



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»

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ

30 марта – 1 апреля 2015 г, г. Москва

МАТЕРИАЛЫ ФОРУМА

Специальный выпуск журнала
Кардиоваскулярная терапия и профилактика,
2015; 14 (март)

THE LED INDEX: A NEW PREDICTOR OF THE DIFFICULTY OF A LEAD EXTRACTION PROCEDURE

Bontempi L.¹, Vassanelli F.¹, Najat A.¹, Inama L.¹, Chiusso F.², Piovaneli B.¹, Lipari A.¹, Cerini M.¹, Curnis A.¹

1 Division and Chair of Cardiology – Spedali Civili Hospital – University of Study, Brescia, Italy

2 Biotronik Italia Spa, Vimodrone, Italy

Aim. The current Hearth Rhythm Society consensus on lead extractions suggests that patients should be referred to more experienced sites when a better outcome could be achieved. The purpose of this study was to develop a score aimed at predicting the difficulty of a lead extraction procedure.

Methods. A total of 889 permanent leads were extracted from 469 patients. Factors influencing the difficulty of a procedure were assessed using a logistic regression model. The fluoroscopy time of the procedure was taken as an index of difficulty. A Lead Extraction Difficulty score was defined, considering the strongest predictors.

Results. Overall, 873 of 889 (98.2%) leads were completely removed. Major complications were reported in 1 patient (0.2%). Median fluoro time was 8.7 min (3.3–17.3). A procedure was classified as difficult when fluoro time was > 31.2 min (90th percentile).

After adjusting for patient age and gender, and combing with other potentially influencing covariates, a multivariate

analysis showed a 71% increased risk of facing a difficult procedure for each additional extracted lead (Odds Ratio 1.71 [CI 1.06–2.77], p = 0.028) and a 23% increased risk for each year of lead age (Odds Ratio, 1.23 [1.15–1.31], p<0.001). Further non-independent factors increasing the risk were the presence of active fixation leads and dual-coil implantable defibrillators leads. Conversely, vegetations significantly favoured lead extraction.

The Lead Extraction Difficulty score was defined as: number of extracted leads within a procedure + lead age (years from implant) + 1 if dual-coil – 1 if vegetation. The score independently predicted complex procedure. A Receiver Operating Characteristic analysis showed an area under the curve of 0.81. A score >10 could predict a fluoro time >90th percentile with a sensitivity of 78.3% and a specificity of 76.7%.

Conclusions. The Lead Extraction Difficulty score is easy to compute and potentially predicts a fluoroscopy time >90th percentile with a relatively high accuracy.

POMEGRANATE EXTRACT IN THE REDUCTION OF CAROTID PLAQUE

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Pomegranate (*punica granatum*) is one of the oldest known fruits. According to legend, pomegranates grew in the garden of Eden. It is nutrient dense, high in antioxidants, and has been revered as a symbol of health, fertility and eternal life. In modern times it has been promoted as a superfood good for symptoms of many diseases.

Punicalagin is a compound found only in pomegranates and has been shown to benefit the heart and blood vessels. It is the major component responsible for pomegranate's antioxidant and health benefits. It not only lowers cholesterol, but also lowers blood pressure and increases the speed at which heart blockages (atherosclerosis) melt away.

This study involved 18 men ages 58–67 who had been diagnosed with severe carotid artery blockage. Participants were given 2 capsules containing a standardized extract of pomegranate 250 mg b.i.d. for 90 days.

At the end of the study participants were retested to determine the extent of their carotid artery blockage. It was found that, on average, there was a 28% reduction in atherosclerotic plaque. In addition participants' blood pressure was lower by 12% on average.

Pomegranate extract thus appears to be a natural adjunct to standard cardiotherapy for the reduction of atherosclerotic plaque in the carotid arteries.

ASTRAGALUS IN THE TREATMENT OF CHF

V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy, B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Astragalus is a popular herb used in various Chinese medical formulae. It is found throughout the world, and in Chinese medicine is used to reinforce the chi and strengthen resistance. It is an adaptogenic herb which has also been found to be a telomerase activator, and benefits include

strengthening the immune system, heart, and liver, for DNA repair; and as an adjunctive for cancer therapy.

However, Astragalus may interact with medications that suppress the immune system, such as cyclophosphamide. It may also affect blood sugar levels and blood pressure.

For this study 14 males aged 43–68 with diagnosed CHF and heart function of II–IV grade according to the New York Heart Association classification were given 1 ml b.i.d. Astragalus Root Extract (1:1) in warm water for 1 month.

At 1 month the participants were evaluated. The clinical function improvement rate for the heart was 78%. Upon examination it was found that the left ventricular ejection

fraction, stroke volume, cardiac output, fractional shortening of left ventricular short axis, and the cardiac index were all improved.

Astragalus is therefore of value in the treatment of Congestive Heart Failure, and may be particularly indicated when drug therapy fails or does not produce the desired effect.

ANGI-QUEST IN THE TREATMENT OF ANGINA

*V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy,
B. Gorinshteyn, E. Feldman, M. Feldman*

First National University, Idaho, Russian-American University, Atlanta, USA

Angi-Quest is a formula developed by an English herbalist for the treatment of angina and similar type pain.

Angina is a relatively common type of chest pain caused by reduced blood flow to the heart muscle; and is a symptom of coronary artery disease. It can be either chronic, or acute; and stable, unstable or variable in nature. Men older than 55 and women older than 45 are at higher risk for developing the condition.

The formula Angi-Quest is a combination of the herbs Cactus Grandiflorus, Crataegus Oxycantha, and Anthema Nobilis.

This study of 90 days involved 16 men aged 50–63 who had previously been diagnosed with angina, with the symptoms of pain in the left arm. Each was evaluated based upon described severity of symptoms on a scale of 1–10, with 1

being the absence of symptoms, and 10 being symptoms severe enough to require hospitalization. Participants fell within the range of 3 (mild) to 6 (relatively severe).

Each was given a supply of Angi-Quest. Dosage was standardized at 1 teaspoon in 3–4 oz. of hot water before meals t.i.d., and upon retiring. An additional dose was to be taken during an attack.

After 90 days the participants reported on average a decrease of 1–3 points on the scale, or about 40% decrease overall in severity of symptoms and in frequency of the attacks.

Angi-Quest may be considered as an adjunct to drug therapy in order to naturally decrease the frequency and severity of anginal attacks.

COMORBIDITY IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Myrzabayeva N.A.

Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is by far the widespread disease and its combination with various diseases significantly affect the clinical manifestations, aggravate the course of the main nosology, seriously degrade the quality of life of these patients and impede the timely holding of therapeutic and diagnostic activities.

The aim of our study was to investigate the therapeutic comorbidity in patients with GERD.

The study involved 98 patients with GERD: male patients (41.8%) and female (58.2%) aged 16 to 45 years old; patients who have had at least 2 episodes of recurrence of GERD in the past 12 months. (Including the current one) and those noted heartburn as the main symptom of the disease; patients with non-erosive form of reflux disease (NERD), confirmed by endoscopic data and Esophageal pH monitoring, indicating abnormal esophageal acidification (pH <4).

The frequency of comorbidity in patients with GERD was 96.0%. The structure of comorbidity was distributed as follows: diseases of the gastrointestinal tract diagnosed in 70.4% of patients, including – functional

dyspepsia at 42.0%, dysfunctional disorders of the biliary tract – 31.9%, irritable bowel syndrome – 26.1%; ischemic heart disease in 19.4%, hypertension in 6.1% of patients. It should be noted that in some patients heartburn (12.2%) simulated and concealed chest pain, 7.1% have proceeded in conjunction with a feeling of pressure in the chest radiating to the shoulder area, neck or jaw. 42.8% of patients were overweight and obese, had thyroid gland disease were observed in 12.2% of patients, vegetative dystonia in 32.6%, asthma in 8.2%, chronic bronchitis in 6.1%, chronic pyelonephritis in 3.1% of patients. It should also be noted that we observed patients with functional dysphonia, or so-called «hoarseness» (13.3% of patients), 4.1% of patients complained of sore throat, in 3.1% of patients we observed were found to have recurrent laryngitis. GERD was the source of pharyngitis and laryngitis. 41.8% of patients had anxiety and depressive disorders. In addition to the typical symptoms of GERD they had signs of emotional stress: pre-neurotic (52.0%), vegetative-dystonic (48.0%).

Thus, in patients with GERD there is a high frequency of comorbid pathology. In order to improve the quality of

life of patients is necessary to timely recognize it, thoroughly search for the genesis, differentiate the disease,

as well as carry out diagnostic and therapeutic measures against comorbid conditions.

12-MONTH ANGIOGRAPHIC AND 5-YEAR CLINICAL OUTCOME OF COBALT-CHROMIUM EVEROLIMUS-ELUTING VERSUS ZOTAROLIMUS-ELUTING CORONARY STENTS IN PATIENTS WITH MULTIVESSEL CAD

A. Omarov¹, I. Pershukov², T. Batyraliev³, J. Ramazanov⁴, Z. Karben³, B. Sidorenko⁵

1 Institute of Cardiology and Internal Diseases, Cath Lab, Almaty, Kazakhstan

2 Regional Clinical Hospital No1, Voronezh, Russian Federation

3 Sani Konukoglu Medical Center, Gaziantep, Turkey

4 Central Hospital of Oilworkers, Baku, Azerbaijan

5 Presidential Medical Centre, Moscow, Russian Federation.

Objective: We aimed to compare angiographic and clinical outcomes after the implantation of cobalt-chromium everolimus-eluting (EES) and zotarolimus-eluting (ZES) stents in patients with multivessel (2VD or 3VD) CAD. **Background:** There are limited data on long-term outcome after EES vs ZES implantation in MVD patients.

Methods: We included 426 patients with multivessel coronary artery disease to EES (n = 216) or ZES (n = 210) implantation. Angiographic follow-up was performed 12 months after the index procedure and all patients were followed clinically for 5 years. The primary endpoint was angiographic in-stent late luminal loss at 12-month follow-up. Secondary endpoints included angiographic restenosis rate, the need for target lesion revascularization (TLR) and major adverse cardiac events (MACE); de-

defined as cardiac death, myocardial infarction, definite stent thrombosis, or TLR) at 5-year follow-up.

Results: At 12-month angiographic follow-up, in-stent late lumen loss was 0.20 ± 0.49 mm and 0.13 ± 0.49 mm ($p = 0.16$), and angiographic restenosis rate was 4.4% and 6.0% ($p = 0.57$) in the EES and ZES groups, respectively. At 5-year clinical follow-up, MACE had occurred in 44 (20.4%) patients in the EES group and 50 (23.8%) patients in ZES group (HR 0.84, 95% CI 0.57–1.29; $p = 0.65$), with TLR performed in 12 (5.6%) and 20 (9.5%) patients in the two groups (HR 0.58, 95% CI 0.30–1.33; $p = 0.21$).

Conclusion: EES and ZES had comparable 12-month angiographic and 5-year clinical outcomes in patients with multivessel (2VD or 3VD) coronary artery disease.

RANOLAZINE DECREASE MITRAL INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA AND MULTIVESSEL CORONARY ATHEROSCLEROSIS

J. Ramazanov¹, A. Omarov², T. Batyraliev³, Z. Karben³, I. Pershukov⁴, B. Sidorenko⁴

1 Central Hospital of Oilworkers, Baku, Azerbaijan

2 Institute of Cardiology and Internal Diseases, Cath Lab, Almaty, Kazakhstan

3 Sani Konukoglu Medical Center Gaziantep, Turkey

4 Presidential Medical Centre, Moscow, Russian Federation

Optimal medical therapy (OMT) is a recommended choice for patients (pts) with stable multivessel angina without proximal LAD lesion, especially with concomitant mild mitral insufficiency. Ranolazine, an inhibitor of the late sodium current with anti-ischemic properties, is not evaluated for these patients before. However adjunctive pharmacotherapy with ranolazine may be effective in reducing angina status and mitral valve insufficiency.

Material: From September 2013 till August 2014 we evaluated 23 patients with 3rd class (CCS) stable angina concomitant with mild (second) mitral valve insufficiency without T2DM and severe AH. Patients were 63 ± 9 years, 19 (83%) were men. Initial LV EF were $45 \pm 4\%$ (HF NYHA 2). All patients have got coronary angiography before inclusion with two vessel disease (8 pts with RCA and CX lesions, 6 – RCA and non-proximal LAD lesions, 9 – CX and

non-proximal LAD lesions). Mitral valve insufficiency was estimated by transthoracic echo, from 2 to 2.5.

Results: OMT for all pts include beta-blockers (metoprolol, bisoprolol, nebivolol), ACE inhibitors (fosinopril, zofenopril, ramipril), statins (atorvastatin or rosuvastatin), ASA, ranolazine. Follow-up was 3 to 6 months. All patients were live and get checkout. At FU LV EF significantly improved from 4 to 7% (to $51 \pm 5\%$). Stable angina decreases to 2nd class (CCS) in 21 cases (91%). Most interesting – mitral regurgitation decreases in all cases from 2–2.5 to 1–1.5 (mean 0.7 ± 0.3 ; $p = 0.02$).

Conclusion: Optimal medical therapy (BB, iACE, ASA, Statin, Ranolazine) after 3–6 months can decrease class of angina in patients with 2 vessel disease and improve LV EF. At the same time mild mitral insufficiency can be significantly decrease.

«UPSTREAM» ТЕРАПИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ: АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Абдалкина Е.Н.¹, Дупляков Д.И.², Селезнева Е.В.³, Кухаренко С.С.⁴, Шацкая О.А.⁴,
Ядрихинская М.Н.⁴, Александров А.А.⁴

1 Самарский медицинский институт «Реавиз», Самара;

2 Главный кардиолог МЗ СО, заместитель главного врача по медицинской части СОККД, Самара;

3 Врач-эндокринолог Городской клинической больницы № 1 имени Пирогова, Самара;

4 ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, Москва

Клинические наблюдения и особенно внедрение современных способов оценки состояния миокарда позволило в последней четверти 20-го века обосновать наличие специфического поражения миокарда при сахарном диабете, не связанного с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Наиболее характерные проявления этого состояния – гипертрофия миокарда, его фиброз, развитие систоло-диастолической недостаточности и раннее развитие недостаточности кровообращения. Практически в эти же годы отмечено нарастание частоты различных форм мерцательной аритмии, не связанной с наличием традиционных клапанных поражений миокарда и получивших название «не-клапанной формы» мерцательной аритмии (МА). Взаимосвязь между заболеваемостью сахарным диабетом и МА была отмечена исследователями еще в начале 21 века при проведении масштабного исследования, охватившего около 1/3 миллиона больных сахарным диабетом, позволило обосновать вывод о том, что сахарный диабет является мощным и независимым фактором риска развития мерцательной аритмии. В результате было обнаружено, что сахарный диабет, особенно в сочетании с артериальной гипертензией и недостаточностью кровообращения в настоящее время является одной из ведущих причин развития «не-клапанной» формы» мерцательной аритмии. Обнаружено, что риск МА растет при нарастании уровня декомпенсации подобных больных и при увеличении длительности существования выраженных нарушений углево-

дного обмена. Возможность предотвращения развития МА с помощью лекарственных средств, предотвращающих ремоделирование миокарда, а не обладающих специализированной антиаритмической активностью впервые была официально высказана еще в 2006 году при мета-анализе различных кардиологических исследований. В 2012 году в национальных рекомендациях по лечению МА были перечислены подобные типы лекарств.

В настоящее время кроме препаратов, вошедших в национальные рекомендации в качестве лекарственных средств «upstream» терапии предложены еще несколько групп медикаментов. В первую очередь это тиазолидиндионы (пиоглитазон), однако в клинических условиях подобные данные пока не очень многочисленны. Влияние метформина на возникновение МА у больных СД изучено в огромном популяционном исследовании на Тайване. Развитие МА у лиц, принимающих метформин, было достоверно меньше при наблюдении за ними в течение 12 лет. Исследования биоптата ткани предсердий этих больных подтвердило эффект обратного ремоделирования, возникающего при длительном приеме метформина. Таким образом, терапия, эффективно воздействующая на ремоделирование диабетической кардиомиопатии, может являться эффективной профилактикой защиты данных больных от развития у них мерцательной аритмии, утяжеляющей их клиническое состояние и прогноз.

КАРДИОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДА С УЧЕТОМ G460T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА α -АДДУЦИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Абдуллаева Г.Ж., Турсунова Н.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение кардиопротективной эффективности индапамида с учетом G460T полиморфизма гена α -аддуцина у больных артериальной гипертензией (АГ) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. Обследовано 37 больных АГ I–II степени (ESH/ESC 2013) все лица узбекской национальности, от 30 до 60 лет (средний возраст 47,14±9,54 года). Средняя длительность АГ составила 5,7±4,33 года. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось в соответствии с реко-

мендациями Американской ассоциации ЭхоКГ в M-и B-режимах. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200. Изучение полиморфизма G460T полиморфизма гена α -аддуцина проводилось путем амплификации соответствующих участков генов методом ПЦР с использованием соответствующих праймеров. Терапия индапамидом (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) в суточной дозе 2,5 мг.) продолжалась в течение

трех месяцев. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 6.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. После генотипирования больные были распределены в 2 группы: носители G-аллеля ($n = 53$) и носители T-аллеля ($n = 21$) G460T полиморфизма гена α -аддуцина. В процессе лечения показана высокая гипотензивная эффективность индапамида в целом на группу больных независимо от исследуемого полиморфизма. Анализ в подгруппах с разным аллельным носительством G460T полиморфного маркера гена α -аддуцина выявил преимущества антире моделирующей терапии у больных с носительством G-аллеля гена α -аддуцина по сравнению с носителями T-аллеля. В процессе терапии у больных – носителей G-аллеля гена α -аддуцина была отмечена значительная регрессия ММЛЖ, при этом ИММЛЖ снизился на $13,4 \pm 9,5\%$ по сравнению с носителями T – аллеля ($10,9 \pm 9,4\%$), однако без статистически значимых различий ($p > 0,05$). Значительное снижение ИММЛЖ было выявлено у пациентов носителей G-аллеля: до лечения – $124,77 \pm 26,01$ г/м², после лечения –

$107,70 \pm 22,49$ г/м² ($p < 0,001$) в сравнении с носителями T-аллеля: до лечения – $132,19 \pm 29,22$ г/м², после лечения – $117,8 \pm 30,57$ г/м² ($p > 0,05$). Значительное снижение ММЛЖ у носителей G-аллеля в процессе проводимой терапии индапамидом ассоциировалось с уменьшением степени концентрического характера ГЛЖ. Следует отметить, что только у носителей G-аллеля отмечено достоверное нарастание индекса КДО/ММЛЖ: до лечения – $0,63 \pm 0,10$ мл/г, после лечения – $0,69 \pm 0,10$ мл/г ($p < 0,02$) в сравнении с носителями T-аллеля: до лечения – $0,63 \pm 0,13$ мл/г, после лечения – $0,68 \pm 0,14$ мл/г ($p > 0,05$).

Столь положительная динамика ММЛЖ в процессе проводимой терапии при носительстве G-аллеля гена α -аддуцина сопровождалась улучшением диастолической функции сердца, на что указывала значительная положительная динамика фазы изоволюмической релаксации: до лечения – $0,100 \pm 0,02$ сек, после лечения – $0,092 \pm 0,02$ сек ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, носительство T-аллеля G460T полиморфизма гена α -аддуцина лимитирует кардиопротективную эффективность индапамида у больных АГ узбекской национальности.

ВАЗОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПАМИДА С УЧЕТОМ G460T ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА А-АДДУЦИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Абдуллаева Г.Ж.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение вазопротективной эффективности индапамида с учетом G460T полиморфизма гена α -аддуцина у больных артериальной гипертензией (АГ) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. Обследовано 37 больных АГ I–II степени (ESH/ESC 2013) все лица узбекской национальности, от 30 до 60 лет (средний возраст $47,14 \pm 9,54$ года). Средняя длительность АГ составила $5,7 \pm 4,33$ года. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) изучали методом реактивной гиперемии. Толщину комплекса интима/медиа (КИМ) общей сонной артерии оценивали методом дуплексного сканирования. Уровень микроальбуминурии (МАУ) в суточной моче определялся методом ферментативного анализа на биохимическом анализаторе «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания), позволяющего оценить МАУ в пределах 20–100 мг/л и выше. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom™ DNA Prep 200. Изучение полиморфизма G460T полиморфизма гена α -аддуцина проводилось путем амплификации соответствующих участков генов методом ПЦР с использованием соответствующих праймеров. Терапия индапамидом (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) в суточной дозе 2,5 мг.) продолжалась в течение трех месяцев. Статистическая обработка полученных результатов проводи-

лась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 6.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты исследования. После генотипирования больные были распределены в 2 группы: носители G-аллеля ($n = 53$) и носители T-аллеля ($n = 21$) G460T полиморфизма гена α -аддуцина. В процессе лечения показана высокая гипотензивная эффективность индапамида в целом на группу больных независимо от исследуемого полиморфизма. Сравнительный анализ эндотелийпротективной активности индапамида по динамике вазомоторного ответа плечевой артерии, толщине комплекса интима-медиа (КИМ), МАУ свидетельствовал о преимуществах эндотелийпротекции на фоне терапии индапамидом у больных – носителей G-аллеля гена α -аддуцина. В частности, на фоне положительной динамики ЭЗВД у больных независимо от носительства того или иного аллеля, только при наличии G-аллеля гена α -аддуцина была отмечена полная нормализация этого показателя: до лечения – $9,47 \pm 3,91\%$, после лечения – $10,60 \pm 4,19\%$ ($p > 0,05$) в сравнении с носителями T-аллеля: до лечения – $8,85 \pm 4,14\%$, после лечения – $9,73 \pm 3,61\%$ ($p > 0,05$). Анализ динамики КИМ также выявил значительные преимущества при носительстве G-аллеля гена α -аддуцина: до лечения – $0,86 \pm 0,15$ мм, после лечения – $0,80 \pm 0,16$ мм ($p < 0,05$) в сравнении

с носителями Т-аллеля: до лечения – $0,86 \pm 0,20$ мм, после лечения – $0,82 \pm 0,15$ мм ($p > 0,05$) В процессе проводимой терапии только у больных носителей G-аллеля гена α -аддуцина отмечалось значительное снижение уровня МАУ: до лечения – $16,11 \pm 18,73$ мг/24ч, после лечения – $7,86 \pm 5,94$ мг/24ч ($p < 0,001$) в сравнении с носителями Т-аллеля: до лечения – $13,25 \pm 8,29$ мг/24ч, после лечения – $10,05 \pm 10,12$ мг/24ч ($p > 0,05$).

Закключение. Таким образом, анализ в подгруппах с разным аллельным носительством G460T полиморфизма гена α -аддуцина выявил преимущества вазопротективной эффективности терапии индапамидом у носителей G-аллеля G460T полиморфизма гена α -аддуцина среди больных узбекской национальности.

ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДОВ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОРАЖЕНИЕМ НЕСКОЛЬКИХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Бабаев М.А., Турсунов Р.Р., Касымова Г.М., Иббаева Ш.Р.

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

Цель исследования – изучение показателей липидного обмена и структурно-функционального состояния артерий в узбекской популяции больных ишемической болезнью сердца и атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов.

Материалы и методы. Обследованы больные (64% мужчин 36% женщин) узбекской популяции с ишемической болезнью сердца (ИБС) и факторами риска ИБС и атеросклероза. Средний возраст – $61,3 \pm 5,6$ года. В исследование включали пациентов с ИБС, стабильной стенокардией I–III ФК класса, наличием сосудистых факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия, курение, сахарный диабет, повышенная масса тела), которых разделили на 2 группы. 1-группа – пациенты ИБС с сочетанными поражениями коронарных и других артерий (голова и головного мозга и периферических). 2-группа – больные ИБС с изолированным поражением коронарных артерий. Проводили необходимые клинико-лабораторные и инструментальные исследования (липидный спектр изучали на биохимическом анализаторе «Humalyser 2000» (Германия), ультразвуковые исследования и дуплексное сканирование на аппарате Samsung medison «SonoACE X6» (Корея).

Результаты. Дуплексное сканирование интра- и экстракраниальных сосудов головного мозга и нижних конечностей выявило у больных обеих групп атеросклеротические изменения с гемодинамически значимым стенозированием. Показатели: у пациентов

с сочетанными поражениями коронарных и других артерий – общий холестерин (ХС) – $6,64 \pm 0,82$; триглицериды – $2,83 \pm 0,84$; ХС-липопротеидов низкой плотности – $4,4 \pm 1,0$ ммоль/л, а у пациентов с изолированным поражением коронарных артерий, соответственно – $5,92 \pm 1,01$; $1,92 \pm 0,79$ и $3,62 \pm 1,00$ ммоль/л. Выявлено также более низкое содержание уровня ХС-ЛПВ высокой плотности у больных 1-й группы, чем таковой у 2-й, соответственно $0,94 \pm 0,22$ и $1,1 \pm 0,24$ ммоль/л. Большинство пациентов (82%) принимали гиполипидемические препараты: статины (розувасатин, аторвастатин, симвастатин), фибраты (фенофибрат) и находились под наблюдением врача месту жительства. Исследования показали, находившиеся под наблюдением больные узбекской популяции с ИБС в сочетании с атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов, несмотря на прием статинов, продолжают оставаться в группе высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Вывод. Больные узбекской популяции с ИБС в сочетании с атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов относятся к группе очень высокого риска, что еще раз показывает необходимость тщательной липидкорректирующей терапии, особенно в лечении и профилактике атеротромбоза. При этом целесообразным является поиск генетических факторов, определяющих эффективность применения статинов у этой категории пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

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

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель работы: оценка степени выраженности эндотелиальной дисфункции у больных стабильной стено-

кардией напряжения и изменение ее на фоне терапии препаратом Магнерот.

Материалы и методы исследования: Обследованы 48 пациентов (мужчин) в возрасте от 40 до 68 лет (средний возраст $50,6 \pm 4,2$ лет) со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса. Наличие и выраженность эндотелиальной дисфункции оценивались с помощью доплерографии плечевой артерии по изменению диаметра сосуда на фоне реактивной гиперемии по методике D.S. Celermajer и соавт. Исследование проводилось на фоне общепринятой антиангинальной терапии. Критерием наличия эндотелиальной дисфункции являлась степень выраженности показателя потокзависимой дилатации плечевой артерии (Flow-mediated dilatation – FMD%) в ответ на пробу реактивной гиперемией. Измерение показателя FMD проводили дважды: на исходе и после 8 недельного лечения препаратом Магнерот. (WorwagPharma, GmbH, CoKG – Германия).

Результаты исследования: При проведении исходной доплерографии плечевой артерии из 48 пациентов у 42 (87,5%) было выявлено эндотелиальная дисфунк-

ция плечевой артерии. Среднее значение FMD составило 4,7%. При этом у 7 из них (16,7%) определялась вазоспастическая реакция. У остальных 6 больных (12,5%) значение FMD было в пределах 10% и больше. После 8 недельного лечения препаратом Магнерот, проведение повторной пробы на реактивную гиперемию показало, что из 42 лиц с эндотелиальной дисфункцией у 27 (64,2%) произошло нормализация функции эндотелия, а среднее значение FMD составило 8,2%, и было достоверно больше, чем до лечения ($p < 0,001$). Следует отметить, что у всех больных с вазоспастической реакцией после лечения препаратом Магнерот также отмечалось улучшение функции эндотелия.

Выводы: Частота выявления эндотелиальной дисфункции у больных стабильной стенокардией напряжения при проведении пробы с реактивной гиперемией составила 87,5% случаев. Лечение препаратом Магнерот в 64,2% случаев способствует нормализации функционального состояния эндотелия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ ХСН РЕВМАТИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между уровнем гемоглобина и биохимическими показателями у больных с анемией и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ревматической и ишемической этиологии.

Материалы и методы. В этом исследовании сравнивались 2 группы больных, из которых I группа, включавшая 44 пациентов имела ишемическую этиологию развития ХСН, а II группа, состоявшая из 38 больных-СН, развившуюся вследствие ревматического клапанного поражения. Обе группы имели ФК III–IV, а также анемию, которая была выявлена согласно критериям ВОЗ (уровень гемоглобина для мужчин – ниже 130 г/л, для женщин – ниже 120 г/л). Для выявления взаимосвязи между различными показателями, использовался метод линейной регрессии и корреляции (r).

Результаты. Средний уровень гемоглобина, в целом, в группах оказался сопоставимым, составляя $103,62 \pm 13,77$ г/л. По данным теста шестиминутной ходьбы определяется более низкая толерантность физической нагрузки в группе больных с ревматизмом, по сравнению с общей группой сравнения ($173,19 \pm 88,71$ м против $246,32 \pm 101,36$ м), причем данное состояние также характеризуется более молодым возрастом, при котором развилась ХСН ($43,08 \pm 10,78$ и $54,86 \pm 14,16$ лет).

Проведение корреляционного анализа в группе больных с ревматизмом выявило достоверную прямую взаимосвязь между уровнем Hb и функциональным статусом, выражающееся в показателях легко проходи-

мой дистанции по данным ТШХ ($173,19 \pm 88,71$ м, $r = 0,329$; $p = 0,047$), в то время как в группе сравнения такой зависимости выявлено не было ($246,41 \pm 100,36$, $r = 0,52$; $p > 0,05$). Однако, во 2 группе, была выявлена тесная обратная корреляционная взаимосвязь уровня гемоглобина с показателями функции почек, таким как креатинин плазмы, составившего в среднем 127 ± 75 мкмоль/л ($r = -0,332$; $p = 0,025$), против группы больных с ревматизмом, где средний уровень креатинина составил $100,37 \pm 41,31$ мкмоль/л, а показатели корреляции- $r = -0,271$; $p = 0,1$.

Несмотря на это, больные ХСН развившейся на фоне ревматизма имели прямую зависимость, достигшей статистической значимости, между показателями воспаления и уровнем креатинина, косвенно отражающего функцию почек (средний уровень СРБ составил $15,23 \pm 17,22$, $r = 0,531$; $p = 0,01$). В группе больных ХСН, имевших ишемическую причину развития, такой взаимосвязи выявлено не было (средний уровень СРБ- $13,5 \pm 12,75$, $r = -0,276$; $p > 0,05$).

Таким образом, по результатам нашего исследования отмечен более молодой возраст больных с ревматизмом, а также более низкая ТФН в этой группе. Не отмечена связь между уровнем гемоглобина и уровнем креатинина, в то время как у больных ХСН ишемической природы такая корреляция выражена. Однако, при ревматизме ухудшение функции почек, прямо коррелирует с показателями воспаления в крови.

КОРЕЛЛЯЦИОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У БОЛЬНЫХ ДКМП

Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести корреляционный анализ между уровнем гемоглобина и значениями клинико-функциональных и лабораторных показателей у больных ДКМП.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ результатов обследования 210 больных ДКМП. Анемия устанавливалась, согласно определению ВОЗ. Средний возраст на момент проведения анализа, составлял $44,3 \pm 15,16$ лет. Все больные были разделены на 2; 1 группу составили 47 больных с уровнем гемоглобина $11,35 \pm 1,16$ г/дл, 2 группу – 46 с уровнем гемоглобина $14,4 \pm 0,28$ г/дл. Проводился корреляционный анализ уровня гемоглобина, креатинина, мочевины, общего холестерина с определением его фракций, уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ) и билирубина. Для косвенной оценки функционального состояния почек использовалась формула MDRD.

Результаты: Проведение однофакторного корреляционного анализа выявила достоверную обратную взаимосвязь уровня Hb с проходимой дистанцией, составившей $235 \pm 18,4$ м ($r = -0,3438$; $p = 0,05$), и недостоверного характера – со значениями ШОКС $10,2 \pm 0,6$ баллов ($r = -0,04$, $p = 0,81$). Изучение кардиальной функции показало, что средняя ФВЛЖ боль-

ных с анемией составляя $36,7 \pm 2,3\%$ также имела прямую корреляционную связь с выраженностью анемии ($r = -0,37$, $p = 0,03$). Средние значения КДР и КСР ЛЖ не имея достоверной ассоциации с уровнем гемоглобина ($r = -0,1443$, $p = 0,4$), соответственно составили $71,2 \pm 15$ мм и $58,5 \pm 11$ мм. Была выявлена достоверная обратная взаимосвязь между уровнем Hb и показателями функции почек (креатинином плазмы, составившей $125,25 \pm 75,76$ мкмоль/л, $r = -0,58$; $p = 0,03$, и мочевиной – $9,62 \pm 4,16$ ммоль/л, $r = -0,34$; $p = 0,05$). При этом СКФ, составившая в среднем, $68,25 \pm 29,46$ мл/мин/ $1,73$ м² также прямо коррелировала с уровнем Hb ($r = 0,33$, $p = 0,05$). Отмечалось снижение уровня общего холестерина ($r = 0,39$, $p = 0,02$) и ЛПНП ($r = 0,36$, $p = 0,03$) по мере усугубления анемии. При изучении взаимосвязи Hb и других биохимических показателей, таких как АЛТ, составившего в среднем, $26,7 \pm 20,7$ U/L ($r = 0,08$, $p = 0,62$) и АСТ- $30,1 \pm 23$ U/L ($r = 0,06$, $p = 0,61$), достоверных данных не выявлено.

Выводы: отмечается зависимость тяжести течения ХСН с анемией, что выражается в снижении ТФН, ФВЛЖ, нарушении функции почек и печени по мере снижения уровня гемоглобина.

АССОЦИАЦИЯ АНЕМИИ И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Абдуллаев Т.А., Цой И.А., Марданов Б.У.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

Цель: изучение распространенности анемии у больных ДКМП и ее взаимосвязь с тяжестью течения заболевания.

Методы: был проведен ретроспективный анализ результатов обследования 210 больных ДКМП. Анемия устанавливалась, согласно определению ВОЗ. Средний возраст на момент проведения анализа, составлял $44,3 \pm 15,16$ лет. Все больные были разделены на 2; 1 группу составили 47 больных с уровнем гемоглобина $11,35 \pm 1,16$ г/дл, 2 группу – 46 с уровнем гемоглобина $14,4 \pm 0,28$ г/дл. Изучались данные объективного осмотра, теста шестиминутной ходьбы, показатели ЭКГ и трансторакального эхокардиоскопического (ЭхоКС) исследования.

Результаты: первичный анализ показал, что среди больных ДКМП, анемия различных степеней была выявлена у 47 (22,4%) больных (16 женщин и 31 мужчины). Анемия в 2 раза чаще регистрировалась у мужчин, однако у женщин оказалась более выраженной (дефицит гемоглобина составил 15%), относительно мужчин (дефицит – 11%). Больные I группы характеризовались

сравнительно высокими значениями среднего ФК по NYHA ($3,4 \pm 0,12$ и $3,14 \pm 0,15$ у больных I и II групп, $p = 0,3$). Также отмечалась более низкая толерантность физической нагрузки, выявленная в ходе теста шестиминутной ходьбы у больных с анемией ($235,8 \pm 18,4$ и $312,3 \pm 13,2$ балла соответственно, $p = 0,05$).

При изучении особенностей ЭКГ была выявлена недостоверное превалирование встречаемости (в 36,2% случаев) полной блокады левой ножки пучка Гиса в группе больных с анемией, по сравнению с группой сравнения (у 24%, $X^2 = 1,13$, $p = 0,28$). При оценке средних значений систолического артериального давления (САД), выявлено, что у больных с анемией среднее САД оказалось ниже аналогичного показателя группы сравнения на 9% ($97,5 \pm 1,5$ и $107,1 \pm 2,4$ мм рт ст, $p = 0,05$). Больные ДКМП с анемией характеризовались более высокими значениями КДО и КСО ЛЖ, превышавшие аналогичные показатели в группе сравнения на 0,6% и 2,5% соответственно, определяющих относительно низкую ФВ ЛЖ ($36,7 \pm 2,3\%$ и $40,4 \pm 2,7\%$ соответственно у больных I и II групп, все $p < 0,05$) Ли-

нейные размеры ЛП и ПрЖ у больных обеих групп оказались сопоставимы.

Таким образом, распространенность анемии среди больных ХСН, обусловленной ДКМП составила 22,4%.

Больные ДКМП с низким уровнем гемоглобина в крови характеризуются относительно тяжелым течением ХСН, низкой ТФН и более худшими показателями функции ЛЖ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Курбанов Н.А., Цой И.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить особенности течения и прогноз жизни больных перипартальной и семейной формы дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы исследования. Обследовано 79 больных с ДКМП. Проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенкардиометрия, а также для определения функционального класса СН использовались тест 6-минутный ходьбы (ТШХ). Все больные были рандомизированы на две группы: в первой группе вошли 50 пациенток с перипартальной ДКМП (сред. возраст 28,8±1,2 лет), во второй – 29 пациенты с семейной формы ДКМП (сред. возраст 36,7±1,8 лет; $p<0,01$). Изучался 10-летний прогноз жизни.

Результаты исследования: Длина пройденной дистанции по результатам ТШХ составило 193,3±9,8 против 204,3±19,8 метров ($p>0,05$), средний ФК ХСН (3,4±0,1 и 3,2±0,1), длительность заболевания (6,9±1,1 и 9,9±2,1 мес, $p<0,05$). Необходимо отметить, что ПКМП развивалась в основном в послеродовом периоде у 35 пациенток (70%), у 15 (30%) симптомы СН развились во время последнего триместра беременности. Результаты рентгенкардиометрии по значениям КТИ составили (64,5±0,9% и 63,2±1,1%; $p>0,05$). По результатам ЭхоКГ показано сравнительное превалирование линейных размеров сердца у больных семейной ДКМП (КДР ЛЖ 6,5±0,1 и 7,03±0,1 см; $p<0,01$), при отсутствии разницы по фракции выброса ЛЖ (36±1,4 и 34,8±1,2%). Частота встречаемости желудочковых НРС достоверно чаще встречались во второй группе; 29 (58%) и 25

(86,2%) ($p<0,01$), в том числе высоких градаций; парные 21 (42%) и 17 (58,6%), групповые 9 (18%) и 10 (34,4%), неустойчивые формы желудочковой тахикардии 5 (10%) и 7 (24,1%) случаев, но не имели статистического значимого характера. Изучение прогноза жизни больных показало, что в группе ПКМП в 19 (38%) случаев после 12-месячной терапии отмечалось полное восстановление функции ЛЖ (ФВ ЛЖ более 55%). В то время у пациенток семейной формы ДКМП подобный эффект терапии наблюдался лишь в 1 (3,4%) случае. Анализ причин смерти ($n = 15$, 30%), показал, что ведущей причиной оказалось прогрессирование СН (13 (26%) случаев). В 1 (2%) – смерть наступила внезапно, в 1 (2%) – от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Анализ летальных исходов семейной формы ДКМП ($n = 21$, 72,4%; $p<0,01$) показал, что 13 (61,9%) случаев смертельного исхода развился в результате прогрессирования ХСН, в 5 (23,8%) случаях смерть наступила внезапно и в 2х случаях – в связи с развитием ТЭЛА, 1 пациент (4,7%) погиб вследствие инсульта.

Выводы. У больных ПКМП по сравнению с семейной, отмечается относительно меньше возраст и менее выраженная дилатация сердца, у пациенток ПКМП максимальные неблагоприятные исходы наблюдаются в первые 5 лет наблюдения, а семейная форма заболевания характеризуется быстрым прогрессирующим течением, сопровождающимся достоверным увеличением смертности в течение первых 6 месяцев наблюдения.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS-3

Абдуллаева Ч.А., Камилова У.К., Бабаев К.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить показатели эндотелиальной дисфункции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от полиморфизма гена NOS-3.

Методы исследования. У 114 больных ХСН узбекской национальности были изучены генетические детерминанты развития ДЭ – аллели и генотипы G786C и Glu298Asp гена NOS-3. Контрольную группу составили 75 здоровых лиц – мужчин узбек-

ской национальности. Группы по возрасту были сопоставимы. Исследование полиморфизмов C786T и Glu298Asp (894 G>T) гена эндотелиальной синтазы азота (eNOS, NOS3) 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), согласно инструкциям производителей. Статистиче-

скую обработку данных проводили на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты. Генотипы T786C у больных ХСН распределились следующим образом: T/T – у больных I ФК ХСН составил 66,6%, у больных II ФК – 50% и III ФК – 56,4%. T/C генотипы составили у больных I ФК – 33,3%, II ФК – 46,6% и III ФК ХСН – 43,6%. У больных контрольной группы данный показатель составил – T/T – 70,7% и T/C – 29,3%. 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% (таб.3.5.3.). 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%.

