцию в ряд рискогенных в отношении развития тяжелых осложнений в группе женщин детородного возраста и у беременных с увеличением кардиоваскулярного риска.

Заключение. Эффективная популяционная профилактика МФР в «специфических эпидемиологических условиях» Ферганской долины требует продолжения по профилактическому воздействию на эпидемиологических условий и максимальному нивелированию не только экологических, но и эпидемиологических/управляемых факторов риска ССЗ. Это относится как к раннему выявлению (в донозологической стадии) женщин с МФР, так и к внедрению новых профилактических программ с учетом традиций и эпидемиологических особенностей развития ССЗ у женского населения.

ВЛИЯНИЕ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА – РЕЗУЛЬТАТЫ ГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

*Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Баев А.Е., Семке Г.В., Рупп Т.М., Мангатаева О.С.,
Зюбанова И.В.*

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель. Оценить отдаленное влияние ренальной денервации на состояние углеводного обмена у больных резистентной АГ в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Ренальная денервация почечных артерий методом радиочастотной абляции проведена у 26 больных истинной РАГ в сочетании с СД 2 типа (детали протокола опубликованы на сайте ClinicalTrials.gov, номер NCT01499810). Исходно и через 12 месяцев после вмешательства всем пациентам проводили измерения офисного, 24-часового артериального давления (АД), а также биохимическую оценку состояния углеводного обмена (гликированный гемоглобин (HbA1c), базальный и постпрандиальный уровень глюкозы, инсулина и С-пептида крови с расчетом индекса инсулинорезистентности (НОМА-индекс)). В среднем по группе больные принимали 4 (от 3 до 6) антигипертензивных препарата. В течение всего периода наблюдения антигипертензивная и сахароснижающая терапия оставались стабильными. Средний возраст больных-59,3±7,9 лет (от 43 до 75 лет), 14 мужчин, средний уровень офисного АД-171,9±20,7/92,4±13,5 мм рт.ст., АД-24ч-160,1±17,6/84,9±12,0 мм рт.ст., HbA1c-6,9±1,8 %.

Результаты. Через год наблюдения отмечено значимое снижение средних уровней офисного и 24-часового систолического и диастолического АД (-31,7/-12,8 мм рт.ст., P>0,01 для офисного АД и -13,4/-10,0 мм рт.ст.,

$P < 0,01$, для АД-24ч). Пациенты со снижением 24-часового систолического АД ≥ 10 мм рт. ст. были классифицированы как респондеры ($n=16$ (61,5 %)), остальные составили группу нереспондеров. В целом по группе существенных изменений показателей углеводного обмена через 12 месяцев после вмешательства выявлено не было. Вместе с тем, была документирована разнонаправленная динамика метаболических показателей в зависимости от ответа на вмешательства в виде снижения средних значений HbA1c, базальной гликемии, постпрандиального уровня инсулина и С-пептида, а также НОМА-индекса у респондеров и повышения этих параметров у нереспондеров ($-0,12 \pm 0,98$ и $1,26 \pm 1,11$ %, $P=0,04$ для HbA1c; $-0,89 \pm 1,9$ и $0,85 \pm 1,19$ ммоль/л, $P=0,02$ для базальной гликемии; $-1,24$ ($-1,95$; $-0,05$) и $1,23$ ($0,91$ – $4,05$) нг/мл, $P=0,01$ для постпрандиального С-пептида; $-0,43$ ($-17,28$; $1,80$) и $30,23$ ($9,75$ – $65,72$) мкМЕ/мл, $P=0,001$ для постпрандиального инсулина; $-0,67$ ($-1,49$; $-0,61$) и $2,47$ ($0,21$ – $5,98$), $p=0,02$ для НОМА-индекса, соответственно).

Выводы. Таким образом, ренальная денервация у больных резистентной АГ, ассоциированной с СД 2 типа, оказывает благоприятное отдаленное влияние на состояние углеводного обмена, зависящее от выраженности и стабильности антигипертензивного эффекта, и более полно реализующееся при снижении среднесуточного САД на 10 мм рт. ст. и более от исходных значений.

НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОБЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Фатеева О.В., Прозорова Г.Г.

Воронежский государственный медицинский университет, Воронеж, Россия

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и в XXI веке остается одним из самых распространенных заболеваний, вносящих серьезный вклад в преждевременную смертность во всех странах мира). При этом в нашей стране наблюдается гиподиагностика этого заболевания, что подтверждают немногочисленные эпидемиологические исследования, которые проводились в отдельных регионах России. В 2013 году в скрининговые мероприятия в рамках всеобщей диспансеризации выявили около 190 тысяч новых случаев хронических заболеваний органов дыхания (9,2 на 1000 населения), а с 2015 года на втором этапе диспансеризации стала проводиться спирометрия у курящих и при подозрении на хроническое бронхо-легочное заболевание при анкетировании, что позволит сократить сроки диагностики заболевания и обеспечить адекватное диспансерное наблюдение (ДН) больных ХОБЛ.

Цель: индивидуализация программ диспансерного наблюдения больных ХОБЛ в зависимости от выявленного фенотипа заболевания.

Материал и методы: обследованы 118 больных ХОБЛ, взятых под диспансерное наблюдение в поликлинике Липецкой городской больницы скорой медицинской помощи № 1 с зоной обслуживания в 46 000 прикрепленного населения. Больным проводилось спирометрическое обследование, проводились общий анализ крови с подсчетом эозинофилов и тест с 6-минутной ходьбой (6-MWD), оценка текущих симптомов при помощи САТ-теста, проводился анализ обострений за предшествующие 3 года. Распределение по группам проводилось в соответствии с рекомендациями GOLD 2014. Сопутствующие заболевания диагностировались по клиническим протоколам соответствующих заболеваний.

Результаты. Средний возраст больных 63,4 лет (медиана 42–78), мужчин – 79,5%, женщин – 20,5 %. Курение с высокой интенсивностью (индекс курящего человека более 30 пачек-лет) отмечено у 73,3 % мужчин и 54,7 % женщин. По степени тяжести: ХОБЛ I – 7,8 %, ХОБЛ II – 48,9 %, ХОБЛ III – 3,8 %, ХОБЛ IV – 39,5. В соответствии с GOLD 2011 больные разделились на группы: А – 14,3 %, В – 39,2 %, С – 5,1 %, D – 41,4 %. Эозинофилия крови свыше 3 % выявлена у 19 пациентов 16,1 % больных, из них у в группе В у 10 больных ХОБЛ (21,7 %), в группе D – у 9 (35,08 %), группе А и В таких больных не было. Частые обострения больше встречались в группе D (67 %), тогда как в группе С их было только 8,3 %. Бронхитический фенотип с отхождением мокроты чаще всего встречался с группе В (67,4 %), в группе D (26,5 %). Эмфизематозный тип преобладал в группе С (64,1 %). Сопутствующие заболевания, определяющие системный характер воспаления (ИБС), преобладали в группе D (46,1 %). Всем пациентам были разработаны индивидуальные программы ДН в соответствии с фенотипическими признаками, а не степенью тяжести ХОБЛ.

Заключение. Многообразие фенотипов ХОБЛ дает возможность подбора фокусной патогентической терапии при ДН.

РОЛЬ ПРЕСЕПСИНА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Федорова Т. А., Тазина С. Я., Ройтман А. П., Семенов Н. А., Морозов А. Г., Стефаненко Н. И.

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

Исследования последнего десятилетия выявляют высокую ценность нового маркера пресепсина (PSP) в диагностике сепсиса и системного воспаления.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики изменений PSP для уточнения его диагностического значения у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Материалы и методы. Обследовано 62 больных: 33 – с первичным (ПИЭ) и 29 – с вторичным (ВИЭ) эндокардитом. Концентрацию PSP определяли методом хемилюминесцентного иммуноферментного анализа с использованием технологии MAGTRATION на анализаторе PATHFAST, Япония. Уровень прокальцитонина (PCT) в плазме крови оценивали иммунофлуоресцентным методом. Исследования осуществляли в динамике: при поступлении и через 3 недели от начала терапии.

Результаты. Гемокультура была положительной у 45,2 % больных. В 53,6 % наблюдений выявляли *Staphylococcus* spp., в 10,7 % – *Streptococcus* spp., у 7,1 % – *Enterococcus* spp., в 3 случаях – микст-инфекцию. Концентрация PCT при поступлении была повышена у 65,9 % больных ИЭ. У 36,3 % пациентов показатели были в пределах 0,05–0,50 нг/мл, у 18,5 % – 0,50–2,00 нг/мл, у 7,4 % больных с тяжелым течением – 2,00–10,00 нг/мл, у 2 больных с септическим шоком уровни маркера превышали 10,00 нг/мл. Концентрация PCT при ПИЭ была достоверно выше средней при ВИЭ ($p < 0,05$). Концентрация PSP при поступлении была увеличена у 89,4 % больных ИЭ и, в среднем, в 4 раза превышала нормальные значения ($1120,54 \pm 183,63$ пг/мл, при норме ≤ 300 пг/мл). У 15 % пациентов показатели были в пределах 300–500 пг/мл, у 37,2 % – в диапазоне 500–1000 пг/мл, у 37,2 % наиболее тяжелых больных уровни маркера превышали 1000 пг/мл. При ПИЭ уровень маркера в 1,5 раза превышал средние показатели при ВИЭ ($1382,21 \pm 317,04$ пг/мл и $817,00 \pm 132,94$ пг/мл соответственно). Возрастание концентрации белка коррелировало с активностью токсико-инфекционных проявлений. Максимальные уровни PSP отмечались при микст-инфекции, высеивании *Enterococcus* spp., *Staphylococcus* spp., иммуно-комплексных и множественных тромбоэмболических осложнениях. Через 3 недели терапии наблюдалась тенденция к снижению обоих показателей. Уровень PCT снизился, в среднем, в 8 раз у 57,1 % больных, и нормализовался в 20,7 % наблюдений. Показатели PSP оставались высокими у 65 % больных, в 4 наблюдениях они имели тенденцию к увеличению.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой информативности динамического исследования пресепсина у больных ИЭ. Определение PSP существенно повышает возможности выявления бактериальной природы заболевания при лихорадках неясного генеза, позволяет диагностировать ИЭ при отрицательных результатах гемокультуры и прокальцитонина, контролировать течение заболевания и эффективность антибактериальной терапии.

РОЛЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА I В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Федорова Т.А., Семенов Н.А., Ройтман А.П., Сотникова Т.И., Терехова О.С.

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

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является ведущей медико-социальной проблемой во всех странах мира. В последние годы большое значение уделяется разработке новых лабораторных маркеров для диагностики, контроля терапии и прогнозирования при ХСН.

Цель. Изучить динамику показателей высокочувствительного Тропонина I (вчТI) у больных с различной степенью тяжести ХСН.

Материал и методы. Обследовано 88 пациентов с ХСН II и III ФК в возрасте от 32 до 90 лет. ВчТI оценивали иммунохемилюминесцентным методом (CLEIA) с использованием тест-системы PATHFAST. Натрийуретический пептид (NTproBNP) определяли методом твердого иммуноферментного анализа. Оценивали показатели Эхо-КГ. Исследования проводили в динамике – при поступлении в стационар и через 6 месяцев наблюдения. Больные получали терапию, включающую ингибиторы АПФ, аденоблокаторы, спиронолактон, петлевые диуретики, при необходимости – дигоксин. В зависимости от динамики состояния в течение 6 месяцев пациенты были разделены на 3 группы: 1 – с улучшением (ФК ХСН не нарастал или снижался), 2 – с ухудшением (нарастал ФК ХСН), 3 группу составили умершие больные.

Результаты. Показатели вчТІ при поступлении превышали индифферентные значения (0–0,005нг/мл) у 62 (70,5 %) больных ХСН. Уровень вчТІ колебался от 0,001 до 0,307нг/мл и составил, в среднем, $0,0289 \pm 0,0489$ нг/мл. Установлена прямая корреляционная связь степени тяжести ХСН и средних уровней вчТІ ($p < 0,001$, $r = 0,679$), которые составляли при II ФК $0,0185 \pm 0,005$ нг/мл, при III ФК – $0,0313 \pm 0,006$ нг/мл. В 3-й группе погибших больных исходный уровень вчТІ колебался от 0,003 до 0,092 нг/мл (в среднем $0,0302 \pm 0,008$ нг/мл). Через 6 месяцев у всех выживших больных отмечалась тенденция к снижению исходных показателей вчТІ, различия между средними величинами при поступлении и через 6 месяцев оказались достоверными ($p = 0,048$, $r = 0,263$). У наиболее тяжелых пациентов уровень вчТІ, несмотря на проводимую терапию, сохранялся высоким или имел тенденцию к увеличению, что совпадало с нарастанием клинических проявлений сердечной недостаточности. Установлена прямая корреляционная связь уровня вчТІ, NTproBNP и ФК ХСН. Между вчТІ, NTproBNP и ФВ ЛЖ по данным Эхо-КГ выявлена обратная корреляционная зависимость.