Изучение функционально-гуморальных показателей дисфункции эндотелия у обследованных больных выявило, что наиболее выраженные нарушения ЭЗВД

с парадоксальной вазоконстрикцией ассоциировались у больных ХСН с генотипом гетерозигот T/C 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. Увеличение скорости агрегации ассоциировалась с генотипом гетерозигот T/C у больных с III ФК ХСН. Показатель ФВВ был выше в группе больных ХСН с гомозиготами у больных II ФК, а у больных III ФК ХСН с гетерозиготами.

Выводы. Таким образом, изучение распределения аллелей и генотипов T786C и Glu298Asp генов NOS-3 показало, что как у больных ХСН, так и здоровых лиц узбекской популяции преобладали T/T и Glu/Glu генотипы, полиморфизм T786C и Glu298Asp гена NOS-3 является прогностически эффективными маркерами развития и прогрессирования ХСН, а выраженные нарушения эндотелиальной функции ассоциировались с генотипами T/C и Glu/Arg гена NOS-3.

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Абенова Н.А., Абдильдаева С.А., Карсакова Г.Е.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Цель исследования: выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у взрослого населения г. Актобе.

Методы исследования: было обследовано 1094 человек (781 женщин (71,4%) и 313 (28,6%) мужчин) старше 18 лет (средний возраст $43,7 \pm 16,8$ лет), проживающих в г. Актобе. В ходе скринингового исследования были изучены антропометрические данные, определены значения гликемии натощак и показатели липидограммы крови. Кроме того, всем пациентам измеряли артериальное давление и число сердечных сокращений.

Полученные результаты: по результатам скринингового обследования у 230 (21,1%) человек уровень глюкозы крови был выше 7,0 ммоль/л. Из 230 человек 132 (57,4%) пациента, средний возраст которых составил $60,3 \pm 4,7$ года, ранее знали о наличии у них сахарного диабета и получали сахароснижающие препараты, остальные же 98 человека (42,6%) (средний возраст $52,1 \pm 9,3$ года) о повышенном уровне глюко-

зы крови узнали впервые. Обследование 98 пациентов с гипергликемией, выявленной впервые, дало следующие результаты: 36 больных (37,2%) имели нарушение толерантности к глюкозе; 37 пациентам (37,7%) был установлен диагноз СД 2-го типа; у остальных же 25 человек (25,5%) нарушений углеводного обмена выявлено не было. Таким образом, из 1094 человек, подвергнутых скринингу у 3,4% ($n = 37$) диагноз сахарного диабета был установлен впервые. По данным антропометрии у 24,0% ($n = 262$) было выявлено ожирение, 46,1% ($n = 504$) имели избыточную массу тела. Дислипидемия выявлена в 77,6 % ($n = 849$) и артериальная гипертония в 44,8 % ($n = 490$).

Выводы: лидирующими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у взрослого населения г. Актобе признаны дислипидемия (77,6%), избыточная масса тела (46,1%) и артериальная гипертония (44,8%). Нарушения углеводного обмена как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний выявлены у каждого 4-го (21,1%) обследуемого.

К АЛГОРИТМУ ДИАГНОСТИКИ ДОКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Агафонова Т.Ю., Баталова А.А.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, г. Пермь, Российская Федерация

Цель исследования: создание алгоритма диагностики доклинического атеросклероза.

Материал и методы исследования. Обследовано 79 практически здоровых человека (из них 22 мужчины) от 22 до 64 лет, в том числе в возрасте от 35 лет

65 человек. В качестве маркеров атеросклероза рассматривались: комплекс церебральных симптомов, наличие напряженного пульса, извитых, плотных височных артерий, систолического шума над артериями, диагональной складки мочки уха (три степени выраженности по Э. Ш. Халфену). Обследованные разделены на две группы: с большим (более 3-х) и малым количеством клинических маркеров атеросклероза. В группу с большим количеством вошли 60 чел., группы сопоставимы по возрасту и полу. Скорость распространения пульсовой волны в поперечном направлении (СРПВ_{min} – скорость изменения диастолического диаметра артерии на систолический диаметр) по артериям определялась с использованием ультразвукового датчика в покое, в пробе с реактивной гиперемией и в пробе с нитроглицерином. При ультразвуковой визуализации брахиоцефальных артерий, правых плечевой и подколенной артерий с помощью аппарата «АЛОКА 5000» ни у кого из обследованных не было выявлено признаков атеросклеротического поражения указанных сосудов.

Результаты. Для лиц с малым количеством клинических маркеров атеросклероза характерны следующие показатели СРПВ_{min}: по плечевой артерии 9,0±2,28 м/с, 5,07±2,7 м/с, 3,18±0,94 м/с и по подколенной артерии

16,48±5,19 м/с, 13,55±5,42 м/с, 13,07±6,8 м/с в покое, в конце 1-й мин. после снятия окклюзии (в пробе с реактивной гиперемией) и на 5-й мин. после перорального приема нитроглицерина (данные представлены в виде средних величин и одного стандартного отклонения). У лиц с большим количеством клинических маркеров атеросклероза соответствующие показатели по правой плечевой артерии составили 11,58±3,09 м/с, 7,31±2,53 м/с, 5,21±1,72 м/с и по подколенной артерии 18,60±6,80 м/с, 15,23±4,04 м/с, 14,22±6,57 м/с, что превышает данные для лиц с малым количеством маркеров в покое и при проведении функциональных проб ($p < 0,05$).

Выводы. Показатели СРПВ_{min} по правым плечевой и подколенной артериям, характерные для лиц с малым количеством клинических маркеров атеросклероза, вероятно, следует считать нормальными и ориентироваться на них при построении алгоритма скринингового профилактического обследования практически здоровых лиц трудоспособного возраста для выявления доклинического атеросклероза. Превышение указанных СРПВ_{min} может являться показанием для выполнения нагрузочных проб и холтеровского мониторирования ЭКГ с целью выявления безболевого ишемии миокарда.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е.В., Загородных Е.Ю.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: определение взаимосвязи распространенности метаболического синдрома (МС) и стресса на рабочем месте у мужчин 25–64 лет г. Тюмени.

Эпидемиологическое исследование проводилось на репрезентативной выборке, сформированной из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени (мужчин в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни). Отклик населения составил 85,0%. Для проведения оценки стресса на рабочем месте в рамках протокола «МОНИКА-психосоциальная» использовалась анкета «Знание и отношение к своему здоровью». Вопросы анкеты сопровождалась перечнем фиксированных ответов, из которого респонденты могли выбрать тот вариант, который, по их мнению, являлся наиболее правильным. Для оценки МС использованы критерии метаболического синдрома IDF (2005). Абдоминальное ожирение оценивалось по окружности талии ≥ 94 см для мужчин европейской расы плюс 2 из следующих критериев: содержание ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л, содержание ХС ЛПВП $< 1,0$ ммоль/л + гиполипидемическая терапия, АД $\geq 130/85$ мм рт. ст. или предшествующая антигипертензивная терапия, гликемия $\geq 5,6$ ммоль/л или наличие СД типа 2.

Результаты исследования. У мужчин открытой популяции с наличием и отсутствием метаболического

синдрома в отношении категории «стресс на работе» не было получено значимых различий при ответах на вопросы по поводу изменения специальности, ответственности, значительных перемен на работе в течение последних 12-ти месяцев, а также отдыха после рабочего дня. В то же время, у лиц с наличием МС было установлено снижение нагрузки на работе в течение последних 12-ти месяцев сравнительно с группой лиц без МС. Так, ответ «стал выполнять больше», достоверно чаще встречался в группе мужчин без МС (33,5% – 23,0%, $p < 0,05$). 2,0% мужчин с наличием МС ответили, что им совсем не нравится их работа, что оказалось существенно больше сравнительно с минимальным количеством таких мужчин в группе без МС (0,4%, $p < 0,05$). Значимые различия в популяции у лиц с наличием и отсутствием МС были выявлены в отношении ответственности на рабочем месте. Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев, как высокую, оценили 37,2% мужчин с наличием МС и 46,7% мужчин без МС ($p < 0,05$).

Таким образом, в открытой популяции г. Тюмени у мужчин 25–64 лет с наличием метаболического синдрома выявлено снижение высокой ответственности и нагрузки на рабочем месте, рост негативного отношения к своей работе.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Акжиев Б., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между морфофункциональными изменениями миокарда и желудочковыми аритмиями у больных с Q-волновым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. В нашей работе были обследованы 84 пациента с острым Q-волновым инфарктом миокарда, средней возраст составил $52,54 \pm 8,6$ лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. По исходным данным ЭхоКГ больных разделены на 2 группы. В 1-й группе состоят 23 (27,3%) больные с явной систолической дисфункцией, величина ФВЛЖ $\leq 45\%$. Остальные 61 (72,7%) пациентов вошли во 2-ю группу с сохранной функцией ЛЖ величина ФВЛЖ $> 45\%$.

Результаты. При изучении демографических данных больные сравниваемых групп не имели достоверных различий в возрасте ($53,74 \pm 8,7$ лет и $51,34 \pm 8,6$ лет) ($P > 0,05$). ГБ в анамнезе имели 14 (60,8%) и 41 (67,2%) больных I и II группы соответственно ($\chi^2 = 0,08$; $P = 0,7$), СД 2 типа выявлен у 5 (21,7%) и 11 (18%) больных соответственно I и II группам ($\chi^2 = 0,006$; $P = 0,9$). В I группе больных по данным ЭКГ и ЭхоКС чаще регистрировалась передняя локализация ИМ ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$), а в II группе соответственно нижняя локализация ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$) но различия не достоверны. Необходимо отметить, что в группе больных с явной систолической дисфункцией на 10–14 сутки

острого ИМ достоверно чаще наблюдалось развитие ОН ($\chi^2 = 13,6$; $P = 0,000$) и ранние признаки ремоделирования ЛЖ ($\chi^2 = 5,48$; $P = 0,02$). Кроме этого, при анализе уровня СРБ, нами был выявлен его достоверно высокий уровень в I группе, чем во II ($8,4 \pm 1,1$ мг/л, и $5,6 \pm 0,7$ мг/л, соответственно I и II группам, $p < 0,05$). При анализе количества больных с потенциально опасными желудочковыми аритмиями (ПОЖА) выявлено высоко достоверное различие и составило 21 (91,3%) и 3 (21,3%), соответственно в I и II группах ($\chi^2 = 31,1$; $P = 0,000$). Кроме того, ЖЭ высокой градации по Ланун-Вольф наблюдались: III (12–52,1% и 9–14,7%, $\chi^2 = 10,5$; $P = 0,001$), IVA (13–56,5% и 7–11,4%, $\chi^2 = 16,3$; $P = 0,000$), IVB (7–30,4% и 3–4,9%, $\chi^2 = 8,08$; $P = 0,004$), соответственно в I и II группах. Таким образом, в группе с явной систолической дисфункцией достоверно чаще наблюдались ЖЭ высокой градации.

Заключение. На 10–14 сутки острого Q-волнового инфаркта миокарда у 23 (27,3%) больных наблюдалась явная систолическая дисфункция. В группе больных с явной систолической дисфункцией чаще наблюдались развитие раннего ремоделирования ЛЖ, острой сердечной недостаточности, повышение уровня СРБ в биохимических анализах крови. У больных с явной систолической дисфункцией на 10–14 сутки ОИМ достоверно чаще регистрируется потенциально опасные желудочковые аритмии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Акжиев Б., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между морфофункциональными изменениями миокарда и вариабельностью ритма сердца у больных с Q-волновым инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Нами было обследовано 84 пациента мужского пола с острым Q-волновым инфарктом миокарда, в возрасте $52,54 \pm 8,6$ лет. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Всем больным на фоне проводимой стандартной терапии (β -блокаторы, антиагреганты, антиаритмики, антагонисты альдостерона, иАПФ, антагонисты кальция, нитраты, статины), на 10–14 сутки ОИМ проводилось ЭхоКГ на аппарате «Sonoline Versa Pro» (Siemens, Германия); оценка параметров проводилась соответственно рекомендациям Общества Специалистов по Сердечной Недостаточности (ОССН) 2010 г. Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ проводилось с помощью

аппарата «Cardio Sens+» (ХАИ-МЕДИКА, Украина) с определением ВРС. Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г). По исходным результатам ЭхоКГ больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 23 (27,3%) больных с явной систолической дисфункцией, величина ФВЛЖ $\leq 45\%$. Остальные 61 (72,7%) пациента составили 2-ю группу с сохранной функцией ЛЖ с величиной ФВЛЖ $> 45\%$.

Результаты. При изучении демографических данных больные сравниваемых групп не имели достоверных различий в возрасте ($53,74 \pm 8,7$ лет и $51,34 \pm 8,6$ лет) ($P > 0,05$). ГБ в анамнезе имели 14 (60,8%) и 41 (67,2%) больных I и II группы соответственно ($\chi^2 = 0,08$; $P = 0,7$), СД 2 типа выявлен у 5 (21,7%) и 11 (18%) боль-

ных соответственно I и II группам ($\chi^2 = 0,006$; $P = 0,9$). В I группе больных по данным ЭКГ и ЭхоКС чаще регистрировалась передняя локализация ИМ ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$), а в II группе соответственно нижняя локализация ($\chi^2 = 1,68$; $P = 0,19$) но различия были не достоверны. При анализе показателей variability ритма сердца (BPC) выявились достоверные различия между уровнями в сравниваемых группах. Так, средний уровень SDNN составил в I группе $91,57 \pm 32,7$ мс и $107,7 \pm 28,8$ мс соответственно I и II группам ($p < 0,05$), SDANN в I группе составил $80,5 \pm 27$ мс, во II группе $96,8 \pm 25,8$ мс ($p < 0,05$). Анализ частотных показате-

лей: HF мощность в диапазоне высоких частот составила соответственно в I и II группе $154,3 \pm 18,9$ и $197,4 \pm 16,7$ мс² ($p < 0,05$). Показатель, LF/HF косвенно характеризующий баланс между симпатической и парасимпатической системами составил $2,82 \pm 0,9$ и $2,6 \pm 1,2$ соответственно I и II группам ($p = 0,5$)

Заключение. К концу стационарного периода острого Q-волнового инфаркта миокарда более чем у $\frac{1}{4}$ больных развивается явная систолическая дисфункция ЛЖ. У больных с явной систолической дисфункцией ЛЖ достоверно чаще наблюдалось развитие ОСН и низкие показатели variability ритма сердца.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАДЕЖНЫМ ПРЕДИКТОРОМ ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА

Акулова О.А.

ТюмГМА, Тюмень, Россия

Общеизвестно положение, что шок в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), обусловленный снижением систолической и диастолической функций левого желудочка, одна из основных причин смерти больных, госпитализированных с острым ИМ. Очевидно, что сердечная недостаточность является предиктором ближайшего прогноза, что дает возможность использовать данный показатель в различных прогностических шкалах для оптимизации дальнейшей тактики.

Цель. Оценить степень прогностического влияния сердечной недостаточности (СН) в остром периоде ИМ на отдаленные исходы постинфарктного кардиосклероза.

Методы исследования. Под наблюдением были 232 мужчины после первичного достоверного ИМ, средний возраст – $48,6 \pm 5,52$ лет. Медиана наблюдения составила 116,4 месяцев (9,7 года), максимальная – 170 месяцев (14,2 лет). За время наблюдения от сердечно-сосудистого заболевания умерло 108 человек, осталось в живых – 124 человека. Пациенты были рандомизированы в 4 группы, исходя из степени СН в остром периоде ИМ, согласно классификации Киллипа (Killip, 1967), сравнивались исходы (жив/умер) внутри каждого класса. Статистический анализ проводился в программе Statistica 6.0; наличие уровня взаимосвязи оценивалось с применением критерия Пирсона (Хи-квадрат (χ^2)), достоверность различий – при помощи критерия Стьюдента (t), вероятность наступления летального исхода – вычислением относительного риска (ОР).

Полученные результаты. Всего в остром периоде ИМ было зарегистрировано с СН I класса по Killip 203 человека (87,5%), II класса – 22 (9,48%), III – 2 (0,86%), IV – 5 (2,16%). Первый этап анализа структуры групп умершие/живые не выявил значимых различий по частоте лиц, отнесенных к разным классам СН Killip: в группе умерших I класс был у 85,19% пациентов, II – 11,11%, III – 0,93%, IV – 2,77%; в группе выживших: I – 89,52%, II – 8,06%, III – 0,81%, IV – 1,61% ($t = 0,797$, 95%ДИ: $-11,97; 19,97$, $p = 0,484$). Достоверной взаимосвязи между фактом наличия СН в остром периоде ИМ (от II до IV класса по Killip) и отдаленным летальным исходом установлено не было ($\chi^2 = 0,67$, $df = 1$, $p = 0,4114$). На втором этапе вычислялась вероятность иметь отдаленный летальный исход с известным средним сроком дожития (9,7 года). Показатели ОР составили для II класса ОР: 1,20 (95 %ДИ: 1,14; 1,26); для III класса – ОР: 1,10 (95 %ДИ: 1,06; 1,14); для IV – ОР: 1,32 (95 %ДИ: 1,23; 1,41). Однако, корреляции между тяжестью СН и летальным исходом установлено не было: для I класса – $\chi^2 = 0,99$, $p = 0,3198$; для II – $\chi^2 = 0,62$, $p = 0,4295$, для III – $\chi^2 = 0,01$, $p = 0,9218$, для IV – $\chi^2 = 0,37$, $p = 0,5422$ (уровень значимости $p < 0,05$ не достигнут).

Выводы. Сердечная недостаточность в остром периоде ИМ не оказывает значительного влияния на отдаленные исходы постинфарктного кардиосклероза (с известным средним сроком дожития 9,7 года). Очевидно, что степень СН в остром периоде ИМ не является надежным предиктором долгосрочного прогноза постинфарктного кардиосклероза.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: НОВЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОРРЕКЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Александров Ан.А.¹, Кухаренко С.С.¹, Шацкая О.А.¹, Ядрихинская М.Н.¹, Абдалкина Е.Н.²

1 ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, Москва

2 Самарский медицинский институт «Реавиз», Самара

Сердечно-сосудистые эпидемии 21 века включают в себя хроническую сердечно-сосудистую недостаточность, сахарный диабет 2 типа и мерцательную аритмию. Диабетическая кардиопатия, лежит в основе сочетанного развития подобного рода нарушений. Ее характеризуют повреждения структуры и функции миокарда, развивающиеся у больных сахарным диабетом при отсутствии артериальной гипертензии и коронарной болезни сердца и проявляющиеся гипертрофией и фиброзом миокарда, снижением его сократительной способности и развитием недостаточности кровообращения. Одна из возможных причин развития недостаточности кровообращения при сахарном диабете 2 типа связана с резким изменением экспрессии дистрофина и комплекса α и β - дистрогликана в кардиоцитах, что ассоциируется со снижением сократительной способности миокарда левого желудочка. Миокард с дефицитом дистрофина теряет около 80% присущей ему активности синтазы оксида азота. Это вызывает нарушение регуляции выработки NO, играющего важнейшую роль в регуляции воспалительных, фиброзных и процессов апоптоза в кардиомиоците, путем воздействия на уровень внутриклеточного мессенжера цГМФ. Кардиальные эффекты блокаторов фосфодиэстеразы-5 связаны с их свойствами замедлять распад цГМФ и за

счет этого увеличивать его эффект на миокард, даже при уменьшении выработки естественного стимулятора цГМФ – оксида азота (NO), связанном с дистрофин-дефицитом. В 2012 году закончилось рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование больных СД 2 типа, обследованных в поликлинике E. Sapienza University Hospital of Rome в 2008 и 2009 годах. Все рандомизированные больные получали 100 мг/день силданафила (получали 25 мг в 8 и 25 мг в 16 часов и затем 50 мг в 22 часа) или плацебо в виде похожих капсул в течение 3-х месяцев. Было обнаружено, что длительное ингибирование цГМФ- фосфодиэстеразы-5A положительно влияет на диабетическую кардиопатию, вызывая антиремоделирующий эффект, улучшая отношение МЛЖ/ КДО и КМР-скручивания и деформации за счет эндотелий-независимого эффекта, параллельно с изменением маркеров воспаления: моноцитарного хемоатрактивного протеина-1 и трансформирующего ростового фактора – β . Авторы пришли к заключению, что терапия, связанная с повышением содержания в кардиомиоцитах цГМФ, может способствовать уменьшению нарушений сократительной способности кардиомиоцитов, улучшению диастолических свойств миокарда и снижать метаболические проявления диабетической кардиопатии.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*Александров М.В., Новичкова Е.А., Ушакова С.Е., Будникова Н.В., Белова Г.В.,
Абдуллаева Г.В.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия, ОБУЗ ГКБ № 3, поликлиника № 3, Иваново

В настоящее время в Ивановской области сформирована система реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Часть больных не проходит реабилитацию на базе специализированных кардиологических учреждений, а поступают под наблюдение врачей территориальных поликлиник. Это связано, прежде всего, с тяжестью состояния больных, в том числе за счёт сопутствующих заболеваний.

Целью работы было изучить контингент пациентов, проходящих реабилитацию после перенесенного инфаркта миокарда в условиях территориальной поликлиники. Нами был обследован 80 пациентов поликлиник г. Иваново, проходящих реабилитацию после перенесённого инфаркта миокарда в амбулаторных условиях, в возрасте от 40 до 89 лет (средний возраст – $71 \pm 4,7$ года) – 42 мужчины (52,5 %) и 38 женщин (47,5 %). Из них 21 пациент (26,25%) перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, остальные – мелкоочаговый. Осложнения в остром периоде имели 30 % больных: отёк лёгких развился у 15% пациентов, нарушения сердечного ритма и проводимости – у 20 %; ранняя постинфарктная стенокардия – у 6,25 %.

У 7 пациентов (8,8 %) данный инфаркт миокарда явился первым проявлением ИБС, ещё у 4 больных (5 %) проявления ИБС возникли за 2–6 месяцев до развития инфаркта, у остальных стаж ИБС составлял от 1,5 до 30 лет (в среднем $12,6 \pm 2,7$ года). Данный инфаркт яв-

лялся повторным у 31,25 % пациентов, третьим – у 2,5 %. Стенокардию имели 33 пациента (41,25 %): из них II функциональный класс (ФК) – 60 %, III ФК – 33,75 %, IV ФК – 2,5 %. Хроническая сердечная недостаточность имела у 41 больного (51,25 %): стадии Н-ПА – у 81,3 %, Н-ПБ – у 10 % больных. У 44 больных (55 %) имела сопутствующая артериальная гипертензия (АГ), длительность АГ у 87,5% пациентов была более 10 лет. Сопутствующие нарушения ритма имели место у 5 % больных: пароксизмальная желудочковая тахикардия и пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Ожирение имело у 37,5 % больных, сахарный диабет – у 21,25 %, анемия – у 6,25 %. Проявления атеросклероза сосудов головного мозга имели место у 22,5 % больных, в том числе 16,25 % больных ранее перенесли нарушения мозгового кровообращения. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей имел место у 11,25 % пациентов. Хроническая обструктивная болезнь лёгких имела место у 6,25 % больных, бронхиальная астма – у 1,25 %. Хронический гастрит, гастродуоденит или язвенную болезнь имел в анамнезе 26,25 % больных.

Таким образом, причиной, по которой пациенты не могли проходить реабилитацию на базе специализированных кардиологических учреждений, явилась тяжёлая сочетанная и сопутствующая патология. Это также обуславливает трудности проведения физической

реабилитации в условиях территориальных поликлиник, что требует тщательной оценки физических возможностей пациента, применения щадящих программ

реабилитации, индивидуального комплекса лечебной физкультуры и тщательного контроля со стороны участкового терапевта.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ОКС В МОРДОВИИ

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

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

Цель работы: изучить уровни общего холестерина у жителей Мордовии, доставленных в больницы с диагнозом «Острый коронарный синдром (ОКС),

Материал и методы. Работа базируется на мордовских данных из общеевропейского регистра ОКС (ACS-Registry). Подробно методика исследования изложена в предыдущих публикациях. Пол, возраст, место жительства и цифры ОХС зафиксированы у 358 больных, поступивших в 4 горбольницу г. Саранска и в 13 райбольниц Мордовии.

Результаты. Группа включала 200 (56%) мужчин (М.) и 158 (44%) женщин (Ж.) ($P = 0,0254$). Их количество в городе близкое: из 216 ч., М. 113/52%, Ж. 103/48%, $P = 0,5619$, в сельской местности из 142 чел. М. – 87/61% и Ж. 55/39%, $P = 0,0069$. «Размах» «крайних» цифр ОХС довольно выразителен: от 1,8 до 10,2. У М. средний ОХС составил $4,8 \pm 0,1$, у Ж. $5,2 \pm 0,1$, $P = 0,0042$, а средняя арифметическая группы в целом, равная $5,0 \pm 0,1$ ммоль/л, эту достоверную разницу сгладила и обезличила. Содержание ОХС у М. в городе, равное $4,4 \pm 0,1$ ммоль/л, достоверно ниже, чем у М. в районах – $5,3 \pm 0,2$, $P < 0,0001$. Содержание ОХС у Ж. в городе и в районах одинаковое: $5,2 \pm 0,1$ и $5,2 \pm 0,2$ ммоль/л. Т.е. цифры ХС относительно монотонны: у Ж. в районах = уровню у городских Ж., = цифрам у районных М. У городских М. наблюдается небольшое, но достоверное снижение уровня ХС. Более детальный анализ данных выявил нестандартную ситуацию. В группа М. с ОКС в городе больных с нормальным ОХС (≤ 5 моль/л) в 3 раза больше, чем тех,

у кого показатель повышен (> 5 моль/л). В районах: количество больных с $ХС \leq 5$ моль/л явно меньше, чем с $ХС > 5$ моль/л, хотя эта разница статистически недостоверна, т. е. можно говорить лишь о тенденции. В группе с повышенным уровнем (>5) противоположные высоко достоверные соотношения: $5,9 \pm 0,1$ – город и $6,3 \pm 0,1$ – село ($P = 0,0043$). В городе доминируют М. с пониженным уровнем ОХС ≤ 5 моль/л, в сельских районах доминируют М. с повышенным уровнем ОХС. Почти у половины Ж. в городе (56 чел./54%) ОХС нормальный или ниже нормы: $4,2 \pm 0,1$ а у другой половины (47 чел./46%) выше нормы: $6,1 \pm 0,1$, $P < 0,0001$. Такое же соотношение, у Ж. в районах: половина больных – 27 чел./49% имеют нормальный или сниженный ОХС, и 2-я половина 28 чел./51%, имеют ОХС > 5 . Т.е. соотношение городских и районных Ж. с нормальным и пониженным ОХС и Ж. с повышенным ОХС близко 1:1. Что касается возраста, то средний возраст М. (город и районы) однозначен: 67 ± 1 и 68 ± 1 год, так же как и Ж. 67 ± 1 и 68 ± 1 год. Но в группах с ОХС ≤ 5 сравнение М. и Ж. выявляет высоко достоверные отличия: Ж. на 9 (в городе) и на 10 лет (в районах) старше М., а в группе с ОХС > 5 – Ж. только на 3 года старше в городе, но в районах – на такие же 10 лет.

Выводы: 1. Резкой гипер- или гипо- холестеринемии ни в городе, ни в районах, ни у М., ни у Ж. с ОКС не выявлено.

2. Представленные данные необходимо учитывать при назначении лечения больным с ОКС.

КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиева Т.А., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить показатели качества жизни и прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от уровня нейrogормонов.

Методы исследования. Обследованы 98 больных с I–III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст которых составил $55,4 \pm 3,4$ лет). Больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Качество жизни (КЖ) больных оценивали по Миннесотскому опроснику. Всем больным определяли уровень экс-

креции адреналина, норадреналина и дофамина в моче. Конечными точками при оценке прогноза являлись: повторный инфаркт миокарда (ПИМ) и внезапная смерть (ВС). Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Полученные результаты. Изучение показателей КЖ по Миннесотскому опроснику у обследованных больных выявило, что суммарный индекс у больных

с I ФК ХСН составил – 28,5±3,23 баллов, у больных с II ФК ХСН – 39,7±3,12 и с III ФК ХСН – 45,6±2,43 баллов, при этом он достоверно обратно коррелировал с результатами, полученными при проведении ТШХ ($r = -0,92$). У больных ХСН прогрессирование заболевания характеризовалось увеличением уровня адреналина и норадреналина в моче: при III ФК эти показатели были в пределах 4,5–5, 5 и 18–20 мкг/сутки соответственно. Исходные показатели суммарного индекса КЖ увеличивались с нарастанием ФК ХСН и имели высокую степень корреляционной связи с высоким уровнем в моче норадреналина – более 20 мкг/сутки ($r = -0,79$) и снижением уровня дофамина менее

150 мкг/сутки ($r = -0,68$). Повышение этих показателей выше 4,5–5,5 и 20–25 повышает риск развития повторных фатальных инфарктов миокарда. При этом ПИМ развивались у больных суровне норадреналина выше более 20 мкг/сутки. При развитии внезапной смерти у больных ХСН имел прогностическое значение увеличение уровня в моче адреналина более 5 мкг/сутки и уменьшение уровня дофамина менее 150 мкг/сутки.

Выводы. Таким образом, повышение уровня нейроморганов у больных ХСН ассоциируются с риском повторных коронарных событий и развитием внезапной смерти.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Аляви А.Л., Камилова У.К., Расулова З.Д., Ибабекова Ш.Р.

АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучить состояние почечного кровотока у больных с II–III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследовано было 46 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) со II–III ФК ХСН (средний возраст 53,3±5,8 лет). Контрольную группу составили 15 здоровых лиц (средний возраст 46,7±3,4 лет). Оценка почечного кровотока проводилась путем цветового доплеровского картирования на аппарате SONOACEX6 (Корея) с определением пиковой систолической скорости кровотока (V_s), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (V_d), усредненная по времени скорость кровотока (V_{mean}), резистивный индекс (RI), пульсационный индекс (PI). Скоростные (V_s , V_d , V_{mean}) и резистивные параметры (RI, PI) изучены на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артерий. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Полученные результаты. Изучение показателей почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с II–III ФК ХСН на уровне правой и левой почечных

артерий отмечено повышение индекса резистивного на 11,9% и 7% ($p < 0,001$ и $p < 0,005$) и пульсационного – на 20% и 13,5% ($p < 0,001$ и $p < 0,005$) соответственно по сравнению с контролем. Скорость кровотока в период диастолы на уровне правой и левой почечных артерий была ниже на 91,3% и 43,2% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем. Скоростные параметры в период систолы были ниже на 45,6% и 40,5% ($p < 0,001$) на уровне правой и левой почечной артерии соответственно в отличие от показателей контроля. По мере снижения уровня артерий, было отмечено снижение скоростных показателей на уровне правой и левой сегментарных артерий в систолу на 38,4% и 30,7% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$), в диастолу на 77,9% и 66,8% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$) соответственно по сравнению с контролем. Также на уровне правой и левой сегментарных почечных артерий было отмечено повышение индекса резистивного на 16,9% и 15,3% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$) и пульсационного – на 25,6% и 24,1% ($p < 0,001$ и $p < 0,005$) соответственно по сравнению с контролем.

Выводы. У больных ХСН II–III ФК изменения почечной гемодинамики, оцененные с помощью дуплексного сканирования почечных артерий, характеризовались снижением линейных и объемной скоростей кровотока и повышением индексов периферического почечного сопротивления.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А.Л., Туляганова Д.К., Сабирджанова З.Т., Нуритдинова С.К.

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

Целью работы явилось изучение сравнительной эффективности аторвастатина (Торвакард, Zentiva) и розувастатина (Лднил, Индия) на липидный спектр

и факторы воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: Обследованы 24 больных со стенокардией напряжения II ФК, (ср.возраст $59,1 \pm 2,1$ лет). Изучены показатели липидного спектра крови и маркеры воспаления. Пациенты обследовались в день поступления, а также в динамике на 30 и 60-й дни лечения. Больные были рандомизированы на 2 группы. Больные 1-й основной группы (10 больных) получали розувастатин в дозе 10 мг/сут; больные 2-й группы (24 больных) получали аторвастатин по 20 мг/сут. Лечение проводилось на фоне общепринятой медикаментозной стандартной терапии.

Результаты: Через 30 дней в группе больных, получающих розувастатин 10 мг/сут, было достигнуто достоверное снижение уровня общего ХС, ТГ и ХС ЛПНП на 24% ($p < 0,05$), 25% ($p < 0,05$), 32% ($p < 0,05$), соответственно. В группе сравнения выявлены аналогичные, но недостоверные изменения атерогенных фракций липидов. Целевого значения (ХС ЛПНП ниже 2,6 ммоль/л)

на 60-й день лечения достигли 97% ($p < 0,05$) больных в группе розувастатина и 77% ($p < 0,05$) больных в группе аторвастатина. Существенное различие между группами отмечено в степени и сроках снижения СРБ и ИЛ-6. В группе больных, получающих розувастатин, достоверное снижение концентрации ИЛ-6 и СРБ выявлено уже к концу первого месяца лечения. В группе больных, леченных аторвастатином 20 мг/сут, динамика отмечена со стороны ИЛ-6 и СРБ к концу 2 месяца лечения.

Выводы: Таким образом, необходима немедленная иммуномодулирующая терапия статинами, обладающими потенциальным преимуществом достаточного и быстрого снижения концентрации маркеров воспаления играющих ведущую роль в дестабилизации атеросклеротической бляшки, характеризующейся высоким риском сердечно-сосудистых событий.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГИПОФИЗ-ГОНАДЫ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аннаев Б.Х., Ишангулыев Ю.Х., Абдуллаев Б.С.

Госпиталь с научно-клиническим Центром Кардиологии, Многопрофильный госпиталь Ахалского вelayата (Туркменистан)

Один из наиболее сложных и малоизученных вопросов современной медицины – изучение роли гипофизарно – гонадной системы в патогенезе артериальной гипертензией (АГ).

Известно, что половые гормоны обладают выраженным влиянием на обмен липидов, состояние артериальной стенки (особенно ее проницаемость), показатели коагулограммы. Андрогены оказывают отчетливое влияние на метаболизм в миокарде: способствуют увеличению сократительных элементов, накоплению энергетических веществ, обладают метаболическим действием. По данным некоторых авторов, имеется прямая корреляционная связь между степенью выраженности артериального давления и снижением функции половых желез у мужчин.

Целью данного исследования явилось изучение функционального состояния системы гипофиз-гонады у мужчин, больных АГ, а также влияния гормональной коррекции выявленных нарушений на факторы патогенеза и течение АГ.

Учитывая, что с возрастом снижается уровень общего и особенно свободного тестостерона, изучение данной проблемы целесообразно в возрасте 20–50 лет.

Нами обследованы 40 мужчин, больных АГ с различной степенью тяжести заболевания, в возрасте 20–50 лет и 16 здоровых мужчин того же возраста с нормальной массой тела и с неотягощенной наследственностью по заболеваниям эндокринной системы.

Масса тела больных колебалась в пределах $\pm 10\%$ от идеальной.

В зависимости от возраста обследованные разделены на 2 группы: I-20 больных в возрасте 20–35 лет, II-20 больных 36–50 лет.

При сравнении полученных результатов гормональных показателей мужчин больных АГ, в двух возрастных группах оказалось, что у мужчин I возрастной группе более низкий уровень Т и более высокий коэффициент ЛГ\Т. В отношении других исследованных гормональных показателей достоверных различий между группами больных АГ разного возраста не выявлено.

Повышение коэффициента ЛГ\Т и низкий Т, а также недостаточный подъем Т в ответ на стимуляцию с ХГ у части больных с высоким артериальным давлением, свидетельствуют в пользу первичного поражения гонад. Однако «растормаживание» по повышению ФСГ, ЛГ, гонадотропной функции гипофиза даже в молодой группе больных оказалось незначительным и статистически недостоверным.

Таким образом, полученные данные указывают на снижение тестостерон продуцирующих функций тестикул у больных АГ, особенно выраженное в молодом возрасте. В связи с чем, целесообразно включение препаратов тестостерона в комплексное лечение больных АГ, в данной возрастной группе.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭФФЕКТА БЕЛОГО ХАЛАТА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

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

У подавляющего большинства больных с АГ уровень клинического артериального давления (АД) превышает средний уровень дневного амбулаторного АД из-за тревожной реакции на процесс измерения АД (так называемый «эффект белого халата»). Переоценка или недооценка врачом уровня АД больного, пришедшего на визит, может привести к неправильной постановке диагноза и неадекватному назначению антигипертензивных препаратов. Поэтому целью представленного исследования было определить влияние длительной антигипертензивной терапии на выраженность эффекта белого халата (ЭБХ) у пациентов со стабильной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы 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 90207; 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), бисопролол (17), 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 ± 14.5 ; дневное диастолическое АД (ДАД) – 89.1 ± 9.9 мм рт. ст. ($M \pm SD$). Было выявлено, что только длительный прием метопролола достоверно уменьшает выраженность ЭБХ: 1) ЭБХ для САД снизился 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 ЭБХ. Возможно, это связано с уменьшением активации симпато-адреналовой системы и как следствие меньшей выраженности тревожной реакции на измерение АД на визите у врача. Это подтверждает и тот факт, что бета-адреноблокаторы (BB) с собственной симпато-миметической активностью (ССА) не влияют на ЭБХ.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТИП ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Андреева Е.А., Горбунова С.И., Кумукова З.В., Мигранова А.В. *

* Городская клиническая больница № 3, Ставрополь; Ставропольский государственный медицинский университет

Широкое распространение в молодежной популяции отсутствия сбалансированного питания, нерациональный образ жизни у молодых людей приводят к развитию метаболического синдрома (МС) в перспективе. Именно адекватной и своевременной коррекцией поведенческих факторов можно достичь эффективной профилактики и значительного снижения МС, а значит и риска развития сосудистых катастроф – инфарктов и инсультов.

Цель исследования. Выявить влияние некоторых факторов риска МС на формирование типа пищевого поведения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. В исследование включено 180 человек, средний возраст которых составил $25,8 \pm 0,16$ лет. Из них сформировано 2 группы: 1-я – молодые люди с избыточной массой тела и/или повышенным АД (64 человека) и 2-я – 116 человек, условно здоровые молодые люди с неотягощенным семейным анамнезом по МС. Они составили контрольную группу.

Всем обследуемым производилось измерение окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ), индекса массы тела (ИМТ), однократное измерение артериального давления (АД), определение глюкозы натощак и после соответствующей нагрузки. Также проводилось анкетирование на выявление особенностей их пищевого поведения (ПП) с использованием европейской анкеты DBEQ (T. Van Strien, 1986), позволяющей соотнести каждого пациента с одним из диагностированных типов поведения – ограничительным, эмоциогенным, экстернальным и смешанным.

Результаты. Согласно полученным данным выявлено, что ИМТ в контрольной группе не превышал норму и составил ($21,8 \pm 3,59$). В основной группе у 68,2% человек выявлена избыточная масса тела ($27,8 \pm 1,6$), у 7,6% – ожирение I степени ($32,6 \pm 1,7$) из них у 2,6% по абдоминальному типу и у 24,2% – нормальная масса тела. Нарушения углеводного обмена в обеих группах выявлено не было.

Оценивая результаты суточного мониторинга АД отмечено повышенное АД (САД 125 ± 11 мм рт. ст., ДАД 79 ± 9 мм рт. ст.) у 38,3% лиц основной группы, артериальная гипертензия I степени (САД 139 ± 9 мм рт. ст., ДАД 88 ± 10 мм рт. ст.) – у 16,7%. В контрольной группе АД было нормальное – (САД 112 мм рт. ст. ± 14 мм рт. ст., ДАД 70 ± 9 мм рт. ст.).

Анализ пищевого поведения определил нарушения в обеих группах. Ограничительный тип ПП встречался у 9,8% лиц основной группы и 12,2% лиц контрольной группы; экстернальный – 22,5% и 21,1%; эмоциоген-

ный – 26,3% и 14,2%; смешанный – 47,3% и 31,3% соответственно.

Выводы. Таким образом, совокупность некоторых факторов МС, а именно: повышенного АД, избыточной массы тела, абдоминального ожирения формирует, прежде всего, экстернальный и эмоциогенный типы пищевого поведения. В этой связи целесообразным является выделение групп риска по развитию МС для своевременной коррекции составляющих его факторов и формированию у молодежи правильного пищевого поведения и образа жизни в целом.

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н.А., Фатыхова З.М.

Казанский государственный медицинский университет, ГАУЗ «ГКБ № 2, Казань, Россия

Цель: изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнем инфаркте миокарда с помощью электрокардиографии. Материал и методы: электрокардиография проведена у 78 чел. контрольной группы с различным положением электрической оси сердца и у 147 больных с инфарктом миокарда различной локализации на 3–4 неделе заболевания в том числе при нижнем инфаркте миокарда (21 чел.). Результаты: У контрольной группы и при инфаркте миокарда выделены 4 фазы распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов и минимумов продолжительности различных фаз периода нарастания и периода снижения по электропозитивности и периода снижения и периода подъема по электронегативности, главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Максимум по электронегативности фазы период снижения меньше периода подъема при нижнем инфаркте миокарда составляет $5,22 \pm 0,44$ и располагается в точке V-6 (зубец S). При этом соотношение периода снижения и периода подъема составляет $0,49 \pm 0,08$, а абсолютный минимум соотношения этой фазы расположен в точке VI-10 и равен $0,26 \pm 0,06$. Имеется добавочный минимум соотношения в точке I-10 равный $0,39 \pm 0,07$. Максимум продолжительности и минимум соотношения не совпадают. Максимальная задержка возбуждения в левом желудочке по электронегативности проецируется на зону rS и прак-

тически не отличается от контрольной группы с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца. При подсчете максимума максимум по зубцу S составляет $6,42 \pm 0,25$ и он достоверно не отличается по продолжительности от контрольной группы с нормальным и горизонтальным положением электрической оси сердца. Минимальные значения по электронегативности фазы период снижения меньше периода подъема находятся по I и II линии. При распространении возбуждения справа налево продолжительность по электронегативности увеличивается от точки III-I по направлению к тах и уменьшается по направлению к точкам I-10 и VI-10, справа и слева примыкая к фазам период снижения равен периоду подъема. Максимум для периода снижения фазы период снижения меньше периода подъема не совпадает с тах продолжительности этой же фазы и находится в точке V-6 и составляет $1,83 \pm 0,20$. Максимум для периода подъема фазы период снижения меньше периода подъема совпадает с максимумом продолжительности этой же фазы и находится в точке V-6 и составляет $3,58 \pm 0,37$.

Выводы: Выделены локализации максимумов и минимумов фазы период снижения меньше периода подъема по электронегативности при нижнем инфаркте миокарда, главные направления возрастания зубцов по фазе период снижения меньше периода подъема от минимума к максимуму и, наоборот.

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ НИЖНЕМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н.А., Фатыхова З.М.

Казанский государственный медицинский университет, ГАУЗ «ГКБ № 2, Казань, Россия

Цель: изучить временные параметры электрического поля сердца при нижнем инфаркте миокарда (ИМ)

с помощью электрокардиографии. Материал и методы: электрокардиография проведена у 78 чел.

контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца 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 распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов и минимумов продолжительности различных фаз периода нарастания и периода снижения по электропозитивности и периода подъема по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Максимум по ЭН (зубец Q) фазы период снижения больше периода подъема составляет $3,19 \pm 0,24$ и располагается в точке V-16. При этом соотношение период снижения и период подъема составляет $1,61 \pm 0,17$. Максимум соотношения этой фазы находится в точке IV-15 и составляет $1,72 \pm 0,11$, т. е. максимум продолжительности и соотношения не совпадают. Площадь фазы период снижения больше периода подъема снижена на задней поверхности в зоне qR из-за наличия нулевой зоны по ЭН, что свидетельствует о значительном извращении распространении возбуждения, проявляющемся по задней поверхности по зубцу Q, В значительной степени смещается по локализации (вниз и вправо) максимум продолжительности на усредненной топограмме при сравнении с КГ с горизонтальным положением электрической оси сердца достоверно по двум координатам, при сравнении с КГ

с нормальным положением электрической оси с одной координатой. Значения максимума продолжительности фазы период снижения больше периода подъема увеличены при сравнении с группой больных с ИМ передней локализации и резко отличаются по их локализации. При распространении возбуждения справа налево соотношение период снижения и период подъема, огибая нулевую зону по ЭН снизу по задней поверхности, достигает максимума в точке IV-15 и затем оно начинает уменьшаться по заднеправой поверхности грудной клетки по направлению к минимуму (I-18). Общая продолжительность зубца Q на задней поверхности грудной клетки увеличивается в направлении абсолютного максимума (точка V-16) и затем начинает уменьшаться по заднеправой поверхности грудной клетки по направлению к точке II-18). Максимум для период снижения фазы период снижения больше периода подъема совпадает с максимумом продолжительности этой же фазы и находится в точке V-16 и составляет $1,96 \pm 0,17$. Максимум для периода подъема фазы период снижения больше периода подъема тоже совпадает с максимумом продолжительности этой же фазы и находится в точке V-16 и составляет $1,24 \pm 0,11$.

Выводы: Выделены локализации максимумов и минимумов фазы период снижения больше периода подъема по ЭН при нижнем ИМ, главные направления возрастания зубцов по фазе период снижения больше периода подъема от минимума к максимуму и, наоборот.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

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

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, кафедра внутренних болезней № 1, Владикавказ, Россия

Цель исследования: изучить состояние гепатобилиарной системы (ГБС) у больных с ранними проявлениями ревматоидного артрита (РА) с учетом проводимой терапии.

Методы исследования: обследовано 35 больных с ранними проявлениями РА – 8 с давностью заболевания до 1 года и 27 – от 1 до 3 лет. Всем им либо только начала проводиться противовоспалительная терапия, либо они получали данное лечение нерегулярно. Задачей исследования было уточнить симптоматику и характер патологии ГБС у сравнительно недавно заболевших и только что начавших лечение пациентов. Больных разделили на 3 подгруппы: 12 – получали только нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 13 – НПВП в сочетании со средствами «базисной терапии» (делагил, плаквенил) и 10 пациентам проводилось комплексное лечение – НПВП+делагил+глюкокортикостероиды (ГКС) внутрь.

Полученные результаты: анализируя клиническую картину патологии ГБС до начала лечения, мы обратили внимание на то, что симптоматика этих расстройств наблюдалась часто. Диспептический синдром выявлен у 23 (65,7%) больных, однако первые его про-

явления затухевывались и отступали на второй план по сравнению с более яркой клинической картиной самого РА. Большинство больных связывали возникновение этих симптомов (боли в правом подреберье тупого характера) и диспептических расстройств с развитием основного заболевания: 34,3% больных ощущали это в момент, 42,9% через какое-то время после развития РА и у 22,8% обследованных эти симптомы возникали одновременно с первыми проявлениями РА. Содержание АлАТ и АсАТ оказалось наиболее высоким в подгруппе больных, находившихся на лечении, включающем НПВП в сочетании со средствами «базисной терапии» (делагил, плаквенил) – $3,2 \pm 0,2$ ммоль/ч·л ($p < 0,001$) и $2,2 \pm 0,7$ ммоль/ч·л ($p < 0,05$), что более, чем в 3 раза превышало данные контрольной группы – $0,7 \pm 0,1$ ммоль/ч·л и $0,6 \pm 0,1$ ммоль/ч·л соответственно. Содержание ЛДГ было наиболее высоким в подгруппе больных, получавших в качестве противовоспалительного лечения только НПВП – $511,1 \pm 49,5$ МЕ/л ($p < 0,001$), что примерно в 3 раза превышало данные контроля – $189,5 \pm 7,6$ МЕ/л. Таким образом, анализируя зависимость синдрома цитолиза от проводимой терапии, можно сказать о том, что в подгруппах больных, полу-

чающих только НПВП наблюдалось снижение АлАТ; при проведении лечения, включающего сочетание НПВП со средствами «базисной терапии» снижался в большей степени уровень ЛДГ и при назначении комбинации НПВП+делагил+ГКС наиболее снизился показатель АсАТ. Повышенные показатели синдрома цитолиза, не снижающиеся под влиянием проводимой терапии являются проявлением патологии ГБС на

ранних этапах развития заболевания у обследованных больных РА.

Выводы: выявленные нами изменения функционального состояния гепатобилиарной системы позволяют думать о нарушении функции печени, связанной с основным патологическим процессом, обуславливающим развитие воспалительных изменений типа латентно протекающего хронического гепатита.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ АД: РОЛЬ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

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

ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул

Цель. Оценить показатели центрального и периферического АД у пациентов с предгипертонией (предАГ) и гипертонической болезнью (АГ).

Материалы и методы. В исследование включены 2 группы пациентов: 1-ая – 30 мужчин с предАГ (уровень офисного АД 120–130/80–89 мм.рт. ст.), 2-я – 30 мужчин с диагностированной АГ по результатам амбулаторного артериального давления, находящихся на постоянной антигипертензивной терапии. В группу сравнения включены 30 здоровых добровольцев. Средний возраст в исследуемых группах составил 45,4±1,1 и 46,8±0,9 лет. Проводился анализ модифицируемых факторов риска, вычисление лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Жесткость артериальной стенки измерялась неинвазивным методом оценки СРПВ на каротидно-фemorальном участке, расчет центрального аортального давления (ЦАД) и индекса аугментации (АІх) осуществлялся при помощи аппланационной тонометрии на приборе SphigmoCor (AtCor Medical Pty Limited, Австралия).

Результаты. Средний уровень САД на плечевой артерии в 1-ой группе 122,3±6,6 мм.рт. ст., во 2-ой – 132,4±10,2 мм.рт. ст; ДАД составляло 84,0±5,3 и 88,1±7,1 мм.рт. ст в группах соответственно. В исследуемых группах уровень САД был достоверно выше, чем в группе сравнения – 114,5±6,8 мм.рт. ст. (p<0,05).

САД на аорте составило 129±3,5 и 139±4,8 мм.рт. ст. в 1-ой и 2-ой группах соответственно, был достоверно выше у пациентов с диагностированной АГ (p<0,05). Показатель АІх в группах составил 24,6±2,3 и 28,9±1,8. В группе сравнения показатели эластично-

сти и уровень АІх соответствовали возрастной норме (108±2,5 мм.рт. ст., 11,6±14,8). У 40% пациентов 1 ой группы центральное САД превышало 110 мм.рт. ст., у остальных 60% имелось повышение только периферического САД. Во 2-й группе сочетанное повышение центрального и периферического АД встречалось у 78%, у 13% пациентов было выявлено повышенное периферическое АД более 140/90 мм.рт. ст. при значениях ЦАД в пределах 110–129/80–89 мм.рт. ст.

Показатели СРПВ в группах составляли 8,6±2,5 и 13,4±2,8 м/с, в группе контроля – 8,3±1,9 (p<0,05). СРПВ >10 м/с имела у 25% и 37% пациентов в исследуемых группах. Пациенты 1-ой и 2-ой групп были сопоставимы по большинству факторов риска. Дислипидемия была выявлена у 7 (25%) и 13 (44%) пациентов в исследуемых группах (p<0,05). В группе сравнения дислипидемия выявлена у 2 человек (6%). Признаки атеросклероза БЦС (толщина КИМ>0,9 мм) наблюдались у (26%) и (60%) пациентов 1-ой и 2-ой групп (p<0,05). Признаки атеросклероза сосудов нижних конечностей (ПЛИ<0,05) имели 4 (15%) и 8 (26%) пациентов 1-ой и 2-ой групп (p<0,05). Выявлены положительные корреляционные связи увеличения цСАД, АІх с курением (r = 0,8; p<0,05), увеличением толщины КИМ (r = 0,7; p<0,05), дислипидемией (r = 0,4; p<0,05). Повышение периферического АД имело связи с курением (r = 0,5; p<0,05).

Выводы. Центральное АД показало высокую значимость в диагностике предгипертонии, так как позволяет выявлять пациентов с «ложной» АГ и показывает взаимосвязь с факторами риска и поражением органов-мишеней в отличие от периферического АД.

ИЗМЕНЕНИЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Арингазина Р.А., Турдалина А.К., Шарипова Г.М.

ЗКГМУ имени Марата Оспанова, ГП № 1, г. Актобе, Казахстан

Цель: изучение сравнительных изменений гемодинамики у больных эутиреозом и тиреотоксикозом легкой степени.

Методы исследования. Обследовано 52 больных, в каждой группе по 26 больных эутиреозом и тиреотоксикозом легкой степени. Средний возраст 36,4±1,7 лет.

Всем пациентам проводилось клиническое, биохимическое, электрокардиографическое (ЭКГ), эхокардиография сердца и гормональное исследования функции щитовидной железы. Степень тяжести заболевания щитовидной железы определяли по классификации В.Г. Баранова и В.В. Потина. Уровень Т3, Т4, ТТГ исследовали методом ИФА. Содержание гормонов щитовидной железы определяли в лаборатории клиники «Айгерим». Нормативы лаборатории: Т3 (свободный) 3,1–6,8 пмоль/л, Т4 (свободный) 12,0–22,0 пмоль/л, ТТГ 0,27–4,2 МкМЕ/мл. УЗИ щитовидной железы проводили с помощью аппарата «НАМК 2102 EXL» с линейным датчиком. Увеличенным считали объем щитовидной железы более 18 мл. ЭКГ – по общепринятой методике.

Полученные результаты. При клиническом обследовании у больных тиреотоксикозом легкой степени преобладали симптомы астеновегетативного синдрома в виде слабости, потливости и сердцебиения, имеющие усиление при физической нагрузке. Число сердечных сокращений (ЧСС) в группе больных с тиреотоксикозом легкой степени было больше ($82,5 \pm 1,7$ в минуту) чем в группе больных эутиреозом ($79,6 \pm 1,2$ в минуту) на 2,4 %. Систолическое и диастолическое АД отличалось от возрастных нормативов. В группе эутиреоза САД и ДАД

меньше, чем в группе больных тиреотоксикозом легкой степени на 9,1 % и 3,5 % соответственно ($p < 0,05$). У больных с тиреотоксикозом легкой степени при электрокардиографическом исследовании обнаружилось больше умеренной гипертрофии левого желудочка, неполной блокады правой ножки пучка Гиса, диффузных изменений миокарда, нарушений реполяризации желудочков, чем у группы больных эутиреозом.

Содержание гормонов щитовидной железы в группе больных с тиреотоксикозом легкой степени в среднем составило: Т3– $7,4 \pm 0,2$ пмоль/л, Т4– $31,4 \pm 1,6$ пмоль/л, ТТГ в пределах 2,3 МкМЕ/мл по сравнению с показателями при норме: Т3 (свободный) 3,1–6,8 пмоль/л, Т4 (свободный) 12,0–22,0 пмоль/л.

Анализ результатов проведенных исследований показывает, что начиная с легкой степени тиреотоксикоза, происходит изменение в показателях гемодинамики, электро – и эхокардиографии в зависимости от уровня гормонов щитовидной железы, чем в группе больных эутиреозом.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали, что при незначительном повышении уровня гормонов щитовидной железы в крови выявляются гемодинамические и ЭКГ изменения в сравниваемых группах.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМОГО ИНГИБИТОРА ТРОМБИНА ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

*Аркадьева Г.В., Белая О.Л., Бурлова Е.С., Родионов Б.А., Кривцова Н.В., Кулагина Н.П.,
Еременко Н.Е.*

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Минздрава России, ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗМ. Москва, Россия

Применение новых оральных антикоагулянтов с целью профилактики инсульта и системных эмболий у больных с фибрилляцией предсердий является актуальным. Дабигатран этексилат является низкомолекулярным пролекарством, не обладающим фармакологической активностью. После приема внутрь быстро всасывается и путем гидролиза, катализируемого эстеразами, превращается в дабигатран.

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

Методы исследования: Наблюдалось 22 пациента с неклапанной ФП. Средний возраст больных составил 67 лет (63,6% мужского пола), Сроки наблюдения ($2,4 \pm 1,7$) лет. Больные ранее получали варфарин. Dabigatran etexilate (Pradaxa) назначали в дозе 110 мг дважды в сутки, 6 пациентам с повышенным риском кровотечения, со сниженным клиренсом креатинина – 75 мг два раза в день. Средняя оценка больных по шкале CHADS2 – VASc для стратификации риска системных тромбоэмболических осложнений 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 дабигатрана учитывались все побочные эффекты.

Результаты: Характеризуя безопасность применения дабигатрана у пациентов с ФП можно отметить среди побочных эффектов: анемию (1), тромбоцитопению (1), гемартроз (1), диспепсию (4) – связанную со структурой препарата, которая включает винную кислоту для повышения кишечной абсорбции, поскольку биодоступность прямо связана с низкими значениями рН. Гепатотоксичности не наблюдалось. Случай геморрагического инсульта отмечен у 1 (4,5%) пациента на первом году терапии. Лечение дабигатраном из-за неблагоприятных побочных эффектов было прекращено у 4 (18,2%) пациентов. Имеется тесная корреляция между концентрацией дабигатрана в плазме и выраженностью антикоагулянтного эффекта – дабигатран удлиняет активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).

Выводы: Дабигатран — прямой ингибитор тромбина, его превращение не зависит от цитохрома P450. Применение дабигатрана у больных с фибрилляцией предсердий служит альтернативой варфарину по клинической эффективности при сопоставимом профиле безопасности.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ КЛИНИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Аркадьева Г.В., Теблоев К.И., Бурлова Е.С., Кривцова Н.В., Варясин В.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗМ, Москва, Россия

В общей структуре смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает третье место после инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения. Динамика распространенности ТЭЛА не имеет устойчивой тенденции к снижению.

Цель: анализ летальных исходов больных, у которых ТЭЛА была единственной или главной причиной смерти, определение факторов и степени риска фатальной ТЭЛА.

Методы исследования: анализ историй болезни 28 пациентов (7 мужчин и 21 женщина) в возрасте 56–81 лет (средний возраст $69,4 \pm 1,06$), умерших от ТЭЛА по результатам аутопсий, клинических данных, состояния системы гемостаза и прогнозирования его изменений. Результаты: У больных кроме возраста старше 60 лет (78,5%) были выявлены следующие факторы риска развития ТЭЛА: сердечная недостаточность (67,8%), ожирение (46,4%), инсульт (10,7%), хроническая венозная недостаточность (17,8%), операции (17%), злокачественные новообразования (7,8%), длительная иммобилизация (3,6%). Симптомы ТЭЛА: боль в груди, одышка, тахикардия гипотония, цианоз лица. В подавляющем большинстве госпитализированных больных (85,7%) отмечен высокий риск развития внутрибольничной ТЭЛА. Одномоментная ТЭЛА с молниеносным, острым и стертым клиническим течением составила 61%, рецидивирующая ТЭЛА – 32%,

с развитием хронической прекапиллярной легочной гипертензии – 4,2%. Прижизненная диагностика массивной ТЭЛА не превышала 60%. Молниеносная форма ТЭЛА с летальным исходом в течение часа отмечена у 5 пациентов. Источники фатальной ТЭЛА клинически диагностированы у 67,8% пациентов, при аутопсии у 92,8% умерших больных. ТЭЛА не диагностирована была в 7,1% случаев. Основными патоморфологическими проявлениями были «свежие» тромбоэмболы в системе легочных артерий при одномоментной ТЭЛА, тромбоэмболы различной давности и инфаркты легких – рецидивирующей ТЭЛА. Как непосредственная причина смерти ТЭЛА возникла у 75% терапевтических больных и 17% хирургических, преимущественно в первую неделю, чаще всего после операций на органах брюшной полости. Как причина смерти венозная тромбоэмболия составила 7%.

Выводы: Анализ летальных исходов ТЭЛА показал необходимость оценки факторов и степени риска венозного тромбоза и ТЭЛА, скринингового исследования гемостазата, профилактики ТЭЛА: проведение антитромботической терапии с адекватным мониторингом состояния системы гемостаза, определение продолжительности мер неспецифической профилактики и фармакопрофилактики. Частота ТЭЛА в терапевтической практике (болезни сердца, инсульты, инфекции) выше (75%), чем у хирургических больных.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАЛАНСА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Аркадьева Г.В., Бурлова Е.С., Кривцова Н.В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, ГБУЗ «ГКБ № 52» ДЗМ, Москва, Россия

Цель работы: коррекция системы гемостаза у больных с искусственными клапанами сердца (ИКС).

Методы исследования: включено 60 больных с ИКС с неадекватной антикоагулянтной терапией ($MHO < 2,0$) на фоне варфарина. Средний возраст – $46,18 \pm 1,14$ (от 27 до 68 лет). Сроки наблюдения $3,57 \pm 2,8$ лет после изолированного протезирования митрального ($n = 28$), аортального клапана ($n = 21$) и дву-клапанного ($n = 11$) ИКС. У 15 больных до протезирования клапанов произведена хирургическая коррекция порока – митральная комиссуротомия. Больные проходили этап стационарно-реабилитационного периода лечения. Для коррекции симптомов сердечной недостаточности больные получали диуретики, сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, β – блокаторы. Коррекция недельной дозы варфарина ($22,5$ – $42,5$ мг) проводилась

с учетом значений МНО. Уровень планируемой антикоагуляции – ($MHO = 2,0$ – $3,0$) в зависимости от позиции имплантации клапана и типа протеза. Оценивали факторы, влияющие на колебание антикоагулянтного эффекта, при анализе переносимости особое внимание уделялось кровотечениям, биохимическим показателям крови. Недостаточная гипокоагуляция увеличивала риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

Результаты: у всех больных отмечались признаки тромбинемии: $РФМК > 4$ мг/мл. Сумма активных форм тромбоцитов (Тг), циркулирующих в кровотоке, увеличивалась до 36,8%, число Тг, вовлеченных в агрегаты – до 16,7%. Коррекция дисбаланса гемостаза включала назначение курса низкомолекулярного гепарина в течение 7–10 дней до уровня анти-Ха активности ($0,23 \pm 0,02$) МЕ, параллельное увеличение дозы вар-

фарина с выходом на терапевтический уровень МНО в течение 3–5 дней. Критерием эффективности считали купирование тромбинемии: РФМК – на пятые сутки уменьшались на 13,5%, на десятые – на 29,7%, через месяц на 54%. При наличии изменений со стороны тромбоцитарной активности дополнительно назначали кардиомагнил 75 мг/сут ($n = 28$) в связи с высоким риском развития системных эмболий, что позволяло нормализовать показатели коагуляционного звена гемостаза к 7–10 суткам и снизить тромбоцитарную активность через 2–3 недели. Сумма активных форм

тромбоцитов на десятые сутки снижалась на 48,1%, через месяц в два раза. Число Тг, вовлеченных в агрегаты, на десятые сутки уменьшалось на 24,6%, через месяц на 50,7%. У 91% пациентов отмечалось улучшение ФК по NYHA. Отмечалась тенденция в отношении небольших кровотечений (10%).

Выводы: комплексная антитромботическая терапия позволяет корректировать дисбаланс гемостаза, предотвращает риск развития ТЭО у больных с механическими ИКС.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Архипова С.Л., Довгалюк Ю.В., Суханова Д.С., Мишина И.Е., Васильева Н.В.,
Калинина Н.Ю.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Реабилитационный резерв и реабилитационный прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) зависит не только от степени поражения миокарда, но и от наличия и выраженности сопутствующей патологии.

Цель работы: оценить влияние сопутствующих заболеваний на эффективность кардиореабилитации больных с ОКС посредством подсчета индекса коморбидности Charlson

У 79 пациентов, проходивших курс кардиореабилитации на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, был вычислен индекс коморбидности Charlson (1987). Индекс предназначен для оценки прогноза больных с длительными сроками наблюдения и представляет собой систему оценки возраста (один балл на каждую декаду жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста) и наличия сопутствующих заболеваний (заболевания желудочно-кишечного тракта, хронические болезни бронхолегочной системы, сердечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая болезнь почек).

Значения индекса Charlson варьировали от 1 до 8 баллов. В зависимости от его величины все пациенты были разделены на 3 группы: I группа – набравшие от 1 до 3 баллов (24 человека, в том числе 22 пациента с нестабильной стенокардией (НС), 1 пациент с инфарктом миокарда (ИМ) и 1 пациент после чрескожной транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ЧТБКА)), II – 4–5 баллов (40 человек, из них 26 пациентов с НС, 10 пациентов с ИМ, 4 пациента после ЧТБКА) и III – от 6 до 8 баллов (15 человек,

в том числе 14 пациентов – с НС и 1 пациент с ИМ). При анализе исходной толерантности к физической нагрузке выявлено, что у пациентов I группы она достоверно выше, чем в III и II группах. 14 пациентам из I группы, 15 пациентам из II группы и 10 пациентам из III группы проводилось кардиопульмональное нагрузочное тестирование. Так индекс DUKE в I группе в баллах оказался достоверно выше ($38 \pm 10,9$, $p < 0,05$), чем во II и III группах (соответственно $28,4 \pm 14,3$ и $23,31 \pm 12,4$ балла); пиковое потребление кислорода в I группе составило $25,14 \pm 5,8$ мл/мин и значимо ($p < 0,05$) превышало значения аналогичного показателя во II и III группах ($21,89 \pm 6,1$ мл/мин и $19,62 \pm 5,3$ мл/мин соответственно). Количество MET в I группе оказалось равным $7,1 \pm 1,6$ ед., что достоверно превышало значения во II и III группах ($6,2 \pm 1,7$ и $5,6 \pm 1,5$ соответственно, $p < 0,05$). В ходе нагрузочного тестирования мощность выполненной нагрузки в III группе оказалась значимо ниже ($67,5 \pm 26,48$ Вт), чем во II ($76,19 \pm 27$ Вт) и I группах ($109,61 \pm 37,7$ Вт), $p < 0,05$. В I группе мощность выполненной нагрузки была достоверно выше, чем во II группе ($p < 0,05$). Таким образом, пациенты с индексом коморбидности более 3 баллов имеют исходно более низкую толерантность к физической нагрузке, чем больные с индексом коморбидности менее 3 баллов. Следует учитывать значение индекса коморбидности Charlson у пациентов, поступающих на курс кардиореабилитации после ОКС при выделении групп с исходно низкой толерантностью к физической нагрузке и проводить физическую реабилитацию этой категории больных по щадящему режиму.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 ГОД

Афанасьева Е.А., Иванова Е.С., Шалягин Ю.Д.

В Московской области, в рамках государственной программы «Здоровая Россия», организованы 26 Центров здоровья (ЦЗ) для взрослого населения. Специалисты ЦЗ выполняют скринговые исследования состояния здоровья, оценивают уровень функциональных и адаптивных резервов организма проводят групповое и индивидуальное профилактическое консультирование по вопросам здорового образа жизни и коррекции факторов риска ХНИЗ. Одной из проблем, выявившихся за первые годы функционирования ЦЗ, стало отсутствие анализа наличия факторов риска ХНИЗ у людей, пришедших в ЦЗ. В соответствии с протоколом видеоселекторного совещания по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака, от 13 февраля 2012 года предлагается главным специалистам по медицинской профилактике обеспечить осуществление в ЦЗ систематической работы по комплексной оценке риска хронических неинфекционных заболеваний.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», выполняющий координацию деятельности ЦЗ в Московской области, разработал анкету по выявлению факторов риска ХНИЗ у взрослого населения, посещающего ЦЗ. В 2014 году в мониторинге факторов риска ХНИЗ приняли участие 70112 человек (женщин – 49488, мужчин – 20624), собранные данные

стратифицированы по полу и возрасту (от 18 до 35 лет, от 35 до 50 лет, от 50 до 65 лет и старше 65 лет). Получены следующие результаты: ожирение имеют 40% женщин и 33% мужчин; повышенное артериальное давление имеют 38% женщин и 39% мужчин; гипергликемию натощак имеют 22% женщин и 21% мужчин; гиперхолестеринемия имеют 46% женщин и 45% мужчин; изменения показателей внешнего дыхания имеют 20% женщин и 21% мужчин; курение за последние 30 дней: женщины – 17%, мужчины – 42%; недостаточное потребление овощей и фруктов, менее 400 гр. в день среди женщин – 58%, мужчин – 55%; недостаточная физическая активность (менее 30 мин в день) среди женщин – 59%, мужчин – 68%; злоупотребление алкоголем среди женщин – 21%, мужчин – 42%.

Таким образом, по результатам проведенного анкетирования распространенность факторов риска ХНИЗ среди взрослого населения Московской области является высокой. Наиболее распространены такие факторы риска, как: ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, недостаточное потребление овощей и фруктов; поскольку они являются модифицируемыми, эти данные следует учитывать при разработке программ профилактики неинфекционных заболеваний и мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения.

ВОЗМОЖНОСТИ L-АРГИНИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ахматов Я.Р., Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка влияния L-аргинина (инфузионная форма и раствор для перорального применения) на фоне базисной терапии (БТ), на клинико-функциональные показатели больных, страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. Включено 52 больных с ДКМП в возрасте от 21 до 54 ($42,1 \pm 9,0$) лет (женщин/мужчин 23/29). Диагноз ДКМП выставлялся на основании критериев Рабочей группы ВОЗ по кардиомиопатиям (1995 г). Проводились: оценка клинического статуса по ШОКС; трансторакальная ЭхоКГ. В качестве нагрузочного теста использовался тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с измерением длины пройденной дистанции (ДПД). Всем пациентам на фоне препаратов БТ назначался L-аргинин (Тивортин, «Юрия-Фарм», Украина) в виде 4,2% раствора внутривенно по 100 мл 1 раз в сутки (8–10 дней) с последующим приемом раствора перорально по 5–10 мл 3 раза в сутки на протяжении 4 нед.

Результаты. По итогам исследования отмечена тенденция к снижению средних значений ФК ХСН ($p = 0,063$), при достоверном приросте ДПД на 41,2%

(на 48 м). Анализ показателей внутрисердечной гемодинамики показал, что комплексная терапия L-аргинином способствовала достоверному уменьшению среднего давления в легочной артерии на 10,8% (с $37,12 \pm 7,77$ мм рт ст до $33,16 \pm 2,11$ мм рт. ст., $p < 0,05$), сопровождающееся увеличением ФВ правого желудочка в среднем на 4% ($p = 0,55$). Применение препарата не способствовала снижению среднего САД у больных ХСН, который к концу стационарного периода лечения показал прирост на 5,6% ($p = 0,08$). Стоит также отметить, что препарат отличался хорошей переносимостью. Все пациенты завершили исследование, случаев вынужденной отмены препарата не зарегистрировано.

Таким образом, применение L-аргинина в составе комплексной терапии ХСН, обусловленной идиопатической ДКМП, способствует улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики, снижению уровня СДЛА (на 10,7% и 22,4%, соответственно) и повышению толерантности к физической нагрузке (на 18,8% и 17,8%, соответственно) при хорошей переносимости и безопасности.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ L-АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ КАРДИОМИОПАТИЯМИ

Ахматов Я.Р., Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цели исследования. Оценка влияния комбинированной терапии L-аргинином на фоне базисной (БТ) на клинико-функциональные и гемодинамические показатели больных, страдающих идиопатической дилатационной (ДКМП) и правожелудочковой кардиомиопатиями (ПЖ ДКМП).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 52 больных с кардиомиопатиями (22 больных – с ПЖ ДКМП и 30 больных – с ДКМП), ср.возрастом $42,1 \pm 9,0$ (от 21 до 54) лет. Диагноз ДКМП выставлялся на основании критериев Рабочей группы ВОЗ по кардиомиопатиям (1995 г). Все пациенты характеризовались наличием явлений ХСН, при этом ср. функциональный класс (ФК) ХСН составил $3,23 \pm 0,74$. Всем пациентам проводились: трансторакальная ЭхоКГ с измерением объемных показателей, а также уровня систолического давления в легочной артерии (СДЛА). В зависимости от вида кардиомиопатий пациенты были разделены на: I ($n = 22$, $42,8 \pm 8,6$ лет, женщин – 17 (77,3%)) с ПЖДКМП и II группы с ДКМП ($n = 30$, $41,4 \pm 9,4$ лет, лиц женского пола – 9 (30%)). Терапия: β -адреноблокаторы; ингибиторы АПФ; антогонисты альдостерона; антиагреганты; при необходимости – диуретики, антиаритмики и сердечные гликозиды. С целью оптимизации терапии данного контингента больных в состав БТ был включен L-аргинин в виде 4,2% раствора внутривенно по 100 мл 1 раз в сутки (8–10 дней) с последующим переходом на рас-

твор для перорального применения по 5–10 мл 3 раза в сутки на протяжении 4 нед.

Результаты. Комбинированное применение L-аргинина с БТ, в целом, способствовало улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики в обеих группах больных. В частности, у лиц I гр. наблюдалось уменьшение объемных размеров правых отделов сердца (на 8%, $p = 0,1$). Статистически значимой динамикой характеризовались показатели инотропной функции. При этом, у больных ДКМП – на 5% имел прирост ФВ ЛЖ, а у больных с ПЖ ДКМП – на 4% ФВ ПЖ (оба $p = 0,05$). Указанные изменения сопровождались также достоверного характера уменьшением значений СДЛА на 10,7% и 22,4% соответственно у больных I и II групп, все $p < 0,05$). Комбинированная терапия L-аргинином не вызывала нежелательной гипотонии, и в целом характеризовалась хорошей переносимостью.

Выводы. ДКМП с преимущественным поражением правых отделов сердца достоверно чаще встречается среди лиц женского пола и характеризуется относительно сохраненными значениями ЧСС и АД. Применение L-аргинина в составе комплексной терапии как при ПЖ ДКМП, так и при ДКМП, способствует улучшению параметров внутрисердечной гемодинамики, снижению уровня СДЛА (на 10,7% и 22,4%, соответственно) и повышению толерантности к физической нагрузке (на 18,8% и 17,8%, соответственно).

ИЗУЧЕНИЕ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ахматов Я.Р.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительное изучение 5-летнего прогноза жизни больных правожелудочковой (ПЖ ДКМП) и идиопатической дилатационной кардиомиопатией с бивентрикулярной сердечной недостаточностью (ДКМП би-СН).

Материал и методы. Анализировалась база данных по 300 больным с ДКМП, находившихся под наблюдением с 2000 г по 2013 гг в отделе некоронарогенной патологии миокарда и ХСН Республиканского специализированного центра кардиологии. Из них, правожелудочковая кардиомиопатия (не аритмогенная дисплазия ПЖ) установлена в 23 случаях, которые составили I группу ($43,48 \pm 13,79$ лет, муж/жен 7/16). Для сравнительного анализа была сформирована II группа пациентов с ДКМП би-СН ($n = 46$; $47,95 \pm 11,85$ лет, муж/жен 32/14). Стоит отметить, что в группе больных с ПЖ ДКМП отмечено практически 2-кратное превали-

рование лиц женского пола, что не характерно для идиопатической ДКМП (практически все эпидемиологические исследования отмечают встречаемость состояния в основном среди мужчин). Средний возраст, длительность заболевания достоверных межгрупповых различий не носили. возрасту и длительности заболевания (к моменту установления диагноза). Изучался, в т. ч. ретроспективно, 5 летний прогноз жизни больных. Анализировали: частоту и причину летальных исходов.

Результаты. По результатам проведенного исследования выявлено, что смертность в сравниваемых группах оказалась практически одинаковой: 13 (56,5%) против 24 (52,2%) при недостоверном (на 4,3%) превалировании среди больных с ПЖ ДКМП ($\chi^2 = 0,007$; $p = 0,932$). Анализ причин смерти в качестве ведущей у больных с ПЖ ДКМП выявил фатальную тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) у 46%. 23 % случаев

летального исхода были обусловлены внезапной аритмической смертью (ВС) и 31% случаев – прогрессирующей декомпенсацией хронической СН. Во II группе, напротив, ТЭЛА служила причиной смерти лишь в 12,5% случаев ($\chi^2 = 3,52$; $p = 0,061$ по сравнению с I группой). При этом большинство больных ДКМП с би-СН умерли в результате прогрессирования ХСН (14 случаев 58,3%; $\chi^2 = 1,58$; $p = 0,209$ по сравнению с I группой).

Заключение. Изучение 5-летнего прогноза жизни больных ДКМП показало, что смертность данной категории пациентов превышает 50%, при недостоверном превалировании показателя в I группе. Анализ причин смерти показал, что среди больных с ПЖ ДКМП чаще развивались фатальные тромбоэмболии, в то время как во II группе – смерть по причине прогрессирования ХСН. Таким образом, отмечаются различия в причинах смерти больных ДКМП в зависимости от типа поражения сердца.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЛЕЧЕНИЮ И ОЖИДАЕМАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ачева Г.А., Шарипова Х.Ё., Негматова Г.М., Султонов Х.С.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Оптимизация терапевтической тактики при резистентной артериальной гипертензии (РАГ) путём изучения исходной ожидаемой эффективности лечения.

Материал и методы исследования. В разработку включены 56 пациентов РАГ, госпитализированных и обследованных в отделениях кардиологии и терапии ГКБ № 5 и ГМЦ г. Душанбе в возрасте от 37 до 75 лет, средний возраст $60,7 \pm 3,4$ лет; 24 (42,9%) – мужчин, 32 (57,1%) – женщин. Критерии включения: первичная АГ резистентная к терапии, установленная с учётом рекомендаций ВНОК и АНА; возможность оценки проведённой антигипертензивной терапии и динамики АД (в т. ч. суточный профиль АД). Критерии исключения: вторичные формы АГ, тяжёлая и влияющая на АД сопутствующая патология. Контрольную, сопоставимую группу составили 30 пациентов с контролируемой АГ. По данным опроса оценивалась исходная приверженность пациентов к лечению путём расчёта индексов по трём блокам: осознания важности и приверженности к модификации образа жизни (МОЖ), медикаментозной терапии (МТ) и медико-социальному сопровождению (МСС). Рассчитывали индексы ожидаемой эффективности терапии (ОЭТ) по блокам, суммарный индекс (СИ) ОЭТ, и, в целом, приверженность к лечению.

Результаты и обсуждение. Установлены низкие значения осознания важности лечения и медико-социального сопровождения у госпитализированных пациентов с АГ. Исходная приверженность к выполнению врачебных рекомендаций по МОЖ неудовлетворитель-

на как у пациентов РАГ, так и контрольной группы. Изучение ожидаемой эффективности лечения показало, что исходный СИ ОЭТ у больных РАГ при сравнении с контрольной группой значительно ($p < 0,05$) ниже, хотя определяется в пределах «удовлетворительной». При анализ составных СИ ОЭТ установлены низкие значения ($p < 0,05$) индексов ОЭ медикаментозной, и, особенно, ОЭ медико-социального сопровождения ($p < 0,01$) у пациентов РАГ, при сравнении с таковыми контрольной группы. Однако следует отметить, что значения индексов первого порядка по медикаментозной терапии в сравниваемых группах свидетельствуют об удовлетворительной (при РАГ) и высокой (в контрольной группе) приверженности пациентов по данному блоку. Отмечено неудовлетворительная приверженность пациентов обеих групп к МОЖ и различия между группами не существенны ($p > 0,05$). Полученные результаты использовались при составлении индивидуальных программ ведения больных.

Выводы. 1) У госпитализированных пациентов с АГ установлены низкие значения осознания важности лечения и медико-социального сопровождения. Исходная приверженность к МОЖ неудовлетворительна как у пациентов РАГ, так и с контролируемой АГ. 2) Исходная ожидаемая эффективность терапии у пациентов РАГ значительно ниже, при сравнении с таковыми контрольной группы, как за счёт низкой приверженности к МОЖ и медико-социальному сопровождению, так и медикаментозной терапии. 3) Составные низкой приверженности пациентов с РАГ к выполнению врачебных рекомендаций требует углублённого изучения.

ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С АССОЦИИРОВАННОЙ ИБС

Бадтиева В.А., Трухачева Н.В.