Выводы. Материалы исследования свидетельствуют о высокой информативности определения вчТІ у больных ХСН. Нарастание уровня вчТІ, являющегося маркером повреждения миокарда и гибели кардиомиоцитов коррелирует с ФК ХСН, уровнем NTproBNP и снижением ФВ ЛЖ. Установлена важная роль исследования высокочувствительного тропонина I в оценке тяжести течения, эффективности терапии, прогнозирования при ХСН.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Федорченко Ю.Л., Тагрит И.В.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
госпиталь УВД по Хабаровскому краю, Хабаровск, Россия

Цель. Определение особенностей течения и факторов риска, в том числе профессиональных, формирования гипертонической болезни (ГБ) у сотрудников внутренних дел (СВД), относящихся к различным группам предназначения.

Материал и методы. В исследование, по принципу случайной выборки, были включены 416 мужчин СВД, средний возраст $42,3 \pm 4,7$ года. У 340 человек имела место ГБ 3-х степеней, 76 – без ГБ. Сформированы 2-е группы: 1-ая – «оперативные» (ОР), 2-ая – «кабинетные» работники (КР). Для данных групп определяли факторы риска ГБ, в том числе профессиональные (дежурства, работа на компьютере, вождение автомобиля, служба в «горячих» точках, физические нагрузки и др.). Использовали методику многофакторного анализа с определением отношения рисков (OR) с расчетом доверительного интервала (ДИ 95 %).

Результаты. При сравнении групп с ГБ и нормальным артериальным давлением (АД) оказалось, что к параметрам независимо связанным с ГБ у СВД относятся: индекс массы тела > 30 кг/м², окружность талии > 94 см, стаж курения > 10 лет, эпизодическое и ситуационное употребление алкогольных напитков, наличие у 2-х родственников с кардиологическими заболеваниями, стаж работы в системе УВД > 10 лет, принадлежность к КР, работа на компьютере $> 1/2$ дня, профессиональное вождение автомобиля, суточные дежурства > 2 раз в неделю, ночные дежурства > 2 раз в неделю, отсутствие умеренных физических нагрузок ($< 2,5$ ч в неделю), повышенный уровень триглицеридов в крови, ЧСС > 78 в мин., гемоглобин > 150 г/л. При определении факторов риска развития ГБ выявлено, что для КР, в отличие от ОР особое значение имели: ожирение, независимо от степени, курение, независимо от стажа, эпизодическое употребление алкоголя, наследственность по АГ по 1-у или 2-ум родственникам, работа на компьютере даже в пределах $1/2$ рабочего дня, ночные дежурства, повышенный уровень мочевой кислоты крови, ЧСС > 78 в мин. При проведении суточного мониторирования АД у ОР выявлена большая частота изолированной систолической артериальной гипертонии (АГ), увеличение индекса нагрузки давлением, повышенная вариабельность систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), высокая скорость утреннего подъема АД. В группе КР чаще наблюдалась диастолическая АГ, отмечалось повышение ДАД как в дневное, так и в ночное время, с высоким индексом времени ДАД. При оценке суточного ритма АД, для группы ОР было характерным отсутствие достаточного снижения АД в ночное время: «non-dippers», а также парадоксальное ночное повышение АД: «night-peakers». В группе КР преобладали лица с нормальным суточным ритмом АД, и даже чаще встречались пациенты, у которых имелось избыточное снижение АД в ночное время: «over-dippers». В группе ОР отмечены большие величины среднего индекса массы миокарда левого желудочка и достоверно более высокий процент лиц с гипертрофией левого желудочка, чем у КР. Отмечено, что у ОР достоверно чаще, чем у КР наблюдалась предсердная экстрасистолия (54,5 % и 33,3 %, соответственно).

Заключение. Таким образом, в развитии ГБ у СВД существенное значение имеют не только общепринятые факторы риска, но и профессиональные. Течение ГБ и факторы риска ее развития различаются в группах ОР и КР системы МВД.

ВЛИЯНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Феськова А.А., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Дробышева Е.С., Овсянников Е.С., Малыш Е.Ю.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Оценить влияние субклинической гипопункции щитовидной железы (ЩЖ) на клинико-инструментальные характеристики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включены 163 пациента с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса в возрасте $63,5 \pm 6,5$ лет. Для оценки функции ЩЖ определяли уровень тиреотропного гормона (ТТГ), общего и свободного тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Субклинический гипотиреоз (СГТ) диагностировали при повышении уровня ТТГ и нормальном уровне свободного Т4 и Т3. В зависимости от тиреоидного статуса обследуемые были разделены на 2 группы: первую группу составили 107 пациентов с СГТ, вторую – 56 пациентов с эутиреозом. В каждой группе оценивали количество и общую продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ), объёмные и линейные показатели левого желудочка (ЛЖ) с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ), толерантность к физической нагрузке (ФН) по итогам теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ), степень артериальной гипертензии по результатам суточного мониторирования АД (СМАД) и качество жизни (КЖ) по результатам опросника SF-36.

Результаты. Количество эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда с депрессией сегмента ST в группе пациентов с СГТ составило $5,1 \pm 0,12$ в сутки, в группе пациентов с эутиреозом – $3,8 \pm 0,19$ в сутки ($p < 0,001$). Общая продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда составила $80,5 \pm 0,81$ мин. в группе СГТ и $71,2 \pm 1,07$ мин. в группе эутиреоза ($p < 0,001$). У пациентов с субклинической гипопункцией ЩЖ фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $53,61 \pm 0,69$ %, у пациентов с эутиреоидным статусом – $58,01 \pm 0,96$ % ($p = 0,0037$). По данным СМАД среднее значение систолического АД $183,1 \pm 1,78$ мм рт. ст. у лиц с СГТ и $180,2 \pm 2,56$ мм рт. ст. у лиц с нормальным тиреоидным статусом ($p = 0,0031$), среднее значение диастолического АД в группе больных с СГТ составило $99,4 \pm 0,91$ мм рт. ст., у больных с эутиреоидным статусом – $90,1 \pm 1,23$ мм рт. ст. ($p = 0,003$). Толерантность к ФН по результатам ТШХ в группе СГТ и группе сравнения составила $371,3 \pm 5,25$ м и $398,1 \pm 10,9$ м соответственно ($p = 0,022$). По результатам опросника оценки качества жизни SF-36 статистически значимые различия обнаружены между группами по шкалам физического функционирования (RF) ($p = 0,0062$); ролевого физического функционирования (RP) ($p = 0,0198$); выраженности боли (BP) ($p = 0,0071$); ролевого эмоционального функционирования (RE) ($p = 0,0095$); общего здоровья (GH) ($p < 0,0001$); жизненной активности (VT) ($p = 0,0087$); психического здоровья (MH) ($p = 0,0261$).

Заключение. У пациентов с ИБС и сопутствующим СГТ отмечается увеличение частоты и длительности эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, более низкие ФВ ЛЖ и толерантность к ФН, более высокие средние показатели диастолического АД, а также снижение качества жизни.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Феськова А. А., Кравченко А. Я., Будневский А. В., Дробышева Е. С., Овсянников Е. С., Малыш Е. Ю.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель. Изучение зависимости показателей жирового обмена от уровня тиреотропного гормона (ТТГ).

Материал и методы. В исследование включены 425 человек с диагнозом гипертоническая болезнь I–III стадии в возрасте $53,1 \pm 9,5$ лет, из них 288 женщин и 137 мужчин. В исследовании не принимали участие пациенты, страдающие постоянной формой фибрилляции предсердий, хронической сердечной недостаточностью IIБ – III стадии, сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, перенесшие инфаркт миокарда менее 1 года назад и принимающие тиреостатические препараты. Всем пациентам проводили измерение индекса массы тела (ИМТ), окружности талии, количества общего и висцерального жира методом биоимпедансометрии, определяли тиреоидный статус (ТТГ, свободный тироксин (св.Т4) и свободный трий-

одтиронин (св.Т3)) и показатели липидного профиля (общий холестерин (ОХС), холестеринлипопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА)).

Результаты. По результатам исследования тиреоидного статуса уровень ТТГ составил $2,94 \pm 1,45$ мЕд/л, св.Т4 – $14,21 \pm 1,45$ пг/л, св.Т3 – $5,41 \pm 0,86$ пг/л. Корреляционная связь между уровнем ТТГ и тиреоидными гормонами слабая: $r=0,003$ для св.Т4 и $r=-0,12$ для св.Т3 (p составил 0,97 и 0,24 соответственно). ИМТ составил $29,71 \pm 2,44$ кг/м², окружность талии – $85,93 \pm 11,2$ см, содержание общего жира – $32,76 \pm 6,15$ %, висцерального жира – $10,16 \pm 2,86$ %. При этом между ИМТ и ТТГ корреляционной связи не выявлено ($r=0,12$, $p=0,27$). Уровень ТТГ слабо коррелировал с содержанием общего жира ($r=0,34$, $p=0,001$) и тесно – с уровнем висцерального жира ($r=0,78$, $p \leq 0,001$). У обследованных выявлены следующие показатели липидного профиля: ОХС $6,51 \pm 0,71$ ммоль/л, ХС ЛПНП $4,52 \pm 0,57$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,07 \pm 0,17$ ммоль/л, ТГ $2,4 \pm 0,57$ ммоль/л, ИА $5,27 \pm 1,43$. Наиболее тесная прямая корреляционная связь выявлена между уровнем ТТГ и ТГ ($r=0,8$, $p \leq 0,001$). С остальными показателями и ТТГ обнаружена умеренная корреляция. Для ОХС и ТТГ $r=0,53$ ($p \leq 0,001$), для ХС ЛПНП и ТТГ $r=0,62$ ($p \leq 0,001$), для ХС ЛПВП и ТТГ $r=-0,47$, $p \leq 0,001$) и для ИА и ТТГ $r=0,54$ ($p \leq 0,001$).

Заключение. Установлена прямая корреляционная связь уровня ТТГ с содержанием общего и висцерального жира и липидным профилем: уровнем ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ и ИА.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ФАКТОР ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАЗЛИЧИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России,
Барнаул, Россия

Цель: провести сравнительный анализ параметров кардиогемодинамики и суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных с сочетанием артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследованы 340 больных в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст $72,5 (12,4)$ лет с АГ и ИБС. Проведены эхокардиография аппаратом Vivid-7 (USA) и СМАД на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3», Санкт-Петербург. Результаты исследований проанализированы в зависимости от наличия у больных СД. Основную группу составили 94 (27,6 %) больных с СД 2 типа, группу сравнения – 246 больных без СД.

Результаты. Линейные размеры камер сердца были значимо выше у больных с СД, однако индексированные значения этих параметров в группах исследования не различались. Это было обусловлено большим значением площади тела у больных с СД ($1,91$ vs. $1,84$ м² (групповые средние), $p=0,02$). Объемы полости левого желудочка (ЛЖ) и крови в нем, а также площади правого желудочка (ПЖ) в систолу и диастолу у больных с СД превышали таковые у пациентов группы сравнения ($p < 0,05$). Систолическая функция желудочков была хуже у больных основной группы: фракция выброса ЛЖ $56,4$ % против $60,2$ % в группе сравнения, $p=0,0005$; фракционное изменение площади ПЖ $33,9$ % vs. $38,6$ %, $p=0,002$. Соотношения скоростей трансмитрального и трансстрикуспидального потоков в диастолу и время изоволюмического расслабления ЛЖ в группах исследования не различались. Время замедления раннего диастолического наполнения (DT) было меньше у больных с СД: DT ЛЖ – $186,7$ мс vs. $183,9$ мс у больных без СД, $p=0,01$; DT ПЖ – $176,9$ мс vs. $189,1$ мс, $p=0,02$. Индекс массы миокарда ЛЖ у больных с СД превышал таковой у лиц группы сравнения ($150,1$ г/м² vs. $128,9$ г/м², $p=0,02$). Средние значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) были выше у больных с СД – $83,9$ vs. $78,9$ /мин., $p=0,002$. Среднее давление в легочной артерии соответствовало пограничным значениям и не различалось между группами ($20,9$ – $19,9$ мм рт. ст.). Средние, минимальные и максимальные значения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в периоды бодрствования и сна у пациентов групп исследования не различались. Степень ночного снижения АД была ниже у больных с СД: для САД $3,0$ vs. $8,7$ % в группе сравнения, $p=0,02$; для ДАД – $4,6$ vs. $10,5$ %, $p=0,04$. Утренний подъем САД у больных с СД был выше – $76,4$ vs. $57,8$ мм рт. ст., $p=0,04$. Индексы нагрузки повышенным давлением для САД и ДАД в течение суток у больных основной группы были выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. Наличие СД 2 типа у больных с сочетанием АГ и ИБС ассоциируется с увеличением полостей желудочков сердца, ухудшением их систолической и диастолической функции по сравнению с больными АГ+ИБС без СД. У больных АГ+ИБС в сочетании с СД 2 типа определяется патологический суточный профиль АД с его недостаточным ночным снижением и высоким утренним подъемом. Эти изменения более выражены, чем у лиц без СД.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В РАЗРАБОТКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Фролов В.М.¹, Овчинников Ю.В.²

¹ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва

²Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва, Россия

С целью выявления значений инструментальных методов в выявлении доклинических изменений, проводились следующие исследования: определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), выявление дисфункции эндотелия (ДЭ), выявление ранних предикторов артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Всего обследовано 169 пациента (102 мужчины, 67 женщин, в возрасте от 19 до 43 лет). Оценка ЛПИ проводилась 2 методами, доплерографическим (ультразвуковой сканер «Vivid-3» фирмы GE), и с применением прибора «dopplexABlity» фирмыHuntleigh (Великобритания). Выполнено у 62 больных (135 исследований, в 11 случаях повторно). ДЭ выявлялась приборомEndo-PAT2000 «Itamar»(Израиль) (методика периферической артериальной тонометрии (PAT)). Проведено у 39 обследуемых (48 исследований), для выявления предикторов АГ проводилась модифицированная проба с пассивным ортостазом (ППО) на диагностической системеTASKFORCE® фирмыSNSystems (Австрия). В режиме реального времени мониторируют АД (2-мя методами, в т. ч. «от сокращения к сокращению»), импедансную кардиографию, вариабельность сердечного ритма (ВСР) и АД, чувствительность барорефлекса. Выполнено 83 исследований у 66 пациентов. Данные исследований сопоставлялись с показателями здоровых лиц (не менее 20 лиц при проведении каждого исследования).

Результаты. Снижение ЛПИ менее 0,90 выявлено у 21 обследованных (36,3 %), у 12 из них отсутствовала клиническая симптоматика. При сравнении результатов полученных 2 методами, выявлена высокая корреляция ($r=0,89$, $p=0,05$). При этом среднее время оценки ЛПИ ультразвуковым методом составило 21,3 мин, в то время, как при применении ABlity -6,9 мин. При оценке ДЭ, последняя выявлена у 9 обследованных (24,3 %). У 4 из них при проведении коронарографии выявлены поражения коронарных артерий. При проведении ППО выявлено несколько типов начальной реакции (в течение первых 3 мин) параметров АД в ответ на ортостаз. Начальная ортостатическая гипотензия, стойкая гипертензия, «отсроченная» гипертензия, лабильность АД. Первые 2 типа (выявлены соответственно у 10 и 7 обследованных) характерны для лиц с отягощенным анамнезом по гипертонии. У 5 пациентов со 2 типом реакции АД, через 2 года появились поражения органов мишеней. 3 и 4 типы выявлены соответственно у 6 и 3 обследованных. В ходе исследований, в зависимости от анамнестических данных, проводились функциональные кардиоваскулярные пробы: с гипервентиляцией, Вальсальвы. Анализировались изменения показателей АД и параметров гемодинамики при проведении проб. У обследованных с выявленными «патологическими» типами реакции АД выявлены изменения вегетативной иннервации и снижение чувствительности барорецепторов, что свидетельствовало о снижении адаптивных функций организма.

Заключение. Представленные методы являются информативными в выявлении ранних, доклинических изменений. Методы не инвазивны, просты в применении, воспроизводимы, что позволяет использовать их в разработке мероприятий по первичной профилактике. Комплексная оценка показателей, включая вариабельность ритма и чувствительность барорецепторов позволяют судить о степени адаптивных возможностей организма и степени их регуляции.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Фролова Ю.В., Дымова О.В., Ким С.Ю., Маликова М.С., Дземешкевич С.Л.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В.Петровского, Москва, Россия

Цель. Изучить морфофункциональные изменения сердца, показания и отдаленные результаты хирургического лечения у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы. Обследовано 56 пациентов с ГКМП (29 женщин, 27 мужчин), наблюдавшихся в Российском научном центре хирургии им. академика Б.В.Петровского с 2009 г. Средний возраст пациентов составил $50,2 \pm 2,9$ лет. 12 (21 %) пациентов по клиническому статусу и данным теста шестиминутной ходьбы соответствовал I ФК (NYHA), 21 (38 %) – II ФК (NYHA), 18 (32 %) – III ФК (NYHA), 5 (9 %) пациентов – IV ФК (NYHA). При анализе показателей ЭХО-КГ в среднем по группе выявлено достоверное увеличение по срав-

нению с нормальными величинами толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП $2,13 \pm 0,02$ см, $p < 0,05$), наличие градиента в выносящем тракте (ВТ) ЛЖ ($60,4 \pm 5,9$ мм рт. ст., $p < 0,05$), а также недостоверное уменьшение полости ЛЖ (КСО $28,31 \pm 2,8$ мл). По данным МРТ/МСКТ сердца у 38 отмечены признаки дистопии увеличенных в объеме передних и задних сосочковых мышц (отходят от апикальных сегментов) с уменьшением полости ЛЖ в систолу и достоверно увеличенной миокардиальной массой ЛЖ в диастолу по сравнению со стандартными значениями (309 ± 46 г; $p < 0,05$) – обозначаемая нами, как диффузно-генерализованная форма ГКМП; у 18 – асимметричная форма ГКМП. У 2 пациенток была отмечена гипертрофия средней части МЖП с внутрижелудочковой обструкцией и формированием апикальной аневризмы верхушки ЛЖ (синдром «туз пик»). 26 пациентам с обструктивной формой ГКМП выполнена операция расширенной миоэктомии с париетальной резекцией папиллярных мышц в условиях ИК, из них 21 пациенту одномоментное протезирование митрального клапана, 5 – эндоваскулярная абляция септального перфоратора, 21 – имплантация ИКД, 13 – консервативное динамическое наблюдение.

Результаты. Госпитальная летальность составила 3,6 %. В отдаленном периоде умерло 2 пациента (3,7 %), причиной смерти явились жизнеугрожающие тахиаритмии. При сравнительной оценке тяжести ФК НК (НУНА) у пациентов, перенесших операцию расширенной миоэктомии, отмечено существенное улучшение через год, 3 и 5 лет после операции: I ФК (НУНА) – у 3 (13 %) пациентов, II ФК (НУНА) – у 20 (87 %) пациентов. Срабатывания ИКД отмечены у 5 (25 %) пациентов в послеоперационном периоде, из них у 2 пациентов – в госпитальном периоде. По данным ЭХОКГ выявлено достоверное уменьшение толщины МЖП (с $2,27 \pm 0,02$ до $1,5 \pm 0,02$ см., $p < 0,05$) и градиента ВТЛЖ (с $71,38 \pm 6,7$ до $4,75 \pm 1,3$ мм рт. ст., $p < 0,05$), недостоверное увеличение полости ЛЖ в систолу (КСО ЛЖ с $28,31 \pm 2,8$ мл до $34,4 \pm 2,9$ мл., $p > 0,05$).

Заключение. Операция расширенной миоэктомии с париетальной резекцией папиллярных мышц позволяет получить хороший клинико-функциональный эффект по устранению внутрижелудочкового перепада давления на всем протяжении выводного тракта ЛЖ. Имплантацию ИКД необходимо выполнять по показаниям и рассматривать как дополнительный метод профилактики внезапной смерти у данной категории пациентов.

НЕИНВАЗИВНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ – НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В КАРДИОНЕВРОЛОГИИ

Фролов В.М¹, Овчинников Ю.В².

¹ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» МО РФ, Москва, Россия

²Главное военно-медицинское управление МО РФ, Россия

Цель. Изучить информативность функциональных проб (ФП) проводимых под контролем непрерывного неинвазивного мониторинга.

Материал и методы. При проведении нервно-рефлекторных ФП осуществлялся непрерывный мониторинг в режиме реального времени. 119 обследуемым (82 мужчины, 45 – женщины, средний возраст $45,3 \pm 4,2$ лет) выполнено 154 пробы. В зависимости от целей исследований проводились следующие пробы: с гипервентиляцией (ПГВ) выполнены 41 пациенту, Вальсальвы (ПВ) – 40, массаж каротидного синуса (МКС) – 33, с поворотами головы (ПГ) – 24. 18 обследуемым выполнены комбинации ФП, 16 – проводились повторно. Пробы выполнялись в положении обследуемого в пассивном ортостазе, под контролем неинвазивного мониторинга с использованием диагностической системы «Task Force@Monitor» фирмы CNSystems (Австрия). В режиме on line мониторовались ЭКГ, АД (осциллометрическим и методом – «от сокращения к сокращению»), параметры гемодинамики (методом импедансной кардиографии), вариабельность сердечного ритма и АД, чувствительность барорецепторов. Пробы считались положительными при выявлении состояний, выявление которых было целью исследования (индукция липотимического (ЛТ) или синкопального состояния (СС)), при изменении параметров гемодинамики выходящих за пределы референтных значений (динамика АД от 20 мм рт ст и более, ЧСС не менее 15 в мин.), изменения $K_{30:15}$ (в N пограничный диапазон 1,20–1,35) и KV (диапазон 1,30–1,70), изменениях сегмента ST и зубцов T, выявлении дельта волны (при проведении ПГВ и ПВ), асистолии (МКС). Полученные данные сопоставлялись с показателями при проведении ФП у здоровых лиц – контрольная группа ($n=30$).

Результаты. Положительная ПГВ регистрировалась у 22 обследуемых, из них СС индуцированы у 6, ЛТ – у 8, изменения ST и зубцов T – у 9, в остальных случаях показатели гемодинамики выходили за границы референтных значений. При проведении ПВ положительный результат у 29 (73,9 %) (СС- 6, ЛТ -8, выявление дельта волны – у 4). МКС-положительный результат у 17 (45 %) (СС-3, ЛТ- 6, АС-3). ПГ – 6 (40 %) (СС-2, ЛТ-4). При спектральном анализе вариабельности сердечного ритма и АД при проведении ФП у пациентов с положительными результатами проб выявлялись дисфункции вегетативной нервной системы, снижение

чувствительности барорецепторов. Полученные результаты свидетельствовали о снижении адаптивных возможностей организма у данных пациентов.

Заключение. Таким образом, нервно-рефлекторные ФП с применением многофакторного неинвазивного мониторинга являются эффективным диагностическим тестом. Наряду с высокой информативностью исследований, значительно снижается вероятность развития осложнений. Полученные данные в ходе проведения проб имеют важное прогностическое значение. Выявление причин и механизмов развития патологических реакций позволит разработать комплекс мероприятий направленных на проведение профилактических и лечебных мероприятий.

ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ: ЖУРНАЛИСТЫ О МЕДИЦИНСКИХ ПУБЛИКАЦИЯХ

Холмогорова Г.Т.

ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины, Москва, Россия

Цель. Выявить мнение самих журналистов о публикациях на медицинские темы для улучшения взаимодействия с прессой.

Материал и метод. Проанкетированы 40 журналистов. Им были предложены вопросы: 1.«Что привлекает Вас в медицинской тематике?»; 2.«Как Вы считаете, достаточно ли публикаций на медицинскую тематику в прессе?»; 3.«Что лично предпочитаете Вы – поиск сенсации или постоянную работу в области медицинского просвещения населения?»; 4.«Что является источником информации для Вас?»; 5.«Представляют ли для Вас интерес медицинские съезды, конференции, выставки?»; 6. «Как Вы оцениваете роль медиков в процессе информирования населения, достаточно ли их активность?». 7. «Что бы вы хотели пожелать и предложить для улучшения медицинского информирования населения?».

Результат. По 1 вопросу предпочтение было отдано проблемам современной медицины, профилактике, здоровому образу жизни (ЗОЖ), экологии, воспитанию, общества в духе ЗОЖ, возможность помочь людям познать себя и вести ЗОЖ. Ответы на вопрос 2 были единодушны: очень низкий уровень, непрофессионализм, дилетантизм, засилье рекламы и шарлатанства, дешёвая погоня за сенсацией, дезинформация читателя. На вопрос 3 подавляющее большинство (32 из 40 или 80 %) ответили, что предпочитают постоянную работу в области медицинского просвещения населения. Вопрос 4: на телевидении преобладают заказы спонсоров и коммерческие предложения. Главным источником информации являются личные контакты со специалистами, пресс-конференции, презентации, письма читателей и зрителей. На пятый вопрос журналисты ответили, что положительным моментом таких мероприятий является возможность получать информацию из «первых рук». Выставки – это чистая реклама, а научно-практические съезды и конференции мало информативны. Ответ шестой вопрос был почти единодушный: «наши медики просто дремлют, они недостаточно активно обращаются в прессу, сами мало выходят на контакты». В ответе на седьмой вопрос главные пожелания – возродить санитарное (медицинское) просвещение; государство должно осознать общественную значимость медицинского просвещения населения и выделять бесплатный эфир и газетную площадь для такой информации; медики сами должны чаще создавать информационные поводы – пресс-конференции, «круглые столы» и т. д. Повысить качество информации, материалы на медицинские темы должны писать журналисты, профессионально занимающиеся медициной.