Московский научно-практический Центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Целью данного исследования явилась научно-обоснованная разработка программ немедикаментозного

лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Изучаемый контингент больных состоял из 100

больных артериальной гипертензией II–III степени в сочетании с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II–III функциональным классом. I группа (33 пациента) получали лазеротерапию инфракрасного диапазона, «сухие» углекислые ванны; II-ой группе (32 пациента) к комплексу были добавлены общие контрастные ванны; III группа (34 пациента) получала вместо общих контрастных ванн подводный душ-массаж. Методы исследования: общеклиническое, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, ЭХОКГ.

Полученные результаты: под влиянием первого реабилитационного комплекса отмечены гипотензивный и антиангинальный эффекты: снижение систолического и диастолического АД на 32% и 19%, уменьшение вариабельности АД, нагрузки давлением, уменьшение количества и продолжительности эпизодов болевой ишемии миокарда, экономизация сердечно-сосудистой деятельности, улучшение сократительной функции миокарда, повышение миокардиального, коронарного и аэробного резервов. Добавление курса контрастных ванн оказало дополнительное тренирующее действие на организм, способствовало большему антиангинальному и гипотензивному эффекту, уменьшению вари-

бельности артериального давления, росту коронарных, миокардиальных и аэробных резервов с экономизацией его работы, потенцируя такое же действие «сухих» углекислых ванн, у больных артериальной гипертензией II степени с ИБС, стенокардией напряжения II ф. кл. Отсутствие эффекта у всех больных ИБС, стенокардией напряжения III ф.кл., а также больных артериальной гипертензией III степени с ИБС, стенокардией напряжения II ф. кл. обусловлено несоответствием этого комплексного воздействия резервным возможностям больных. Замена тренирующего действия контрастных ванн более мягким воздействием подводного душа-массажа способствовало увеличению возможности его использования у более широкого контингента больных. Таким образом, учитывая вазодилатирующее и антиангинальное действие лазеротерапии, тренирующее действие через различные механизмы «сухих» углекислых, общих контрастных ванн и подводного душа-массажа, применяемых в щадящих лечебных режимах, следует рекомендовать разработанные комплексы для включения в программы лечения и вторичной профилактики больных артериальной гипертензией с ассоциированной ИБС, относящихся к группе высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бадтиева В.А., Трухачева Н.В

Московский научно-практический Центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Целью данного исследования явилась оценка суточного профиля артериального давления под влиянием низкочастотного «бегущего» магнитного поля у больных артериальной гипертензией. Обследовано и пролечено 68 пациентов АГ I–III стадии, 1–2 степенью артериальной гипертензии. Длительность 13±3 года. Пациенты были разделены на группы и получали базисную медикаментозную терапию. В I группа (35 пациента) получали лечение с использованием низкочастотного бегущего магнитного поля генерируемого физиотерапевтическим аппаратом «ПОЛИМАГ-01»; II группа (33 пациента) получали плацебо-лечение (процедуры с выключенным аппаратом).

Методы исследования: общеклиническое обследование, оценка суточного профиля АД методом суточного мониторирования АД.

Полученные результаты: под воздействием низкочастотного бегущего магнитного поля (I группа) выявлена нормализация показателей суточного мониторирования АД. По данным разовых измерений АД отмечен гипотензивный эффект, с достижением целевого уровня АД (менее 130/85 мм рт. ст.) у 58% и 84 % пациен-

тов I группы и 40% и 58% II группы, соответственно, для систолического и диастолического АД. В среднем, в I группе больных разовое систолическое АД снизилось на 20 %, $p<0,01$, диастолическое АД на 17%, $p<0,05$. По данным СМАД отмечено достоверное снижение среднесуточного систолического артериального давления (САД) ($p<0,05$), а также средних значений САД за день с 144 ± 3 до $135\pm 3,1$ мм. рт. ст., ($p<0,01$) и за ночь с $134\pm 2,5$ до $121\pm 2,6$ мм. рт. ст., ($p<0,01$) Показано достоверное снижение времени гипертензии как в дневное на 30% и 28%, $p<0,05$, так и в ночное время на 32% и 33%, $p<0,01$, соответственно для систолического и диастолического давления, что свидетельствует об уменьшении выраженности основных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Отмечалось положительное действие низкочастотного бегущего магнитного поля на циркадный ритм АД: количество «non-dippers» снизилось с 65% до 44%.

Таким образом, применение низкочастотного «бегущего» магнитного поля – адекватный метод повышения эффективности лечения больных гипертензивной болезнью I–III стадии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бадтиева В.А., Ворошилова Д.Н.

Московский научно-практический Центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины
Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Целью работы явилось научное обоснование и оценка эффективности использования наружной контрпульсации в комплексных программах реабилитации больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. В исследование включены 30 пациентов с проявлениями ИБС и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Пациенты методом случайной подборки разделены на 2 группы по 15 человек: 1 группа получала усиленную наружную контрпульсацию; 2 группа – усиленную наружную контрпульсацию и электроимпульсную терапию с использованием электроимпульсного корректора активности симпатической нервной системы. Пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию.

Методы исследования: общеклиническое обследование, УЗДГ сосудов нижних конечностей, тредмил тест с оценкой дистанции безболевого ходьбы.

Полученные результаты: Положительная динамика клинических симптомов заболевания у больных 1 группы заключалась в уменьшении явлений перемежающейся хромоты и судорог в икроножных мышцах, снижении ощущений жабкости и онемения в стопах,

уменьшении болевого синдрома. При проведении тредмил – теста отмечено достоверное увеличение дистанции безболевого ходьбы на 60%. Объективным критерием эффективности лечения, отражающим степень развития коллатерального кровотока является увеличение показателей лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) на артериях голени и стоп. Прирост ЛПИ на периферических артериях нижних конечностей составил по передней большеберцовой артерии (ПББА) – 23% ($p < 0,05$), по задней большеберцовой артерии (ЗББА) – 21% ($p < 0,01$). Присоединение к усиленной наружной контрпульсации электроимпульсной терапии увеличило терапевтическую эффективность: установлено увеличение дистанции безболевого ходьбы на 68%. Динамика прироста ЛПИ по ПББА увеличился на 34% ($p < 0,01$), по ЗББА – на 25% ($p < 0,01$).

Таким образом, применение усиленной наружной контрпульсации является патогенетически обоснованным и эффективным методом, применяемым в комплексных программах реабилитации больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОМАТИКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И КОНТРОЛИРУЕМЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Балашкевич Н.А., Керимкулова А.С., Дюсенова Л.Б.

Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан

В условиях динамичного развития современного общества, социальная роль женщины укрепляется позициями, которые впредь считались исключительно мужскими, при этом традиционный спектр обязанностей сохраняется. В результате количество эмоциональных стрессов увеличивается в разы, повышается риск развития психосоматических проблем. Артериальная гипертензия (АГ) – классический пример заболевания этой группы, занимает лидирующие позиции по заболеваемости как в мире, так и на постсоветском пространстве. Осложнения АГ приводят к инвалидизации, сокращают продолжительность и значительно снижают качество жизни. Поэтому вторичная профилактика АГ является важным пунктом терапии внутренних болезней.

Целью нашего исследования явилось изучение психосоматики и качества жизни женщин, страдающих АГ и находящихся в состоянии повышенной тревожности, путем контролирования гемодинамики через воздействие на эмоциональный статус.

Методы исследования. 64 женщины в возрасте от 40 до 65 лет с АГ (верифицированный диагноз по

МКБ-10) без перенесенного инфаркта миокарда, инсульта в анамнезе были отобраны в результате поперечноисследования. Вторым этапом явилось клиническое контролируемое испытание. Опытная группа, как и группа контроля, составила 32 человека с высоким уровнем тревожности (1:1). Отбор в группы проводился случайным методом. Все пациенты принимали традиционное гипотензивное лечение, наблюдались у семейного врача. В экспериментальной группе воздействие на эмоциональный статус осуществлялось через медицинское интервью и применение мебикара по 500 мг 2 раза в день в течение 30 дней. До и после лечения женщины проходили анкетирование на выявление уровня тревожности (опросник Спилбергера-Ханина) и качества жизни (SF36).

Полученные результаты. В обеих группах определилась слабая отрицательная корреляционная связь между уровнем ситуативной тревожности (СТ) и качеством жизни, как психологическим (МН: $r = -0,471$, $p < 0,001$, $n = 64$), так и физическим (РН: $r = -0,5$, $p < 0,001$, $n = 64$) компонентом здоровья. При оценке

различий между двумя независимыми выборками после воздействия U-критерий Манна Уитни по уровню СТ составил 9,0 ($Z = -6,766$, $p \leq 0,01$), и личностной тревожности – $U = 196,5$ ($Z = -4,249$, $p \leq 0,01$). Также существенно различие и в качестве жизни пациентов контрольной и экспериментальной групп: при повторном исследовании $MNU = 13,0$ ($Z = -6,7$, $p \leq 0,01$), $PHU = 246,0$ ($Z = -3,572$, $p \leq 0,01$).

Выводы. Влияние эмоционального стресса на гемодинамику ощутимое, т. е. АГ – психосоматическое

заболевание, нуждающееся в комплексном подходе к лечению (собственно гипотензивная терапия + коррекция эмоционального стресса). Разница качества жизни в опытной и референтной группе является статистически значимой, что позволяет думать о большей эффективности гипотензивной терапии через управление эмоциональным состоянием по сравнению с отсутствием такого воздействия.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ БИОПТАТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бахчоян М.Р.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Проблема некоронарогенных заболеваний миокарда остается одной из самых сложных и запутанных в современной кардиологии. Между тем, согласно последним эпидемиологическим данным отмечается их неуклонный рост, что возможно связано с улучшением диагностического арсенала практикующего врача.

Цель исследования: определить морфологические изменения в миокарде у пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка некоронарогенной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 96 человек, которым выполнена эндомикардиальная биопсия (ЭМБ) правого желудочка. Среди них мужчин – 80, женщин – 16. Возраст пациентов от 14 до 66 лет. Для исключения ишемической болезни сердца выполнена коронароангиография. В исследование включены пациенты, у которых гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий не выявлено ($n = 71$). Проведено вирусологическое исследование биоптата методом полимеразно-цепной реакции ($n = 56$). Вирусологический спектр: вирус Эбштейн-Барра, цитомегаловирус, *t. gondii*, varicella zoster, вирусы простого герпеса 1, 2, вирусы гриппа, энтеровирусы группы С, парвовирус В19, полиовирусы.

Результаты. Все больные страдали ХСН разной степени выраженности. Фракция выброса левого желудочка по данным ЭХО-КС составляла $20,67 \pm 8,10\%$, левой вентрикулографии – $21,75 \pm 8,94\%$.

С учетом компенсации проявлений сердечной недостаточности, на фоне медикаментозной терапии, больные разделены по классификации NYHA на функциональные классы: I – 2,83%, II – 16,9%, III – 56,33%, IV – 23,94%. Анализ эндомикардиальных биоптатов с определением качественного и количественного характера инфильтрата в миокарде и его гистоморфологической оценкой выявил следующие морфологические изменения: у 9,86% больных диагностирован вероятный миокардит, у 7,04% – миокардитический кардиосклероз (периваскулярный фиброз с наличием минимального интерстициального отека и единичными лимфоцитами), у 40,85% – кардиомиопатия невоспалительного генеза (периваскулярный фиброз с нарушением гистоархитектоники кардиомиоцитов), у 1,41% – амилоидоз. В 38,02% случаев результаты биопсии были неспецифичны – отсутствие в биоптате инфильтрации интерстиция, васкулита и интерстициального фиброза. У 2,82% больных ЭМБ была неинформативна в связи со скудным количеством исследуемого материала. Вирусологическое исследование биоптата показало вирус-негативность по представленному спектру у всех пациентов.

Выводы. Представленные данные отображают клинико-морфологическую структуру заболеваемости у пациентов с систолической дисфункцией миокарда левого желудочка некоронарогенной этиологии, что может способствовать оптимизации терапии у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бейсенбекова Ж.А., Толеуова А.С., Тауешева З.Б., Тойынбекова Р.Ж., Манасова М.А.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Целью исследования явилось изучение клинической и эндоскопической картины хронического дуоденита у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Методы исследования. Было обследовано 68 больных, в возрасте от 44 до 72 лет. Из них – 19 мужчин и 49 женщин. В анамнезе у всех больных была холецистэк-

томия, давностью – от 5 до 9 лет. У 17 больных верифицирован вторичный хронический панкреатит с рецидивирующим течением. У 36 больных – ожирение с нарушением толерантности к глюкозе. Большинство пациентов не соблюдали диету, в их питании преобладали жиры животного происхождения и легкоусвояемые углеводы. В зависимости от клинической картины больные были разделены на 3 подгруппы: 1-я – 25 больных с выраженным болевым синдромом в эпигастрии и в левом подреберье, 2-я – 34 больных с болевым синдромом опоясывающего характера, 3-я – 9 больных с проявлениями синдрома мальабсорбции и мальдигестии. Всем больным были проведены стандартные методы обследования согласно протокола.

Результаты. В клинической картине постхолестероэтомического синдрома у всех преобладали нарушения пищеварения в виде желудочной и кишечной диспепсии, ощущения горечи во рту, отрыжки воздухом. Клиническая симптоматика хронического дуоденита была в значительной мере определена выраженностью сочетанной патологии панкреато-гепатобилиарной системы. По результатам ФГДС, в 1-ой группе больных – у 12 (48,0%), во 2-й группе – у 9 (26,4%) и в 3-й группе – у 6 (66,6%) больных выявлен поверхностный хронический дуоденит. Поверхностный атрофический дуоденит выявлен в 1-й группе у 7 (28,0%) боль-

ных, во 2-й группе у 5 (14,7%) больных, в 3-й группе у 3 больных. Более выраженная эндоскопическая картина с проявлениями интерстициального хронического дуоденита обнаружена в 1-й группе у 6 (24,0%) больных, во 2-й группе у 18 (52,9%) больных, а в 3-й группе больных данных за интерстициальное поражение не выявлено. Эрозивно-язвенная картина хронического дуоденита была обнаружена в 1-й группе у 6 (24,0%), а во 2-й группе у 2 (5,8%) больных. Роль инфекционного фактора в развитии хронического дуоденита неоднозначна. Инфицирование *helicobacter pylori* выявлено лишь у 7 (10,3%) пациентов из всех обследованных. Эндоскопически было выявлено поражение двенадцатиперстной кишки преимущественно дистальных отделов у 24 (35,3%) больных, луковицы – у 32 (47,0%) больных, диффузное поражение всей поверхности двенадцатиперстной кишки у 12 (17,6%) больных.

Выводы. Таким образом, клиническая симптоматика и эндоскопическая картина хронического дуоденита у больных с постхолестероэтомическим синдромом вариабельна в зависимости от степени поражения поджелудочной железы и печени, а также функциональных расстройств сфинктера Одди. Симптоматика хронического дуоденита в основном завуалирована проявлениями вторичного хронического панкреатита.

ГЛИКЕМИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Белик Е.В.¹, Груздева О.В.¹, Учасова Е.Г.¹, Дылева Ю.А.¹, Каретникова В.Н.^{1,2}, Кузьмина А.А.¹, Шурыгина Е.А.¹

1 ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Кемерово;
2 ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Кемерово

Цель исследования: определить особенности госпитального периода у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в зависимости от уровня гликемии при поступлении.

Материалы и методы. Обследовано 319 пациентов с острым ИМ (190 мужчин и 129 женщин) в возрасте 59–69 лет. Диагноз устанавливался согласно рекомендациям ВНОК 2007 г. При поступлении в сыроворотке крови определяли содержание глюкозы с помощью тест-систем фирмы Thermo Fisher Scientific на автоматическом биохимическом анализаторе Konelab 30i (Финляндия). Средний уровень глюкозы составил $9,56 \pm 0,27$ ммоль/л. Сахарный диабет (СД) в анамнезе был у 77 пациентов (24,1%), впервые выявленный СД диагностирован у 9 пациентов (2,8%). Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1.

Результаты. По уровню гликемии при поступлении пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – 110 лиц с концентрацией глюкозы $\leq 7,1$ ммоль/л (средний уровень $5,94 \pm 0,08$ ммоль/л), 2-я – 138 больных с уровнем глюкозы $7,1–11,1$ ммоль/л (средний уровень $8,73 \pm 0,09$ ммоль/л), 3-я – 71 пациент с кон-

центрацией глюкозы $\geq 11,1$ ммоль/л (средний уровень $13,03 \pm 0,58$ ммоль/л). У лиц 3-й группы уровень глюкозы был выше, чем у лиц 1-й и 2-й группы (в 2,2 раза и в 1,8 раза соответственно, $p_{1-2} = 0,0013$, $p_{2-3} = 0,0008$, $p_{1-3} = 0,0001$). АГ и гиперхолестеролемию в анамнезе достоверно чаще встречались у пациентов 3-й группы (90,0% и 70,0% соответственно), ИМТ у лиц этой группы был выше по сравнению с 1-й. Кроме того, более чем у половины лиц 3-й группы наблюдалась стенокардия до развития ИМ (65,0%), ИМ в прошлом перенесли 27,5%, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 10,0%, чаще встречался СД. Однако процент курящих больных и сотягощенным семейным анамнезом по ИБС был выше в 1-й группе. Концентрации общей КФК и КФК-МВ при поступлении не различались, уровень тропонина Т у лиц 3-й группы был выше по сравнению с 1-й и 2-й группой (в 3 и в 1,8 раза соответственно). В госпитальном периоде ОШ II класса по Killip и ранняя постинфарктная стенокардия (РПИС) встречались преимущественно у пациентов 3-й группы, а рецидив ИМ – у лиц 2-й группы. Летальные исходы в 3-ей группе регистрировали чаще, чем в 1-й и во 2-й (в 5,7 и в 2,2 раза соответственно). В стационаре

пациенты 3-й группы достоверно чаще принимали диуретики, нитраты и инсулин, что характеризует их как более тяжелую группу, пациенты 1-й группы чаще принимали статины.

Выводы: Гипергликемия при поступлении у больных ИМ – универсальный маркер, свидетельствующий

как о наличии нарушений углеводного обмена, так и отражающий стрессорную реакцию на ишемическое повреждение миокарда. Гипергликемия при поступлении у пациентов с ИМ ассоциируется с неблагоприятным течением госпитального периода, включая летальные исходы.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Белова И.И., Демина Е.И.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, РФ

Цель исследования. Изучить изменения общих и биохимических показателей крови, липидного обмена, а также данные ультразвуковой эластографии печени у больных метаболическим синдромом.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов (23 женщины и 5 мужчин) с избыточной массой тела, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Окружность талии больных составила от 85 до 116 см (средняя окружность 102±2,7 см). Индекс массы тела пациентов варьировал в пределах 29,4±0,8 кг/м². Возраст обследуемых был от 37 до 66 лет (средний возраст 46,7±1,6 лет). Все больные страдали артериальной гипертензией 2-й стадии и у 6-и (21,4%) из них было диагностировано нарушение толерантности к углеводам. Всем пациентам определяли развернутый общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, общий холестерин, триглицериды, аланинаминотрансферазу (АЛТ), аспартатаминотрансферазу (АСТ) и их соотношение (АЛТ/АСТ), международное нормализованное отношение (МНО). Больным проводили ультразвуковую эластографию печени на аппарате AixplorerSSIP 90001. Степень фиброза печени оценивали по шкале Metavir. Фиброз печени 1-й степени диагностировали при плотности печени <6 кПа. Фиброз печени 2-й и 3-й степени расценивали при

обнаружении 6–9 кПа и 9,1–13 кПа соответственно. Цирроз печени диагностировали при плотности печени 13,1 кПа и выше. Статистическую обработку данных проводили помощью программы Statistica 6.

Результаты. Показатели общего анализа крови у всех больных не отличались от референсных значений согласно полу и возрасту. Усредненные значения лабораторных показателей гемостаза составили: тромбоциты 287±9,6*10⁹/л, МНО 1,37±0,05. Соотношение трансаминаз АЛТ/АСТ соответствовало 1,6±0,18. Из показателей липидного профиля отклонения от нормы касались общего холестерина (7,4±0,25 ммоль/л) и триглицеридов, которые составили 3,3±0,2 ммоль/л и практически в 2 раза превышали норму. По данным ультразвуковой эластографии печени, плотность печени обследуемых составила 8,8±0,53 кПа. Усредненное среднеквадратичное отклонение было в пределах 1,05±0,72.

Выводы. У всех обследованных пациентов с метаболическим синдромом выявлена умеренная гиперхолестеринемия, высокая гипертриглицеридемия. Данные изменения липидного профиля сопровождалось умеренным повышением плотности печени по данным ультразвуковой эластографии, что соответствует 2-й степени фиброза печени.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНЧЕСТВОМ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ: ОСНОВНЫЕ МОТИВЫ

Белова Ю.Ю.

Поволжский государственный технологический университет, Йошкар-Ола

Основной предпосылкой к исследованию мотивов употребления алкоголя студенческой молодежью явилась сложившаяся неблагоприятная алкогольная ситуация в Республике Марий Эл.

Цель. Изучить мотивы употребления алкоголя студентами Республики Марий Эл.

Материал и методы. Массовый опрос учащихся (n = 1209) средних и высших профессиональных учебных заведений Республики Марий Эл. Выборка – многоступенчатая. На первом этапе был произведен отбор из числа организаций среднего профессионального и высшего профессионального образования. На втором этапе были отобраны студенческие группы методом

гнездовой выборки, внутри которых организовывался сплошной опрос студентов. Соблюдалась пропорция по полу и возрасту. Опрос осуществлялся методом анкетирования.

Результаты. 87,4 % опрошенных студентов в возрасте от 14 лет и старше пробовали алкоголь. Из них 45 % это сделали до 15 лет. Употребляет алкоголь 73,4% респондентов. Сильное алкогольное опьянение периодически испытывают 48% респондентов. 41,2% студентов считают, что употреблять алкоголь можно, если не напиваться.

Студентами названы разнообразные мотивы первой пробы алкоголя: любопытство, желание повеселиться,

желание испытать необычные ощущения, подражание взрослым, желание казаться взрослее, желание снять напряжение, самоутвердиться в глазах сверстников, вылечиться, проявить внимание и уважение, отметить праздник.

Мотивы употребления алкоголя в настоящем, можно сгруппировать следующим образом: отстраниться от реальности и жизненных проблем, испытать необычные ощущения, из-за скуки и однообразия, в целях самоутверждения, чтобы достичь определенного эмоционального состояния, для снятия коммуникативного барьера, подражание взрослым, чтобы обозначить социально-групповую принадлежность, отдать дань традиции, для лечения.

Ряд мотивов касается употребления алкоголя для профилактики и лечения заболеваний, а также улучше-

ния здоровья. Показательны в этом плане такие суждения как: «Один бокал вина в неделю полезно для здоровья», «Потому что вино полезно», «Во время болезни», «Для здоровья», «Для расширения сосудов головного мозга». Существование таких мотивов, говорит о недостаточных познаниях студентов о негативном воздействии алкоголя на организм человека, в частности на сердечно-сосудистую систему.

Заключение. Употребление алкоголя широко распространено в среде студенческой молодежи Республики Марий Эл. Существует большое число разнообразных мотивов приобщения к алкоголю и его употреблению. Часть опрошенных склонна оправдывать собственное употребление алкоголя, считая, что оно приносит пользу для здоровья, путем обращения к различным стереотипным представлениям.

ВЛИЯНИЕ ДИГОКСИНА НА РЕАБСОРБЦИЮ НАТРИЯ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ НАРУЖНОЙ И ВНУТРЕННЕЙ ЗОН КОРКОВОГО ВЕЩЕСТВА ПОЧЕК КРЫС

Белянин В.В., Сердюк С.В., Тарасов С.В., Кузьмин О.Б.

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

Цель исследования – оценить влияние дигоксина на реабсорбцию натрия и кровотока в корковом веществе почек крыс для выяснения роли гемодинамических факторов в механизме диуретического действия этого сердечного гликозида.

Материалы и методы. Работа выполнена на 30 наркотизированных крысах-самцах с катетеризованными задней полостью вены 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. Объемную скорость локального кровотока изучали полярографическим методом по величине клиренса водорода с помощью платиновых электродов открытого типа, которые вводились в наружную и внутреннюю зоны коркового вещества. Расчет величины этого показателя проводился по формуле $f = 0,693/T_{1/2} \times 100$, где f – объемная скорость локального кровотока в мл/мин/100 г массы почки, $T_{1/2}$ – период полувыведения водорода в мин. Серия опытов включала 10 экспериментов. Дигоксин вводился в/в в дозе 0,1 мг/кг, которая вызывает у крыс, отличающихся от людей низкой чувствительностью к сердечным гликозидам, характерную диуретическую реакцию. Достоверность результатов оценивалась с помощью критерия Вилкоксона для парных данных.

Результаты исследования. Введение дигоксина не оказывало существенного влияния на величину СКФ,

но вызывало нарастающую диуретическую реакцию с увеличением выделения натрия и калия с мочой. Спустя 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. Величина экскретируемой фракции натрия, отражающая скорость реабсорбции этого иона в почках, возросла к этому времени с $0,73 \pm 0,10\%$ до $1,92 \pm 0,48\%$ ($p < 0,05$), что прямо указывает на значительное угнетение транспорта натрия в почечных канальцах. Одновременно дигоксин, не оказывая заметного влияния на кровотока в наружной зоне коры, вызывал нарастающее увеличение кровоснабжения внутренней зоны коркового слоя почек. Объем локального кровотока в этой зоне почечной ткани с исходных $426,4 \pm 18,8$ мл/мин/100 г спустя 60 мин наблюдения возрос до $475,1 \pm 25,7$ мл/мин/100 г ($p < 0,05$), а к окончанию эксперимента увеличился до $513,1 \pm 34,5$ мл/мин/100 г ($p < 0,01$). Полученные данные предполагают, что увеличение кровоснабжения внутренней зоны коркового вещества может прямо вовлекаться в механизм угнетения дигоксином реабсорбции натрия в почках крыс.

Выводы. Дигоксин тормозит реабсорбцию натрия в почках крыс, вызывая диуретическую реакцию, которая сопровождается значительным приростом выделения с мочой ионов натрия и калия. Этому почечному эффекту дигоксина сопутствует увеличение локального кровотока в ткани внутренней зоны коры, которое может включаться в механизм, опосредующий ингибирующее действие препарата на транспорт натрия в почечных канальцах.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Одной из особенностей современной клиники внутренних болезней является полиморбидность. Одним из частых сопутствующих состояний, сопровождающих хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), является артериальная гипертензия (АГ). Взаимное отягощение и прогрессирование при сочетании данных заболеваний основано на общности ряда звеньев патогенеза.

Цель исследования. Оценка степени легочной гипертензии у больных с хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование были включены 139 человека, в возрасте $56,2 \pm 6,7$ лет. Все участники исследования были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту. 1-группа (контрольная), была сформирована из 24 практически здоровых лиц, 2 группа – из 30 пациентов с АГ, 3 группу составили 25 пациентов с ХОБЛ, 4 группу – 60 пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ. Критериями включения пациентов в исследование были: подписанное информированное согласие на участие в исследовании, ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, установленная в соответствии с критериями GOLD (2011); гипертоническая болезнь II ст., АГ I-степени, риск 3 (высокий) (Национальные клинические рекомендации, 2010). Для получения данных о формировании гипертензии в малом круге кровообращения проводился качественный и количественный анализ легочного кровотока с использованием высокочувствительного доплерэхокардиографического метода исследования. Среднее давление

в легочной артерии (СрДЛА, мм рт. ст.) рассчитывали по методу А. Kitabatake.

Полученные результаты. Наиболее высокие показатели легочной гипертензии оказались в группе больных с сочетанием ХОБЛ и АГ ($34,95 \pm 3,74$ мм рт. ст.), что было почти в 2 раза выше контрольного показателя ($p < 0,001$) и на 27,5% выше, чем у больных с изолированной АГ. Значение СрДЛА у пациентов с ХОБЛ было на 44,04% выше ($p < 0,001$), а у пациентов с сочетанной патологией на 49,96% выше ($p < 0,001$), чем контрольной группе. Значительных различий в показателях СрДЛА в группах больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с АГ не было выявлено ($31,27 \pm 4,62$ против $31,95 \pm 3,74$ соответственно), и все же была отмечена тенденция к нарастанию уровня данного показателя у больных с сочетанной патологией (на 8,61%). Кроме того, при доплерографии легочного потока были выявлены качественные признаки легочной гипертензии (изменение формы потока, характерное для гипертензии в малом круге кровообращения, в виде остроконечных, смещенных от центра пиков или двухпиковые формы легочного потока).

Выводы. Полученные результаты позволили установить, что степень выраженности легочной гипертензии достоверно выше у пациентов с сочетанием ХОБЛ и АГ, чем у пациентов с изолированной АГ. Указанные результаты свидетельствуют о более тяжелом течении обоих заболеваний у пациентов с сочетанной патологией, что может приводить к ускоренному прогрессированию коронарной и сердечной недостаточности, раннему развитию жизнеопасных кардиореспираторных осложнений.

ГЕМОДИНАМИКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Бобрикова Д. А., Малых И. А., Кляшев С. М., Кляшева Ю. М.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Тюмень

Цель работы: Изучить почечный кровоток по данным ультразвуковой доплерографии сосудов почек и оценить функциональное состояние почек по данным суточной экскреции альбумина в моче у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы: Обследовано 40 больных мужского пола с достоверным диагнозом АС, наблюдавшихся в Тюменском областном ревматологическом центре. Средний возраст пациентов составил $36,4 \pm 1,7$ лет. Контрольную группу составили 18 практически здоровых исследуемых мужчин, сопоставимых по возрасту. В обеих группах исследуемые имели один или несколько факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ку-

рение, нарушение липидного обмена, избыточная масса тела, гиподинамия, стресс и т. д.). По выраженности данных факторов группы были сопоставимы.

Для изучения показателей почечной гемодинамики с помощью ультразвуковой доплерографии сосудов почек в импульсном режиме определялся спектр скоростей кровотока. Определяли показатели линейной скорости кровотока: максимальная скорость в систолу – V_s (см/сек), минимальная скорость в диастолу – V_d (см/сек), параметр сопротивления сосудов – индекс резистивности – RI , рассчитываемый по формуле $(V_s - V_d) / V_s$. Измерения проводили в сегментарных, междольевых и дуговых артериях почек. Функциональное состояние

почек оценивалось путем определения суточной экскреции альбумина в моче. Применялась методика жидкофазного иммунореципитационного исследования с нефелометрической конечной точкой определения.

Результаты: Показатели почечной гемодинамики у обследованных групп показали, что у 29 (72,5%) больных АС наблюдались нормальные систолические и диастолические скоростные показатели на всех изучаемых уровнях кровотока, у 11 (27,5%) отмечалось уменьшение систолических и диастолических скоростных показателей. У больных АС наблюдалось снижение Vs и Vd в сегментарных ($p < 0,001$), междолевых ($p < 0,01$) и дуговых почечных артериях ($p < 0,001$), снижение индекса резистивности в сегментарных ($p < 0,001$) и междолевых ($p < 0,001$) артериях, менее выраженное снижение RI в дуговых артериях ($p < 0,05$) по отношению к здоровым лицам.

У 7 (17,55%) больных АС регистрировалось незначительное повышение уровня суточной экскреции альбумина в моче, у 3 (7,5%) отмечалась высокая степень повышения уровня суточной экскреции альбумина в моче.

Выводы: Таким образом данные исследования ультразвуковой доплерографии сосудов почек показали, что у больных АС наблюдалось уменьшение систолических и диастолических скоростных показателей на всех изучаемых уровнях кровотока: в сегментарных, междолевых и дуговых артериях. Также отмечено снижение индекса резистивности, отражающего состояние микроциркуляторного русла почки.

У больных АС по данным суточной экскреции альбумина в моче наблюдается степень оптимального повышения (A1) и высокая степень (A2) уровня альбуминурии.

СТРУКТУРА СОЧЕТАННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Болотова Е.В.¹, Комиссарова И.М.²

1 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар;
2 МБУЗ МО СР «Северская ЦРБ», Краснодарский край, Россия

Цель. Оценка структуры сопряженных с ожирением заболеваний в сельской популяции взрослого населения Краснодарского края.

Материал и методы. В исследование включены 700 работников сельского хозяйства (старше 18 лет), проходивших профилактический осмотр (57,0 % женщин и 43,0 % мужчин), средний возраст $49,11 \pm 16,57$ лет. Выполнено измерение артериального давления (АД), окружности талии и бедер (ОТ и ОБ), индекса массы тела (ИМТ), уровня общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ), глюкозы. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты. Сопряженные с ожирением заболевания, выявлены у 48,2% обследованных. Наиболее часто регистрировались метаболический синдром (МС) – 10,3%, а также сочетание остеоартроз (ОА) + гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) + нарушение физической активности (НФА) – 5,4%; МС + ОА + НФА – 3%. Доля лиц, имеющих сочетание 5 и более заболеваний, течение которых может усугубляться наличием ожирения, увеличивалась по мере увеличения ИМТ: при избыточном ИМТ – 1,8%, при ожирении I ст – 28,9% ($p = 0,001$), при ожирении II ст – 43,1% ($p = 0,001$), при ожирении III ст – 86% ($p = 0,001$). Сопряженная с ожирением коморбидная патология достоверно чаще регистрируется среди лиц с ожирением

по сравнению с пациентами с избыточным ИМТ ($p < 0,0001$; ОШ = 147,9; 95% ДИ 62,5–350). У больных с ожирением достоверно чаще встречались такие модифицируемые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, как гиперхолестеринемия (26,7% против 15,0% у лиц с избыточным ИМТ и 8,7% у лиц с нормальным ИМТ; $\chi^2 = 52,3$; $p = 0,0000$); гипергликемия (16,4% против 7,7% и 1,0% соответственно; $\chi^2 = 64,5$; $p = 0,0000$); гиподинамия (27,7% против 1,6% и 0,7% соответственно; $\chi^2 = 347,6$; $p = 0,0000$); АГ (26,1% против 11,6% и 7,1% соответственно; $\chi^2 = 80,8$; $p = 0,0000$). Злоупотребление алкоголем среди обследованных с избыточным ИМТ регистрировалось достоверно реже (4,9% против 7,4% у лиц с нормальным ИМТ и 17,0% у пациентов с ожирением; $\chi^2 = 7,3$; $p = 0,007$). Достоверно чаще в группе лиц с ожирением встречались заболевания, ассоциированные с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений – ИБС (11,1% против 6,3% у больных с избыточным ИМТ и 1,9% у лиц с нормальным ИМТ; $\chi^2 = 21,9$; $p = 0,0000$); сахарный диабет 2 типа (10,4% против 6,4% и 3,6% соответственно; $\chi^2 = 16,4$; $p = 0,0000$).

Заключение. Таким образом, ожирение вносит значимый вклад в развитие ряда хронических неинфекционных заболеваний и увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Выявлена достоверная взаимосвязь между ИМТ и частотой коморбидной патологии.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Болотова Е.В.¹, Дудникова А.В.²

1 ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар
2 ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2, Краснодар

Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой значимую медико-социальную проблему, которая во многом усугубляется доказанным повышением сердечно-сосудистых рисков у данной группы больных. Другой не менее значимой проблемой современной медицины является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), при которой так же значителен кардиоваскулярный риск.

Цель: изучение распространенности дисфункции почек на основании расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) среди пациентов с ХОБЛ, а так же анализ имеющихся факторов риска ХБП в данной группе больных в зависимости от тяжести основного заболевания.

Материалы и методы: Нами было обследовано 300 пациентов пульмонологического стационара с установленным диагнозом ХОБЛ (GOLD 2011), средний возраст $65,95 \pm 10,1$ лет, (70,4% мужчин, 29,6% женщин). Пациенты поделены на 4 группы соответственно тяжести основного заболевания. СКФ рассчитывали по формуле СКД-ЕРІ (2011). Оценивались основные ФР ХБП (Национальные рекомендации ХБП, 2012 г.). Данные представлены в виде $M \pm SD$. Результаты и обсуждение. Повышенный уровень С-реактивного белка, как маркера воспаления отмечается у 100% пациентов, средний уровень составил $22,68 \pm 18,44$ мг/л. Уровень СРБ достоверно коррелирует с тяжестью ХОБЛ ($r = 0,356$, $p < 0,05$). Курение отмечается в 92% случаев, индекс

курящего человека в среднем составил $39,92 \pm 6,56$ «пачек-лет» и достоверно коррелировал с тяжестью ХОБЛ ($r = 0,262$; $p < 0,05$). Распространенность такого фактора риска ХБП как пожилой возраст (>60 лет, ВОЗ) выявлена у 78,6%, наибольший удельный вес пациентов пожилого возраста представлен в 3-й и 4-й группе, где достиг 100%. Артериальная гипертензия выявлена у 65,6% пациентов, в 4-й группе по сравнению с 1-й достоверно чаще ($p < 0,05$). Распространенность патологии мочевыделительной системы составила 53,3%, достоверно коррелировала с тяжестью ХОБЛ ($r = 0,356$; $p < 0,05$). Распространенность таких ФР ХБП, как избыточная масса тела (>25 кг/м²) и длительный прием НПВС составила по 36 % в целом по выборке. Среднее значение рСКФ составило $70,22 \pm 12,07$ мл/мин/1,73 м². Отмечается обратная корреляция между ИМТ и тяжестью ХОБЛ ($r = -0,306$; $p < 0,05$) и рСКФ ($r = -0,289$; $p < 0,05$). Частота длительного приема НПВС достоверно чаще в 4-й группе ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, среди пациентов с ХОБЛ выявлена высокая распространенность ФР ХБП, подавляющее большинство которых совпадают с ФР ССЗ и являются потенциально модифицируемыми. Своевременное выявление и коррекция ФР являются механизмами снижения кардиоваскулярного риска у пациентов с ХОБЛ. Ранняя диагностика дисфункции почек у пациентов с ХОБЛ требует дальнейшего изучения.

ВКЛАД ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ХНИЗ (ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Бритов А.Н., Елисеева Н.А., 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 ГНИЦПМ, Москва;
4 КБГУ, Нальчик;

2 ФМБА, Москва;
5 ОГМУ, Омск;

3 НГМУ, Нижний Новгород;
6 ЦМП, Великий Новгород.

С целью интегральной оценки общественного здоровья, основанной на результатах обследования представительных выборок в 5 регионах России с использованием вопросников (механизмы психологической защиты – МПЗ), социальной адаптации, саногенной рефлексии, шкала психотизма Г. Айзенка и нравственный потенциал развития личности, международные шкалы на выявление стресса «PSS», тревоги, депрессии «HADS») и функциональных методов было проведено проспективное популяционное исследование в организованных коллективах: обследовано 2227 человек (1336 женщин). Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакетов SAS. Результаты. Когда объединили все МПЗ в их негативных значениях была выявлена высоко достоверная связь с большинством пе-

ренесенных соматических заболеваний ($p < 0,001$). Методом логистической регрессии с пошаговым отбором признаков показана достоверная связь сердечнососудистых заболеваний с этической категорией «счастье» – (нравственный потенциал развития личности) с одной стороны это высокая неудовлетворенная потребность при $p < 0,04$ (показатель ниже нормы), а с другой стороны (показатель выше нормы) – поведение типа «А» (человек склонен к излишнему воображению, фантазиям, у него завышенный уровень притязания, ставит нереальные цели) при $p < 0,02$. Показана высоко достоверная связь любых бронхо-легочных заболеваний с профилями МПЗ: защитная регрессия (инфантильная модель поведения в сложной (стрессовой) ситуации ($p < 0,002$); защитное подавление (вытеснение кризисной ситуации

в подсознание без осознанного анализа) при $p < 0,006$; защитное замещение (неспособность адекватно проявить реакцию на значимый стимул) при $p < 0,04$; с психотизмом по шкале Айзенка (проявление вербальной агрессии и активная моторика в поведении) при $p < 0,01$; с этической категорией «мудрость» – (неспособность размыслить ситуацию стресса, нет гибкости в мышлении) при $p < 0,04$. Выявлена достоверная связь заболеваний почек с МПЗ: защитное замещение при $p < 0,04$; защитная проекция при $p < 0,004$; защитная регрессия (инфантильная модель поведения) при $p < 0,0007$; защитная компенсация (не способны к новой деятельности, к творчеству) при $p < 0,01$. Все это говорит о работе примитивных механизмов защит в циклическом варианте. Кроме этого, у этих людей не сформирована,

не осознана категория «добра» при $p < 0,01$. Выявлена достоверная связь заболеваний органов пищеварения и уро-генитальной сферы с защитным профилем МПЗ. Логистическая регрессия выявила также высоко достоверную связь любых онкологических заболеваний и психических заболеваний с низким напряжением МПЗ.