Заключение. Журналисты считают, что медики малоактивны, они сами должны активно выходить на прессу. Очень важен факт, что в медицинской тематике привлекает социальный аспект – следовательно, есть почва для формирования позитивного общественного мнения в отношении ценности здоровья и активного укрепления его. Хотя часть журналистов признаёт, что публикаций на тему здоровья достаточно, но все единодушно отмечают их низкий уровень: непрофессионализм, дилетантизм, засилье рекламы и шарлатанства. Практически все журналисты отдают предпочтение постоянной работе в области медицинского просвещения населения.

ВЕЛИЧИНА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ «РУТИННОГО» ПОКАЗАТЕЛЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Хурса Р.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Определение диагностических возможностей разработанной нами методологии индивидуального статистического моделирования гемодинамики (ИСМГ) по параметрам артериального давления (АД), полученным при аппаратном суточном мониторинге (СМАД).

Материал и методы. СМАД (мониторы VPLab, РФ) проведено у 3-х групп пациентов (мужчин и женщин – сопоставимо): 1–126 практически здоровых лиц ($23,8 \pm 5,1$ лет); 2–49 пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) 1–2 степени, риск 1–3 до начала лечения ($32,7 \pm 1,2$ лет); 3–56 пациентов с АГ на фоне лечения ($50,5 \pm 1,9$ лет). ИСМГ для каждого пациента включало проведение линейной регрессии систолического давления по пульсовому давлению с определением индивидуальных коэффициентов Q и a : Q отражает давление в области затухающей пульсовой волны (конечная часть артериол), a определяет гемодинамический тип как долевой «вклад» сердца в процесс продвижения крови. Коэффициенты использованы для классификации гемодинамического состояния по диагностической номограмме, полученной с помощью интеллектуального анализа данных. Проведен статистический анализ традиционных параметров СМАД в зависимости от гемодинамических классов.

Результаты. Во всех группах диагностированы разные гемодинамические классы: нормотензивная гемодинамика гармонического типа (Н2), латентные гемодинамические нарушения у нормотензивных лиц в виде дисфункциональных типов диастолического (D2) и систолического (S2) и Квази-АГ (Н0); АГ гармонического (Н3), дисфункциональных диастолического (D3) и систолического (S3) типов; артериальная гипотензия гармонического (Н1) и дисфункционального диастолического типа (D1). В группе 1 оптимальную гемодинамику (класс Н2) имели только 58,7 % лиц, у остальных были патологические классы, в том числе Н3 (истинная АГ) – 10,3 %, Н0 (Квази-АГ) – 13,3 %, дисфункциональные диастолические (D1, D2, D3) и систолический классы (S2) – 10,3 % и 6,3 % соответственно. При АГ преобладал класс Н3 с высоким давлением Q (более 100 мм рт. ст.): в группе 2–67,3 % (что естественно), в группе 3–48,2 % (что указывает на неэффективную гипотензивную терапию у них). Леченные пациенты с АГ (группа 3) имели высокую частоту дисфункционально-диастолических классов (D1, D2, D3), отличающихся снижением давления Q и повышенной жесткостью сосудов – у 33,9 %; в группе 2 таковых было 18,3 %. При этом во всех группах в классах D1 и D2 давление Q было крайне низким (30–45 мм рт. ст.), что указывает на высокий риск острых гипотензивных эпизодов и, видимо, связано с чрезмерной гипотензивной терапией. Анализ традиционных параметров СМАД подтвердил значимые различия ($p < 0,05$) большинства из них у пациентов разных гемодинамических классов.

Заключение. Индивидуальное статистическое моделирование гемодинамики по параметрам АД расширяет возможности СМАД в функциональной диагностике, позволяя выявлять клинически латентные нарушения сердечно-сосудистой системы у нормотензивных лиц (патологические классы) и открывает пути к индивидуализации терапии и контроля эффективности лечения у пациентов с АГ.

ЛАТЕНТНЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Хурса Р.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Определить распространенность латентных гемодинамических нарушений у практически здоровых молодых людей методом количественного анализа связей параметров артериального давления (КАСПАД) при неоднократных офисных измерениях и показать возможность их коррекции путем модификации образа жизни с включением регулярных физических нагрузок.

Материал и методы. Разработанный нами метод КАСПАД (линейная регрессия систолического давления по пульсовому давлению с патентованными способами типирования индивидуальной гемодинамики) был применен к величинами АД, полученным при измерениях по Н.С.Короткову в 2-х группах лиц: 1 – у 556 практически здоровых студентов (220 мужчин, 336 женщин) возраста $22,5 \pm 1,3$ лет (по 10–20 офисных измерений у каждого за период 7–12 дней); 2 – ретроспективные данные величин АД у 33 здоровых молодых солдат-призывников при модифицированной велоэргометрической пробе Франка в начале воинской службы (ВЭП-1)

и через 6 мес. службы, проведенных в условиях четкого распорядка жизни, питания и обязательной физической подготовки (ВЭП-2). У каждого испытуемого получены индивидуальные коэффициенты регрессии Q и a : Q отражает давление в области затухающей пульсовой волны (конечная часть артериол), a определяет гемодинамический тип как долевой «вклад» сердца (и сосудов, соответственно) в продвижение крови.

Результаты. Среди здоровых молодых людей группы 1 все имели нормотензию (среднее АД в группе – $114,8 \pm 6,8 / 73,7 \pm 4,3$ мм рт. ст.), хотя только 63,7 % имели гармонический тип кровообращения (Г) с нормальным давлением Q – $90,2 \pm 6,7$ мм рт. ст. У остальных (36,3 %) были дисфункциональные типы или пограничные с ними. Самым частым из них был диастолический дисфункциональный тип (ДД) – 18,3 %. Этот тип означает слабое участие «периферического сердца» (сосудов и мышц) в обеспечение кровотока, который осуществляется только усилиями сердца. Ранее мы показали, что нормотензивные молодые люди с ДД-типом имеют функциональные сосудистые нарушения, свидетельствующие о повышенной жесткости сосудов и эндотелиальной дисфункции. Низкое давление Q ($61,9 \pm 6,5$ мм рт. ст., $p < 0,05$ с Г-типом), присущее ДД-типу, указывает на снижение уровня обмена веществ в тканях. В группе 2 установлено, что исходно при ВЭП-1 даже во время умеренной физической нагрузки (100 Вт) у 42,4 % испытуемых по КАСПАД было патологическое кровообращение (ДД-тип и пограничный с ним). Через 6 мес. службы физическая форма испытуемых улучшилась: при ВЭП-2 на каждой ступени нагрузки доля лиц с ДД-типом достоверно уменьшилась (до 9 %-4 % при 100 Вт, и 200 Вт соответственно), причем до максимальной ступени нагрузки дошли 76 % лиц (при ВЭП-1 – 59 %, $p < 0,05$).

Заключение. По данным КАСПАД у практически здоровых молодых людей нередко (более, чем у 30 %) латентные нарушения в виде дисфункциональных или пограничных с ними типов кровообращения, что требует дообследования этих лиц и немедикаментозной коррекции. КАСПАД при ВЭП не только позволяет обнаружить у практически здоровых молодых людей латентные нарушения кровообращения, но и демонстрирует их положительную динамику под влиянием модификации образа жизни с включением регулярных физических нагрузок.

ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РОДИЛЬНИЦ С ЧАСТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ НА ФОНЕ МЕТОПРОЛОЛА

Чекашкина Е.Е., Лещанкина Н.Ю.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель. Выявить особенности временных показателей variability ритма сердца (BCP) у родильниц с частой желудочковой экстрасистолией на фоне лечения метопрололом.

Материалы и методы. Обследовано 40 женщин в возрасте от 20 до 40 лет с частой желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) в раннем послеродовом периоде. Родильницы были разделены на 2 группы. В 1 группу входили 20 женщин, которые не получали противоаритмические препараты (средний возраст $29,85 \pm 4,68$ г.), во 2 группу – 20 женщин (средний возраст $32,05 \pm 6,42$ г.), которые получали лечение метопрололом ($37,5$ – $50,0$ мг/сут). Критерием назначения лечения была частая желудочковая экстрасистолия и плохая переносимость экстрасистол беременными. Изучались показатели BCP (SDNN, SDANN, rMSSD, HRVi) при суточном мониторинге ЭКГ («Валента», Россия).

Результаты. При анализе показателей BCP у родильниц выявлено снижение общей BCP по сравнению с нормой, причем в большей степени за счет показателей SDANN и SDNN. Показатель SDANN в 1 группе был на 17,48 % ($p < 0,05$) меньше нормы, и на 14,92 % ($p < 0,05$) относительно 2 группы. На фоне лечения метопрололом SDANN приближается к нормальным значениям несколько быстрее. SDNN, отражающий активность парасимпатического звена регуляции сердечного ритма, хотя и был ниже нормы в обеих группах, но в группе без лечения он был меньше на 20,02 % относительно нормальных значений ($p < 0,05$), а на фоне лечения метопрололом – всего лишь на 8,53 % ($p < 0,05$). При оценке показателя HRVi в обеих группах отмечается снижение его в послеродовом периоде по сравнению с нормальными значениями. Динамика rMSSD в исследуемых группах также свидетельствует о возрастании парасимпатических влияний в послеродовом периоде, но в группе, не получающих лечения метопрололом, возвращение этого показателя к норме было замедленно по сравнению со 2 группой.

Заключение. Таким образом, в раннем послеродовом периоде отмечается повышение активности парасимпатических влияний в регуляции сердечной деятельности, причем более выражено в группе родильниц, получающих до родов лечение метопрололом.

ИЗМЕНЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ С ЧАСТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ НА ФОНЕ МЕТОПРОЛОЛА

Лещанкина. Н.Ю., Чекашкина Е.Е.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: изучение особенностей временных показателей variability ритма сердца (BCP) у беременных женщин с частой желудочковой экстрасистолией на фоне лечения метопрололом.

Материалы и методы. В исследование включено 40 беременных женщин (III триместр), имеющих частую желудочковую экстрасистолию (ЖЭ). Пациентки были поделены на 2 группы: в 1 группу входили 20 беременных женщин, которые не получали противоаритмические препараты (средний возраст $29,85 \pm 4,68$ г.), во 2 группу входили 20 беременных (средний возраст $32,05 \pm 6,42$ г.) с частой желудочковой экстрасистолией, которые получали метопролол (50 мг в сутки). Критерием назначения лечения была плохая переносимость желудочковой экстрасистолии. Всем беременным проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее оценку показателей BCP (SDNN, SDANN, rMSSD, HRV_i) по результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру («Валента», Россия).

Результаты. При оценке показателей BCP выявлено ее снижение в обеих группах беременных с частыми желудочковыми экстрасистолами. Показатель SDANN был примерно одинаково снижен относительно нормы в обеих группах: в группе без лечения на 25,48 % ($p < 0,05$) ниже нормы, во 2 группе – на 27,10 % меньше нормы ($p < 0,05$). В группе беременных женщин без лечения показатель SDNN, отражающий активность парасимпатического звена вегетативной нервной системы, был снижен на 24,24 % ($p < 0,05$) относительно нормальных значений, а в группе на фоне метопролола – всего на 10,54 % ($p < 0,05$). У всех обследуемых пациенток с ЖЭ отмечается также достоверное уменьшение rMSSD, но при применении метопролола этот показатель снижается не столь значительно, как в группе без лечения. В обеих исследуемых группах показатель HRV_i снижен по отношению к нормальным величинам, причем в большей степени отмечено снижение в группе беременных без лечения метопрололом. Назначение метопролола позволило существенно уменьшить количество экстрасистол, в том числе ЖЭ высоких градаций.

Заключение. Таким образом, назначение с антиаритмической целью бета-блокатора метопролола беременным в III триместре позволило не только уменьшить количество желудочковых экстрасистол, улучшить самочувствие пациенток, но и нормализовать вегетативную регуляцию сердечного ритма у беременных.

КАРДИАЛЬНАЯ АВТОНОМНАЯ НЕЙРОПАТИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМЕ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ

Чернышова Т.Е., Стяжкина С.Н., Иванов Л.А.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель: анализ прогностического значения кардиальной автономной нейропатии (КАН), на этапах нарушения жирового и углеводного обмена

Материал и методы. В рамках реализации программы «Регуляция физиологических функций» проведен многолетний (1992–2015 гг.) мониторинг функционального состояния автономной нервной системы у 92 пациентов алиментарным ожирением, 120 больных с метаболическим синдромом (МС). Представлены данные динамической оценки клинико-функциональных проявлений КАН на этапах нарушения жирового и углеводного обмена – от нарушенной толерантности к углеводам до манифестации сахарного диабета 2 типа, а также ее морфологических характеристик КАН у 46 больных с МС, умерших за период 2010–2015 гг. Все больные умерли в стационарах республики, из них 11 человека (23,9 %) в кардиологических отделениях, 22 человека (47,8 %) в терапевтических и неврологических отделениях, 13 (28,2 %) в отделениях реанимации и интенсивной терапии городских и центральных районных больниц. Диагноз КАН ставился на основании оценки показателей спектрального и автокорреляционного анализа сердечного ритма, депрессии и дисперсии интервала QT. Базовая составляющая реабилитационного прогноза (РП) оценивалась по морфофункциональному индексу (МФИ). При статистической обработке данных проведено математическое моделирование метаболических процессов.