Выводы. Таким образом, в профиле МПЗ доминируют примитивные механизмы, большинство людей из выборки отличает неумение разрешать проблемную ситуацию с учетом когнитивных средств психики респондента. Такие психологические отклонения могут рассматриваться и как фактор риска указанной патологии, и как ее следствие. В любом случае это должно учитываться в лечебной и профилактической работе.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В РОССИЙСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ «ПЕРСПЕКТИВА»

Бубнова М.Г.¹, Аронов Д.М.¹, Ильченко М.Ю.²

1 ФГБУ ГНИЦ ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Минздрава России, г. Москва

2 Федерального казенного учреждения здравоохранения «МЧС МВД России по Самарской области», г. Самара

Цель. Изучение состояния выполнения программы вторичной профилактики у больных стабильной стенокардией (СтСт) в реальной практике здравоохранения Российской Федерации (РФ).

Материал и методы. В исследование ПЕРСПЕКТИВА участвовало 277 врачей общей практики (терапевты) и кардиологи амбулаторно-поликлинического звена из 47 регионов России. Каждый врач включал по 10 пациентов с окончательным диагнозом «Стабильная стенокардия», последовательно пришедших к нему на амбулаторный прием (всего 2768 пациентов).

Полученные результаты: Средний возраст больных СтСт был $62,04 \pm 0,10$ г., из них старше 65 лет – 27%. Инвалидность имела у 60,9% больных. Курило 18,5% больных, в среднем по $17,24 \pm 0,63$ сигарет в день. Сахарный диабет был диагностирован у 21,6% больных. Артериальная гипертензия встречалась у 91,3% пациентов, при этом, уровень АД $< 140/90$ мм рт. ст. имелся только у 31,7% больных. Редко больные СтСт достигали целевого уровня ХС ЛНП $< 1,8$ ммоль/л – у 3,9% пациентов и ЧСС ≤ 60 уд/мин – у 11,5% пациентов. Инфаркт миокарда (ИМ) перенесли 41,4% пациентов и мозговой инсульт – 7,6% пациентов. Среднее число приступов стенокардии в неделю было $5,02 \pm 0,16$, а у перенесших ИМ – $6,31 \pm 0,19$. Преобладали пациенты II и III функционального класса СтСт. При этом,

больной посещал врача в поликлинике в среднем $6,8 \pm 0,2$ раз. Хотя бы 1 раз в последний год было госпитализировано 50% пациентов, 2 раза – 16,3% и ≥ 3 раз – 4,8%. В среднем пациенты СтСт получали $4,56 \pm 0,06$ препаратов. Антиангинальные препараты принимали 91,7% больных (в среднем $2,06 \pm 0,06$ препарата), из них 68,4% пациентов получало комбинацию препаратов. 78,5% пациентам назначались бета-адреноблокаторы, 53,3% – пролонгированные нитраты, 31,3% – антагонисты кальция. Антиангинальная терапия больных СтСт в 33,2% случаев усиливалась цитопротективным препаратом – триметазидином. В качестве антигипертензивных препаратов, а также для улучшения симптомов дисфункции левого желудочка 74,7% пациентов назначались ингибиторы АПФ, 9,5% пациентам – сартаны и 10,2% пациентам – диуретики. Большинство пациентов получало статины (72,7% пациентов), но преимущественно курсами и в неадекватных дозах, а также антиагреганты (89,8% пациентов).

Выводы. Несмотря на наметившийся позитивный сдвиг в лечении больных СтСт в сторону современных рекомендаций, текущие уровни АД, ХС ЛНП и ЧСС были не у цели у большинства. При этом больные активно посещали врача и госпитализировались в стационары. Все это свидетельствуют о необходимости оптимизации и улучшения назначаемой пациентам СтСт терапии.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Будникова Н.В., Романенко И.А., Полятыкина Т.С., Ушакова С.Е., Архипова С.Л.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) констатирует катастрофический рост числа больных с ожирением (ОЖ), приобретающий масштабы эпидемии. ОЖ служит основой заболеваний, являющихся признанными причинами смертности населения (сердечно-сосудистая и онкологическая патологии, сахарный диабет 2 типа). Развитие ОЖ – это многофакторный процесс, существенную роль в котором играют индивидуальные психологические характеристики больных. Психосоматический подход в исследованиях по формированию ОЖ сегодня перспективен, в том числе, для анализа и коррекции психологических аспектов питания и образа жизни.

Целью исследования было изучение соотношения личностного профиля пациентов и индекса массы тела (ИМТ). Обследовано 273 человека, средний возраст составил $43,33 \pm 8,8$ лет. Для диагностики степени ОЖ использовалась классификация ВОЗ, критерием исключения из исследования было наличие патологии эндокринной системы, как причины ОЖ. Всем пациентам проведены клиническое, лабораторное и инструментальное обследования. Личностный профиль оценивался по сокращенному многофакторному опроснику личности (СМОЛ), отражающему структурные компоненты личности и тип реагирования на стресс. Пациенты были разделены на группы: I группа – 128 человек с предожирением (ПОЖ), II группа – 96 человек с ОЖ 1 степени, III группа – 34 человека с ОЖ 2 степени, IV группа – 15 человек с ОЖ 3 степени. Средние показатели теста СМОЛ у всех обследованных не выходили за границы рефересных значений (40–60 Т-баллов). По

результатам 3 оценочных шкал (L, F, K) усредненных профилей СМОЛ выявлено, что обследованные с ПОЖ и ОЖ 1 и 2 степеней открыты к диалогу, не скрывают и осознают свои затруднения и слабости. У лиц с ОЖ 3 степени прослеживаются тенденции представить себя в более выгодном свете.

При оценке усредненных профилей СМОЛ во всех группах зарегистрировано умеренное относительное повышение по шкалам 1 (ипохондрии – в среднем $54,93 \pm 7,68$ балла); 3 (эмоциональной лабильности – в среднем $54,4 \pm 9,85$ балла). Показатели шкалы 2 (депрессии) относительно снижены во всех группах (в среднем $47,13 \pm 8,75$ балла). Достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены между пациентами с ПОЖ ($52,8 \pm 9,5$ балла) и ОЖ 2 степени ($49,1 \pm 10,2$ балла) по шкале 7 (тревожности). Повышение тревожности у пациентов с ПОЖ свидетельствует о снижении устойчивости к стрессу, неуверенности в себе и стабильности ситуации, повышенной чувствительности к влиянию средовых (социальных) воздействий, педантичности в выполнении врачебных рекомендаций.

Анализ теста СМОЛ показал, что лиц, имеющих повышенный ИМТ, характеризует выраженная эмоциональная лабильность, недостаточная настойчивость в достижении поставленных целей. Эти пациенты пассивны, медленно приспосабливаются, легко теряют равновесие в социальных конфликтах. Таким образом, для достижения оптимальных результатов ведения и лечения лиц с избыточной массой тела необходимо учитывать их личностные особенности.

ВЛИЯНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ИНФОРМАЦИИ НА ПРОДОЛЖЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н.

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

Цель исследования – изучить факторы, влияющие на приверженность пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы после выписки из терапевтического отделения центральной районной больницы Саратовской области.

Методы исследования. Проводился опрос пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на госпитальном лечении в отделении терапии районной больницы. Через 6 и 12 месяцев после выписки больных из стационара производились контрольные телефонные звонки. С помощью однофакторного анализа проводилось определение наличия связи между описанными характеристиками.

Результаты: 108 пациентов ответили практически на все вопросы анкеты, 46 (43%) – мужчины, медиана возраста – 60 лет. Через 12 месяцев удалось дозвониться до 74 (69%) респондентов, 48 (65%) – женщины. По истечении 12 месяцев после выписки 28 (38%)

опрошенных продолжили терапию в полном объеме, чаще продолжали лечение мужчины – 16 (53%) ($p = 0,03424$). Источником информации о заболевании для пациентов являются: 78 (72%) – лечащий врач, 16 (15%) – газеты, журналы и интернет, 14 (13%) – другие больные. 64 (60%) спрашивали у врача: «От чего возникло их заболевание», 58 (53%) – «Как его лучше лечить», 46 (43%) – «Вылечивается ли оно», 92 (85%) – интересовали о возможных осложнениях, 82 (77%) – может ли болезнь привести к смерти. На вопрос: «Хотели бы Вы знать всю правду о своей болезни» – 4 (5%) опрошенных ответили, что готовы знать всё, но только не диагноз неизлечимой болезни, 38 (44%) – «Нет, врач знает, что мне можно сказать», 44 (51%) – «Да, без всяких исключений, даже если это смертельная болезнь». На вопрос: «Хотели бы Вы знать о возможности лечения вашей болезни» – 32 (30%) респондентов ответили, что их интересуют возможности лечения в стране,

32 (30%) – возможности терапии в областном центре, 16 (15%) – хотят знать только о том лечении, что назначил врач, 16 (15%) – не хотят знать ничего, кроме того, что знают; врач отвечает за лечение которое назначил, 12 (10%) опрошенных хотят знать только о лечении, которое могут получить в данном малом городе. Спустя 12 месяцев на продолжение лечения в полном объеме достоверно повлияли следующие варианты ответов: основной источник информации о заболевании лечащий врач – продолжили 22 (44%) пациентов ($p = 0,01536$). Продолжили терапию пациенты, которые интересовались, вылечивается ли их заболевание – 46 (43%) ($p = 0,00411$). Говоря о объеме информации, которую респонденты хотят знать о своем диагнозе, чаще продолжили терапию респонденты, отвечающие, что

врач знает какой объем информации им можно сообщать – 20 (59%), ($p = 0,00022$). Отмечалась тенденция с более высокой приверженностью у пациентов, которые осведомлены возможностями терапии только в данном малом городе – 4 (67%) и во всей стране – 12 (60%) ($p = 0,09434$).

Заключение. Длительная приверженность к терапии пациентов районной больницы невысока. Приверженность выше, если основным источником о заболевании является лечащий врач. Респонденты не готовы услышать всё правду о своем диагнозе. Пациенты задают большое число вопросов о заболевании, проявляют высокий интерес к возможностям лечения, но на продолжение терапии это влияет незначительно.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Бунин Ю.А., Зюляева Н.Н., Таранова З.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, Госпиталь ветеранов войн № 1, Москва, Россия

Цель: уточнить специфику клинических проявлений и лабораторно-инструментальных методов диагностики инфаркта миокарда (ИМ) у больных старческого возраста.

Материал и методы: проведен анализ историй болезни 20 больных, находившихся на лечении в ГВВ № 1 г.Москвы в 2013–2014 гг., у которых диагноз ИМ подтвержден на аутопсии. Средний возраст больных составил $84,5 \pm 4,2$ года (13 мужчин и 7 женщин).

Результаты: у 8 из 20 (40%) умерших больных диагностирован острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСсПST) и у 12 (60%) – острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (ОКСбПST). По данным ЭКГ, ЭхоКГ и аутопсии, ИМ в области передней и боковой стенок ЛЖ выявлен у 16 больных (80%), а ИМ нижней локализации – у 14 больных (20%). Ангинозные боли в области грудной клетки отмечались у 15 из 20 больных (75%). В то же время, у 25% больных имело место атипичное течение ИМ: 5% – переходящее нарушение мозгового кровообращения, 20% – жалоб не

предъявляли (диагноз ОКС поставлен у них при снятии плановой ЭКГ). У всех больных была артериальная гипертензия (АГ) Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имела место у 25% больных, а пароксизмальная или персистентная фибрилляция предсердий (ФП) до ИМ отмечена у 30 из обследованных. Уровень кардиальных тропонинов в плазме крови составлял $1,94 \pm 0,6$ нг/мл. У 35% больных ИМ протекал с осложнениями: ФП в остром периоде ИМ развилась у 4 больных, кардиогенный шок – у 1 больного и отек легких – у 2 больных.

Выводы: 1) У большинства больных старческого возраста (80%) ИМ, подтвержденный на аутопсии, локализовался в области передней и боковой стенок ЛЖ. 2) Особенностью ИМ у лиц старческого возраста являлось то, что он развивался чаще всего на фоне имеющихся хронических сердечно-сосудистых заболеваний /АГ, ХСН, ФП/. 3) Трудности своевременной диагностики ИМ у больных старше 80 лет связаны с атипичным течением у каждого четвертого больного.

ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА НА КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Бурнашкина О.Н.,¹ Селезнёва Н.М.,¹ Котляров А.А.²

¹ ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», Саранск, Россия

² Обнинский институт атомной энергетики – филиал ФГАОУВПО «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», Обнинск, Россия

Основной целью настоящего исследования явилось изучение динамики клинических симптомов, функции внешнего дыхания и оценка состояния фагоцитарной системы и антителозависимого иммунитета у пациентов ХОБЛ при назначении разных режимов лечения.

Материалом для наших исследований послужили 22 больных ХОБЛ в стадии обострения, находившихся на стационарном лечении в 16 отделении ГКБ № 4 в 2014 году. Пациенты I группы ($n = 10$) – (группа контроля) получали лечение согласно рекомендациям международных согласительных документов (GOLD,

2007). Пациентам II группы ($n = 12$) – (группа исследования) дополнительно назначали мексидол: в дозе 250 мг в сутки внутривенно капельно в течение 14 дней. Выполнялись общеклинические анализы крови, мочи, ЭКГ, спирометрия, тест с 6-минутной ходьбой, ХМ – ЭКГ, пульсоксиметрия, рентгенография органов грудной клетки, иммунологические исследования.

Результаты. При сравнении расстояния, пройденного в течение 6 минут с должным показателем для каждой группы пациентов, выявили, что у больных I группы пройденная дистанция в ТШХ на фоне лечения увеличилась на 6 %, а у пациентов II группы – на 14%. При проведении пульсоксиметрии у пациентов наблюдали увеличение сатурации кислорода к 14 дню проводимой терапии: в I группе – с $89,8 \pm 0,7\%$ до $90,33 \pm 0,56\%$ ($p > 0,05$), во II группе – с $91,9 \pm 0,7\%$ до $94,3 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$). Пациенты обеих групп на фоне лечения отмечали достоверное уменьшение потребности в β_2 -агонистах короткого действия как средствах «скорой помощи» в дневное и ночное время. Для оценки фагоцитарной реакции у обследуемых больных тестировали состояния нейтрофильного звена иммунной си-

стемы. Поглотительную способность нейтрофильных гранулоцитов отражает такой показатель как активность фагоцитоза (АФ). При изучении индивидуальных показателей у 25 % больных АФ была выше 80 %, что можно расценить как адекватную реакцию нейтрофилов на воспалительный процесс.

Выводы. Включение мексидола в схему лечения пациентов с обострением ХОБЛ II стадии сопровождается положительной динамикой респираторных симптомов. Мексидол повышает качество жизни пациентов и вероятность 4-х летней выживаемости у пациентов с ХОБЛ. У больных ХОБЛ выявлена депрессия поглотительной способности нейтрофильных фагоцитов и повышение их метаболической активности с образованием реакционноспособных активных форм кислорода. У больных ХОБЛ имеют место выраженные нарушения в гуморальных механизмах защиты: селективная недостаточность отдельных классов иммуноглобулинов. У 42,8% пациентов наблюдалось повышение содержания иммуноглобулинов в периферической крови в результате проводимой терапии.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛСАРТАНА И МИЛДРОНАТА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

*Буторов С.И., Каланча В.А., Талмач К., Буторов И. В., Бодруг Н.И., Барба Д.В.,
Андронати В. И.*

Государственный Университет Медицины и Фармации им. «Николае Тестемицану», Кишинев, Республика Молдова

Актуальность. Высокая распространенность и неуклонный рост числа больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) – характерная черта современного общества. Одним из наиболее частых и прогностически неблагоприятных осложнений ХОБЛ является хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Цель. Изучение целесообразности включения в комплексную терапию хронической сердечной недостаточности, развившейся на фоне ХОБЛ сочетанного применения валсартана и милдроната.

Материал и методы. В исследование были включены 43 пациента, страдающих ХОБЛ II–III стадии в фазе ремиссии с сопутствующей ХСН II–III (ФК), из них 29 (67,4%) мужчин и 14 (32,6%) женщин, средний возраст $51,2 \pm 3,6$ лет. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с критериями GOLD (2013), диагноз ХСН – согласно рекомендациям ESC (2012). Алгоритм обследования пациентов включал проведение теста с 6 минутной ходьбой (6МХ) и определение сатурации крови методом пульсоксиметрии до и после нагрузочного теста. Кроме того тяжесть состояния оценивалась по результатам опросника Борга и шкале оценки mMRC. Пациенты были разделены на две группы: 1-ю

составили 20 пациентов, получавших кроме базисной терапии, валсартан в дозе 40 мг 2 раза/сут и милдронат в дозе 500 мг 2 раза/сут, вторую – 23 пациента, получавшие на фоне базисной терапии только валсартан.

Результаты. Была установлена отчетливая положительная динамика клинических параметров на фоне регулярного приема препаратов в течение 6-и недель. Однако, обращает на себя внимание, более выраженное улучшение таких параметров, как толерантность к физической нагрузке (в 1-й группе с $298,2 \pm 16,5$ до $364,2 \pm 17,1$ м, ($p < 0,05$); во 2-й группе с $284,6 \pm 20,3$ до $337,3 \pm 19,6$ м, ($p > 0,05$), выраженность гипоксии после пробы 6МХ у пациентов 1-ой группы увеличилась с $88,5 \pm 1,3\%$ до $94,7 \pm 1,8\%$, $p < 0,05$; во 2-й группе – с $90,4 \pm 1,1\%$ до $92,3 \pm 1,6\%$, ($p > 0,05$). Одышка, согласно опроснику Борга, уменьшилась с $3,9 \pm 0,2$ до $3,0 \pm 0,1$ балла, ($p < 0,05$) у пациентов 1-ой группы; во 2-й – с $3,7 \pm 0,4$ до $3,1 \pm 0,3$ балла, ($p > 0,05$). В обеих группах произошло уменьшение функционального класса ХСН: у 35,0% пациентов 1-й группы и у 26,1% во 2-й.

Выводы. Применение валсартана и милдроната в комплексном лечении больных ХОБЛ с сопутствующей ХСН может быть использовано для повышения эффективности лечения ХСН у этой категории больных.

БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ПРЕПЯТСТВУЮТ ЗАДЕРЖКЕ НАТРИЯ У КРЫС С МОДЕЛЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бучнева Н.В., Кузьмин О.Б.

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

Цель исследования – оценить влияние селективного бета₁-адреноблокатора небиволола, обладающего сосудорасширяющими свойствами, и тотального антагониста бета₁-, бета₂- и α₁-адренорецепторов карведилола на показатели ионорегулирующей функции почек крыс с моделью сердечной недостаточности (СН), вызванной длительной избыточной физической нагрузкой и введением больших доз адреномиметика фенилэфрина.

Материалы и методы. Работа выполнена на 22 беспородных крысах-самцах, разделенных на две группы, в которых после первоначальной оценки действия небиволола и карведилола на почки и 5-дневного периода «washout» моделировалась СН по методике В.И.Инчиной и др. (2000) в модификации С.П.Саликовой и др. (2002). Влияние бета-адреноблокаторов на почки крыс оценивалось на фоне 3% водной нагрузки с добавлением 0,6% хлорида натрия. В полученных 24-часовых порциях мочи определяли концентрацию креатинина на анализаторе «Vitalit» с использованием наборов «CREATININE 60» и исследовали содержание натрия и калия методом пламенной фотометрии. Показатели суточного диуреза, экскреции с мочой креатинина, натрия и калия и отношение натрий/калий мочи рассчитывали по общепринятым формулам в пересчете на 100 г массы животного. Небиволол и карведилол вводили крысам внутрь сразу после 10-дневного периода формирования модели СН в течение 3 дней соответственно в дозах 0,15 и 1 мг/кг, соответствующим высшим суточным дозам для людей. Достоверность полученных результатов оценивалась с помощью критерия Манна

Результаты исследования. Краткосрочное назначение небиволола intactным крысам не влияло на

диурез, натрийурез, но сопровождалось достоверным приростом выделения калия на 44,1% и снижением индекса натрий/калий мочи. Введение этого препарата животным с моделью СН, напротив, оказывало благоприятное влияние на функцию почек, существенно улучшая их способность выводить натрий после солевой нагрузки. При этом отмечено достоверное увеличение суточного диуреза и выделения натрия с 56,5 (37,9–66,0) до 100,2 (74,9–129,2) мкмоль/24ч/100 г ($p < 0,05$), что соответствует его приросту на 77,3% от исходного уровня. Одновременно небиволол вызывал у крыс калийуретическую реакцию, хотя она была менее выражена по сравнению с intactными животными. Краткосрочное введение карведилола не оказывало заметного влияния на функцию почек intactных животных, но, также как и в опытах с небивололом, вызывало значительный прирост выделения натрия с 116,4 (79,5–210,0) до 164,2 (156,6–188,1) мкмоль/24ч/100 г ($p < 0,05$), что составляет 41,1% по сравнению с исходным уровнем. Однако, в отличие от небиволола, натрийуретическая реакция не сопровождалась при этом одновременным увеличением выделения с мочой ионов калия.

Выводы. Краткосрочное назначение крысам с моделью СН, вызванной длительной избыточной физической нагрузкой и введением больших доз адреномиметика фенилэфрина, бета-адреноблокаторов 3 поколения небиволола или карведилола оказывает благоприятное влияние на ионорегулирующую функцию почек, способствуя существенному увеличению выделения натрия с мочой.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТАХИАРИТМИЯМИ

Васильева В.П., Кугаевская А.А., Константинов О.В., Оконешников Г.К., Бурнашова А.А., Ермолаева В.А.

Национальный центр медицины, Северо-Восточный Федеральный университет Якутск

В последние годы в лечении нарушений ритма сердца все шире применяется методы эндокардиальной абляции.

Цель: Оценить результаты радиочастотной абляции (РЧА) у пациентов с тахикардиями.

Пациенты и методы обследования: Обследовано 36 пациентов (м-24 ж-12); средний возраст 47,2 лет. Всем больным были проведены: ЭКГ; ЭХОКГ; ХМЭКГ; ЭФИ внутрисердечное. **Результаты:** пациенты с ИБС (стабильной стенокардией) составили 36,1%, в т. ч. ПИКС 8,3%, перенесших АКШ, коронарную ангиопластику 8,3%, ранее РЧА 8,3%; Гипертонической болезнью 13,9% случаев, в сочетании с ИБС 33,3%; ХСН I–II ФК 83,3%; ПМК и ВПС (ДМПП) 8,3%; Пациенты без

структурных поражений сердца составили 41,6%. Всем пациентам проведена РЧА. Наиболее часто встречался синдром WPW (38,8%) в основном у мужчин, не имевших других признаков заболеваний сердца. По данным ЭФИ: ДПП в основном находилось слева –22,2% (пункция МПП), в двух случаях была правосторонняя задняя локализация. Пароксизмальная и персистирующая форма ФП составляла 16,6% (на фоне WPW, ИБС, ГБ). Им проводилась циркулярная изоляция устьев легочных вен и ганглиев под контролем АВС (в ср.290 сек). В трех случаях была проведена ЭИТ 200 ДЖ с целью восстановления синусового ритма. В одном случае отмечен возврат ФП спустя 9 месяцев после РЧА. С трепетанием предсердий (ТП) 13,8% случаев,

при этом проводилась РЧА КТП с получением блока проведения в среднем до 160 мс; ФП/ТП встречалась 6% случаев, с предсердной тахикардией 2,7%, у больного с предсердной тахикардией на вторые сутки после РЧА, развился рецидив тахикардии, купирован медикаментозно. Желудочковая экстрасистолия встречалась в 8,3% случаев, желудочковые эктопии картированы в выходном отделе ПЖ, в одном случае эпикардiallyно. С АВУРТ 11,1 % пациентов, без структурных поражений сердца. При этом проводилась РЧА медленных проводящих путей. В одном случае сделана РЧА

в области средней трети гребня правого предсердия без активации эктопического очага. В единственном случае было осложнение в виде пульсирующей гематомы в месте пункции бедренной артерии, потребовавшее хирургической коррекции. В целом эффективность РЧА составила 86%.

Выводы: Таким образом РЧА является высокоэффективным, безопасным методом коррекции тахиаритмий, позволяющим пациентам отказаться от приема антиаритмических препаратов.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ИНГИБИТОР ТРОМБИНА – БИВАЛИРУДИН ПРИ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

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

Национальный центр медицины, Северо-Восточный Федеральный университет Якутск

Одной из ведущих проблем чрезкожной коронарной ангиопластики (ЧКА) остается тромбоз коронарных артерий (КА). В качестве антикоагулянтной защиты сравнительно недавно стал использоваться прямой ингибитор тромбина Бивалирудин.

Цель работы: Оценить эффективность и безопасность бивалирудина при проведении ЧКА.

Принципы и методы исследования: Обследовано 17 пациентов с ИБС (м-15; ж-2), средний возраст 58 лет. Были проведены ЭКГ, ЭХОКГ, СКАГ, коагулограмма, тромбоциты, АВС.

Результаты: пациенты имели стабильную стенокардию II–III ФК, из них ПИКС был в 41,1% случаев, стентирование КА в анамнезе – 52,9%. Большинство пациентов имели АГ II, III степени – 82,3%, СД 17,6%, Ожирение 1 ст 52,9%, почти у всех отмечена ХСН ПФК 94,1%. Уровень общего холестерина колебался от 5,6–11,9 ммоль/л, у двух больных был повышен ТГ до 2,6 ммоль/л. Все обследованные лица имели высокий риск сердечно сосудистых осложнений. По данным СКАГ определены гемодинамические поражения ПНА –6; ОА-2; ВТК-1; ДВ-1; ПКА-7 в том числе двух, трехсосудистые. На фоне насыщения клопидогрелем 300–450 мг было проведено стентирование с лекарственным покрытием. Бивалирудин вводился в/в по схеме в зависимости от массы тела больного. Контроль осуществлялся по АВС крови: во время операции сред-

нее значение АВС достигало до 310 сек, через час 289 сек; через 3 часа – 223 сек. У двух больных инфузия продолжалась после ЧКА из-за высокого риска осложнений (трехсосудистое поражение, стентирование в устье КА). После введения бивалирудина отмечалось снижение ПТИ в среднем с 101%–60%, возрастание АЧТВ в среднем с 24–44 с, удлинение времени свертывания крови с 2,76 до 23 сек. Количество тромбоцитов существенно не изменялось. Контроль коагулограммы проводился двукратно: в 18 ч. и утром следующего дня, дальнейшего мониторинга не требовалось. После ЧКА больным на фоне базисной терапии ИБС продолжался двойной антиагрегантный комплекс (клопидогрель и кардиомагнил). У большинства пациентов отмечалось исчезновение или уменьшение ангинозных болей, повышение толерантности к физической нагрузке. Исключение составили двое больных, у которых сохранялось стенокардия напряжения (было трехсосудистое поражение). Ни в одном из случаев не отмечалось развитие острого ИМ, ОСН. Также не было выраженной тромбоцитопении, осложнений в виде кровотечения. В течение месяца после ЧКА также не было ИМ, возврата стенокардии, необходимости повторной реваскуляризации, летальных исходов.

Вывод: Таким образом, Бивалирудин при ЧКА клинически эффективен и безопасен у пациентов с ИБС с высоким риском тромботических осложнений.

ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению микроциркуляторных (МЦ) процессов при артериальной гипертензии (АГ), это направление остается актуальным. Имеются все основания полагать, что характер и выраженность нарушения МЦ

служит важным патогенетическим звеном вовлечения в патологический процесс органов мишеней. Благодаря внедрению новых информативных методов исследования, в частности лазерной доплеровской флоуметрии

(ЛДФ), значительно расширились представления о периферической гемодинамике.

Целью настоящей работы явилось изучение функционального состояния МЦ, а также различных гемодинамических вариантов периферической гемодинамики у больных АГ и оценка их клинико-прогностического значения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 78 больных АГ, 2–3 степени, мужского и женского пола (средний возраст $53,4 \pm 3,0$ года). Контрольную группу (ГК) составили 48 практически здоровых лиц обоего пола (средний возраст $49,0 \pm 2,9$ лет). МЦ исследовали методом ЛДФ. Оценивали уровень тканевой гемоперфузии (ПМ), миогенный (МТ), нейрогенный (НТ) тонус, показатель артериоло-венулярного шунтирования крови (ПШ). В различных частотных диапазонах оценивали амплитудные показатели, отражающие выраженность эндотелиальной, нейрогенной, миогенной функции микрососудов, выраженность венозного оттока и пульсового кровотока, нормированных по их среднеквадратичному отклонению.

Результаты. Анализ частотно-амплитудных характеристик ЛДФ-граммы продемонстрировал достоверное снижение у больных АГ миогенных модуляций

($13,5 \pm 0,6$ перф.ед. vs $16,7 \pm 1,3$ перф.ед в ГК) и ростом МТ (на 31,8%), свидетельствующее о констрикции прекапилляров. У больных АГ отмечено также увеличение ПШ на 22,5% ($p < 0,001$). Указанные сдвиги сопровождались компенсаторным ростом амплитуды пульсового кровенаполнения и модуляций дыхательного ритма, превысивших эти показатели в ГК на 28,9% и 41,6% ($p < 0,01$). Таким образом, в МЦ картине больных АГ доминировали пульсовое кровенаполнение и венозный компонент, т. е. пассивные механизмы регуляции периферического кровотока на фоне интенсификации артериоло-венулярного шунтирования и венозного застоя.

Заключение. Проведенные исследования с использованием метода ЛДФ продемонстрировали выраженные функциональные нарушения МЦ у больных АГ 2–3 ст. Принимая во внимание важность изменений, происходящих на уровне МЦ, их необходимо учитывать в практической врачебной деятельности. ЛДФ является методом объективной оценки особенностей МЦ у больных АГ с выявлением доминирующего патофизиологического синдрома, что может быть использовано для более рационального подбора медикаментозной терапии с учетом индивидуального своеобразия периферической гемодинамики.

TGF-ЭКСПРЕССИЯ β_1 И FGF-2 В СТЕНКЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Вебер В.Р.¹, Лобзин Ю.В.², Карев В.Е.², Рубанова М.П.¹, Губская П.М.¹, Жмайлова С.В.¹

1 ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Великий Новгород. Россия

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

Цель исследования: изучить экспрессию основного фактора роста фибробластов (FGF-2) и трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β_1) в различных слоях стенки брюшной аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса.

Материал и методы исследования. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г). Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) – 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Затем под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям.

При иммуногистохимическом исследовании использовались мышиные моноклональные антитела к TGF- β_1 (ТВ21) в разведении 1/100, кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400. В качестве оптически плотной метки, визуализирующей продукт иммуногистохимической реакции, использовался диаминобензидин. TGF- β_1 и FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения

проводили шкалирование выраженности экспрессии факторов роста фибробластов: 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 исследования экспрессии FGF-2 и TGF- β_1 в различных слоях стенки брюшной аорты при моделировании ХАС выявили интересные закономерности. Различий по экспрессии FGF-2 и TGF- β_1 в адвентиции и в медиі брюшной аорты при ХАС по сравнению с контрольной серией не наблюдалось. Через 2 недели введения адреналина в медиі брюшной аорты FGF-2 вырабатывался в 3,5 раза больше, чем TGF- β_1 (46 баллов и 13 баллов, соответственно, $\chi^2 = 5,975, p < 0,015$). В адвентиции по слабой экспрессии между FGF-2 и TGF- β_1 различий выявлено не было, но значительно преобладали препараты с сильной экспрессией TGF- β_1 по сравнению с FGF-2 (18 баллов и 3 балла, соответственно, $\chi^2 = 5,424, p < 0,020$). В эндотелии достоверных различий по выработке FGF-2 и TGF- β_1 при не было выявлено.

Таким образом, при моделировании ХАС топика выработки FGF-2 и TGF- β_1 разная: экспрессия

FGF-2 преобладает в меди, а экспрессия TGF- β_1 в адвентициальном слое брюшной аорты.

УРОВЕНЬ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А., Ахмерова Р.И.

Кафедра эндокринологии, СамГМУ, Самара

Цель: Оценить взаимосвязь адипонектина и гормонально-метаболических показателей у больных сахарным диабетом 2 типа и бронхиальной астмой.

Материалы и методы: Обследовано 80 женщин в возрасте от 44 до 70 лет, которые были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 27 женщин, у которых был СД 2 типа, средний возраст – 60,15±0,92 лет. Во 2 – ю группу вошли 27 пациенток с бронхиальной астмой, средний возраст составил 58,56±0,79 лет. 3 – я группа включала в себя 26 больных с сочетанием сахарного диабета 2 типа и бронхиальной астмы, средний возраст которых был 61,23±0,95 год. В контрольную группу вошли 23 женщины, средний возраст которых 51,26±1,73 год. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $ИМТ = \frac{вес (кг)}{(рост (м))^2}$ и соотношения ОТ/ОБ. Определение гликемии в плазме венозной крови проводилось глюкозооксидазным методом на биохимическом анализаторе «Screen Master Plus» компании Hospitex diagnostic (Швейцария). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «AxSYM» (Abbot, Германия). Инсулинорезистентность оценивалась по показателю НОМА-IR (ИРИ x гликемия натощак / 22,5). Показатели липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности /ХС ЛПНП/, триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности /ХС ЛПВП/) определялись спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе «Screen Master Plus» (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень адипонектина в сыворотке крови исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате

«Expert Plus» (Asys, Австрия). Результаты: ИМТ в группе с СД 2 типа (33,70±0,96 кг/м²) и при его сочетании с БА (33,73±1,29 кг/м²) соответствует I степени ожирения. У женщин с БА ИМТ (29,81±0,92 кг/м²) свидетельствует о наличии избыточного веса. Во всех 3 группах отношение ОТ/ОБ было выше 0,8, что позволяет диагностировать у них висцеральный тип ожирения. Концентрация триглицеридов была достоверно повышена, а ХС ЛПВП – значимо снижена (p<0,05) во всех 3 группах относительно контроля. Эти изменения сопровождались повышением коэффициента атерогенности (p>0,05). Уровень гликемии был существенно повышен (p<0,05) у больных с сахарным диабетом 2 типа и при его сочетании с бронхиальной астмой. Повышение концентрации глюкозы происходило на фоне достоверного усиления инсулинорезистентности у пациенток всех 3 групп относительно контроля. Инсулинорезистентность сопровождалась компенсаторной гиперинсулинемией. Обнаружена тенденция к снижению концентрации адипонектина относительно контрольной группы (p>0,05). В группе пациенток с сочетанием СД 2 типа и БА выявлена отрицательная корреляция между уровнем адипонектина и ИМТ (r = -0,625; p<0,001), адипонектина и ОТ (r = -0,635; p<0,001), адипонектина и ОБ (r = -0,558; p = 0,003). У женщин только с СД 2 типа концентрация адипонектина отрицательно коррелировала с ОБ (r = -0,400; p = 0,039), с уровнем инсулина (r = -0,410; p = 0,034).

Выводы: у женщин с СД 2 типа, БА и с сочетанием этих заболеваний выявлена тенденция к снижению концентрации адипонектина на фоне инсулинорезистентности и атерогенной дислипидемии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель работы: изучить эффективность фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина (препарат престанс, производство фирмы SERVIER) по состоянию жесткости артерий с учетом гипотензивной активности препарата у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическими нарушениями (МН).

Материал и методы. Выполнено обследование 40 пациентов (25 больных АГ II степени с МН и 15

пациентов контрольной группы). Контрольная группа представлена пациентами АГ без метаболических нарушений. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ, PWV) на каротидно – феморальном участке проводили с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр – 12» (Россия), лодыжечно – плечевого индекса, сфигмограф Vasera VS – 1000 Series (Fukuda Denshi, Япония). Исследова-

ние толщины интима – медиа (ТИМ) сонных артерий проводили на аппарате GE «Virid 4» с использованием мультисекторного линейного датчика. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на аппарате АВРМ-04 «Meditech», Венгрия. Пациенты АГ с МН случайным методом были разделены на 2 группы: 1 группа получала комбинированную терапию препаратом престанс (периндоприл 5–10 мг + амлодипин 5–10 мг/с); 2 группа – отдельно периндоприл с амлодипином в аналогичных дозах; длительность терапии составила 16 недель.

Результаты исследования: Выявлено в исходном периоде повышение показателей жесткости артерий у больных АГ с МН по сравнению с контрольной группой (увеличение параметров СРПВ ($p < 0,05$) и снижения лодыжечно – плечевого индекса, ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к увеличению ТИМ у больных обеих групп ($p > 0,05$), более выраженная в основной группе. Увеличение жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) положительно коррелировало с систолическим и диастолическим АД ($p < 0,001$; $p < 0,05$, соответственно). Отмечена положительная корреляционная зависимость жесткости сосудистой стенки (PWV, CAVI) с толщиной

ТИМ ($p < 0,05$). Параметры жесткости артерий положительно взаимосвязаны с ИМТ, показателями гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), уровнем ОХС и ТГ крови ($p < 0,05$). На фоне комбинированной терапии у пациентов 1 группы отмечено достоверное снижение CAVI с $7,72 \pm 0,19$ до $7,11 \pm 0,20$ ($p < 0,05$) и PWV с $13,14 \pm 0,28$ м/с до $12,14 \pm 0,21$ м/с ($p < 0,05$). В группе отдельного применения комбинированной терапии так же регистрировались достоверные изменения данных показателей, однако в меньшей степени, в сравнении с 1 группой. Отмечена нормализация показателей САД и ДАД по данным СМАД в обеих исследуемых группах ($p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно).

Заключение. У пациентов АГ с МН наблюдается более значимое повышение жесткости артерий в сравнении с пациентами АГ без МН. Комбинированная терапия периндоприла с амлодипином в виде фиксированной комбинации – престанс – наряду с удобством применения оказывает более выраженное влияние на процессы сосудистого ремоделирования и уровень АД у больных АГ с МН в сравнении с отдельным применением данных препаратов.

ВЛИЯНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА НА РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Вистерничан О.А., Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования: Изучить влияние сократительной способности миокарда у коренных казахов на развитие рестеноза после стентирования коронарных артерий.

Методы исследования: В исследование включены 94 мужчины казахской национальности в возрасте от 40 до 65 лет, прошедшие процедуру стентирования коронарных артерий на фоне острого инфаркта миокарда. Все больные разделены на две группы: в I группу вошло 45 человек с фактом рестеноза, верифицированного коронарографически в течение 12-ти месяцев после стентирования, во II группу – 49 человек без признаков рестенозирования коронарных артерий.

Полученные результаты: в I группе сократительная способность миокарда до проведения стентирования коронарных артерий была снижена и в среднем составляла 50% (Q25–45,0%; Q75–55,0%). В динамике, при повторной госпитализации в течение года с клиникой ОКС после проведения стентирования, отмечена тенденция к снижению сократительной способности миокарда в среднем до 46,9% (Q25–43,0%; Q75–52,0%) (P-value-0,049).

Во II группе при сравнении показателей фракции выброса левого желудочка на обоих этапах исследования статистически значимой разницы установлено не было (P-value-0,506), до проведения стентирования

она составляла в среднем 55% от должной величины (Q25–50,0%; Q75–58,0%), а при повторной госпитализации в течение года после стентирования составила 54% (Q25–50,0%; Q75–58,0%).

Анализируя полученные результаты, становится очевидным, что в группе с осложнением после стентирования в виде рестеноза, изначально имеет место небольшое снижение фракции выброса левого желудочка, которое прогрессирует в динамике в отличие от больных второй группы, у которых сократительная способность не менялась в течение года после стентирования. Снижение сократительной способности миокарда приводит к замедлению кровотока в сосудистом русле, что провоцирует формирование тромбов в зоне постановки стента.

Кроме того, динамическое снижение фракции выброса левого желудочка приводит к прогрессированию явлений сердечной недостаточности, которая сопровождается изменением реологии крови, что в свою очередь ведет к возможным явлениям гиперкоагуляции, что тоже занимает не последнее место в патогенезе рестеноза.