Результаты. Продолжительность и степень дислипидемии оказывала более значимое влияние на снижение variability сердечного ритма (BP), чем гипергликемия ($p = 0,01/0,05$ и $0,03/0,48$). Прогрессирующее снижение BP до 0,08 мс отражало формирование ригидного сердечного ритма, срыв адаптации. Сдвиг ве-

гетативного равновесия «влево» и тахикардия в сочетании с артериальной гипертензией сопровождались прогрессирующим повышением напряжения регуляторных систем ($p < 0,001$), отражая степень гиперсимпатикотонии. Морфогистологическое исследование умерших, проведенное на кафедре судебной медицины и танатологии ИГМА позволило выявить особенности танатологии внезапной и скоропостижной сердечной смерти этих пациентов: малосимптомное течение гипертонического криза и инфаркта миокарда, фатального сердечного приступа. Зарегистрирована взаимосвязь гистохимических маркеров КАН и физиологического процесса старения нервной системы, прогностическое значение гипераргирофилии, варикозности нервных волокон, как маркеров запредельного возбуждения. КАН имеет самостоятельное значение в повышении риска сердечной смерти. Получены доказательства прогностической значимости при МС удлинения интервала QT с приближением «ранимой» фазы к потенциальному эктопическому очагу. Обсуждаются перспективы динамического анализа РП при МС. Множественный регрессионный анализ, в котором роль независимой переменной играл факт летального исхода, а зависимой переменной – функциональные и биохимические показатели, подтвердил прогностическое значение ригидного сердечного ритма (F-11,0; R -0,350), дисперсии интервала QT (F-12,1; R-0,288), удлинения QT интервала (F-16,3; R-0,340) как предикторов летальных исходов пациентов с МС вне зависимости от нозологии заболевания.

Заключение: КАН является значимым прогностическим критерием угрозы внезапной и скоропостижной сердечной смерти при МС, что должно учитываться при проведении медико-социальной экспертизы. В докладе обсуждаются программы коррекции КАН.

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Черняева М.С.¹, Шимохина Н.Ю.^{1,2}, Петрова М.М.¹, Савченко А.А.^{1,3}, Каскаева Д.С.¹

¹ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия;

²КГБУЗ КМКБСМП им. Н.С. Карповича, Красноярск, Россия;

³НИИ медицинских проблем Севера, Красноярск, Россия

Цель. Оценить динамику аффективной симптоматики и показателей системы гемостаза у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) на фоне терапии агомелатином.

Материал и методы. Обследовано 196 пациентов обоего пола в первые 24 часа после развития ОКС, систематически не принимавших до госпитализации антиагреганты. В первые 72 часа после перевода из реанимационной палаты и на 10 сутки при выписке, пациенты были протестированы с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), по шкале депрессии BDI, теста Спилбергера-Ханина на наличие или отсутствие расстройств аффективного спектра. Сформированы три группы: первая – пациенты с ОКС без ТДР (n=88), вторая – пациенты с ОКС и ТДР без терапии агомелатином (n=58) и третья – пациенты с ОКС и ТДР принимавшие агомелатин (n=50). Статистически значимых различий по возрасту, полу, функциональному классу стенокардии, EuroSCORE не было. В первые 24 часа после госпитализации пациентов и в динамике заболевания на 10-е сутки проведено исследование коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 7,0 (StatSoft Inc., 2004).

Результаты. При исследовании аффективной симптоматики у больных ОКС в первые 72 часа госпитализации по шкале Спилбергера-Ханина уровни личностной и реактивной тревожности составили 50 (39; 57) баллов, по шкале HADS показатель тревоги составил 10 (7; 14) баллов, а депрессии – 22 (18; 35) балла, по шкале депрессии BDI – 24 (10; 38) балла. Через 10 дней терапии агомелатином выявлено снижение уровней, как тревоги, так и депрессии. Так, по шкале Спилбергера-Ханина уровни тревоги к выписке пациентов из стационара снизились до 45 (30; 52) баллов, по шкале HADS показатель тревоги составил 8 (4; 11) баллов, депрессии – 19 (5; 23) баллов, а по шкале депрессии BDI – 21 (10; 31) балл.

При исследовании системы гемостаза у больных ОКС на всех этапах обследования выявлены высокие уровни фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов, Д-димера, однако в группе пациентов с ТДР значения этих показателей существенно выше, чем у больных без ТДР. В группе больных ОКС и ТДР на фоне терапии агомелатином уровень Д-димера на 10-е сутки обследования приближается к показателям пациентов с ОКС без ТДР. В обеих группах больных ОКС с сопутствующими ТДР значения спонтанной агрегации в первые сутки госпитализации и к выписке на 10-е сутки значительно превышают не только показатели контроля, но и значения пациентов в группе ОКС без ТДР. Значения агрегации тромбоцитов стимулированной аденозиндифосфатом в дозе 0,1 мкМ достаточно высоки у всех больных ОКС. У пациентов ОКС и ТДР принимавших агомелатин на 10-е сутки лечения наступало значимое снижение агрегации тромбоцитов стимулированной АДФ в дозе 0,1 мкМ, адреналином и АДФ в дозе 5 мкМ в сравнении с первыми сутками госпитализации.

Заключение. Уже через 10 дней от начала приема агомелатина, появляется отчетливая тенденция, заключающаяся в снижении степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных ОКС. Вместе с тем, у пациентов ОКС с сопутствующими ТДР на фоне терапии агомелатином в дополнение к стандартному приему антиагрегантов к выписке из стационара отмечается отчетливое снижение агрегационной активности тромбоцитов в сравнении с первыми сутками госпитализации. Таким образом, следует отметить положительный ответ на прием антитромботической терапии у больных ОКС в сочетании с ТДР на фоне раннего начала терапии агомелатином. Для нормализации симптомов эмоциональной сферы, а так же сохранения стабильного эффекта, по рекомендации ВОЗ, терапия любым антидепрессантом (в том числе Агомелатином) должна продолжаться не менее 3–6 месяцев.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ КЛЕТОК ВОСПАЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕАКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ АОРТЫ

Чумаченко П. В.¹, Афанасьев М. А.¹, Леусова Я. Ю.¹, Хеймец Г. И.¹, Иванова А. И.², Постнов А. Ю.¹

¹НИИ кардиологии имени А. Л. Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс», Москва, Россия

²ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского», Москва, Россия

Расстройство клеточного иммунитета сосудистой стенки признаётся одним из патогенетических звеньев в возникновении и прогрессировании дегенеративных процессов сосудистых аневризм.

Цель. Исследование с последующей оценкой содержания отдельных клеток воспаления в оболочках (наружной, средней и внутренней) интактной, атеросклеротически изменённой аорты, а также – в участках с аневризмой.

Материал и методы. Для исследования использовались операционный материал больных, полученный во время хирургического вмешательства по поводу данной патологии, и иммуногистохимическая методика окраски полученных микропрепаратов (иммуногистостейнер Ventana; Roshe, Швейцария) с последующей визуализацией их с помощью световой микроскопии. Статистический анализ производили с использованием специальной компьютерной программы Statistica ver. 6.0. Достоверность различий количественных показателей применялись непараметрические критерии Манна-Уитни; различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Контрольную группу составили аорты больных с атеросклерозом и без такового. В методике ИГХ-исследования использовались антитела к субпопуляциям Т-лимфоцитов CD4, CD8 и макрофагам CD68 (производители: «Beckman Coulter», «Сорбент» и «ДАКО» соответственно). Весь материал в зависимости от количества воспалительных мононуклеаров делился на две группы. В первой группе были случаи с малым количеством CD4, CD8 и CD68-позитивных клеток и случаи, в которых эти клетки отсутствовали, во второй группе – случаи со средним или большим количеством клеток в инфильтрате. Инфильтраты с большим и средним содержанием CD4, CD8, CD68 клеток в интима аорты обнаружены у подавляющего большинства больных с атеросклерозом. В участках без атеросклероза клетки воспаления в *t. intima* не обнаруживались или выявлены как единичные клетки. В *t. media* и *adventitia* контрольной группы (20 мужчин в возрасте 37–66 лет) CD4, CD8, CD68-позитивные клетки встречались как единичные или отсутствовали. В группе «аневризма аорты» визуализировались обильные инфильтраты, состоящие из CD4, CD8, CD68-позитивных клеток не только в интима, но и в меди и адвентиции аневризматически изменённого участка стенки аорты.

Заключение. Таким образом, наши данные подтверждают значение отдельных клеточных элементов иммунной системы, в частности клеток макрофагического ряда, в нарушении структуры артериальной стенки при аневризме аорты. Предположительно в основе этих деструктивных процессов лежит высокая активность гидролитических (протеолитических) ферментов на компоненты каркаса сосудистой стенки (напр., окончатые эластические мембраны), что, безусловно требует дальнейшего изучения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ С КОЭФФИЦИЕНТОМ ДИСПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шамкина А.Р.¹, Садыкова А.Р.¹, Куликова Т.В.²

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань;²
ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», Казань, Россия

Цель. Изучение частоты встречаемости ожирения и распределения некоторых антропометрических показателей в зависимости от степени выраженности непропорционально высокой (НВ) массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследованы 107 женщин – жительниц г.Казани в возрасте 21–46 лет. Из них 19 женщин с нормальным артериальным давлением (АД < 130/85 мм рт. ст.) без указания на повышение АД в анамнезе, 22 пациентки с высоким нормальным АД и 66 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) в соответствии с классификацией ВНОК (2010), с длительностью заболевания 0,5–24 года. Средний возраст пациенток с АГ – 40,4±4,4 лет. Из исследования исключали пациенток с симптоматическими формами АГ. Обследуемым проводили антропометрию [индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бёдер (ОБ)], измерение АД и эхокардиографию. Ожирение устанавливали при значении ИМТ ≥ 30 кг/м², его абдоминальный тип – при ОТ > 88 см. Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле [R.B.Devereux, N.Reichek, 1977], должную ММЛЖ – по формуле [Simone G. et al., 1998]. По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывали коэффициент диспропорциональности (КД). Пропорциональную ММЛЖ констатировали при КД 72,1–127,9 %, НВ ММЛЖ – при КД ≥ 128 %, непропорционально низкую ММЛЖ – при КД ≤ 72 %. НВ ММЛЖ считали слабо выраженной при КД 128–155,9 %, умеренно выраженной – при КД 156–183,9 %, сильно выраженной – при КД ≥ 184 %. Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий χ^2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений – критерий Манна–Уитни–Вилкоксона (U).

Результаты. В подгруппе лиц с сильно выраженной степенью НВ ММЛЖ, по сравнению с группой лиц, имеющих пропорциональную ММЛЖ, среди всех обследованных значимо ($p < 0,001$ по ТМФ) более часто встречается ожирение (88,9 % против 13,8 %) и его абдоминальный тип (88,9 % против 19,4 %), среди пациенток с АГ – также ожирение (100 % против 19 %) и его абдоминальный тип (100 % против 28,6 %). В этой же подгруппе, по сравнению с группой лиц, имеющих пропорциональную ММЛЖ, среди всех обследованных отмечаются также значимо (по критерию U) более высокие средние значения ИМТ (32,4±3,4 кг/м² против 25,0±5,3 кг/м²; $p < 0,001$), ОТ (97,9±9,1 см против 76,2±13,1 см; $p < 0,001$) и ОТ/ОБ (0,86±0,05 против 0,75±0,07; $p < 0,001$); среди пациенток с АГ – ИМТ (33,8±2,8 кг/м² против 26,9±5,6 кг/м²; $p < 0,01$), ОТ (101,2±9,4 см против 81,1±14,0 см; $p < 0,05$) и ОТ/ОБ (0,88±0,04 против 0,78±0,06; $p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, среди пациенток с артериальной гипертензией у женщин репродуктивного возраста сильно выраженная степень непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка ассоциируется со значимо ($p < 0,001$) большей частотой встречаемости ожирения и его абдоминального типа, а также со значимо ($p < 0,05$) более высокими средними значениями индекса массы тела, окружности талии и отношения окружности талии к окружности бёдер.

ВЫБОР ИНДЕКСА ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА У ПОДРОСТКОВ С СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ДАВЛЕНИЕМ НА ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК СЕРДЦА

Шарыкин А.С.^{1, 2}, Трунина И.И.¹

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ»

²Клиника спортивной медицины (филиал № 1) Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (МНПЦМРВиСМ), Москва, Россия

Выявление гипертрофии миокарда (ГМ) у юных спортсменов является одним из факторов стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний. Для взрослых лиц единым верхним порогом массы миокарда является индекс 115 г/м² поверхности тела. У детей и подростков при одном и том же возрасте возможны значительные колебания роста и массы тела, и данный индекс оказывается мало приемлемым; более широко

используется аллометрический индекс массы миокарда – на рост в степени 2,7. В то же время остается неясной его пороговая величина. В результате возможна недооценка гипертрофии в определенных ситуациях, в частности, при ожирении или большой мышечной массе у спортсменов.

Цель. Сравнить различные способы оценки ГМ левого желудочка у подростков на модели АГ, в том числе при избыточной массе тела.

Материал и методы. В анализ включены 106 мальчиков с АГ в возрасте $15 \pm 1,6$ года, не получавшие антигипертензивную терапию. У 35 (33 %) подростков масса тела была в пределах нормы, у 71 (67 %) была избыточна, в том числе у 43 (40,6 %) на уровне ожирения. Всем подросткам было проведено эхокардиографическое исследование, измерение АД по методу Короткова в покое и суточное мониторирование АД (СМАД). По результатам СМАД подростки с АГ были разделены на две группы: 1-я гр. – 22 (20,7 %) подростка с лабильной АГ (ЛАГ), 2-я гр. – 84 (79,3 %) подростка со стабильной АГ (САГ). В группе с ЛАГ избыточная масса тела имела у 11 (15,5 %), в группе со САГ – 60 (84,5 %) обследованных. Верхнюю границу массы миокарда (ММ) определяли по пяти индексам, представленным в литературе: 1) $\text{ИММ}/\text{Рост}^{2,7} (>45 \text{ г}/\text{м}^{2,7})$, 2) $\text{ИММ}/\text{Рост}^{2,7} (>48 \text{ г}/\text{м}^{2,7})$, 3) $\text{ИММ}/\text{Рост}^{2,7} (>51 \text{ г}/\text{м}^{2,7})$, 4) $\text{ИММ}/\text{ППТ} (>115 \text{ г}/\text{м}^2)$, 5) $\text{ИММ}/\text{МТ} (>3,0 \text{ г}/\text{кг})$.

Результаты. При оценке ГМ по данным индексам получен значительный разброс ее частоты. $\text{ИММ}>45 \text{ г}/\text{м}^{2,7}$ давал максимальную частоту во всей когорте ($p<0,05$) и адекватную – при ожирении; $\text{ИММ}>51 \text{ г}/\text{м}^{2,7}$ – низкую частоту в когорте и адекватную при ожирении; $\text{ИММ}>48 \text{ г}/\text{м}^{2,7}$ – оптимальную частоту в обоих случаях. Все индексы, не учитывающие массу тела (первые 3), обеспечивали высокую выявляемость гипертрофии миокарда и при наличии избыточного веса: от 63,1 % до 76 %. В то же время, 4-й и 5-й индексы не смогли выявить ГМ у ряда детей с ожирением, у которых она имела по данным других индексов. Использование ИММ с границей $>48 \text{ г}/\text{м}^{2,7}$ позволило определить отношение шансов для развития ГМ при наличии соответствующих факторов риска: 1) САГ против ЛАГ – $OR=8,4$ (ДИ 1,07–66,2); 2) избыточный ИМТ против нормального – $OR=7,9$ (ДИ 1,74–35,9); 3) сочетание САГ и избыточного ИМТ против отсутствия данных факторов – $OR=6,3$ (ДИ 1,36–29,76).

Выводы. Полученные данные позволяют выделить показатель, который в оптимальной степени отражает наличие ГМ и не зависит от массы тела: $\text{ММ}/\text{Рост}^{2,7} >48 \text{ г}/\text{м}^{2,7}$. Использование данного индекса дает возможность определить нагрузку повышенным сопротивлением (давлением) на левый желудочек сердца и повышенную массу тела как основные факторы развития гипертрофии миокарда. Данный индекс может быть использован для выявления гипертрофии миокарда у юных спортсменов, испытывающих соответствующие тренировочные нагрузки и имеющих повышенную массу тела.

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Шашина М.М., Астраханцева Ю.С., Рыбкова М.А., Тишкевич Н.Н., Гузенко Т.Н., Шляпина М.С.

ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 8», ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ, Саратов, Россия

Цель: изучение факторов риска, клинических и лабораторно-инструментальных особенностей при остром инфаркте миокарда (ИМ) у лиц молодого и среднего возраста, установление наиболее значимых предикторов риска развития инфаркта в данной возрастной категории.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 36 историй болезни пациентов в возрасте до 50 лет, находившихся в 2013–15 гг. в кардиологическом отделении по поводу ИМ.

Результаты: 19 пациентов – молодые мужчины (средний возраст $40 \pm 11,94$), 11 – лица среднего возраста ($47,7 \pm 2,67$), в том числе – только 1 женщина. Среди них 38 % работали в условиях повышенной стрессорной нагрузки и гиподинамии (водители), 14 % были безработными. У 53 % установлена 2 группа крови, у 22 % – 1 группа, у 17 % – 3 группа, только 2 пациента (8 %) имели 4 группу. В большинстве случаев (70 %) предшествующего анамнеза ИБС не было, у 4 (11,1 %) – ИМ был повторным, такое же число пациентов отмечали стенокардию в анамнезе. Среди факторов риска ведущее значение (в 86 %) имела артериальная гипертензия (АГ), при этом у 76 % из них медикаментозная гипотензивная терапия не проводилась. У 53 % выявлено нарушение жирового обмена – избыточная масса тела, ожирение наблюдалось в 55 % случаев. Больше половины пациентов курили (54 %). Только 18 % смогли указать на отягощенную наследственность. Сопутствующая патология была представлена патологией желудочно-кишечного тракта (25 %), патологией почек (преимущественно мочекаменная болезнь) – 22 %, с равной частотой отмечено наличие остеохондроза позвоночника и хронической обструктивной болезни легких (8,3 %). Развитию ИМ в 42 % предшествовал гипертонический криз, в 14 % – употребление алкоголя, в 16 % – интенсивная физическая нагрузка. У всех пациентов отмечено наличие типичного коронарного болевого синдрома, у 74 % – резорбционно-некротического синдрома. В 58 % диагностирован обширный Q-ИМ. Осложнения ИМ представлены нарушениями ритма у 33 %, развитием

аневризмы у 11 %. Выявлено значимое нарушение липидного обмена (76 %), атеросклеротическое поражение аорты (55 %), сонных артерий с наличием стенозов (61 %), ангиопатия сосудов сетчатки (75 %). У 64 % выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, у 64 % гипо- и акинезия миокарда, у 50 % снижение фракции выброса. Снижение циркадного индекса отмечено у 70 %.

Заключение: В группе риска развития ИМ у лиц молодого и среднего возраста – курящие мужчины, часто профессионально связанные со стрессорными факторами и гиподинамией (водители), с избыточной массой тела, имеющие 2 группу крови. Наиболее значимым фактором риска у исследуемой возрастной категории пациентов оказалась АГ, в подавляющем большинстве случаев – некорректируемая. Развитие ИМ часто было сопряжено с развитием гипертонического криза. Несмотря на молодой возраст у этих лиц развивается атеросклеротическое поражение сосудов, зачастую с первичной клинической манифестацией в виде ИМ. Профилактика ИМ у данной категории пациентов – активное выявление АГ, сосудистых расстройств (УЗИ сердца и сосудов), обязательная немедикаментозная и медикаментозная коррекция АГ.

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОДОЛЖЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАННИХ ПРИЗНАКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В., Колтунов И.Е.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. В рамках утвержденной МЗ темы НИР Центра выполнялся фрагмент, являвшийся одновременно частью длительной программы – многоступенчатого исследования, имеющего несколько последовательных составляющих частей (исследований), тесно связанных и вытекающих одно из другого. Цель первой части заключалась в изучении патогенетических механизмов и факторов риска развития и прогрессирования ССЗ в когорте ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) в сравнении с контрольной группой того же полового и возрастного состава, проживающих в Москве и ближнем Подмосковье. Эта часть исследования проходила в два этапа с промежутком 5 лет и позволила детально изучить все возможные механизмы развития этой патологии. Вторая часть исследования, была направлена на верификацию ранее выявленных подходов и закономерностей развития ССЗ по данным конечных точек. Результаты этой части позволили окончательно подтвердить, что в развитии ССЗ и, в особенности, в смертности от ССЗ основную роль играет синдром ночной гиперсимпатикотонии, открытый в России, 2001 г. Третья часть исследования направлена на внедрение полученных результатов в широкую клиническую практику с целью достижения максимального эффекта от профилактических мероприятий.

Цель. Изучить влияние естественной возрастной деградации вегетативной регуляции сердечной деятельности с помощью оценки влияния возрастных изменений на динамику характеристик синдрома ночной гиперсимпатикотонии в рамках третьей части исследования.

Материал и методы. В когорте ЛПА проводился поиск и математический анализ возможных взаимозависимостей возраста летальных исходов от ССЗ (л/и) от ключевых характеристик синдрома ночной гиперсимпатикотонии.

Результаты. Было установлено, что зависимость между изменением возраста л/и и величиной признака ночной гиперсимпатикотонии отсутствует ($r=0,08$, $p<0,2$).

Выводы. Полученный результат позволяет рассматривать определяющую роль ночной гиперсимпатикотонии в развитии ССЗ и их осложнений вне зависимости от возрастной деградации вегетативной регуляции, что, соответственно, дает научно-обоснованную возможность проведения профилактических мероприятий в рамках третьей (прикладной) части программы многоступенчатого исследования.

ТАК ЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЛИПИДСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ У НИХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Шерашов В.С., Шерашова Н.В., Деев А.Д., Шерашова М.В.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва

Актуальность. В рамках утвержденной МЗ темы НИР Центра выполнялся фрагмент, являвшийся одновременно частью длительной программы – многоступенчатого исследования, имеющего несколько последовательных составляющих частей (исследований), тесно связанных и вытекающих одно из другого. Целью третьей части исследования является внедрение полученных результатов в широкую клиническую практику с целью достижения максимального эффекта от профилактических мероприятий.

Цель. Определить целесообразность применения самостоятельной медикаментозной терапии для коррекции показателей липидного обмена среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА) с признаками синдрома ночной гиперсимпатикотонии.

Материалы и методы. Изучение зависимости между признаками синдрома ночной гиперсимпатикотонии и уровнями липидов в когорте ЛПА в ходе двухэтапного проспективного исследования с промежутком 5 лет.

Результаты. Исходя из доказанной определяющей мощности нового фактора риска развития осложнений от ССЗ среди ЛПА (по данным конечных точек) – синдрома ночной гиперсимпатикотонии, было проанализировано значение второстепенных вариантов с суммарной мощностью дисперсии менее 1,0 по критерию Кайзера (МФА), куда вошли показатели липидного обмена. Были получены слабые, но достоверные обратные и прямые (для ХЛПВП) корреляционные зависимости между показателем SDNNnANDS и значениями ОХ, ХЛПОНП, ХЛПНП, ХЛПВП, ТГ: $r = -0,12; -0,21; -0,06; 0,04; -0,21$; соответственно на первом этапе и $-0,08; -0,16; -0,05; 0,11; -0,16$ на втором этапе исследования соответственно. Полученные данные актуальны как для ЛПА с нормальными уровнями липидов, так и для имевших повышенные их значения.

Выводы. Полученный результат (чем более выраженные признаки синдрома ночной гиперсимпатикотонии, тем выше показатели липидов) позволяет увидеть специфические прикладные особенности профилактики развития ССЗ и их осложнений в отдаленном периоде среди лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Сюда входит комплексный подход, включающий первоочередную коррекцию синдрома ночной гиперсимпатикотонии в дополнение к липидснижающей и антиатеросклеротической терапии.

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Шестовицкий В.А., Гринштейн Ю.И., Топольская Н.В.

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия

Цель: изучить цитологические и хемилуминесцентные показатели фагоцитирующих клеток эндопульмональной цитогаммы бронхиального смыва (БС), получаемого в результате бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) у больных с бронхиальной астмой (БА), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и в выделенной среди них группе с верифицированным синдромом перекреста БА и ХОБЛ (СПБАХ).

Материал и методы. В исследование включены 47 больных БА, 50 больных ХОБЛ и 26 больных СПБАХ. Основой дифференциальной диагностики служили рекомендации GINA и GOLD – 2014 г. и рекомендованная в этих документах синдромальная диагностика по верификации СПБАХ. Материалом для цитологического и хемилуминесцентного исследования служила жидкость бронхоальвеолярного смыва, полученная посредством БАЛ. Процентное соотношение отдельных клеточных элементов определяли на 500 клетках мазка, окрашенного по методу Романовского-Гимзе. Хемилуминесцентную активность фагоцитирующих клеток определяли на аппаратно-программном комплексе, включающем Chemiluminometer 3604 (СКТБ «Наука», г. Красноярск). Изучали спонтанную хемилуминесценцию (СпХЛ) и стимулированную зимозаном хемилуминесценцию (СтХЛ).