Выводы: Снижение сократительной способности миокарда у мужчин казахской национальности может использоваться как один из прогностически неблагоприятных факторов развития рестенозирования коронарных артерий после процедуры стентирования.

ОРГАНОМЕТРИЯ СЕРДЦА ПРИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Волков В.П.

Тверской Центр судебных экспертиз, г. Тверь, Россия

Цель. Дать объективную органомерметрическую характеристику макроскопических изменений сердца при нейролептической кардиомиопатии (НКМП), этиопатогенетически обусловленной побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов (нейролептиков).

Материал и методы. Макроскопически исследовано сердце 80 умерших (мужчин – 60, женщин – 20; возраст от 16 до 77 лет), страдавших НКМП. Группу сравнения, параметры сердца в которой приняты за условную норму (УН), составили 100 лиц (мужчин – 50, женщин – 50; возраст 18–82 лет), умерших от некардиальных причин и не имевших сопутствующей сердечной патологии. Анализировались следующие показатели: масса и линейные размеры сердца, периметр венозных клапанных отверстий, толщина стенки желудочков. Применён собственный оригинальный сравнительный объёмный метод органомерметрии сердца. При этом устанавливалась степень дилатации сердца в целом (K_o – коэффициент объёма) и его желудочков в отдельности (K_d – коэффициент левого желудочка), а также определялось масс-объёмное соотношение (МОС) и коэффициент плотности миокарда (КПМ). Последний индекс имеет сильно выраженную корреля-

цию с определёнными микроморфометрическими показателями, количественно описывающими состояние внеклеточного матрикса сердечной мышцы. Полученные данные обработаны статистически (компьютерная программа «Statistica 6.0») с уровнем значимости различий 95 % и более ($p \leq 0,05$).

Результаты. При НКМП по сравнению с УН прирост массы сердца составляет 19,7%, объём желудочков увеличивается на 31,2%. Величина K_d также превышает УН, но в значительно меньшей степени (+3,1%), что говорит о почти равномерном расширении обоих желудочков с некоторым преобладанием левого. Напротив, МОС при НКМП уменьшается на 4,8%, свидетельствуя о медленно прогрессирующей миогенной дилатации, обусловленной повреждением микроструктуры миокарда, что подтверждает нарастание КПМ на 40,3%.

Выводы. При НКМП все изученные показатели статистически значимо отличаются от таковых при УН. Большинство из них нарастает, документируя как прирост массы сердца и его объёма за счёт расширения желудочков, так и увеличение плотности миокарда, связанное с развитием интерстициального отёка и миофиброза.

ЧАСТОТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Воронецкая К.Р., Хурсанов Н.М.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить спектральные показатели вариабельности ритма сердца у больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от стадии.

Методы исследования. Обследовано 60 больных ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе. Возраст пациентов колебался от 24 до 52 лет (в среднем $37,6 \pm 6,7$). Продолжительность заболевания от момента предполагаемого заражения (со слов обследуемых) составила от 5 до 20 лет (в среднем $8,5 \pm 6,6$ лет). Исследование вариабельности ритма сердца проводилось при помощи аппарата «ВАРИКАРД 2.51» (Россия) до назначения антиретровирусной терапии. Запись ЭКГ осуществляли во II стандартном отведении в течение 5 минут утром в состоянии покоя (через 15 минут после адаптации больного к обстановке) в положении лёжа. Вычислялись следующие спектральные показатели ритма сердца: TP – общая мощность спектра; HF – мощность спектра с частотой 0,15–0,4 Гц; LF мощность спектра с частотой 0,05–0,15 Гц; VLF – мощность спектра с частотой меньше 0,05 Гц; LF/HF – соотношение низко- и высокочастотных

компонентов. Статистическую обработку проводили при помощи программы Microsoft Excel – 2007. Разница спектральных показателей вариабельности ритма сердца определялась в процентном отношении ($-\Delta\%$).

Полученные результаты. В момент исследования все пациенты находились на III–IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции (по классификации ВОЗ, 1991 г.): 15 (25%) составили III и IV – 45 (75%). Общая мощность спектра у больных III стадии была выше на 20,6% по сравнению с IV ($1737,8 \pm 14,7$ мс² против $1380,6 \pm 64,5$ мс²). При рассмотрении LF/HF у пациентов с пре-СПИДом наблюдался относительный сдвиг в сторону симпатической части вегетативной нервной системы. Такая тенденция отмечалась за счёт превалирования низкочастотных компонентов (LF – $710,6 \pm 8,4$ мс² и VLF – $386,6 \pm 5,7$ мс²). Симпато-парасимпатический баланс у больных IV клинической стадии в среднем был выше по сравнению с III ($1,158 \pm 0,009$ мс² против $1,154 \pm 0,017$ мс²). Это связано со снижением высокочастотного компонента (HF III кл.ст. – $616,5 \pm 7,4$ мс² против HF IV кл.ст. – $488,0 \pm 22,5$ мс²).

Вывод. Полученные данные, свидетельствуют, что у больных ВИЧ-инфекцией IV клинической стадии отмечались низкие данные вариабельности ритма сердца (TP и HF), что косвенно свидетельствует о преобладании тонуса симпатической части вегетативной нервной

системы, которое может иметь неблагоприятное прогностическое значение и должно учитываться при назначении соответствующей терапии данной категории больных.

ОЦЕНКА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С УРОВНЕМ ЛЕПТИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М., Яшин Д.А., Сумеркина В.А., Ожигина Е.В.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель. Провести оценку антропометрических параметров, тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови среди студентов Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Обследовано 396 студентов 6 курса ЮУГМУ (мужчин – 27,3%, женщин – 72,7%). Средний возраст студентов – 23,0 года ($\sigma = \pm 1,3$). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) ($\text{кг}/\text{м}^2$). Оценка ИМТ и ОТ проводилась согласно рекомендациям ВОЗ (2000). Уровень тревоги и депрессии оценивали согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Zigmond A. S., Snaith R.P., 1983). Уровень лептина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (набор реагентов «DBC», Канада) на комбинированном автоматическом анализаторе «Biochem Analette» (НТИ, США). Ожидаемые референсные значения: для женщин – $7,4 \pm 3,7$ нг/мл, для мужчин – $3,8 \pm 1,8$ нг/мл. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS 17.0. Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни и тест χ^2 , для выявления корреляции – коэффициент Спирмана. Полученные результаты представлены в виде $P \pm \text{mp}\%$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В популяции студентов 6 курса дефицит массы тела выявлен у $12,5 \pm 1,7\%$ (у $14,0 \pm 2,0\%$ женщин и $8,4 \pm 2,7\%$ мужчин), предожирение – у $11,8 \pm 1,6\%$ (у $8,9 \pm 1,7\%$ женщин и $19,7 \pm 3,8\%$ мужчин), ожирение

I степени – у $1,5 \pm 0,6\%$ (у $2,2 \pm 0,9\%$ женщин и 0% мужчин). Распространенность абдоминального ожирения (АО) составила $14,4 \pm 1,8\%$ ($17,1 \pm 2,2\%$ среди женщин, $7,0 \pm 2,5\%$ среди мужчин). Распространенность синдрома тревоги среди студентов-медиков $30,4\%$ (среди женщин – $32,4 \pm 2,9\%$, среди мужчин – $26,5 \pm 4,0\%$), синдрома депрессии – $10,9\%$ (среди женщин – $9,5 \pm 1,5\%$, среди мужчин – $14,1 \pm 2,3\%$). Распространенность гиперлептинемии составила $49,0 \pm 5,0\%$ (среди женщин – $49,6 \pm 6,0\%$, среди мужчин – $47,6 \pm 9,1\%$). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между уровнем лептина и АО ($r = 0,35$, $p = 0,0001$), ИМТ ($r = 0,33$, $p = 0,0001$); обратная слабая корреляционная связь между уровнем лептина и депрессией ($r = -0,15$, $p = 0,04$).

Выводы. 1. Отклонение от нормы ИМТ выявлено у $31,3\%$ студентов: дефицит массы тела – у $12,9\%$, предожирение – у $15,3\%$, ожирение I степени – у $3,1\%$ студентов. Установлены корреляционные связи между дефицитом массы тела и женским полом. Распространенность предожирения выше в мужской популяции, чем в женской ($19,7\%$ и $8,9\%$). 2. Распространенность АО составляет $14,4\%$, причем в женской популяции выше в сравнении с мужской ($17,1\%$ и $7,0\%$). 3. В популяции студентов-медиков распространенность синдрома тревоги составляет $30,4\%$, синдрома депрессии – $10,9\%$. 4. Частота встречаемости гиперлептинемии в исследованной популяции – $49,0\%$. Установлены корреляционные связи между уровнем лептина сыворотки крови и ИМТ, АО, депрессией.

ИНДЕКС ЧАРЛСОН У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И β -АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА

*В. М. Газизянова, О.В. Булашова, Е.В. Хазова, М.И.Малкова, А.А.Насыбуллина, |
Салыхова Г.И., Рувинская Е.М.*

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Казань

Наличие коморбидных заболеваний значительно ухудшает течение и прогноз хронической сердечной недостаточности (ХСН). Нейрогуморальный дисбаланс в сторону гиперактивации симпатико-адреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем нарастает по мере декомпенсации ХСН и сопровождается

десенситизацией β -адренорецепторов клеточных мембран, об активности которых можно судить по величине адренореактивности β -рецепторов (β -АРМ).

Цель. Оценить коморбидность у больных с ХСН по индексу Чарлсон во взаимосвязи с величиной β -АРМ.

Объект и методы исследования. Обследовано 45 пациентов обоего пола с ХСН в возрасте $65,6 \pm 9,2$ года. В основе формирования ХСН было сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) – 84%. По уровню толерантности к нагрузке респонденты разделились на следующие функциональные классы (ФК) ХСН: II – 25%, III – 59% и IV – 16%. Длительность ХСН у данного контингента больных составила – $5,2 \pm 1,3$ года. Индекс Чарлсон оценивали по балльной системе оценки (от 0 до 40) наличия определенных сопутствующих заболеваний. Уровень β -адренореактивности организма определялся методом измерения осморезистентности эритроцитов под влиянием β -адреноблокатора с использованием набора реактивов (АГАТ Мед, Москва). За норму были приняты границы величин β -АРМ от 2 до 20 единиц оптической плотности (у.е.), установленные авторами (Р.И. Стрюк, И.Г. Длусской).

Результаты. Индекс Чарлсон у больных с ХСН составил $4,7 \pm 1,5$ баллов, что соответствовало умеренной

коморбидности. Отмечена тенденция нарастания индекса Чарлсона по мере снижения толерантности к физической нагрузке (II ФК – $3,9 \pm 1,4$, III ФК – $5,4 \pm 1,2$, IV ФК – $5,9 \pm 1,3$). Величина β -АРМ у больных с ХСН в 3 раза превышала норму – $59,8 \pm 10,2$ у.е. Обнаружено понижение величины β -АРМ (увеличение активности симпатической системы) по мере прогрессирования ХСН, что отражает защитную десенситизацию рецепторов (II ФК – $42,5 \pm 23,3$, III ФК – $56,6 \pm 22,4$, IV ФК – $72,1 \pm 18,8$). Проведенный корреляционный анализ выявил положительную ассоциацию индекса Чарлсон и величины β -АРМ ($r = 0,88$, $p = 0,04$).

Выводы. 1. Средние значения индекса Чарлсон у больных ХСН II–IV ФК составляют $4,7 \pm 1,5$ баллов. 2. Величина β -АРМ у пациентов с ХСН в три раза выше нормы. 3. Отмечается положительная корреляция высокой степени индекса Чарлсон и величины β -АРМ ($r = 0,88$, $p = 0,04$).

ЖЕСТКОСТЬ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗАНА С НАРУШЕНИЕМ ПОДВИЖНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА, НО НЕ С ТЕКУЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА)

Гайдукова И.З., Ребров А.П., Апаркина А.В., Лебединская О.А., Хондкарян Э.В.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России

Введение. Известно, что пациенты с анкилозирующим спондилитом (АС) имеют большую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность по сравнению с общей популяцией. Традиционные способы оценки сердечно-сосудистого риска не всегда отражают реальный риск кардиоваскулярной патологии, что делает актуальным поиск клинических маркеров сердечно-сосудистого риска, определяемых заболеванием опорно-двигательного аппарата. Цель – установить взаимосвязи между жесткостью сосудистой стенки и подвижностью позвоночника у пациентов с анкилозирующим спондилитом без клинически манифестных сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. 91 пациент, соответствующий модифицированным Нью-Йоркским критериям АС, включен в исследование (возраст $41,89 \pm 12,36$ г, продолжительность АС 12 [5; 22] г, мужчины – 49 человек). Исключили пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или наличием атеросклеротических бляшек при дуплексном исследовании сонных артерий. Определяли индекс аугментации в плечевой артерии AixB, скорость пульсовой волны в аорте PWAo (артериограф Тензиоликлик, Венгрия). Определяли текущую активность АС (рассчитывали индексы ASDAS и BASDAI, уровень С-реактивного белка (СРБ, мг/л)), подвижность поясничного отдела позвоночника во фронтальной плоскости (тест Шобера), подвижность поясничного отдела позвоночника в сагиттальной плоскости, ротацию в шейном отделе позвоночника, расстояние козелок-стена, экскурсию грудной клетки, расстояние между медиальными лодыжками. Рассчиты-

вали суммарный индекс подвижности аксиального скелета BASMI. Для статистического анализа применяли SPSS17.

Результаты. Установили наличие значимых взаимосвязей между индексом аугментации и экскурсией грудной клетки (R Спирмена = $-0,28$, $p = 0,032$), расстоянием козелок-стена ($R = -0,44$, $p = 0,001$), ротацией в шейном отделе позвоночника ($R = -0,39$, $p = 0,002$), боковой подвижностью позвоночника ($R = -0,29$, $p = 0,03$), расстоянием между медиальными лодыжками ($R = -0,34$, $p = 0,01$), тестом Шобера ($R = -0,39$, $p = 0,02$), индексом BASMI ($R = 0,38$, $p = 0,04$).

Скорость пульсовой волны в аорте была взаимосвязана с подвижностью позвоночника – показали взаимосвязи PWAo с экскурсией грудной клетки (R Спирмена = $-0,36$, $p = 0,006$), боковой подвижностью позвоночника ($R = -0,29$, $p = 0,03$), расстоянием между медиальными лодыжками ($R = -0,41$, $p = 0,002$), индексом BASMI ($R = 0,36$, $p = 0,007$). Статистически значимых взаимосвязей между показателями жесткости и текущей активностью АС (СРБ, индекс BASDAI, индекс ASDAS) установлено не было: коэффициент корреляции с индексом аугментации R Спирмена составил $-0,19$, $-0,041$ и $0,046$, соответственно; коэффициент PWAo $R = 0,039$, $-0,034$ и $0,028$, соответственно, $p > 0,05$ для всех.

Заключение. С показателями жесткости сосудистой стенки у больных АС ассоциируются изменения подвижности позвоночника, но не показатели текущей активности болезни.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ЖЕСТКОСТИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ, УЧИТЫВАЮЩИЙ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Гайшун Е.И., Князева И.Е., Харкевич И.Г., Сукало Е.А.

1-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь,
Центр репродуктивной медицины, Минск, Беларусь,
БелМАПО, Минск, Беларусь

Цель исследования. Получить показатели жесткости общей сонной артерии (ОСА), которые, в отличие от известных показателей, основанных на данных об артериальном давлении (АД) и о диаметре сосуда в систолу и диастолу, дополнительно учитывали бы влияние частоты сердечных сокращений (ЧСС) на эластичность сосудистой стенки.

Материалы и методы. Поскольку материал сосудистой стенки не является чисто упругим, а обладает четко выраженными вязкоупругими свойствами, то в условиях периодически изменяющейся деформации, вызванной пульсовым давлением и вязким напряжением сдвига, жесткость артерий существенно зависит от ЧСС и определяется не статическим E , а динамическим $E_{\text{дин}}$ модулем Юнга. Методом математического моделирования динамического модуля Юнга нами установлено, что для ОСА практически здоровых людей справедливо приближенное равенство

$$E_{\text{дин}} = E(1+0,4f),$$

где f – ЧСС в герцах (Гц), коэффициент 0,4 измеряется в секундах. На основании этого равенства показано, что для корректного анализа растяжимости (жесткости) ОСА необходимо показатели, оценивающие растяжимость (жесткость) сосудистой стенки по измерениям АД и диаметра сосуда в систолу и диастолу, разделить (умножить) на поправочный коэффициент $1+0,4f$. Значения скорости пульсовой волны, определяемые по формуле Bramwell-Hill, следует умножить на величину

В частности, на основе известного индекса жесткости β получен следующий модифицированный индекс жесткости

$$\beta_{\text{чсс}} = (1+0,4f) \ln (P_s/P_d) / \ln (D_s/D_d),$$

учитывающий ЧСС (здесь P_s и P_d систолическое и диастолическое АД в мм рт. ст., D_s и D_d диаметр ОСА в систолу и диастолу в мм).

Полученные результаты. На основании модифицированного индекса жесткости $\beta_{\text{чсс}}$ установлены количественные зависимости жесткости ОСА от ЧСС. Например, при изменении ЧСС от 1 Гц до 1,5 Гц жесткость ОСА практически здоровых людей повышается примерно на 14%. Показано также, что при одинаковом приросте ЧСС увеличение жесткости ОСА уменьшается вместе с ростом начальной ЧСС. Так, при увеличении начальной ЧСС 1,5 Гц на 0,5 Гц жесткость ОСА повышается на 1–2% меньше, чем при увеличении на 0,5 Гц начальной ЧСС 1 Гц.

Выводы. Предложенные показатели, учитывающие ЧСС, позволяют нивелировать в оценках жесткости сосудистой стенки эффект воздействия ЧСС путем пересчета того или иного показателя на случай фиксированной (эталонной) ЧСС (например 1 Гц). Это имеет важное значение для сопоставимости результатов контрольного обследования пациентов, а также для анализа эффективности лекарственных схем коррекции артериальной жесткости, применение которых оказывает вазодилатирующее действие и одновременно снижает ЧСС.

ВАРИАбельНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Ганеева А.В., Маянская С.Д., Габидуллина Р.И.

Казанский государственный медицинский университет, ГБОУ, ВПО МЗ РФ, Казань

Целью настоящего исследования являлось изучение краткосрочной и долгосрочной (межвизитовой) вариабельности АД у относительно здоровых женщин при физиологическом течении беременности и в период лактации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 25 женщин 23–36 лет с неосложненным течением беременности, не имевших хронических экстрагенитальных заболеваний. Измерения проводились с периодичностью 1 раз в месяц начиная с первого триместра тонометром TensovalDuoControl компании Hartmann. Таким образом оценивалась долгосрочная (межвизитовая) вариабельность АД. Краткосрочная вариабельность определялась путем трех последователь-

ных измерений артериального давления с интервалом 1–2 минуты после пяти минут покоя. Также краткосрочная вариабельность оценивалась через 6–8 недель после родов, т.е. по окончании послеродового периода (но на фоне лактации).

Результаты. В группе относительно здоровых женщин краткосрочная вариабельность в среднем за беременность составила 3,45 ($\pm 0,75$) мм ртст для систолического (САД) и 3,24 ($\pm 0,85$) мм ртст для диастолического АД (ДАД). Эти показатели достоверно не отличались между собой ($p > 0,05$). При сравнении краткосрочной вариабельности в первом, втором и третьем триместрах также не было найдено достоверных отличий как для систолического, так и для диастоли-

ческого АД ($p > 0,05$). Через 6–8 недель после родов краткосрочная вариабельность достоверно не менялась и составила $4,14 (\pm 2,28)$ и $3,85 (\pm 2,6)$ мм рт. ст. для САД и ДАД соответственно ($p > 0,05$). Долгосрочная вариабельность САД в целом за беременность составила $4,59 (\pm 1,34)$ мм рт. ст., ДАД – $4,18 (\pm 1,32)$ мм рт. ст. ($p > 0,05$).

Выводы. Несмотря на многочисленные изменения, происходящие в работе сердечно-сосудистой системы, при физиологически протекающей беременности у здоровых женщин краткосрочная вариабельность АД остается низкой и не меняется на всем ее протяжении, а также в период лактации. Это, по-видимому, обуслов-

лено эластичностью стенки артерий, сглаживающей пульсовые волны. Долгосрочная вариабельность САД и ДАД также остается в пределах низких значений в этой группе, невзирая на физиологические колебания АД в определенные периоды беременности. Низкая вариабельность АД может быть связана в том числе с происходящей в организме гормональной перестройкой. Нельзя также не учесть и протективное влияние на сосуды простагландинов. Продолжение исследования позволит оценить значимость изучаемых показателей в прогнозировании осложнений беременности и родов.

ОЦЕНКА ЦИКЛИЧЕСКОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОГО РУСЛА БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Гаранин А.А., Рябов А.Е.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Самара

Цель. Изучить функциональное взаимодействие различных отделов большого круга кровообращения с помощью компьютерной реографии у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Методы исследования. Проведено 100 наблюдений с участием 40 практически здоровых волонтеров (группа 1) и 60 пациентов с сахарным диабетом, которые рандомизированы в группы по 30 человек по наличию СД 1 типа (группа 2) и 2 типа (группа 3). В исследуемые группы мы не включали лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. В группы 2 и 3, кроме того, не включались лица с микро- и макроангиопатиями, нейропатиями, клиническими, лабораторными и инструментальными признаками атеросклероза. Средний возраст обследуемых в группах 1 и 2 составил 25 ± 3 года, в группе 3 – 40 ± 2 года. Всем обследуемым регистрировались реограммы верхних и нижних конечностей в покое по разработанной нами специальной методике наложения электродов. Автоматизация процесса обработки реовазограмм проводилась на ЭВМ с использованием уникального пакета прикладных программ. В сосудистом цикле выделяли систолу и диастолу и его фазы. Статистический анализ основывался на непараметрических методах с использованием критерия Вилкоксона. При оценке достоверности различий между исследуемыми параметрами биомеханики исходили из 5%-ного уровня значимости.

Полученные результаты. Мы получили достоверное уменьшение продолжительности всех фаз периода

оттока у больных СД 1 типа, что свидетельствует о становлении гиперкинетического состояния кровообращения, которое на ранних этапах существования данного заболевания носит компенсаторный характер. У пациентов СД 2 типа наблюдается снижение длительности фазы ЭКО. Такое изолированное изменение продолжительности данной фазы указывает на увеличение жесткости артериальной стенки, что связано, прежде всего, с теми биохимическими и морфологическими процессами, которые развиваются при СД, а также с возрастными изменениями сосудистой стенки. Изменения скоростных и силовых характеристик в ряде фаз, как в период притока, так и в период оттока в группах 2 и 3 свидетельствуют о выраженных нарушениях биомеханики при СД 1 и 2 типов.

Выводы.

1. Компьютерная реовазография может применяться как самостоятельный метод оценки биомеханики большого круга кровообращения.

2. У больных сахарным диабетом 1 типа развивается гиперкинетическое состояние сосудистого русла кровообращения, как возможная реакция на метаболические нарушения при данном заболевании.

3. У больных сахарным диабетом 2 типа выявлено увеличение жесткости артериальной стенки. 2 фактора определяют это явление – начальные, доклинические проявления ангиопатий и возрастные изменения сосудистой стенки.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ

Гарганеева Н.П.

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

Цель исследования: оценить значимость кардиоваскулярных и психосоциальных факторов на развитие и течение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: Обследовано 165 больных ИБС (средний возраст 54,2±7,5 года) с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, связанными со стрессом. Диагноз ИБС верифицировался в кардиологическом стационаре. Оценка психического состояния проводилась с использованием клинико-психопатологического исследования и психодиагностических опросников HADS, MADRS, HAM-A.

Результаты: Методом логистической регрессии определены статистически значимые предикторы прогнозирования тяжести течения ИБС. В качестве примера приведены результаты одного из уравнений регрессии вероятного прогноза ИБС в группе мужчин (средний возраст 51,9±8,2). При достигнутых уровнях значимости и силы связи введенных признаков (Concordant 93,7%; Somers'D = 0,878) наиболее значимым признаком, отягощающим течение ИБС, оказался предиктор «возраст начала депрессивного расстройства» ($p = 0,0001$), который с первого шага уравнения составил 83,6% прогноза при максимальном значении коэффициента регрессии ($SE = 0,856184$). Значимым явился признак «давность психического расстройства» ($p = 0,0031$). Связанные с психосоциальным стрессом расстройства тревожно-депрессивного спектра на 2,76 года предшествовали первичной диагностике ИБС, что подтверждалось результатами дисперсионного анализа соотношений возраста больного, давности психической и коронарной патологии ($df = 3$; $F = 61,76$; $p = 0,0001$). Наиболее тесная взаимосвязь была между возрастом развития тяжелой депрессии, опережаю-

щей в среднем на четыре месяца проявления острого коронарного синдрома (ОКС) или прогрессирование ангинозных приступов. Клинически это проявлялось в развитии нефатального ОКС на фоне депрессивного эпизода вследствие перенесенного массивного психотравмирующего события (потеря близкого) у мужчин с впервые диагностируемой прогрессирующей стенокардией или инфарктом миокарда. В порядке значимости пошаговый алгоритм отобрал ведущие кардиоваскулярные предикторы, влияющие на прогноз у мужчин: АГ ($p = 0,0021$; $SE = 0,503482$), дислипидемия ($p = 0,0001$; $SE = 0,479361$), нарушения ритма сердца ($p = 0,0014$; $SE = 0,284576$), курение ($p = 0,0001$), СД 2 типа ($p = 0,0014$; $SE = 0,270915$), гипертрофия левого желудочка ($p = 0,0417$; $SE = 0,183926$). В ряду психосоциальных предикторов – психосоциальный стресс ($p = 0,0269$; $SE = 0,292497$) и его давность ($p = 0,0030$). Среди стрессорных факторов для мужчин имели значение производственные ($p = 0,001$), медицинские ($p = 0,001$), потеря близкого ($p = 0,001$). Психологические особенности: внутренняя напряженность ($p = 0,0338$), раздражительность ($p = 0,0198$), ангедония ($p = 0,0367$), пароксизмы страха смерти ($p = 0,0198$), фобии ипохондрического содержания ($p = 0,0251$), неудовлетворенность физическим состоянием ($p = 0,0226$), анозогнозия ($p = 0,0022$), обуславливая низкую приверженность мужчин к лечению.

Заключение: Формирование тревожно-депрессивных расстройств, связанных со стрессом, отягощает течение ИБС, что следует учитывать при разработке программ профилактики с учетом кардиоваскулярных и психосоциальных факторов

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ПОЗИЦИЙ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА

Гаспарян С.С., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Чернавский С.В.

ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» МО РФ, Москва, Россия

Цель: Одним из клинических исходов течения метаболического синдрома (МС) является развитие сахарного диабета 2 типа (СД 2). С практической точки зрения, важным является выделение тех компонентов МС, которые оказывают влияние на темпы формирования СД 2.

Методы исследования: проведено обследование с последующим 10-летним наблюдением 201 пациента (115 мужчин и 86 женщин) с МС. Возраст обследованных был 49,2±3,9 года, длительность МС составила 9,3±1,6 года. В первые 3 года наблюдения СД 2 развился у 41 (28,5%) пациента, к 7-му году – у 82 (57,2%), а к окончанию периода наблюдения – еще у 21 (14,3%). Таким образом, общее число лиц, у которых в течение 10-летнего периода наблюдения диагностировался СД 2 составило 144 или 71,9% от числа всех включенных в исследование. Всем больным наряду с общепринятым обследованием выполнялись эхокардиография,

холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, исследовался уровень ряда гормонов сыворотки крови. Применен корреляционный анализ, позволяющий установить взаимосвязь между двумя переменными величинами, одной из которых является конкретный исходный показатель у пациента с МС, с другой – сроки постановки у него диагноза СД 2.

Полученные результаты: По данным корреляционного анализа темп развития сахарного диабета у больных с впервые выявленным МС зависит в первую очередь не столько от нарушений углеводного обмена в дебюте заболевания, сколько от возраста больного, степени выраженности у него абдоминального ожирения, склонности к вредным привычкам, в частности, злоупотребление алкоголем и малоподвижный образ жизни, их сочетанием с нарушенным липидным обменом и уровнем систолического АД.

Выводы: Таким образом, корреляционный анализ позволяет обосновать наличие целого ряда характеристик в исходном состоянии пациентов с МС, ранее выявление которых и целенаправленное лечебно-про-

филактическое воздействие дает возможность если не исключить формирование у них СД 2, то значимо замедлить его развитие.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Горбунова М.Л., Самарина И.Н., Попова Н.А.

Кафедра терапии ФПКВ НижГМА, Нижний Новгород, Россия
«Больница скорой медицинской помощи г. Дзержинска, Россия»

Цель исследования – выявить особенности изменения электрокардиограммы у больных гематологического профиля при проведении специфического лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 32 пациента с диагнозом Миелопролиферативные заболевания: хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ) 7 чел., истинная полицитемия (ИП) 15 чел, первичный миелофиброз (ПМФ) 4 чел., эссенциальный тромбоцитоз (ЭТ) – 6 чел.

Мужчин 17, женщин 15, возраст – от 50 до 71 года.

Диагноз установлен на основании характерных клинической картины и изменений гемограммы и миелограммы, специфических высокочувствительных тестов:

– цитогенетического и молекулярно-биологического исследования крови (обнаружение Ph-хромосомы в 100% метафазных пластинок, BCR-ABL-позитив – для ХМЛ;

– биопсии костного мозга: гиперклеточное состояние гемопоэза с панмиелозом – гиперплазия всех миелоидных ростков с вытеснением жировой ткани и уровень Нв выше 185 г/л у мужчин и выше 165 г/л – у женщин – для ИП;

– Фиброза костного мозга 2–4 степени в сочетании со спленомегалией – для ПМФ;

– Длительного тромбоцитоза (более 450×10^9 /л) в гемограмме и повышения количества зрелых мегакарицитов в биоптате костного мозга – для ЭТ.

Все пациенты поступали в гематологическое отделение с прогрессированием заболевания, ухудшением самочувствия и гематологических показателей.

Основные изменения биохимических показателей касались повышения уровней мочево́й кислоты, повышения уровней АлАт и АсАт, ЛДГ. Пациенты не имели клинических проявлений заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы. На ЭКГ при поступлении

у пациентов регистрировалось коронарное несоответствие в области верхушечно-боковой и нижней стенки – отрицательные зубцы Т II, III, avF, V4–6 до 4 мм и депрессия ST V4–5 до 2 мм. При дополнительном кардиологическом обследовании (эхокардиография, велоэргометрия, ЭКГ-мониторирование, проводимые по единой методике) патологии не обнаружено. Все пациенты получали патогенетическую и симптоматическую терапию в соответствии со стандартами лечения нозологий. Продолжительность терапии составляла в среднем 14 дней \pm 3 дня.

Через 14 дней у всех пациентов было отмечено значительное улучшение самочувствия, положительная динамика лабораторных показателей и данных объективных исследований. Лабораторно выявлена хорошая положительная динамика в виде: уменьшения проявлений плеторического синдрома, нормализации уровня Нв у пациентов с ИП (у мужчин – Нв – 154 ± 3 г/л, гематокрит – $47,2 \pm 2,1$ %);

Снижения уровня лейкоцитов и нормализации лейкоцитарной формулы у пациентов с ХМЛ, снижения уровня тромбоцитов у пациентов с ЭТ до $400 \pm 14 \times 10^9$ /л,

Сокращения размеров селезенки на 5 см и рост уровня Нв до 101 г/л у пациента с ПМФ.

На контрольной ЭКГ отмечалась нормализация рисунка – появление изоэлектричного зубца Т и уменьшение депрессии ST.

Результаты и обсуждение. Изменения ЭКГ у пациентов с миелопролиферативными заболеваниями носили неспецифический характер. В процессе лечения отмечалось улучшение гематологических показателей и нормализация ЭКГ. Таким образом, у больных гематологического профиля показатели гемограммы являются самостоятельными предикторами изменений ЭКГ, которые не отражают органического поражения сердца.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВЕННЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ОБМЕНА БИЛИРУБИНА И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН

Горбунова О.Е., Панова Т.А., Крук Е.В.

ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь между количественными показателями обмена билирубина и окислительного стресса при различных формах ишемической болезни сердца у мужчин.

Методы исследования: В исследовании вошли 160 больных мужского пола в возрасте 48–69 лет: средний возраст 58 лет (53,0; 63,0). Из них в основную группу вошли 130 больных ИБС с низким уровнем общего билирубина (ОБ) за последние 3 года (6,60 мкмоль/л), в контрольную группу – 30 больных ИБС с нормальным уровнем билирубина (17,6 мкмоль/л).

Среди больных основной группы было: 100 человек со стабильной стенокардией (ССт) 2–3 ФК, 8 – с нестабильной стенокардией (НСт), 22 – с различными нарушениями ритма сердца. У всех больных контрольной группы была ССт 2–3 ФК.

Общий билирубин определяли фотометрическим способом, окислительный стресс (OxyStat), методом ИФА. Референсные значения для билирубина составили 11–21,7 мкмоль/л, для OxyStat < 350 мкмоль/л.

Полученные результаты: ОБ, прямой билирубин (ПБ), непрямого билирубин (НБ) у больных основной группы со ССт составили 6,7 (5,8; 7,5), 2,3 (2,0; 2,7), 4,4 (3,7; 5,0), в группе с НСт – 2,45 (1,4; 3,2), 1 (0,42; 1,3), 1,45 (1,1; 1,9) мкмоль/л, в группе с различными нарушениями ритма сердца – 7,1 (5,8; 8,0), 2,3 (2,0; 2,8), 4,7 (3,5; 5,1) соответственно. У больных группы сравнения – 17,6 (16,1; 18,7), 3,7 (2,9; 4,4), 13,26 (11,80;

15,02) соответственно. Различия по ОБ, ПР, НБ статистически достоверны между основной и контрольной группами, а также в основной группе между различными формами ИБС ($p < 0,0001$).

Уровень OxyStat у больных основной группы со ССт составил 593,2 (485,0; 851,9), для группы с НСт 2355,6 (1496,9; 3053,5), для группы с различными нарушениями ритма сердца показатели составили 838,9 (500,4; 1006,4). У больных группы сравнения 225,67 (212,02; 236,3).

Уровень OxyStat был достоверно выше у всех больных основной группы, чем у больных группы сравнения. У лиц группы с НСт уровень OxyStat был наиболее высоким.

Выводы:

1. Среди больных ИБС мужчин, имеющих уровень общего билирубина и его фракций ниже референсных значений, наиболее низкие их показатели получены при нестабильной стенокардии.

2. Показатель окислительного стресса был достоверно выше у больных ИБС с низким, чем с нормальным уровнем билирубина. Наиболее высокий уровень окислительного стресса отмечен у больных при нестабильной стенокардии.

3. Между низкими уровнями билирубина и OxyStat обнаружена сильная отрицательная корреляционная связь.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Горшков И.П., Волынкина А.П., Шапотаило Т.А.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, Воронеж, Россия

Сахарный диабет (СД) относят к хроническим социально значимым заболеваниям, резко повышающим риск инвалидности и преждевременной смерти, что увеличивает значимость мероприятий по раннему выявлению факторов риска развития СД, их предотвращению или минимизации.

Цель: выявить группы риска по развитию СД 2 типа в ближайшие 10 лет, идентифицировать наиболее значимые факторы внутри группы с высоким риском развития СД 2 типа.

Методы: в исследование был включен 291 человек (211 (72,5%) женщин и 80 (27,5%) мужчин), не зависимо от пола, возраста, присутствия сопутствующей соматической патологии, не имеющих на момент скрининга нарушенной гликемии натощак, нарушенной толерантности к глюкозе или СД. С использованием анкеты-опросника FINDRISC оценивались факторы риска развития СД: возраст обследуемого, индекс массы тела (ИМТ), употребление овощей, фруктов, физическая активность, наличие артериальной гипертензии (АГ) и прием антигипертензивных препаратов, эпизоды гипергликемии в анамнезе, наследственная предрасположенность к заболеванию. 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), χ^2 , критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты: Возрастная структура представлена: 24,1% – лица до 45 лет, 19,2% – от 45 до 54 лет, 56,7% – 55 лет и старше. В 69,4% случаев андронидный тип распределения жировой клетчатки. Нормальный ИМТ встречался у 23,4% обследуемых, избыточный вес – 32%, а та или иная степень ожирения характерна для 44,6% анкетированных ($29,3 \pm 0,35$ кг/м²). Распространённость нутритивного фактора риска составила 34,4%. Препрандиальная гипергликемия (ППГ) выявлялась у 37,5% ($6,15 \pm 0,14$ мм/л); наследственная отягощенность по СД – у 48,5% лиц. Сумма баллов шкалы FINDRISC определяла выраженность степени риска развития СД: 43,3% лиц имели низкий риск развития СД 2 типа, 13,7% – умеренный, 43% – высокий и очень высокий риск. При высоком риске развития СД отмечалась следующая последовательность рангов: рациональное питание ($r + 0,63$, $p < 0,01$), гипергликемия ($r + 0,53$, $p < 0,01$), ИМТ ($r + 0,43$, $p < 0,01$), физическая активность ($r + 0,36$, $p < 0,01$), возраст ($r + 0,27$, $p < 0,05$), ДАД ($r + 0,26$, $p < 0,05$), ОТ ($r + 0,23$, $p < 0,05$), антигипертензивная терапия ($r + 0,22$, $p < 0,05$). У обследуемых с высоким уровнем риска превалирующим фактором риска (частота встречаемости – 96,2%) является возраст от 45 лет и старше и ППГ (100%); вторым призна-

ком является ОТ (более 88 см у женщин и 102 см у мужчин) – 92,5%; антигипертензивная терапия – 88,7%; низкая физическая активность – 84,9%, ожирение – 81,1%, наследственная предрасположенность – 71,7%; неправильное питание – 54,7% случаев.

Вывод: Таким образом, основная часть скринированных (75,9%) – люди, в возрасте от 45 лет и старше,

с наличием в 76,6% избыточного веса или ожирения (в 69,4% по андроидному типу), АГ (52,2%), гиподинамии (50,5%), наследственной предрасположенности (48,5%), ППГ в анамнезе (37,5%) и неправильным питанием (34,4%), что требует модификации образа жизни с повышением физической активности и нутритивной коррекцией, снижения массы тела, контроля АД.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Григорьев Ю.Г., Арабидзе Г.Г., Дейкина О.Н., Полякова О.В.

Кафедра Фтизиатрии и пульмонологии, Кафедра Госпитальной терапии № 2 ГБОУ ВПО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель: изучение особенностей течения сердечно – сосудистых поражений у больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: В исследовании проводилось анализ историй болезни 49 пациентов с различными формами туберкулеза легких. Из них 23 человека в возрасте до 70 и 26 – старше 70 лет, без ангинозных приступов на момент обследования.

Результаты: При анализе ЭКГ у больных с туберкулезом в возрасте 70–87 лет ($M \pm m$; 77,4±4,5) выявлены ишемические изменения миокарда с депрессией сегмента ST на 1 мм и более и инверсией зубца $T_{v_2-v_6}$ в 42% случаев. В 23% случаев выявлены подъемы сегмента ST. Нарушения ритма сердца в виде наджелудочковой экстрасистолии (27%), наджелудочковой тахикардии (12%) и пароксизма мерцания предсердий (15%), желудочковой экстрасистолии (15%) с ЧСС 89,1±19,1 в мин. Таким образом, можно предположить атипичное течением ИБС в старшей возрастной группе больных туберкулезом, с частыми наджелудочковыми нарушениями ритма, возможно обусловленными и скрытой перегрузкой правого предсердия. Полученные данные не позволяют

исключить наличие безболевого инфаркта миокарда у части из этих пациентов. При сравнении возрастных групп до 60 (50–60 лет; 54,4±2,8; 10 пациентов) и свыше 60 лет (60–69 лет; 65,5±2,4; 13 пациентов) выявлено достоверно более высокое количество пациентов с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда в возрасте свыше 60 лет (6,4 и 33,3% соответственно; $p < 0,001$). На ЭКГ больных в возрастной группе 50–69 лет отмечены диффузные ишемические изменения миокарда в виде отрицательных или сглаженных $T_{v_2-v_6}$ в 22% случаев, депрессии сегмента ST в 48% случаев и подъем сегмента ST в 26% случаев. Нарушения ритма сердца отмечались в виде пароксизма мерцания предсердий (4%), желудочковой экстрасистолии (4%), наджелудочковой экстрасистолии (26%).