Результаты. В группах больных БА, ХОБЛ и с синдромом перекреста БА и ХОБЛ (СПБАХ) получены статистически достоверные различия в цитологических и хемилуминесцентных показателях, отражающих

особенности воспаления при этих заболеваниях. Так наибольшее число лейкоцитов ($7,0 \pm 2,6 \times 10^6/\text{мл}$) и процентного соотношения нейтрофилов ($72,1 \pm 3,9\%$) при ХОБЛ соответствовало наибольшим показателям спонтанной (8886 ± 2672 усл.ед.) и стимулированной ($19\,912 \pm 4037$ усл.ед.) хемилюминесценции. У больных с синдромом перекреста (СПБАХ) цитологические (по урону лейкоцитов и нейтрофилов) и хемилюминесцентные (по уровню СпХЛ и СтХЛ) показатели были выше, чем у больных БА, но ниже чем у больных ХОБЛ ($P < 0,05$). По процентному соотношению эозинофилов их наибольший уровень определялся при БА ($9,1 \pm 1,5\%$), наименьший уровень при СПБАХ ($4,5 \pm 1,5\%$) и промежуточный, статистически значимый уровень, при ХОБЛ ($6,6 \pm 1,7\%$).

Заключение. Выявленные различия в цитологических и хемилюминесцентных показателях воспалительного процесса в дыхательных путях позволяют дополнительно в особо сложных случаях проводить дифференциальную диагностику БА, ХОБЛ, верифицировать больных с синдромом перекреста БА и ХОБЛ (СПБАХ) и повысить эффективность лечения в соответствии с рекомендациями персонализированной терапии.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, АТЕРОСКЛЕРОЗ И ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ СИСТЕМНЫХ АУТОИММУННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Шилкина Н.П., Дряженкова И.В.

ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия;
НУЗ «ДКБ на ст. Ярославль ОАО «РЖД», Ярославль, Россия

Цель. Исследовать взаимосвязь атеросклероза (АТ), синдрома артериальной гипертензии (АГ) и аутоиммунного воспаления при системной красной волчанке (СКВ), системной склеродермии (ССД) и системных васкулитах (СВ).

Материал и методы. Обследовано 277 больных системными ревматическими заболеваниями (РЗ): 102 – с СКВ, 65 – с ССД, 110 – с СВ. Методы исследования включали изучение состояния иммунной системы, маркеров поражения сосудистой стенки, морфологические методы, дуплексное и триплексное ангиоскенирование, суточное мониторирование АД (СМАД).

Результаты. Диагностировано раннее развитие АТ при РЗ. Общие синдромы при РЗ и АТ включали: синдром эндотелиальной дисфункции, изменения в системе гемостаза, атеротромбоз, ремоделирование сосудистого русла, микроциркуляторные нарушения, сходные маркеры поражения сосудистой стенки. В то же время морфологический анализ, данные УЗИ сосудов с определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) позволяли дифференцировать сосудистые поражения воспалительного и атеросклеротического генеза. Доказана роль воспалительного компонента в формировании ремоделирования миокарда, нарушений внутрисердечной гемодинамики и АГ. Степень активности СКВ по шкале SLEDAI была достоверно выше у больных с АГ по сравнению с больными без АГ (24 и 15 баллов при $p=0,04$). Неблагоприятные типы суточного профиля АД (non-dipper и night-peaker) отмечены у 47,3 % больных РЗ и связаны с возрастом пациентов ($r=0,52$, $p=0,007$), активностью воспаления ($r=0,44$, $p=0,01$) и наличием АГ ($r=0,59$, $p=0,0001$). С повышением активности РЗ наблюдалась тенденция к повышению среднесуточного АД, индексов нагрузки давлением и недостаточной степени ночного снижения АД. Гипертонические изменения параметров СМАД сопровождалась нарушением внутрисердечной гемодинамики, гипертрофией миокарда, расширением полостей и диастолической дисфункцией, которая выявлена у 67,5 % больных РЗ. Получена прямая корреляционная зависимость между размерами межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка (ЛЖ) и степенью активности СКВ по шкалам SLAM, SLEDAI ($r=0,63$, $p=0,007$; $r=0,57$, $p=0,002$), индексом клинической активности васкулита ($r < 0,3$, $p < 0,05$) и степенью активности при ССД ($r=0,51$, $p=0,007$; $r=0,54$, $p=0,04$). У больных РЗ выявлено достоверное утолщение КИМ ОСА, которое коррелировало с возрастом и активностью воспаления ($r=0,43$, $p=0,015$ и $r=0,37$, $p=0,02$). Интегральный систолический индекс ремоделирования ЛЖ был достоверно ниже ($p=0,002$) при наличии АГ, что свидетельствовало о переходе адаптивного ремоделирования ЛЖ в дезадаптивное с развитием наиболее неблагоприятной эксцентрической гипертрофии ЛЖ и недостаточным ночным снижением АД.

Заключение. Развитие АТ и АГ при РЗ определяется не только классическими факторами риска, но и иммуновоспалительными факторами и связаны с активностью основного патологического процесса, что служит показанием для назначения комплексной корригирующей терапии.

ВЫЯВЛЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Щербакова О.Н.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области», Рязань, Россия

Неуклонный рост сердечно-сосудистых заболеваний и высокая смертность определяют актуальность ранней диагностики данной патологии. Наличие гипертонической болезни, особенно в сочетании с сахарным диабетом 2 типа обуславливают, как правило, более выраженные макро- и микрососудистые осложнения.

Цель. Выявление эндотелиальной дисфункции у сотрудников органов внутренних дел, страдающих гипертонической болезнью, в сочетании с сахарным диабетом 2 типа для улучшения ранней диагностики и оптимизации лечения.

Материал и методы. На базе госпиталя МСЧ МВД России по Рязанской области за период с марта по август 2015 г. было отобрано 108 пациентов мужского пола с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии. Средний возраст составлял $43,5 \pm 2,5$ лет. Критерием исключения было наличие ишемической болезни сердца в анамнезе. Всем пациентам скринингово оценивалось состояние углеводного обмена по гликотриаде: глюкоза плазмы натощак, гликозилированный гемоглобин, тест толерантности к глюкозе, а также проводилось дуплексное сканирование сосудов дуги аорты. Для оценки эндотелиальной функции в соответствии международными руководствами использовалась проба с реактивной гиперемией. О сохраненной функции эндотелия, при проведении ультразвукового исследования, свидетельствовал прирост диаметра плечевой артерии после окклюзии, равный или превышающий 10 %. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных пакетов программ Statistica 7,0.

Результаты. При скрининговом обследовании пациентов было выявлено достоверное повышение уровня глюкозы у 36 пациентов (33,3 %), при этом нарушение толерантности к глюкозе было у 13 чел. (12 %), а впервые выявленный сахарный диабет наблюдался уже у 23 чел. (21,3 %). Наличие эндотелиальной дисфункции у пациентов с ГБ в 10 % случаев, а в сочетании с сахарным диабетом 2 типа в 93,4 % случаев. Также, было отмечено увеличение толщины интима-медиа у 96,7 % в группе больных ГБ с сопутствующим СД, и в 6,7 % в группе только с ГБ.

Закключение. Данные результаты подтверждают высокую распространенность нарушений углеводного обмена как в популяции в целом, так при гипертонической болезни. Изучение дисфункции эндотелия, состояния сосудистой стенки артерий у больных с гипертонической болезнью, особенно в сочетании с сахарным диабетом 2 типа является важной клинической задачей с точки зрения возможностей профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ: АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «БАЗИСНЫХ» ПРЕПАРАТОВ В СТАЦИОНАРЕ И НАЗНАЧЕНИЯ ИХ ПРИ ВЫПИСКЕ

Эрлих А.Д., Каримов У.Б., Мамасалиев Н.С.

Андижанский государственный медицинский институт и Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Цель. Изучение фармакоэпидемиологии острых коронарных синдромов (ОКС) в условиях Ферганской долины Узбекистана.

Материал и методы. В рамках программы «РЕКОРД-АНДИЖАН» проводился фармакоэпидемиологический анализ ОКС у 653 пациентов. Использован опыт Российского РЕКОРД-2 и анализировались соотношения частоты использования различных препаратов в экстренном стационаре и назначения их при выписке.

Результаты. В экстренных стационарах сравнительно часто для лечения ОКС применяются более чем 13 разновидностей лекарственных препаратов. Так, по данным нашего анализа в стационаре 1,3 % пациентов были назначены бетаблокаторы внутривенно (пропранолол) и 12,3 % – внутрь (метопролол, корвитол, эмкор), 2,1 % – статины, 6,4 % – нитраты в/в (изокет, перлинганит) и 84,5 % – внутрь (оликард ретард, изосорбид-5-мононитрат, изосорбид динитрат), 13,6 % – клопидогрель/тиклопидин (стазекс), 20,2 % – дигоксин, 34,0 % – аспирин догоспитально, 40,8 % – в стационаре и 57,2 % – в нагрузочной дозе, 50,2 % – ингибиторы АПФ (диротон, эналазид, лизиноприл, лизинокор, престариум, каптоприл), 54,1 % – антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем, тензал, леркамен) и 59,2 % – петлевые диуретики. Тромболитическая терапия (ТЛТ)

проведена у 51 больного (8,3 %). ТЛТ была начата догоспитальном этапе у 2 больных (3,9 % от всех ТЛТ), в стационаре ТЛТ проведена у 49 больных (96,5 % от всех больных ТЛТ). При поступлении в стационар медиана времени от момента госпитализации до начала ТЛТ составила 0,44 часа. Препараты, которым проводилась ТЛТ, в основном была стрептокиназа – 51 больных (100,0 %). Все больные (100 %) получали нефракционированный гепарин в виде п/к инъекций в течение от 48–96 часов до 6 суток. Частота назначения различных препаратов у больных ОКС при выписке из стационара статистически значимы различаются более чем в 20,4 раза ($P < 0,001$). При выписке из стационара с наибольшей частотой назначаются антагонисты кальция (40,8 %), ингибиторы АПФ (35,1 %) и антиагреганты (аспирин). По сравнению с ними в 2,4 раза реже при выписке больных назначаются дигоксин (17,6 %) и петлевые диуретики (17,6 %); $P < 0,01$. С наименьшей частотой при выписке рекомендуются клопидогрель/тиклопидин (11,1 %), инсулин (10,5 %) и бета-адреноблокаторы (9,8 %). Очень редко при выписке больных назначаются статины (2,0 %). По нашим данным «потеря» при выписке в назначении аспирина составляет 35,3 %, бета-блокатора – 20,3 %, ингибиторов АПФ – 30,1 %, антагонистов кальция – 24,6 %, диуретика – 70,3 %, нитратов – 97,6 % и статинов – 100,0 %.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, одним из важных аспектов в организации оказания помощи больным и оптимизации способов лечения ОКС является более четкое выполнение рекомендаций по лечению основанных на результатах регистра и/или фармакоэпидемиологического анализа.

НАРУШЕНИЯ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: РОЛЬ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК

Болотова Е.В.¹, Являнская В.В.^{1,2}, Дудникова А.В.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Кубанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ, Краснодар, Россия

²ГБУЗ ККБ № 2 Министерства Здравоохранения Краснодарского Края, Краснодар, Россия

Введение. Согласно современным представлениям хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является системным заболеванием, провоцирующим раннее развитие остеопороза. Известно также, что при хронической болезни почек (ХБП) 3–5 стадии развиваются системные нарушения костно-минерального обмена. Однако недостаточно изученным остается вопрос о наличии данных нарушений при сочетании ХОБЛ и додиализных стадий ХБП.

Цель. Изучить частоту и выраженность нарушений фосфорно-кальциевого обмена у пациентов с ХОБЛ при наличии и отсутствии ХБП 1–3 Б стадии.

Материал и методы. На базе ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара нами было обследовано 200 пациентов с ХОБЛ I–IV ст. тяжести согласно спирометрическим данным, пациенты разделены на 2 группы (I группа – 95 пациентов с ХБП 1–3Б ст., II – 105 пациентов без дисфункции почек). Всем пациентам было проведено исследование ионизированного и общего кальция, фосфора сыворотки крови. Оценку значимости отличий двух распространенностей признака выполняли с помощью критерия χ^2 ; достоверность различий – по t-критерию Стьюдента и считали значимой при $p < 0,05$. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. При межгрупповом сравнении выявлены более низкие средние уровни общего кальция в I группе по сравнению со II группой, однако различия были не достоверны ($1,99 \pm 0,12$ ммоль/л vs $2,14 \pm 0,13$ ммоль/л, соответственно; $p > 0,05$). Различия в средних уровнях ионизированного кальция были также не достоверны, с ожидаемо более низким показателем в I группе ($0,84 \pm 0,2$ ммоль/л vs $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, соответственно; $p > 0,05$). Средние уровни неорганического фосфора были также без значимых различий между I и II группой с более низкими показателями в последней ($1,44 \pm 0,04$ ммоль/л vs $1,14 \pm 0,03$ ммоль/л, $p > 0,05$). Однако, при анализе распространенности гиперфосфатемии (более 1,45 ммоль/л) между двумя группами были получены достоверные различия (13,6 % в I группе vs 4,7 % во II группе, $p < 0,05$). Получены достоверные различия в частоте гипокальциемии (менее 1,16 ммоль/л) по уровню ионизированного кальция (16,8 % в I группе vs 2,8 % во II группе, $p < 0,05$). По уровням общего кальция также обнаружены значимые различия с более высокой распространенностью в I группе (15,7 % vs 3,8 % соответственно; $p < 0,05$).