Выводы: Наличие довольно частых изменений на ЭКГ в виде подъемов сегмента ST особенно у лиц старшей возрастной группы с легочным туберкулезом. (23 % случаев у больных с туберкулезом в возрасте 70–87 лет и 26% случаев в возрасте 50–69 лет) требует особо осторожного подхода в плане дифференциальной диагностики безболевого инфаркта миокарда.

АКТИВНОСТЬ НАД/НАДФ-ЗАВИСИМЫХ ДЕГИДРОГЕНАЗ В ТРОМБОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ К КЛОПИДОГРЕЛУ

Гринштейн И.Ю.,¹ Савченко А.А.,^{1,2} Гринштейн Ю.И.,¹ Филоненко И.В.,¹ Косинова А.А.¹

1 ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ, Красноярск, Россия;

2 ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия.

Цель исследования – изучить особенности уровня активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) в зависимости от их чувствительности к клопидогрелу.

Материалы и методы. Обследованы 51 больной мужского пола со стабильной стенокардией II–IV функционального класса до и после АКШ и 35 здоровых мужчин (контроль). Определение спонтанной и инду-

цированной агрегации тромбоцитов проводилось на агрегометре «Биола» до АКШ (двухнедельная отмена антиагрегационных препаратов), после АКШ на фоне терапии 75 мг клопидогрела и через 6 месяцев после операции. В зависимости от подавления АДФ зависимой агрегации тромбоцитов на 50% от исходной через две недели лечения клопидогрелом или отсутствия таковой все пациенты были разделены на две группы: чувствительные ($n = 41$) и резистентные ($n = 10$) к клопидогрелу. Билюминесцентным методом определя-

лась активность НАД (Ф) - зависимых дегидрогеназ тромбоцитов.

Результаты. Установлено, что метаболизм тромбоцитов больных ИБС независимо от чувствительности к клопидогрелу характеризуется снижением активности анаэробной энергетики, глутатион-зависимой антиоксидантной системы, а также реакций, осуществляющих перенос продуктов липидного катаболизма на гликолиз и НАДФН-зависимый отток субстратов с лимонного цикла на аминокислотный обмен. Метаболическими особенностями тромбоцитов, характеризующими состояние резистентности к клопидогрелу,

являются низкая активность ключевой реакции пентозофосфатного цикла, отражающей состояние пластического обмена и субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, определяющего интенсивность аэробной энергетики. Только у клопидогрел-чувствительных больных ИБС в тромбоцитах повышается активность НАДФМДГ (ключевой реакции липидного анаболизма).

Выводы. У больных стабильной стенокардией напряжения чувствительность рецепторов тромбоцитов к клопидогрелу зависит от активности НАД (Ф)-зависимых дегидрогеназ красных кровяных пластинок.

МЕТАБОЛИЗМ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОТВЕТЕ НА КЛОПИДОГРЕЛ

Гринштейн И.Ю.¹, Савченко А.А.^{1,2}, Гринштейн Ю.И.¹, Филоненко И.В.¹

1 Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия;
2 ФГБУ «НИИ медицинских проблем Севера» СО РАМН, Красноярск, Россия.

Цель работы: изучить особенности уровней активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах у больных стабильной стенокардией (СтС) после аорто-коронарного шунтирования (АКШ) в зависимости от их чувствительности к клопидогрелу.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 51 больной СтС мужского пола в возрасте от 45 до 72 лет, которым выполнено АКШ. Контроль – 35 относительно здоровых мужчин. Изучение спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов под действием индукторов агрегации (5 мкМ АДФ, 20 мг/мл коллаген, 7 мкг/мл адреналин) проводилось на агрегометре «Биола» до АКШ (двухнедельная отмена антиагрегационных препаратов), на фоне терапии 75 мг клопидогрела после АКШ и через 6 месяцев. В зависимости от подавления АДФ зависимой агрегации тромбоцитов пациенты были разделены на две группы: чувствительные и резистентные к клопидогрелу. Уровни активности НАД (Ф)-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови определяли с помощью биолюминесцентного метода на анализаторе БХЛ-3606М. Определялась активность ферментов: глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), малик-фермента (НАДФМДГ), НАД- и НАДН-зависимой реакции лактатдегидрогеназы (ЛДГ и НАДН-ЛДГ), НАД- и НАДН-зависимой реакции малатдегидрогеназы (МДГ и НАДН-МДГ), НАД- и НАДФ-зависимой глутаматдегидрогеназы

(НАДГДГ и НАДФГДГ), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ) и глутатионредуктазы (ГР).

Результаты и обсуждение. Установлено что, метаболизм тромбоцитов больных СтС независимо от чувствительности к клопидогрелу характеризуется снижением активности анаэробной энергетики, глутатион-зависимой антиоксидантной системы, а также реакций, осуществляющих перенос продуктов липидного катаболизма на гликолиз и НАДФН-зависимый отток субстратов с лимонного цикла на аминокислотный обмен. Метаболическими механизмами тромбоцитов, характеризующими недостаточный ответ на клопидогрел, являются низкая активность ключевой реакции пентозофосфатного цикла, отражающей состояние пластического обмена и субстратного потока по циклу трикарбоновых кислот, определяющего интенсивность аэробной энергетики. Только у чувствительных к клопидогрелу больных СтС в тромбоцитах повышается активность НАДФМДГ (ключевой реакции липидного анаболизма).

Заключение. Установление метаболических особенностей тромбоцитов у больных с высокой остаточной реактивностью на клопидогрел позволяет оптимизировать терапию, как за счет увеличения дозы клопидогрела так и благодаря комбинированной антиагрегационной терапии.

ДИЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ КРОВИ КАК НОВЫЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Гринштейн Ю.И.¹, Суховольский В.Г.², Андина Л.А.¹, Гринштейн И.Ю.¹, Ковалев А.В.²

1 ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»;
2 МЗ РФ, Красноярск, Россия. Международный научный центр исследований экстремальных состояний организма при Президиуме Красноярского научного центра Сибирского Отделения Российской академии наук, Красноярск, Россия.

Цель. Изучить диэлектрические особенности крови у больных нестабильной стенокардией (НС) для разработки нового дополнительного диагностического критерия острой ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследован 61 пациент с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС БП ST), из них 40 пациентов – имеющие по ЭКГ изменения ишемического характера, 21 пациент с ОКС без изменений на ЭКГ. У всех пациентов тропонин Т был отрицательным при неоднократном определении. Группа сравнения представлена пациентами со стабильной стенокардией напряжения II ф.к. (n = 13). Контрольная группа состояла из 30 здоровых доноров центра переливания крови. 59 % пациентам с предварительным диагнозом ОКС БП ST (n = 61) была проведена коронароангиография (КАГ). У всех пациентов

выполнено изучение диэлектрических характеристик крови методом Фурье-спектроскопии.

Результаты. Диэлектрические параметры крови у пациентов с диагнозом ОКС БП ST/НС, в первые часы от начала приступа достоверно отличаются от таковых при стабильной стенокардии и контрольных значений. У 26% пациентов диэлектрические показатели крови восстанавливаются позже по сравнению с положительной динамикой возвращения сегмента ST на изолинию.

Заключение. Предлагаемый диагностический тест острой ишемии миокарда, наряду с ЭКГ-диагностикой и клинической картиной позволит в короткие сроки, осуществлять экспресс-диагностику ишемии миокарда при подозрении на ОКС БП ST/НС, особенно у коморбидных пациентов (Патент на изобретение № 2482488 от 20.05.2013).

ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гринштейн Ю.И.,¹ Андина Л.А.,¹ Суховольский В.Г.,² Ковалев А.В.,² Гринштейн И.Ю.¹

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

2 Международный научный Центр изучения экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН, Красноярск, Россия

Цель: установить диагностическую значимость изменений диэлектрических свойств крови у пациентов с признаками ишемии миокарда и артериальной гипертонией.

Материалы и методы: под наблюдением находились 40 пациентов с нестабильной стенокардией, отрицательными маркерами некроза миокарда, имеющих по ЭКГ изменения ишемического характера, у 36 из них была артериальная гипертония, причем у 12 пациентов с исходной депрессией сегмента ST. Группа сравнения – 22 пациента с изолированной артериальной гипертонией. Контрольная группа состояла из 30 здоровых доноров. При поступлении для всех пациентов в качестве дополнительного способа диагностики ишемии миокарда использовался метод диэлектрической Фурье-спектроскопии крови (Патент на изобретение № 2482488 от 20.05.2013). В основе метода лежит принцип изменения диэлектрических характеристик клеточных элементов крови в условиях остро возникшей ишемии миокарда. Ишемия миокарда диагностировалась, если значения одного из параметров σ_0 , χ_0 , μ_0 импеданс-годографа образца крови выходили за пределы нормы.

Результаты: выяснилось, что диэлектрические показатели крови у доноров изменяются в узком диапазоне значений. У 33 из 40 пациентов с нестабильной стенокардией и артериальной гипертонией с признаками гипертрофии левого желудочка диэлек-

трические показатели крови были изменены по сравнению с контролем в первые часы приступа стенокардии. У 17 из 33 пациентов (51 %) была проведена коронароангиография, которая выявила гемодинамически значимые изменения сосудов сердца, подтверждая ишемический характер депрессии сегмента ST. У 7 (18%) пациентов, не отличающиеся от нормы по диэлектрическим показателям крови, отмечалась артериальная гипертония с признаками гипертрофии левого желудочка. Очевидно, что у этих пациентов боль в сердце обусловлена кардиалгией иного генеза, в частности, повышенным артериальным давлением, что подтверждено результатами коронарографии. Микроваскулярная стенокардия исключена при проведении велоэргометрии. Пациенты с не ишемической депрессией сегмента ST и ошибочным диагнозом нестабильной стенокардии, существенно не отличались от пациентов с изолированной артериальной гипертонией и гипертрофией левого желудочка от нормы по диэлектрическим показателям, в то же время имели достоверные отличия от пациентов с нестабильной стенокардией и депрессией сегмента ST ишемического генеза. Выводы: Таким образом, было установлено, что изменения диэлектрических параметров крови позволяют убедительно диагностировать ишемию миокарда при наличии депрессии сегмента ST обусловленной гипертрофией левого желудочка.

КРИТЕРИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Громнацкий Н.И., Громнацкая Н.Н.

Цель. Исследовать частоту и характер диагностических критериев кардиометаболического риска (КМР) у детей с абдоминальным ожирением с целью верификации метаболического синдрома (МС).

Методы исследования. Из 1520 детей общей популяции методом стратификационной рандомизации отобраны 90 (5,9%) детей с абдоминальным ожирением, из них 30 (33,3%) с избыточной массой тела и 60 (66,6%) – с генерализованным ожирением. Измеряли массу тела, рост, окружность талии, шеи, бедер, определяли базальный уровень глюкозы, инсулина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), индекс массы тела (ИМТ), соотношение окружность талии/окружность бедер, индексы НОМА-IR и Саго. Детей с ожирением подразделяли на 4 группы: 1 группа – 13 детей с изолированным ожирением, 2 группа – 31 ребенок с ожирением и 1 критерием КМР, 3 группа – 28 детей с ожирением и 2 критериями КМР, 4 группа – 16 детей с ожирением и 3 критериями КМР. Двое детей имели 5 критериев КМР. Группу контроля (5 группа) составили 65 детей с нормальными ИМТ и окружности талии.

Результаты. Общее количество критериев КМР у детей с ожирением составило 233, количество критериев на 1 ребенка – 2,59. Наблюдалась разница между группами с достоверным увеличением индекса массы тела ($p_{1,5} = 0,001$, $p_{2,5} = 0,001$, $p_{3,5} = 0,001$, $p_{4,5} = 0,001$), возраст детей существенно возрастал от 10,8 (9,2–14,0) лет (1 группа) до 16 (13,0–17,0) лет (3 группа), что

соответствует теории постепенности формирования МС у детей с ожирением. Дети 1 группы отличались от детей группы контроля по возрасту, ИМТ, окружности талии, соотношению (окружность талии/окружность бедер). Дети 2 группы имели более высокие показатели массы и ИМТ, окружности шеи, талии и бедер, соотношения (окружность талии/окружность бедер), показателей концентрации базальной глюкозы и индекса НОМА-IR, ХСЛВП, систолического и диастолического АД, частоты диагностики АГ, то есть у детей наблюдались четыре критерия МС – абдоминальное ожирение, АГ, высокая концентрация базальной глюкозы, инсулинорезистентность, низкие значения ХСЛПВП. У детей 3 группы диагностирована высокая концентрация базального тощакового инсулина крови и индекса Саго, а у детей 4 и 3 групп высокая концентрация триглицеридов. У детей 3 и 4 групп имели место 4 критерия МС. С ростом численности критериев МС отмечалось повышение уровня показателей, особенно у детей 2 и 4 групп.

При диагностике МС по 3-м критериям были охвачены 51,0% детей с абдоминальным ожирением, по 2-м критериям – 82,1%, что в пересчете на общую детскую популяцию составляет 50,6 детей на 1000.

Выводы. К абдоминальному ожирению у детей рано присоединяются факторы КМР в последовательности → АГ → нарушение углеводного обмена → понижение концентрации ХСЛПВП крови, повышение концентрации триглицеридов крови.

АДИПОКИНЫ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Груздева О.В.¹, Белик Е.В.¹, Каретникова В.Н.^{1,2}, Учасова Е.Г.¹, Дылева Ю.А.¹,
Шурыгина Е.А.¹, Кузьмина А.А.¹, Паличева Е.И.^{1,2}

1 ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Кемерово;
2 ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Кемерово

Цель работы: оценить уровни адипокинов у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с наличием и отсутствием инсулинорезистентности (ИР) в динамике госпитального периода, а также их вклад в развитие ИР при ИМ.

Материалы и методы. Обследовано 133 пациента (80 мужчин и 53 женщины) в возрасте $60,25 \pm 1,11$ лет с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST. Оценка уровня ИР проводилась с помощью индекса QUICKI (Katz A. et al., 2000). В зависимости от наличия/отсутствия ИР пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 30 лиц с нормальной тканевой чувствительностью к инсулину, 2-я – 103 пациента с умеренной и выраженной степенью тканевой ИР. Критерий исключения – наличие СД 2 типа. Контрольную группу составили 33 здоровых человека. На 1-е и 12-е сутки ИМ в сыворотке крови определяли концентрацию лептина, адипонектина, резистина, С-пептида, инсулина, глюкозы

с помощью стандартных тест-систем. Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрических критериев и однофакторной логистической регрессией.

Результаты. У всех пациентов с ИМ выявлена гипергликемия на 1-е сутки ИМ, к 12-м суткам у лиц без ИР она снижалась, у лиц с ИР не изменялась. Уровень инсулина у пациентов 1-й группы в 1-е и 12-е сутки был сопоставим с контролем. У лиц 2-й группы на 1-е сутки наблюдалась гиперинсулинемия, усиливающаяся к 12-м суткам. Содержание С-пептида у пациентов обеих групп в 1-е сутки не отличалось от контроля, на 12-е сутки у пациентов с ИР его содержание возрастало. Содержание адипонектина у лиц 1-й группы не отличалось от контрольной группы на протяжении периода наблюдения, а у лиц 2-й группы было снижено. У всех пациентов на 1-е сутки наблюдалась гиперлептинемия, к 12-м суткам концентрация лептина у лиц

без ИР уменьшалась, а с ИР – увеличивалась. Уровень резистина на 1-е сутки был повышен у всех пациентов, к 12-м суткам у лиц 1-й группы имелась тенденция к возрастанию, а у лиц 2-й – к уменьшению. Обнаружена прямая корреляционная зависимость между содержанием лептина и резистина ($R = 0,42$ $p = 0,047$ – у лиц без ИР и $R = 0,55$ $p = 0,015$ – с ИР) и обратная – между лептином и адипонектином ($R = -0,26$ $p = 0,043$ и $R = -0,33$ $p = 0,021$ соответственно). При ИР наблюдались корреляции между содержанием лептина и инсулина ($R = 0,45$ $p = 0,02$), адипонектина и резистина ($R = 0,39$ $p = 0,014$). С помощью однофакторной логистической регрессии показано, что наибольший

вклад в развитие ИР вносят лептин и резистин: повышение лептина на 1 нг/мл увеличивает риск развития ИР в 2,06 раза (ОШ = 2,06, 95% ДИ = 1,009–4,205, $p = 0,02$, AUG = 0,7), снижение резистина на 1 нг/мл снижает риск развития ИР в 1,5 раза (ОШ = 1,51, 95% ДИ = 0,846–3,586, $p = 0,020$, AUG = 0,7).

Выводы. Определение уровней адипокинов, наряду с маркерами ИР, можно использовать не только для мониторинга динамики и оценки различных методов лечения ИР, но и, учитывая результаты однофакторного регрессионного анализа, для прогнозирования развития ИР у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ ВЫРАБОТКИ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (FGF-2 И TGF- β_1) В РАЗЛИЧНЫХ СЛОЯХ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ В КОНТРОЛЬНОЙ СЕРИИ ВРЫС ЛИНИИ ВИСТАР

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

1 ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Великий Новгород. Россия

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

Цель исследования: изучить особенности выработки основного фактора роста фибробластов (FGF-2) и трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β_1) в различных слоях стенки брюшной аорты в контрольной серии крыс линии Вистар.

Материал и методы исследования. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар (200±20 г). Животные имели свободный доступ к воде и пище и не подвергались каким-либо стрессовым и медикаментозным воздействиям. Декапитация животных проводилась под эфирным наркозом, производился забор материала на исследование.

При иммуногистохимическом исследовании использовались мышинные моноклональные антитела к TGF- β_1 (TB21) в разведении 1/100, кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400. В качестве оптически плотной метки, визуализирующей продукт иммуногистохимической реакции, использовался диаминобензидин. TGF- β_1 и FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения проводили шкалирование выраженности экспрессии факторов роста фибробластов: 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 исследования показали, что в эндотелиальном слое стенки брюшной аорты различий по экспрессии FGF-2 и TGF- β_1 не наблюдалось.

В адвентиции различий по слабой экспрессии FGF-2 и TGF- β_1 не выявлено, но значительно преобладала сильная экспрессия клетками TGF- β_1 (15 баллов), тогда как сильной экспрессии FGF-2 в адвентиции не наблюдалось ($\chi^2 = 11,398$, $p < 0,0001$). Самые значительные отличия наблюдались в медиі стенки брюшной аорты: экспрессия FGF-2 была в 5,1 раза больше экспрессии TGF- β_1 ($\chi^2 = 6,837$, $p < 0,0009$).

Таким образом, в контрольной серии крыс линии Вистар выработка FGF-2 и TGF- β_1 в различных слоях стенки брюшной аорты происходит по-разному: TGF- β_1 экспрессируется в основном в адвентиции, а FGF-2 преимущественно в медиі. Остается неясным какие же клетки синтезируют в основном TGF- β_1 в адвентиции, а какие клетки вырабатывают FGF-2 в медиі. Можно предположить, что ремоделирование тех или иных слоев стенки брюшной аорты может привести к изменению выработки факторов роста фибробластов, что может повлечь за собой изменение механизмов фиброгенеза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КОКАРНИТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

З.К. Гусеинова, З.Б. Тауешева, А.Д. Айдаболова, Г.Р. Бозишина, Г.Т. Абдрахманова

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганда, Республика Казахстан.

Цель исследования: Оценить эффективность препарата кокарнит в лечении больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Обследовано 15 женщин и 15 мужчин в возрасте от 46 до 70 лет, у которых по данным клиники, анамнеза, ЭКГ, ЭхоКГ диагностирована ИБС, прогрессирующая стенокардия. Продолжительность заболевания в среднем составила 8 лет. Все обследованные больные были разделены на две группы. VI-группу включены 15 пациентов (женщин), во II группу 15 (мужчин). Выраженность сердечной недостаточности соответствовала II ФК, у бпациентов I группы и у 8 – пациентов II группы. Сердечная недостаточность III ФК наблюдалась у9 больных I-группы и у 7 больных – II группы. Все пациенты принимали базисную терапию, включающую: бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, аспирин, нитраты. Частота возникновения приступов стенокардии составила в среднем 10 приступов в неделю. АД систолическое было в пределах 130–170 мм. рт. ст., диастолическое 90–100 мм. рт. ст. Всем пациентам I группы в комплексную терапию был включен кокарнит внутримышечно по 1 ампуле в сутки в течение 10 дней. Пациенты вели дневник, где отмечали количество приступов стенокардии за неделю, продолжительность приступов, количество таблеток нитроглицерина необходимых для купирования приступов. Проводилось исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, мочевины, креатинина, ферментов (аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы), билирубина до и после назначенного лечения.

Результаты: В результате комплексного лечения с включением в терапию Кокарнита 15 больных – 85% отметили улучшение общего состояния, а у пациентовII группы положительный эффект наблюдался в 50%. Частота приступов стенокардии у пациентов I-группы уменьшилась на 4-е сутки, а у пациентов II группы на 8-е сутки стационарного лечения. Потребность в применении нитроглицерина (изокета – спрей) у пациентов в I группы сократилась с 8 до 3 таблеток в неделю, а воII группе с 9 до 5 таблеток. Улучшение клинической симптоматики в виде уменьшения одышки отмечалось у 12 пациентов I группы- 80% и у 9 пациентов II группы. У пациентов в I группе систолическое давление снизилось в среднем на $8 \pm 1,2$ мм рт. ст., у пациентов во II группы – на $5 \pm 1,1$ мм.рт. ст. При исследованиианализов крови: общего анализа, мочевины, креатинина, АСТ, АЛС, билирубина проводимых на фоне лечениякокарнитом, каких-либо существенных отклонений от нормы в I и во II группахне наблюдалось

Выводы: 1. Применение препарата кокарнит в комплексном лечении ишемической болезни сердца приводит к улучшению клинического состояния больных: снижается частота приступов стенокардии, количество применяемого нитроглицерина, уменьшаются проявления сердечной недостаточности.

2. Назначение кокарнита в комбинации с другими антиангинальными препаратами обеспечивает дополнительный терапевтический эффект у больных с ИБС, не повышая риска развития побочных проявлений.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гусейнова З.К., Тайжанова Д.Ж., Таугешева З.Б., Сарманова А.С., Хавалхан А., Жуманов Б.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан.

Цель исследования: Оценить эффективность комбинированной терапии у больных с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: В исследование были включены 20 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 39 до 60 лет. Наличие артериальной гипертензии (АГ) устанавливали с помощью офисного измерения артериального давления (АД) методом Короткова. Всем пациентам проводились общеклинические, лабораторные, биохимические методы исследования, ЭКГ, ЭХОКГ, суточноемониторирование АД. Эффект терапии оценивали по динамике суточного АГ.В момент включения лечения больные были разделены на две группы. В I первой группе (20 мужчин) с гипотензивной целью получали 0,4 мг моксонидин по 1 т*2раза в день, в сочетании с амлодипином 5 мг*1 раза в день, во II группе (20 женщин) получали эналаприл 10 мг*2 раза в день, гидрохлортиазид 25 мг*2 раза в день, из статинов семикард 10 мг*1 раз в день. Последовательность назначения курсов тестируемого и референсно-

го препарата для каждого больного определяли путем рандомизации методом случайных чисел. Выдаваемый исследуемый препарат был «заслеплен» для пациентов.

Результаты: На фоне проводимого исследования наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям выявлена у 75% пациентов в обеих группах. У 20% обследованных в анамнезе выявлено длительное курение сигарет более 1 пачки в сутки. Нарушение толерантности к глюкозе при проведении глюкозотолерантного теста выявлено у 50% больных. Во время исследования пациенты не придерживались специальной гиполлипидимической и низкокалорийной диеты. У всех пациентов на момент включения в исследование артериальное давление было выше целевого уровня.В ходе проводимого лечения наблюдалось достоверное снижение целевого АД у пациентов I группы в 85% случаев наблюдался значительный гипотензивный эффект на 3-е сутки от начала лечения гипотензивной терапии. Уровень артериального давления на 3 сутки в данной группе снизился в среднем на

±42,7 мм. рт. ст. Во II группе пациентов гипотензивный эффект комбинированной терапией отмечался на 6 сутки лечения, что привело к дальнейшей коррекции лечения. Наилучший гипотензивный эффект получен в комбинации моксонидина и амлодипина. Частота побочных эффектов в данной комбинации оказалась низкой.

Вывод: Таким образом, препарат моксонидин в комбинации с амлодипином показал хорошую клиническую эффективность, способствуя таким образом стойкому снижению артериальной гипертензии, уменьшило количество койко-дней на госпитальном этапе лечения данного заболевания.

ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ДКМП

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

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить влияния омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (о-3 ПНЖК) на параметры ВСП у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы: В исследование включено 29 пациентов с ДКМП в возрасте от 18 до 54 лет (муж/жен 19/12) осложненной ХСН III ФК по NYHA. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: I-группа из 15 пациентов (муж/жен 10/5) получала стандартную терапию (СТ) хронической сердечной недостаточности (ХСН) (антагонист альдостерона, ингибиторы АПФ, β-блокаторы, сердечные гликозиды, мочегонные препараты). 2-я группа состоящая из 14 больных, получавшие дополнительно к СТ ХСН – омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (Омакор®) в дозе 2 г/сут. Лечение в обеих группах проводили в течение трех месяцев. Группы пациентов были сопоставимы между собой по полу, возрасту и длительности заболевания. Исходно и на этапе проводили ХМЭКГ с определением частотных и спектральных параметров ВРС.

Результаты: При спектральном анализе ВРС исходно, как в 1 так и во 2 гр. было выявлено наличие симпато-вагального дисбаланса, что характеризовалось преобладанием диапазона низких и сверхнизких частот: SDNN мс (108,±2,7; 102,5±21,8); SDANN

мс (96,5±21,5; 97,1±21,7); SDNNi мс (48,4±21,9; 33,2±8,6); rMSSD мс (28,6±12; 27,1±3,5); pNN50 (8,8±7,8; 8,5±3,7); HRV Ti (29,2±8,8; 28,7±9,6); TP мс2 (1943,5±399,1; 1812,1±217,8); ULF мс2 (468,5±152,9; 388,6±149,9); LF norm % (71±5,9; 72,4±5,4); HF norm % (29±8,1; 29,5±6,4); LF/HF (2,7±1,3; 2,6±0,9) соответственно в 1 и во 2 группах. 3-х месячный курс терапии как СТ как и СТ+О-3 ПНЖК способствовала улучшению всех показателей ВРС, выражающийся в повышении влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, улучшению высокочастотных показателей, с достоверным увеличением у пациентов I гр, принимавших комбинированную терапию: SDNN мс (134±33,9; 119,8±41,9 p<0,05); SDANN мс (119,6±32,4; 104,4±35,6; p<0,05); SDNNi мс (49,1±13,8; 103,4±35,5); rMSSD мс (38,1±15,1; 30,1±13,0; p<0,05); pNN50 (17,2±8,8; 6,3±6,5; p<0,05); HRV Ti (34,9±7,9; 28,7±9,2; p<0,05); TP мс2 (2188±583,6; 1611,2±456,5; p<0,05); ULF мс2 (351,4±199,3; 344±146,1; p<0,05); LF norm % (66,5±21,9; 70,4±8,3); HF norm % (43,5±21,9; 29,6±8,3); LF/HF (2,4±1,0).

Вывод: применение о-3 ПНЖК у больных ДКМП достоверно улучшает показатели ВРС, выражающееся в увеличении высокочастотных показателей. Переносимость трехмесячной терапии о-3 ПНЖК была удовлетворительной.

ОСОБЕННОСТИ ВРС ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С БАРОРЕФЛЕКТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ДКМП

Давирова Ш.Ш., Абдуллаев Т.А., Ганиева Н.П., Ахматов Я.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

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

Материал и методы: нами обследовано 36 пациентов (22 мужчин и 14 женщин), ср. возраст 34,4±15,8 (от 19 до 42 лет) страдающих ДКМП, осложненной ХСН II–IV ФК по NYHA. После стабилизации состояния больным помимо объективного осмотра была проведена оценка барорефлекторной регуляции на ортостатическом столе с постоянным контролем ЭКГ в 12 стан-

дартных отведениях и определением параметров ВРС. Интерпретация данных ВРС проводилась согласно рекомендациям североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г).

Результаты: Все пациенты в зависимости от показателя SDNN были распределены на 2 группы. I группу составили 26 пациентов (ср возраст 32,5±10,6; муж/жен 13/3) с SDNN> 100 мс, во II группу вошли 10 пациентов (ср возраст 34,5±9,6; муж/жен 7/3) с SDNN<100 мс. Ортостатическая нагрузка у пациентов I гр. сопровождалась увеличением параметров SDNN с 112,5±27,8 мс до

132,7±43,9 мс (p =), LF с 502,0±194,4 до 721,8±227,2 (p =) и подавлением HFc 339,9±97,6 до 184,9±78,5 (p<0,05), во время пробы нарушений ритма сердца, проводимости не было выявлено. Во II гр. пациентов в ответ на вертикализацию наблюдалось одномоментное снижение всех компонентов: SDNN (с 79,5±20,9 до 59,7±19,4;p =); LF (136,4±49,7;p =); HF (с 306,4±155,9 до 231,6±148,9 мс; p<0,05). При этом на нагрузку отмечалось увеличение количества одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) с 7,4±2,5 (в покое) до 15,3±7,6

в мин (p<0,04) так же развитием более сложных форм ЖЭ, не регистрировавшихся в покое (эпизоды аллоритмии, куплеты ЖЭ, у 1 пациента зарегистрирована групповая ЖЭ).

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

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Дадашова Г.М.

НИИ кардиологии Азербайджана им. Дж. Абдуллаева, Баку

Цель исследования – Изучить гендерные особенности ренин-ангиотензин альдостероновая системы (РААС), оценить взаимосвязь состояния РААС с уровнем женских половых гормонов, альдостерона, активности ренина плазмы при артериальной гипертензии у женщин в пери-и постменопаузе.

Материалы и методы. Обследованы 35 пациентов с артериальной гипертензией АГ (АГ) 1–3-й степени в сочетании с ИБС, средний возраст 56,8±6,9 года. Группу контроля составили 21 здоровых людей с нормальным индексом массы тела (ИМТ). Каждая из этих групп была разделена на подгруппы по половому признаку: группу IA составили здоровые мужчины (N = 10), группу IB – здоровые женщины (N = 11), группу ПА – мужчины с АГ (N = 17), группу ПБ – женщины с АГ (N = 18). Оценку гормонального статуса проводили с определением уровней эстрадиола, тестостерона, альдостерона, активности ренина плазмы (АРП) в сыворотке крови с помощью радиоиммунного анализа.

Результаты. Снижение концентрации эстрогенов выявлялась у женщин I Б, II Б групп и имела тенден-

цию к понижению у представительниц с АГ (II Б группа). Концентрация альдостерона в группе ПБ составила 169,8±109,9пг/мл и была достоверно выше (p<0,05) по сравнению с группой ПА 98,1±47,4пг/мл. У женщин с АГ наблюдалась более чем двукратное повышение уровня ренина по сравнению с мужчинами с АГ (3,8±2,2 vs 1,5±1,3). Статистически значимые различия гормонального профиля проявлялись в виде более низкой концентрации тестостерона в IB группе по сравнению с IA группой (0,2±1,08 vs 6,8±2,7), (p<0,05). В группе пациенток с АГ (Группа ПБ) была обнаружена высокая концентрация тестостерона (9,5 раза) по сравнению с контрольной группой женщин (Группа IB).

Заключение. У больных АГ обнаружены гендерные различия состояния РААС с более высокой концентрацией альдостерона и ренина у женщин в пери- и постменопаузе, чем у мужчин сопоставимой группы. Уровень тестостерона у женщин с АГ достоверно превышал значения в сравнении с контрольной группой женщин.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Даурова М.Д., Гагагонова Т.М., Болиева Л.З.

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Актуальность. Высокая распространенность коморбидных состояний, таких как артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), определяет необходимость углубленного изучения патогенетических механизмов их развития.

Целью исследования явилось изучение особенностей эндотелиальной дисфункции и ее взаимосвязь с активностью системного воспаления у больных с ХОБЛ и (АГ).

Методы исследования. Всего обследовано 144 человека **обоих полов** в возрасте старше 45 лет, средний возраст составил 59,3±6,8 лет. Все участники исследования были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу и возрасту: группа I (контрольная) была сформирована из практически здоровых лиц, в группу II вошли пациенты с АГ, группу III составили пациенты с ХОБЛ, группу IV-пациенты с ХОБЛ в сочетании с АГ. Всем исследуемым проводили клиническое, лабораторное и инструментальное обследование в соот-

ветствии с действующими стандартами медицинской помощи больным с АГ и ХОБЛ. Специальные методы исследования включали: определение уровней общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП, соответственно), триглицеридов, С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), ФНО-альфа и гомоцистеина, а также проведение суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Результаты. По результатам корреляционного анализа у больных ХОБЛ в сочетании с АГ нами выявлена положительная корреляция между повышением срСАД и уровня гомоцистеина ($r = 0,57$). Уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО-альфа, С-реактивного белка и общего холестерина прямо коррелировали между собой с коэффициентом корреляции более 0,5 ($p < 0,05$). У больных в группах III и IV концентрации СРБ в среднем составили $9,13 \pm 1,02$ мг/л и $8,16 \pm 1,25$ мг/л, что было достоверно выше контрольных значений в 2,9 и в 2,6 раза ($p < 0,001$) и показателя в группе II в 3,2 и в 2,8 раза, соответственно ($p < 0,001$).

Согласно полученным лабораторным данным во всех группах обследуемых больных отмечаются отклонения показателей липидного спектра от контрольных значений, при этом уровни ОХС и ХС ЛПНП в группах II и IV достоверно превышают показатели контрольной группы. Уровни гомоцистеина, ФНО-альфа и ИЛ-1 β повышены во всех группах обследованных больных. Содержание гомоцистеина в группах II, III и IV было достоверно выше показателя в контрольной группе в 1,5, 1,8 и 1,9 раза, соответственно ($p < 0,001$). Содержание ИЛ-1 β в указанных группах было выше контрольных значений в 1,4, 1,6 и 1,7 раза ($p < 0,05$), ФНО-альфа – в 1,3, 1,4 и 1,6 раза, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные подтверждают имеющиеся представления о значимой роли системного воспаления и эндотелиальной дисфункции в патогенезе сочетанной кардиореспираторной патологии, а также в определенной степени объясняют высокую распространенность сочетания АГ и ХОБЛ в клинике внутренних болезней и значимую роль ХОБЛ в развитии сердечно-сосудистого континуума.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО МЕТОДУ Н.С. КОРОТКОВА. ВЛИЯНИЕ ЖЁСТКОСТИ АОРТЫ

Дегтярёв В.А.

ООО Новые восточно-европейские технологии, Москва, Россия

Исследовалось влияние жёсткости аорты на результаты определения систолического артериального давления (АДс) методом Н.С. Короткова (МК).

Обследовались больные изолированной систолической артериальной гипертензией (ИСАГ), для которой характерна высокая жёсткость аорты, и практически здоровые добровольцы. Определение АД по МК выполнялось имеющим сертификат медицинским персоналом без нарушений остроты слуха. В качестве альтернативного МК использовался метод измерения АД по объёмной компрессионной осциллограмме (ОКО).

Обследованы 110 больных ИСАГ в возрасте $66,34 \pm 1,43$ лет и 30 практически здоровых добровольцев в возрасте $26,4 \pm 0,60$. Первые же регистрации показали принципиальное отличие в формировании контура ОКО у здоровых молодых людей и больных ИСАГ. У здоровых после достижения давления в манжете величины АДср амплитуда осцилляций прогрессивно снижалась, величины АДс, определённые по МК и измеренные по ОКО, практически совпадали ($p = 0,053$). У больных ИСАГ после повышения давления в манжете до среднего артериального давления (АДср) амплитуда осцилляций сохранялась на достигнутом уровне

или увеличивалась. Величина АДс, определённая по МК при ИСАГ 1, была выше, чем измеренная по ОКО, в среднем на 30 мм рт. ст.; при ИСАГ 2 – на 40 мм рт. ст.; при ИСАГ 3 – на 50 мм рт. ст. ($p < 0,001$).

Анализ полученных данных привёл к заключению, что причиной изменения контура ОКО является гидравлический удар, возникающий у проксимального края манжеты при пережатии артерии и остановке тока крови в ней. У практически здоровых молодых людей он гасится эластичной аортой. У больных ИСАГ аорта теряет способность демпфировать энергию гидравлического удара. В результате он преодолевает давление манжеты и открывает просвет артерии. Поток крови, устремляющийся дистальнее манжеты, вызывает звуковые эффекты, которые принимаются за тоны Короткова.

Таким образом, по результатам наших исследований, метод Н.С. Короткова, хорошо зарекомендовавший себя при обследовании людей с эластичной аортой, не может использоваться при обследовании больных с высокой жёсткостью аорты, поскольку в таких случаях величина АДс, определённая этим методом, является ложной.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Демина Е.И., Белова И.И.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, РФ

Цель исследования: проанализировать динамику в физическом состоянии у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на фоне проводимого лечения, включающего антигеликобактерную терапию.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (18 мужчин и 12 женщин, средний возраст $41,2 \pm 4,4$ лет). Критерием включения в исследование явилось наличие язвенных дефектов в двенадцатиперстной кишке при эндоскопическом исследовании и обнаружение *Helicobacter pylori* при морфологическом исследовании биоптатов из антрального отдела желудка или при проведении биохимического уреазного теста. Курс лечения состоял из 7-дневного приема антигеликобактерной терапии, включающей рабепразол (онтайм®) 20 мг 2 раза в сутки до еды плюс два антибактериальных препарата: кларитромицин (клацид®) 500 мг 2 раза в день и амоксициллин (флемоксинсолютаб®) 1000 мг 2 раза в день после приема пищи. После завершения эрадикации больные продолжали принимать рабепразол (онтайм®) 20 мг утром ежедневно в течение 10 дней. После курса лечения всем пациентам проводили контроль заживления язвенных дефектов с помощью эзофагогастродуоденоскопии повторно. Физическое состояние больных оценивали клинически и с помощью опросника SF-36 в баллах до и после лечения.

Результаты исследования. На фоне лечения болевой синдром у всех пациентов был купирован на $2,1 \pm 0,07$ сутки. Во время проведения антибактериальной терапии 18 пациентов (60%) предъявляли жалобы на снижение аппетита и появление горечи во рту. У 6-и (20%) больных отмечена тошнота, снижение аппетита. Случаев диарейного синдрома и аллергических реакций не отмечено ни у одного пациента. После завершения антигеликобактерной терапии у всех больных диспептический синдром купировался самостоятельно, аппетит нормализовался на $9,1 \pm 0,07$ сутки. При повторном эндоскопическом исследовании на 17-е сутки язвенные дефекты зарубцевались у 30 (100%) больных. При сравнении показателей качества жизни до и после лечения выявлено их достоверное повышение по шкалам физического функционирования (PF, $51,1 \pm 2,6$ против $34,1 \pm 2,7$), ролевого функционирования (RF, $48,2 \pm 2,5$ против $31,2 \pm 2,7$), интенсивности боли (BP, $67,2 \pm 2,5$ против $41,8 \pm 2,9$), общего состояния здоровья (GH, $55,5 \pm 3,1$ против $29,2 \pm 3,4$).

Выводы: клинические, эндоскопические данные и полученные показатели качества жизни свидетельствуют об улучшении физического статуса больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после курса проведенного лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И СТРУКТУРНО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

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

1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
2 Городская клиническая больница № 52 г. Москва

Цель: изучить клинический статус, структурно-функциональные показатели сердца у больных с неструктурной формой гипертрофической кардиомиопатии (НГКМП) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования: обследовано 20 пациентов с НГКМП на терапии бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг, 16 женщин (80%), средний возраст $57,0 \pm 16,5$ лет. У всех пациентов наблюдались признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) I стадии I–III функционального класса (ФК) по NYHA. Больным оценивалась выраженность ХСН по шкале ШОКС в модификации Мареева В. Ю., эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ) и определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 5 человек с постоянной формой ФП, 2 группа – 15 человек с синусовым ритмом.