Выводы. Имеется достоверно более высокая распространенность фосфорно-кальциевых нарушений в группе больных ХОБЛ с сопутствующей дисфункцией почек по всем проведенным лабораторным тестам. Полученные данные определяют необходимость мониторинга функции почек у данной категории больных и, особенно, контроля костно-минеральных нарушений при сочетании ХОБЛ и дисфункции почек уже на ранней стадии.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Яковлева Е.В.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Республика Беларусь

Цель. Оценить состояние вегетативной нервной системы, психоэмоциональный статус и качество жизни у практически здоровых лиц молодого возраста.

Материал и методы. Обследовано 127 практически здоровых лиц молодого возраста (до 25 лет), являвшихся студентами старших курсов медицинского университета. Для выявления признаков вегетативных изменений использовался анкетный вопросник, оценка иммунно-эндокринной составляющей адаптации проводилась по опроснику Л.Х.Гаркави, уровень тревожности определялся по тестам Спилбергера-Ханина и тесту тревожности Шихана, для оценки параметров качества жизни применялся опросник RAND-36.

Результаты. Синдром вегетативной дистонии был определен у 74 % обследованных лиц. Превалирующими жалобами являлись быстрая утомляемость, головная боль, нарушение сна, ощущение перебоев в сердце. Головные боли у 1/3 обследованных лиц были локальными и имели приступообразное течение. Перебои в работе сердца характеризовались в 100 % учащенным сердцебиением. Нарушения сна проявлялись трудностью засыпания у 14,89 % лиц, поверхностным сном с частыми пробуждениями у 15,96 %, чувством невыспанности у 69,14 %. Нарушение функции желудочно-кишечного тракта, проявляющееся вздутием живота, склонностью к запорам, поносам отметили 46,81 % обследованных. На повышенную потливость, которая провоцировалась волнением, указало 18,09 % лиц, на обмороки и предобморочные состояния в условиях душного помещения – 6,38 %. У большинства практически здоровых лиц определялся средний уровень как реактивной (60,64 %), так и личностной (86,17 %) тревожности. Пациенты с высоким уровнем реактивной тревожности характеризовались напряженностью, беспокойством, нервозностью, отсутствием уверенности в себе, их волновали гипотетические неудачи. Пациенты с высоким уровнем личностной тревожности характеризовались стремлением избегать трудностей, склонностью испытывать в большинстве ситуаций опасение и страх. Аномальный уровень тревожности по шкале Шихана не был зафиксирован ни у одного из обследуемых. Наиболее часто пациенты отмечали, что в течение последней недели их беспокоило состояние зависимости от других людей, неспособность расслабиться, беспокойство, ощущение усталости, слабости и повышенной истощаемости. Состояние физиологической нормы адаптации определялось только у 29,13 % лиц, донозологическое состояние – у 44,88 %, а срыв механизмов адаптации – у 22,83 %. Качество жизни характеризовалось снижением показателей по шкалам «ролевые ограничения, обусловленные личными или эмоциональными проблемами», «энергичность/усталость» и «эмоциональное самочувствие».

Заключение. Таким образом, выявленные изменения в состоянии вегетативной нервной системы, психоэмоционального статуса и качества жизни у молодых практически здоровых лиц свидетельствуют о напряжении неспецифической адаптационной реакции, что создает предпосылки к развитию патологических процессов, требующих коррекции и динамического врачебного наблюдения.

D-ВИТАМИННАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Снежицкий В.А., Янковская Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель. Оценить D-витаминную обеспеченность и влияние комбинированной терапии на динамику восполнения D-дефицита, артериальное давление (АД), показатели кальций-фосфорного и липидного обмена у лиц с АГ II степени.

Материал и методы. Проведено проспективное, когортное, одноцентровое исследование 226 лиц с АГ II степени ($52,4 \pm 7,7$ года). Длительность наблюдения составила $16,2 \pm 1,58$ мес. Каждому второму пациенту по алфавитному списку в дополнение к антигипертензивной терапии был рекомендован прием витамина D (холекальциферола) в суточной дозе 2000 МЕ. На протяжении 3 месяцев препарат принимали 72 человека, на протяжении 6,3 \pm 1,5 месяца – 29 человек. Оценка обеспеченности организма витамином D проводилась по уровню общего витамина D (25 (ОН) D total) в плазме крови методом ИФА. Тем же методом проводили определение уровня паратиреоидного гормона (ПТГ). Определение общего кальция (Ca) и фосфора (P) в плазме

крови и в утренней порции мочи проводилось калориметрическим методом. Исследование показателей липидограммы проводили колориметрическим, ферментативным методом. Статистическая обработка результатов осуществлялась «STATISTICA 10,0».

Результаты. Исходно значения САД/ДАД составили $143,9 \pm 16,5 / 90,2 \pm 9,1$ мм рт. ст. Достижение целевых уровней офисного АД в конце периода наблюдения по САД/ДАД было в 83,9 % и 87,1 % случаев. По результатам СМАД достижение целевых уровней среднесуточного САД – в 80,4 %, ДАД – 76,1 %. Уровень 25 (ОН) D исходно составил $21,97 \pm 12,4$ нг/мл и увеличился ($p < 0,001$) до $36,95 \pm 13,5$ нг/мл через 3 месяца терапии, через 6,3 месяца терапии составил $41,9 [33,1; 52,3]$ нг/мл. Восполнение дефицита витамина D через 3 месяца приема холекальциферола было в 89 % случаев, недостаточности в 81 % случаев, через 6,5–12 месяцев достижение оптимального уровня 25 (ОН) D в плазме крови было в 100 % случаев. Исходно уровень ПТГ составил $36,7 [25,2; 51,3]$ пг/мл, превышение референтного уровня было у 9,7 %. Исходно уровень Са крови составил $2,35 \pm 0,16$ ммоль/л, уровень Р крови – $1,03 \pm 0,24$ ммоль/л, уровень Са мочи – $5,1 \pm 3,3$ ммоль/л, уровень Р мочи – $22,04 \pm 9,68$ ммоль/л. Не было выявлено статистически значимой зависимости между распределением по уровню Са в крови исходному (гипо, гипер- либо нормокальциемия) и после терапии. Установлен ряд достоверных корреляционных взаимосвязей между уровнем 25 (ОН) D и показателями липидов плазмы крови указывающих, что чем выше уровень 25 (ОН) D, тем выше антиатерогенный потенциал плазмы крови. Установлено, что прием диуретиков в составе комбинированной антигипертензивной терапии влияет на динамику 25 (ОН) D в крови ($F=5,35$; $p=0,02$) и на его уровень ($F=11,8$; $p=0,0009$). Установлено достоверное влияние приема холекальциферола на динамику САД ($F=4,1$; $p=0,046$). При этом наибольшее снижение цифр САД происходит при сочетанном использовании в терапии пациентов с АГ II степени диуретика и холекальциферола в дозе 2000 МЕ/сутки.

Заключение. Комбинированная антигипертензивная и D-корректирующая терапия способствует дополнительному снижению САД, улучшению липидного профиля плазмы крови и позволяет оптимизировать обеспеченность витамином D.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ИШЕМИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Кривоножкин Д.В., Колунин Г.В., Горбатенко Е.А., Дьячков С.М.

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

«Золотой стандарт» в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) – выявление обструктивного коронарного атеросклероза при коронарной ангиографии (КАГ). Однако известно, что большинство инфарктов миокарда случается вследствие разрыва бляшек, компрометировавших просвет коронарной артерии до развития инфаркта лишь незначительно, за счет эксцентрического ремоделирования стенки.

Цель. Разработать способ неинвазивной диагностики гемодинамически незначимых коронарных стенозов (ГНКС) у больных с подозрением на ИБС.

Материал и методы. Из 20 402 лиц, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны 3629 пациентов с неизменными коронарными артериями, неровностями контура коронарных артерий и коронарными стенозами до 30 %. Пациенты были случайным образом разделены на группы – исследуемую (1812 пациентов, из них 1366 с неизменными коронарными артериями и 316 с малоизмененными -неровностями внутренних контуров коронарных артерий или стенозами до 30 % просвета сосуда) и контрольную (1817 пациентов). Сравнивали клинико-функциональные параметры пациентов подгрупп в зависимости от наличия или отсутствия ГНКС.

Результаты. По данным мультивариантного анализа ГНКС продемонстрировали независимую связь с наличием артериальной гипертензии (ОШ=2,79; 95 % ДИ 1,53–5,09; $p=0,001$) и эхокардиографических признаков атеросклероза аорты (ОШ=1,50; 95 % ДИ 1,03–2,19; $p=0,036$), более старшим возрастом (ОШ=1,05; 95 % ДИ 1,02–1,07; $p < 0,001$) и мужским полом (ОШ=0,51; 95 % ДИ 0,37–0,70; $p < 0,001$). Уравнение полученной линейной функции имело вид: $F = -4,027 + 0,045 \times \text{ВОЗРАСТ} - 0,681 \times \text{ПОЛ} + 0,406 \times C + 1,026 \times \text{АГ}$, где C – наличие эхокардиографических признаков атеросклероза аорты, АГ – наличие артериальной гипертензии (отсутствие признака кодируется как «0», наличие как «1»). Применили логит-преобразование с расчетом точки разделения: $P = 1 / (1 + e^{-F})$, где P – вероятность того, что будет выявлен необструктивный коронарный атеросклероз; e – математическая константа, равная 2,718; F – значение уравнения регрессии. Точка разделения равна 0,204. Значение функции для определения принадлежности к подгруппе с неизменными коронарными артериями – меньше 0,204, к подгруппе с ГНКС – больше 0,204. Чувствительность и специфичность модели составила 62 % и 66 %, соответственно; в контрольной группе классифицировано правильно 64 % исходных сгруппированных наблюдений. Площадь под ROC-кривой составила 0,738 ($p=0,015$).

Заключение. Предлагаемый способ позволяет, используя доступный инструментальный потенциал и минимизируя назначение дорогостоящих и инвазивных исследований, диагностировать у пациента коронарный атеросклероз на этапе, когда лечебные мероприятия будут наиболее эффективными.

МЕДИЦИНСКИЙ КАЛЬКУЛЯТОР ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Теффенберг Д.В., Кутрунов В.Н.¹, Дьячков С.М.¹

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия;

¹ ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», Тюмень, Россия

«Золотой стандарт» в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС) сегодня – выявление гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗКС) при коронарной ангиографии (КАГ). Инвазивный характер, дороговизна метода заставляют искать альтернативный способ диагностики ГЗКС на основании, например, результатов радионуклидных исследований. Но в силу невысокой специфичности они не идеальны для диагностики ИБС.

Цель. Разработать калькулятор неинвазивной диагностики ГЗКС у больных с положительным результатом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда (ОФЭКТ).

Материал и методы. Из 10 713 лиц, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны 84 пациента, прошедшие в Тюменском кардиологическом центре комплексное клинико-инструментальное обследование, включавшее эхокардиографию, КАГ и ОФЭКТ с интервалом не более 3-х месяцев. Средний возраст обследуемых составил $49,1 \pm 8,8$ года, 71 % были мужчинами. Гемодинамически значимыми считали коронарные стенозы 50 % просвета артерии и больше. По результатам КАГ и ОФЭКТ пациенты были разделены на группы: 16 пациентов с истинноположительным и 9 пациентов с ложноотрицательными результатами ОФЭКТ; 31 пациент с ложноположительным и 28 пациентов с истинноотрицательными результатами ОФЭКТ. На основе сравнения клинико-функциональных параметров пациентов с положительным результатом ОФЭКТ в зависимости от наличия или отсутствия ГЗКС разработан способ диагностики ГЗКС с применением математического аппарата искусственных нейронных сетей.

Результаты. По результатам дискриминантного анализа наиболее значимый вклад в межгрупповые различия внесли две переменные: индекс асинергии ЛЖ и степень митральной регургитации (МР) (отсутствует, 1 степени, 2 степени), которые подавались на вход математической модели (многослойный персептрон с одним скрытым слоем). На выходе модели получали два показателя, определяющих наличие () или отсутствие () ГЗКС. Разработанная модель на трех выборках – обучающей, тестовой и контрольной показала высокую диагностическую ценность. Чувствительность способа составила 68,8 %; специфичность – 93,5 %; предсказывающая точность – 85,1 %. Применение математического аппарата искусственных нейронных сетей позволило упростить использование метода до заполнения 2-х полей 4-польной таблицы в программе «диагностического калькулятора». Применение способа позволит повысить точность и информативность неинвазивной диагностики ИБС.

Заключение. Новый способ неинвазивной диагностики ГЗКС у пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии по данным ОФЭКТ миокарда с использованием эхокардиографических параметров – индекса асинергии ЛЖ и наличия МР, позволяет говорить о наличии ГЗКС со специфичностью 93,6 %, чувствительностью 68,8 %.