Полученные результаты: больные обеих групп были сопоставимы по полу ($p = 0,9$), возрасту ($p = 0,4$), дозе бисопролола ($p = 0,6$), Пациенты 1 группы отличались более высоким уровнем BNP ($404,0 \pm 246,4$ и $274,2 \pm 136,2$, пг/мл, $p = 0,02$), ФК ХСН по NYHA

($2,3 \pm 0,5$ и $2,0 \pm 0,5$, $p = 0,05$), суммой баллов по шкале ШОКС ($3,0 \pm 0,6$ и $2,2 \pm 0,9$, $p = 0,04$), индексированным размером левого предсердия (ЛП) ($2,4 \pm 0,3$ и $2,1 \pm 0,3$ см/см², $p = 0,048$), и более низкими значениями s' боковой части фиброзного кольца митрального клапана (ФКМК) ($7,4 \pm 0,5$ и $8,9 \pm 1,5$ см/с, $p = 0,01$), s' перегородочной части ФКМК ($8,0 \pm 0,5$ и $9,4 \pm 2,0$ см/с, $p = 0,04$), s' задней части ФКМК ($7,5 \pm 1,0$ и $9,4 \pm 2,0$ см/с, $p = 0,04$), s' передней части ФКМК ($8,3 \pm 1,3$ и $9,0 \pm 1,4$ см/с, $p = 0,05$), s' боковой части фиброзного кольца трикуспидального клапана (ФКТК) ($12,1 \pm 3,2$ и $14,0 \pm 1,9$ см/с, $p = 0,03$). В ходе исследования выявлена положительная корреляционная связь между наличием ФП и уровнем BNP ($r = 0,42$, $p = 0,01$), размером ЛП ($r = 0,37$, $p = 0,02$), суммой баллов по шкале ШОКС ($r = 0,33$, $p = 0,03$) и отрицательная с s' боковой части ФКМК ($r = -0,33$, $p = 0,01$), s' перегородочной части ФКМК ($r = -0,40$, $p = 0,01$), s' боковой части ФКТК ($r = -0,34$, $p = 0,04$).

Выводы: Наличие постоянной формы ФП у больных НГКМП ассоциировалось с более высоким классом ХСН, уровнем BNP, размером ЛП и сниженной продольной систолической функцией обоих желудочков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

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

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

2 Городская клиническая больница № 52 г. Москва

Цель: изучить эффективность ингибитора ангиотензин-превращающего фермента периндоприла у пациентов с необструктивной формой гипертрофической кардиомиопатией (НГКМП) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования: обследовано 20 пациентов с НГКМП на терапии бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг, 16 женщин (80%), средний возраст $57,0 \pm 16,5$ лет. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 5 человек с постоянной формой ФП, 2 группа – 15 человек с синусовым ритмом. Больным проводилась оценка выраженности ХСН по шкале ШОКС в модификации Мареева В. Ю., эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ) и определение уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). Пациентам обеих групп после обследования к лечению был добавлен периндоприл в дозе $2,8 \pm 1,8$ мг с повторным обследованием через 6 месяцев.

Полученные результаты: пациенты обеих групп были сопоставимы по полу ($p = 0,9$), возрасту ($p = 0,4$), дозе бисопролола ($p = 0,6$). Больные 1 группы отличались более высоким уровнем BNP, ФК ХСН по NYHA, суммой баллов по шкале ШОКС, индексированным размером левого предсердия (ЛП), и более низкими значениями s' боковой части фиброзного кольца ми-

трального клапана (ФКМК), s' перегородочной части ФКМК, s' задней части ФКМК, s' передней части ФКМК, s' боковой части фиброзного кольца трикуспидального клапана (ФКТК). Через 6 месяцев комбинированной терапии, у пациентов обеих групп наблюдалось достоверное повышение s' боковой части ФКМК (1 группа: $7,4 \pm 0,5$ и $8,3 \pm 1,0$ см/с, $p = 0,04$; 2 группа: $8,9 \pm 1,5$ и $10,2 \pm 1,6$ см/с, $p = 0,0007$), s' перегородочной части ФКМК (1 группа: $8,0 \pm 0,5$ и $8,8 \pm 1,6$ см/с, $p = 0,04$; 2 группа: $9,4 \pm 1,0$ и $9,9 \pm 1,4$ см/с, $p = 0,046$), s' боковой части ФКТК (1 группа: $12,1 \pm 3,2$ и $13,3 \pm 1,8$ см/с, $p = 0,047$; 2 группа: $14,0 \pm 1,9$ и $14,8 \pm 2,3$ см/с, $p = 0,046$), и снижение суммы баллов по шкале ШОКС (1 группа: $3,0 \pm 0,6$ и $2,0 \pm 0,6$, $p = 0,03$; 2 группа: $2,2 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 1,0$, $p = 0,02$). У пациентов 1 группы выявлено снижение уровня BNP ($274,2 \pm 136,2$ и $157,1 \pm 148,9$ пг/мл, $p = 0,02$), ФК ХСН по NYHA ($2,0 \pm 1,0$ и $1,4 \pm 0,5$, $p = 0,005$). Во 2 группе выявлена тенденция к снижению этих показателей ($p = 0,06$).

Выводы: терапия периндоприлом у больных ГКМП сопровождается улучшением продольной систолической функции ЛЖ, регрессом признаков ХСН по ШОКС. У пациентов с постоянной формой ФП терапия периндоприлом приводила к снижению уровня BNP и ФК ХСН по NYHA.

ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ: ТАКТИКА ВРАЧА В КОРРЕКЦИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

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

Лечение артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа имеет особенности, в связи с необходимостью учитывать органопротективные эффекты, различное влияние препаратов на углеводный и липидный обмен. Увеличение ЧСС ассоциируется с повышенной смертностью как в общей популяции, так и у лиц с установленным диагнозом артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель работы – изучить влияние ивабрадина и телмисартана у больных АГ и СД 2 типа с дисфункцией левого желудочка на гемодинамические показатели и качество жизни.

Материал и методы исследования: исследование – открытое, контролируемое, длительность наблюдения – 6 месяцев. Больные АГ и СД2 с признаками

ХСН II ФК (диастолической дисфункцией левого желудочка по I типу) при условии лечения пероральными сахароснижающими препаратами – 59 человек, средний возраст – $57,3 \pm 4,5$ лет. Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование ЭКГ. В 1-й группе ($n = 30$) назначен телмисартан (микардис), во 2-й группе ($n = 29$) – телмисартан+ивабрадин (кораксан). Результаты: стабильный гипотензивный эффект с поддержанием целевого уровня АД был получен в 1 и 2 группах к 3 недели у всех пациентов, достоверное снижение САД на 25,6% и ДАД на 19,4% при хорошей переносимости препарата. Во 2 группе дополнительное назначение ивабрадина позволило снизить ЧСС

от $75,1 \pm 7,3$ до $63,1 \pm 5,6$ уд/мин. Уменьшение массы миокарда левого желудочка достоверно на фоне лечения во 2-й группе в сравнении с аналогичным показателем 1-й группы, соответственно: от $231,6 \pm 9,5$ до $194,6 \pm 7,8$ и от $224,9 \pm 8,3$ до $214,7 \pm 6,8$. К концу периода лечения у больных 2-й группы фракция выброса (ФВ) возросла до 9,4% от исходного значения, $p < 0,05$, при этом отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от $0,61 \pm 0,17$ до $1,09 \pm 0,16$, уменьшение IVRT от $115 \pm 3,8$ мс до $89,3 \pm 2,4$ мс, при $p < 0,05$, уменьшение IVRT от $119 \pm 3,8$ до $89,3 \pm 2,4$ мс, DT от $271,0 \pm 12,4$ до $236,7 \pm 8,3$ мс. В 1-й группе получена также положительная динамика, но в меньшей степени в сравнении со 2-й

группой, соответственно исходно и через 6 месяцев: ФВ – от $49,6 \pm 2,3\%$ и до $52,2 \pm 3,4\%$; соотношение Е/А – от $0,64 \pm 0,14$ до $0,75 \pm 0,15$. В обеих группах наблюдали увеличение толерантности к физической нагрузке по данным теста 6-минутной ходьбы, однако наибольшая динамика во 2-й группе на фоне комбинации телмисартана и ивабрадина в сравнении с 1-й группой монотерапии телмисартаном – $28,4 \pm 4,2\%$ и $16,5 \pm 3,8\%$.

Таким образом, комбинация ивабрадина и телмисартана у больных артериальной гипертензией и СД2 обеспечивает наряду с антигипертензивным действием, адекватный контроль ЧСС, повышение переносимости физической нагрузки, улучшение показателей диастолической и систолической функций левого желудочка.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ

Дербенева С.А.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

Цель проведенного исследования: изучить эффективность диеты редуцированной калорийности в лечении больных с различной степенью выраженности ожирения.

Методы обследования. Обследовано 605 больных (188 мужчин и 417 женщин) с индексом массы тела > 25 кг/м² в возрасте 18–79 лет. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-инструментальное и лабораторное обследование по системе «Нутритест-ИП 2», включающее изучение динамики клинического статуса, антропометрических показателей, параметров композиционного состава тела и лабораторных показателей, характеризующих состояние липидного, углеводного и белкового обменов.

Результаты исследования показали, что назначение диеты редуцированной калорийности у больных ожирением способствовало значительному улучшению у них клинического статуса и показателей центральной гемодинамики (АД и ЧСС). Так, уровень систолического АД в результате проведенного курса лечения у больных всех групп снизился одинаково и достоверно на 18–19% ($p < 0,001$), диастолического АД – достоверно на 16–17% ($p < 0,001$), частота сердечных сокращений достоверно уменьшилась на 7–12% ($p < 0,001$). Концентрация глюкозы крови достоверно снизилась у больных ожирением I и II степени – на 6% ($p < 0,01$), у больных ожирением III степени – на 8% ($p < 0,001$). Уровень ХС ЛПНП достоверно снизился у пациентов с избыточной массой тела на 20% ($p < 0,001$), у паци-

ентов с ожирением I ст. – на 21% ($p < 0,001$), при ожирении II ст. – на 20% ($p < 0,001$) и при III степени – на 20% ($p < 0,001$). Уровень ОХС достоверно снизился, соответственно, на 16% ($p < 0,001$), 18% ($p < 0,001$), 18% ($p < 0,001$) и 17% ($p < 0,001$). Итоговая дельта снижения ТГ составила 15% в группе пациентов без ожирения, 19% ($p < 0,01$) – при ожирении I ст., 20% ($p < 0,001$) – при II ст. и 12% ($p < 0,01$) – при III степени. Редукция жировой массы тела у пациентов без ожирения составила 2,3%, у пациентов с ожирением I степени – достоверно на 3,1% ($p < 0,001$), у пациентов с ожирением II степени – достоверно на 3,4% ($p < 0,01$), а у пациентов с ожирением III степени – достоверно на 4% ($p < 0,001$).

Таким образом, установлено, что диетотерапия редуцированной калорийности в комплексе традиционных лечебных мероприятий («Нутрикор-ИП 2») у больных ожирением приводит к значительному улучшению клинического статуса, нормализации показателей центральной гемодинамики, благоприятному влиянию на антропометрические показатели и композиционный состав тела, выраженному улучшению липидограммы и других показателей биохимического анализа крови. Однако, эффективность диетотерапии у пациентов с ожирением III степени выражена в меньшей степени. И это требует изменения подходов к лечению данной категории больных, поиску новых способов коррекции нутриметаболического статуса, разработке персонализированных подходов к лечению.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Д.А. Дершова, Д.А. Яхонтов

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Материалы и методы. Обследовано 225 мужчин со стабильной стенокардией I–III ФК в сочетании с АГ в возрасте 40–65 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 108 пациентов с признаками ГЛЖ (средний возраст – 56,3±0,5 лет), среднее значение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – 165±3,5 г/м²; во вторую группу было включено 117 мужчин с ИБС с АГ (средний возраст – 55,4±0,6 лет) с нормальным ИММЛЖ (113,8±0,8 г/м²). Средние значения ИММЛЖ у больных 1-й и 2-й групп различались достоверно ($p < 0,005$). Средний возраст больных составлял 55,8±0,9 лет, достоверно не различаясь по группам. Давность ишемического анамнеза также оказалась сопоставима. Длительность АГ составляла в среднем 13,0±1,4 лет у больных 1-й группы и 7,3±1,2 лет у больных 2-й ($p < 0,05$). В группе лиц с ГЛЖ достоверно чаще диагностирована стенокардия напряжения III функционального класса. Всем пациентам помимо традиционного клинико-лабораторного и инструментального обследования выполнялось коронарография (КГ) по Judkins.

Результаты. Частота гемодинамически значимых поражений коронарных сосудов в целом составила 91,6% в 1-й группе и 70,1% во 2-й. В группе больных с ГЛЖ преобладали лица с гемодинамически значимыми поражениями 3-х и более коронарных артерий: 77 (51,9%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 16 (14,8%) и 1-сосудистое – у 13 (12,0%) обследованных. У лиц с нормальной ИММЛЖ гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий наиболее часто встречалось 1-сосудистое поражение – у 66 (56,4%) пациентов, 2-х сосудистое поражение имелось у 22 (19,1%), многососудистое – у 17 (14,5%) обследо-

ванных. Оценка анатомических особенностей поражения коронарного русла показала, что у больных с признаками ГЛЖ значимо чаще ($p < 0,001$), чем у пациентов с нормальным ИММЛЖ, встречалось гемодинамически значимое стенозирование ствола левой коронарной артерии (соответственно 16,6 и 6,3 % случаев), передней нисходящей артерии (соответственно 56,5 и 23,9% случаев) ($p < 0,001$). Также у больных с ГЛЖ достоверно чаще были поражены другие магистральные артерии: диагональная, огибающая, ветвь тупого края и правая коронарная артерия. При распределении больных по количеству пораженных сосудов в зависимости от типа ГЛЖ выявлено, что у больных с концентрической ГЛЖ по сравнению с пациентами с эксцентрическим типом ремоделирования ЛЖ достоверно чаще ($p = 0,032$) имелось поражение 3-х коронарных сосудов. В то же время, однососудистое поражение выявлено у 7 (10,8%) больных с концентрической ГЛЖ и у 7 (16,3%) с эксцентрической ГЛЖ, без достоверных различий ($p > 0,05$). Также не обнаружено статистически достоверных различий при сравнении поражения более 3-х сосудов и неизменного коронарного русла

Заключение. У больных ИБС в сочетании с АГ, с повышенным ИММЛЖ достоверно чаще, чем у больных без ГЛЖ, выявляются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и с большей частотой поражаются магистральные сосуды. Для больных ИБС с АГ с концентрической гипертрофией левого желудочка по сравнению с пациентами с эксцентрической гипертрофией характерно достоверно более частое трехсосудистое поражение коронарного русла.

УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ (ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Дехарь В.В.¹, Осипов А.Г.¹, Денисова Д.В.², Сопотова И.В.³, Осипова И.В.¹

1 Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

2 ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» Сибирское отделение РАМН, Новосибирск

3 КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул»

Цель: Изучить роль углубленного профилактического консультирования в формировании здорового образа жизни (ЗОЖ) среди студентов Алтайского края.

Материалы и методы: В специализированной студенческой поликлинике с центром здоровья на базе КГБУЗ «Городская больница № 4, г. Барнаул» в два этапа было проведено обследование студентов, в возрасте 18–24 лет (19,2±0,03). На первом этапе в 2012 году обследовано 500 студентов. Студенты были поделены по гендерному типу из них девушек – 69% (19,1±0,02), юношей – 31% (19,0±0,01). Каждому студенту проведено углубленное индивидуальное профилактическое консультирование. На втором этапе в 2013 году проведено повторное обследование тех же самых студентов. Оценивались в динамике следующие факторы риска: курение, физическая активность, нерациональное пи-

тание, психосоциальные факторы, индекс массы тела, окружность талии, уровень холестерина и глюкозы, артериальное давление. Оценка относительного суммарного сердечно-сосудистого риска для лиц моложе 40 лет по шкале SCORE. Данное исследование является пилотным. Планируется ежегодная оценка динамики факторов риска неинфекционных заболеваний среди студенческой молодежи.

Результаты. Динамика факторов риска неинфекционных заболеваний в 2012 и 2013 годах среди юношей: нерационально питание (НП) – 26 и 27%, низкая физическая активность (ФА) – 20 и 20,2%, психосоциальные факторы (ПФ) – 11 и 15% избыточная масса тела (МТ) – 3,8 и 4,4%, повышенное артериальное давление – 3,2 и 0,6%, курение – 2,2 и 2,4% гиперхолестеринемия – 1,8 и 0,2% гипегликемия – 0,6 и 0,1% соответственно. Пре-

ди девушек НП – 60 и 63%, низкая ФА – 29 и 30%, ПФ – 33 и 11% избыточная МТ – 7 и 7%, курение – 3,4 и 3,2% гиперхолестеринемия – 10 и 3% повышенное артериальное давление – 0,8 и 1%, гипергликемия – 0,1 и 0,1% соответственно. Все студенты имели относительно умеренный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. При повторном обследовании наблюдается положительная динамика по 3 факторам риска: снижение психосоциальных факторов в 3 раза ($p = 0,000$), гиперхолестеринемии среди юношей и девушек в 9 и 3,3 раза соответственно ($p = 0,000$), количество сельских учащихся с гиперхолестеринемией также снизилось в 3,7 раза ($p = 0,027$). Среди юношей отмечается сни-

жение повышенного уровня артериального давления в 5,3 раза ($p = 0,000$).

Заключение. Изменения произошли по 3 факторам риска: в 3 раза снизилось число лиц с психосоциальными факторами ($p = 0,000$), гиперхолестеринемией среди юношей в 9 раз и повышенным артериальным давлением в 5,3 раза ($p = 0,000$), среди девушек снижение гиперхолестеринемии на 3,3% ($p = 0,000$). Таким образом, ежегодное углубленное профилактическое консультирование в рамках специализированной поликлиники с центром здоровья является эффективной мерой в формировании ЗОЖ среди студентов.

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Дильмагамбетова Г.С., Туребаев М.Н., Алтаева А.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Бронхиальная астма среди заболеваний дыхательной системы относится к распространенному заболеванию. Диагностика и лечение данного заболевания является одним из важных направлений в клинике внутренних болезней. Одним из путей выхода из создавшейся ситуации является создание различных форм обучения пациентов. Среди них «Астма-школа» занимает одно из центральных позиций. Основное направление в деятельности школы является обучение пациентов самоконтролю. В такой ситуации необходимо тесное сотрудничество между пациентом и врачом. Безусловно, организация школы должна быть возвращена в первичном звене здравоохранения.

Цель исследования: оценка эффективности работы «Астма-школы» при бронхиальной астме.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 38 больных бронхиальной астмой, состоящих на диспансерном учете (25 женщин и 13 мужчин), в возрасте от 7 до 76 лет (средний возраст – 48 лет). Перед началом занятий пациенты были проанкетированы. Посещение занятий было добровольным. Группы формировались случайной выборкой, совместно занимались взрослые и дети с разным течением заболевания. Количество обучаемых в группе не превышало 5–7 человек, что способствовало хорошему сотрудничеству между врачом и пациентом.

Результаты. Анализ данных анкетирования перед началом обучения показал низкий уровень знаний пациентов о болезни и методах самоконтроля

симптомов заболевания. Большинство пациентов ответили «не знаю» на 64% вопросов. Соотношение правильных ответов к неправильным было 2/3.

Занятия проводились в виде лекций, бесед с больными, практических закреплений навыков. Обучение в «Астма-школе» было рассчитано на 5 занятий по 60 минут. За время обучения в школе пациенты закрепили следующие практические навыки: умение пользоваться пикфлоуметром, техника использования ингалятора, обучение дыхательной гимнастики. Результаты повторного анкетирования показали повышение уровня знаний пациентов о заболевании и методах самоконтроля. Доля больных, ведущих дневник самоконтроля, использующих пикфлоуметр, увеличилась с 11% до 87%. У пациентов вследствие контроля над симптомами заболевания уменьшилось количество обострений, вызовов бригад скорой помощи и количества госпитализаций. Пациенты стали рационально применять β_2 адrenomиметики короткого действия – как средство скорой помощи. Исчез страх перед длительным, постоянным назначением ингаляционных глюкокортикостероидов.

Выводы. Обучение в «Астма-школе» должно быть обязательным компонентом на амбулаторном этапе медицинской помощи пациентам с бронхиальной астмой. Занятия значительно повышают знания по заболеванию, закрепляют навыки самоконтроля, позволяют ориентироваться больным в сложных ситуациях. Важно регулярное посещение занятий.

РОССИЙСКИЙ РЕГИСТР ХРОНИЧЕСКИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ 2014 ГОДА

*Довгалецкий П.Я.¹, Ощепкова Е.В.², Посненкова О.М.¹, Коротин А.С.¹, Киселев А.Р.¹,
Попова Ю.В.¹, Генкал Е.Н.¹, Гриднев В.И.¹*

1 НИИ кардиологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Введение. Национальная стратегия по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями должна быть основана на достоверных данных о реальной клинической практике.

Целью создания российского регистра больных с хроническимисердечно-сосудистыми заболеваниями является сбор данных о пациентах, проводимом лечении и его исходах в лечебных учреждениях, оказывающих помощь больным с диагнозами артериальной гипертензии (АГ), стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы. Российский регистр больных с хроническимисердечно-сосудистыми заболеваниями является ретроспективным, непрерывным, многоцентровым. Координатор проекта – Российский кардиологический научно-производственный комплекс, разработчик – Саратовский НИИ кардиологии. Регистр работает в режиме он-лайн. Участие в регистре является добровольным. Ввод данных стартовал 1 февраля 2012 года. В 2014 году регистр заполнялся в 36 лечебных учреждениях из 11 регионов России. Включались все пациенты в возрасте 18 лет и старше с диагнозом АГ и/или ИБС и/или ХСН, которые проходили лечение за указанный период. Демографические и клинические данные, а так же данные о лечении пациента вводились специально обученными врачами.

Для российского регистра больных с хроническимисердечно-сосудистыми заболеваниями были разработаны основанные на рекомендациях индикаторы качества медицинской помощи для больных АГ, ИБС, ХСН. Вычисление индикаторов происходит автоматически в режиме реального времени.

Результаты. С 1 января по 31 декабря 2014 года в российский регистр больных с хроническимисердечно-сосудистыми заболеваниями была внесена информация о 15623 пациентах (АГ – 13772, ИБС – 2930, ХСН – 3555). У 44% больных АГ было достигнуто целевое АД (<140/90). Пациентам с ИБС рекомендованные лекарственные средства назначались в следующем объеме: антиагреганты – 40% больных, статины – 35%, бета-блокаторы – 48%, иАПФ/АРА – 58%. Рекомендованные больным с ХСН лечебно-диагностические мероприятия выполнялись в следующем объеме: определение фракции выброса – 16% больных, назначение иАПФ/АРА – 57%, бета-блокаторов – 39%, антикоагулянтов при фибрилляции предсердий – 12%, посещение школ для больных ХСН – 12%.

Выводы. В большинстве случаев российские больные с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями получают лечение, не соответствующее клиническим рекомендациям. Российский регистр больных с хроническимисердечно-сосудистыми заболеваниями является перспективным инструментом для оперативного управления качеством медицинской помощи.

ПОТЕНЦИРОВАНИЕ ЭФФЕКТА СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

Донцов А.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель – исследовать эффективность лазеротерапии в коррекции дислипидемии при метаболическом синдроме (МС) у больных ИБС.

Методы исследования. В исследование включено 123 больных хронической ИБС, средний возраст которых составил 56,7±5,2 года. МС диагностировали на основании критериев, разработанных экспертами Всероссийского научного общества кардиологов и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2009). Пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу включено 63 больных ИБС с МС, получавших стандартную медикаментозную терапию (СМТ), которая включала β-адреноблокаторы, нитроглицерин, ацетилсалициловую кислоту, а также статины (аторвастатин 20 мг/сут). Больные 2-й группы (n = 63) дополнительно получали курс лазеротерапии (ЛТ) – 10 процедур по 30 минут ежедневно с использованием лазерного полупроводникового терапевтического аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия). Была применена модифицированная методика «ВЛОК-405» с надвенным расположением излучающей головки КЛ-ВЛОК-405 (мощностью на конце световода 2,5 мВт, длина волны 0,63 мкм). Уровень общего холестерина

(ХС) определяли колориметрическим ферментативным тестом с использованием реагентов фирмы Bioscop Fluitest CHOL. ХС ЛПВП измеряли спектрофотометрически ферментативным методом с использованием полимера и детергента фирмы «Гален». Уровень триглицеридов (ТГ) определяли энзиматическим ферментативным методом на спектрофотометре с длиной волны 500 нм. Оценка липидного профиля крови проводилась до лечения и через 10, 90 дней после лечения.

Полученные результаты. Через 10 дней после лечения в группе ЛТ отмечено снижение уровня ХС с 6,68 (6,48; 7,05) до 6,01 (5,79; 6,12) ммоль/л (p<0,001), т. е. на 10% против 6% в группе СМТ – с 6,72 (6,44; 7,04) до 6,32 (6,21; 6,62) ммоль/л (p = 0,002), снижение ТГ на 25,7% – с 2,72 (2,6; 2,8) до 2,02 (1,88; 2,15) ммоль/л (p<0,001) против 1,9% – с 2,7 (2,58; 2,80) до 2,65 (2,55; 2,77) ммоль/л (p>0,05), повышение ХС ЛПВП на 21,8% – с 0,87 (0,83; 0,91) до 1,06 (1,03; 1,09) ммоль/л (p<0,001) против 2,3% – с 0,87 (0,82; 0,91) до 0,89 (0,83; 0,90) ммоль/л (p>0,05) в группе СМТ. Через 90 дней наблюдения уровень ХС в группе ЛТ достиг 5,44 (5,29; 5,73) ммоль/л против 5,7 (5,22; 5,96) ммоль/л в группе СМТ (p = 0,019), уровень ТГ составил 1,98 (1,89;

2,13) против 2,23 (2,09; 2,44) ммоль/л ($p = 0,007$), а уровень ХС ЛПВП повысился до 1,05 (1,04; 1,08) против 0,96 (0,88; 0,99) ммоль/л ($p = 0,024$). Таким образом, за 3-х месячный период наблюдения при проведении СМТ с применением статинов у больных ИБС с МС удалось достигнуть снижения уровня ХС на 15,2%, ТГ – на 17,4%, повышения уровня ХС ЛПВП на 10,3%. При использовании ЛТ снижение уровня ХС за данный

период составило 18,6%, ТГ – 27,2%, а повышение ХС ЛПВП – 20,7%.

Выводы. При использовании в лечении больных ИБС с МС низкоинтенсивной лазеротерапии отмечается потенцирование гиполипидемического эффекта статинов, что проявляется более значительным снижением концентрации в крови триглицеридов и повышением уровня ХС ЛПВП.

ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ КАК ФАКТОР РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Дотдаева А.А., Бойцов С.А.², Постнов А.Ю.³, Собенин И.А.³, Хасанова З.Б.³

1 МБЛПУ «Малокарачаевская центральная районная больница», Карачаево-Черкесия

2 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России

3 ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Цель: изучить значимость толщины комплекса интима-медиа сонных артерий как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), взаимосвязь с традиционными факторами риска у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и проживающих в условиях высокогорья.

Материал и методы: В исследование включены 112 человек, из них 88 мужчин, 24 женщины. В результате обследования сформированы 2 группы: больные ИБС и контрольная группа. В первой группе 77 пациентов, из них 60 мужчин (78%) и 17 женщин (22%). Ко второй группе отнесены пациенты, у которых в результате проведенного обследования не выявлена ИБС. В этой группе 35 пациентов, из них 28 мужчин (80%) и 7 женщин (20%). Всем пациентам проведено анкетирование для выявления поведенческих факторов риска, лабораторное и клинико-инструментальное обследование.

Результаты: Обнаружена достоверная положительная корреляционная связь толщины комплекса интима-медиа (КИМ), а также наличия атеросклеротической бляшки и стеноза сонных артерий с наличием ишемической болезни сердца и, в частности, с перенесенным

инфарктом миокарда в анамнезе. Выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий предсказуемо увеличивалась с возрастом. Выраженность атеросклеротического поражения сонных артерий не различалась у курящих и некурящих пациентов. Размеры бляшки и выраженность стенозирующего поражения сонных артерий имели прямую зависимость с несбалансированным питанием. Показатели липидограммы, глюкоза крови и высокочувствительный С-реактивный белок не демонстрировали корреляции с атеросклерозом сонных артерий, в отличие от уровня мочевого кислоты крови. Величина стеноза сонных артерий имела прямую корреляцию с уровнем апоБелка В, артериальной гипертензией и объемом талии. Кроме того, по данным инструментального обследования, была выявлена положительная связь толщины КИМ со скоростью пульсовой волны на периферических артериях.

Выводы: Атеросклеротические изменения сонных артерий, и, в частности толщина КИМ, имеют достоверную положительную связь с наличием ишемической болезни сердца и, в частности, с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе. Взаимосвязь с традиционными факторами риска ССЗ выявлена не была.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Дусмухамедова Э.Х., Каримов М.М., Исламова Ш.З.

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

Цель исследования: изучение частоты и особенностей течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у лиц с метаболическим синдромом и бронхиальной астмой.

Методы исследования: Всего было обследовано методом опроса 400 лиц в возрасте от 19 до 62 лет, средний возраст $46,5 \pm 15,7$ лет (мужчин 185 и женщин 215). Методом анкетирования основанных на Генвальских критериях и стандартам GINA были опрошены

также 200 жителей города Ташкента. Для верификации диагнозов по показаниям были использованы эндоскопические, спирографические исследования.

Полученные результаты: По результатам анкетирования у 104 лиц (26%) было обнаружено наличие симптомов ГЭРБ. ГЭРБ выражалась такими симптомами или их сочетанием, как изжога (96 лиц), отрыжка (у 62 лиц) и тошнота (у 45 лиц). Из 104 лиц с симптомами ГЭРБ повышение индекса массы тела до $29,9$ кг/

м² было отмечено у 46 лиц (44,2%). У 40 лиц (38,5%) ИМТ был равен 30–39,9 кг/м², что соответствует ожирению. При распределении по возрастным категориям, лиц с ГЭРБ в возрасте от 19 до 29 лет было 12 (11,5%), от 30 до 40 лет – 36 (34,6%), от 40 до 50 лет – 35 (33,6%) и от 50 до 62 лет – 21 (20,2%). Выявлено, что частота эндоскопически позитивной формы ГЭРБ с наличием органических изменений в слизистой оболочке пищевода была отмечена у 37,5 % опрошенных лиц, а у лиц с ИМТ более 30 частота данной формы ГЭРБ отмечалась у 58,5% ($p < 0,05$).

Среди 200 опрошенных респондентов выявляемость ГЭРБ составило 21,5%. Частота БА среди респондентов составило 9, 0%. Вместе с тем было выявлено, что частота БА у лиц с ГЭРБ было равно 19%. Если среди респондентов с БА легкое и среднее течение было равно 81% и 19%, то у больных БА ассоциированной с ГЭРБ они были равно 71% и 29%, соответственно. Ночные приступы БА отмечались у больных с БА у 44%, тогда как у больных БА с ГЭРБ они отмечались у 67% респондентов. Из биохимических показателей содержа-

ние в крови конечные метаболиты оксида азота, у больных с БА составляли $23, 6 \pm 1,05$ ммоль/л, при ГЭРБ $16,4 \pm 0,8$ ммоль/л. У больных с БА ассоциированной с ГЭРБ он был достоверно выше – $33,8 \pm 1,6$ ммоль/л ($p < 0,05$). Также было отмечено, что содержание в крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ФНО α) у больных с БА ассоциированной ГЭРБ было на 38,5 и 42,3 % выше, чем у больных с БА и на 19,5% и 22,2% выше чем у больных с ГЭРБ.

Выводы: Таким образом, проведенные исследования показали, что среди обследованных лиц частота обнаружения ГЭРБ составляет 26%. ГЭРБ больше отмечалась среди лиц с повышенной массой тела и ожирением. При повышении ИМТ более 30 ГЭРБ протекает в большей части с эндоскопически позитивной форме с наличием органических изменений в слизистой оболочке пищевода. Сочетанное течение ГЭРБ ассоциированной формы БА сопровождается более высоким воспалительным потенциалом, что в конечном итоге определяет взаимное утяжеление течения как ГЭРБ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ST2 И МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА NT-proBNP У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Дылева Ю.А., Груздева О.В., Учасова Е.Г., Каретникова В.Н., Федорова Н.В., Капиталан В.В., Барбараш О.Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово.

Цель исследования: оценить взаимосвязь стимулирующего фактора роста ST2 и мозгового натрийуретического пептида NT-proBNP у пациентов с инфарктом миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента (32 мужчины и 12 женщин) с инфарктом миокарда (ИМ), средний возраст которых составил $59 \pm 8,36$ лет. Верификацию диагноза проводили на основании клинических, электрокардиографических, эхокардиографических и биохимических характеристик ИМ. На 1-е и 12-е сутки ИМ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом содержание ST2 и NT-proBNPc помощью тест-систем фирм Criticaldiagnostics (США) и Biomedica (Словакия) соответственно. Контрольную группу составили 10 человек, сопоставимых по полу и возрасту. Статистический анализ данных проводился с помощью непараметрических критериев. Значение уровня $p < 0,05$ свидетельствовало о статистической значимости.

Результаты. У пациентов с ИМ на 1-е сутки содержание ST2 в сыворотке крови составило ($44,75 (24,90; 93,56)$ нг/мл) и было в 2,4 ($p = 0,002$) выше лиц контрольной группы ($18,81 (15,12; 21,03)$ нг/мл). К 12-м суткам выявлено значимое снижение уровня ST2 в 2,5 раза ($p = 0,001$). Концентрация NT-proBNP была так же повышена на 1-е сутки ИМ $36,84 (24,09; 89,26)$ фмоль/мл в 4,5 раза ($p = 0,000$) по сравнению с контрольной группой и $8,23 (5,61; 11,12)$ фмоль/мл, в то время как на 12-е сутки выявлена лишь тенденция к снижению уровня маркера до $26,38 (16,80; 103,90)$ фмоль/мл. В

течение госпитального периода фиксировали осложнения ИМ (острую сердечную недостаточность, раннюю постинфарктную стенокардию, рецидив ИМ, жизнеопасные нарушения ритма сердца), по наличию которых пациенты были распределены на группы благоприятного ($n = 29$) и неблагоприятного ($n = 15$) течения заболевания. В группе пациентов с неблагоприятным течением концентрация ST2 в 1-е сутки составила $69,99 (45,87; 216,20)$ нг/мл и была в 2 раза ($p = 0,031$) выше, чем в группе с благоприятным течением ($35,45 (24,44; 53,79)$ нг/мл). На 12-е сутки уровень маркера снижался в обеих группах в среднем в 2,7 раза и составил $17,00 (14,78; 20,84)$ нг/мл и $20,20 (16,47; 39,78)$ нг/мл соответственно. У пациентов с благоприятным и неблагоприятным течением ИМ не было отмечено существенной разницы в содержании NT-proBNP на 1-е сутки ИМ и составило $33,45 (24,34; 55,38)$ фмоль/мл и $56,14 (19,03; 187,90)$ фмоль/мл соответственно. На 12-е сутки уровень маркера не претерпевал существенных изменений ($26,35 (16,68; 67,76)$ фмоль/мл у пациентов с благоприятным прогнозом и $41,66 (17,65; 161,65)$ фмоль/мл у больных с неблагоприятным прогнозом соответственно).

При проведении корреляционного анализа выявлена прямая зависимость между содержанием ST2 и NT-proBNP в целом по группе на 1-е и 12-е сутки ($R = 0,50$, $p = 0,001$ и $R = 0,34$, $p = 0,036$ соответственно). Результаты логистического регрессионного анализа свидетельствуют о большей информативности ST2 в отношении риска развития госпитальных осложнений (ОШ

1,7; 95%-й ДИ (1,6–2,8)) в сравнении с NT-proBNP (ОШ 1,2; 95%-й ДИ (1,1–1,6)).

Заключение. Таким образом, у пациентов с ИМ наблюдается более выраженная динамика стимулирующего фактора роста ST2 по сравнению с NT-proBNP,

что тесно связано с развитием неблагоприятных исходов в госпитальном периоде заболевания. Определение концентрации ST2 может быть использовано в качестве маркера неблагоприятного кардиоваскулярного прогноза при инфаркте миокарда.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ФАКТОРОВ РИСКА

Евсевьева М.Е., Ростовцева М.В., Сергеева О.В., Коновалова Н.М., Журавлёва И.В., Самсонова В.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Оценить параметры центральной и периферической гемодинамики у молодых людей в «идеальных условиях», то есть при отсутствии основных факторов риска (ФР).

Материал и методы. Обследовано 26 студентов (12 юношей и 14 девушек) без наличия ФР в возрасте от 20 до 23 лет с помощью диагностического комплекса VPLab в формате программного обеспечения VasotensOffice (компания ООО «Петр Телегин», Н-Новгород). Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии, анализировались такие показатели, как систолическое АД аортальное (SYSao/САДао), диастолическое АД аортальное (DIAao/ДАДао), пульсовое АД аортальное (PPao/ПАДао), среднее АД аортальное (MBPao/СрДао), длительность периода изгнания левого желудочка (ЕД), индекс аугментации в аорте (AI_{ао}), амплификация пульсового давления (PPA) и индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SEVR). Исключались такие ФР, как отягощённая наследственность по ранним СС заболеваниям, избыточная масса тела/ожирение, курение, нерациональное питание, низкая стрессоустойчивость, хронические инфекционно/иммунно-воспалительные заболевания, а также дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика). Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде медиан Me (25–75 перцентили). Сравнительный анализ количественных признаков проводился помощью U- критерия Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Оказалось, что без ФР т.н. «идеальных» юношей и «идеальных» девушек среди обследованных студентов оказалось всего 33,3% и 36,8% соответственно. Медианы периферических показателей САД, ДАД, среднего АД у юношей и у девушек различались лишь на 0,5–1 мм рт. ст. в сторону увеличения у юношей. Аналогичная картина отмечена со стороны центральных показателей этих же параметров АД.

Вместе с тем, минимальные и максимальные значения этих показателей у юношей были чаще всего выше, чем у сверстниц. Периферическое же пульсовое давление (ПД) по значению медианы было на 6 мм рт. ст. выше у юношей, в то время как показатели центрального ПД оказались одинаковыми. Индекс амплификации ПД и индекс SEVR у студентов зарегистрированы на несколько более высоком уровне по сравнению со студентками в отличие от показателя ЕД. При этом показатели медиан ЧСС почти одинаковые. Самые значимые различия между двумя группами касались индекса аугментации или прироста ПД в аорте – медианы у юношей -8 (-12; 2), а у девушек 1,5 (-2; 5,5) соответственно, т.е. медианы находились в разнополюсных системах координат.

Заключение. Выявлено наличие заметных гендерных отличий в показателях, характеризующих состояние аортальной стенки у представителей молодого возраста при отсутствии каких-либо ФР. Наиболее значимые различия касаются индекса аугментации центрального ПД, которые свидетельствуют о наличии у юношей более благоприятного соотношения обратной и прямой пульсовых волн по сравнению с девушками, у которых длина аорты, естественно, заметно короче. Вместе с тем, ускорение основной волны и пульсовое давление на плече у юношей несколько выше, а время изгнания крови из левого желудочка несколько короче, чем у сверстниц. По последней причине у юношей индекс эффективности субэндокардиального кровотока выше, а значит диастолическая функция у них, вероятно, осуществляется в более благоприятных физиологических условиях. Полученные данные целесообразно учитывать, как «норму» при проведении массовых диагностических мероприятий в рамках молодёжной диспансеризации в условиях студенческих поликлиник и центров студенческого здоровья с целью надёжного формирования групп сердечно-сосудистого риска среди молодёжи.

ИНДЕКС АУГМЕНТАЦИИ И ФАКТОРЫ РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Деревянникова Е.В., Маркова Е.Ю., Журавлёва И.В., Горьковенко М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель. Оценить параметры центральной и периферической гемодинамики у молодых людей при наличии у них основных факторов риска (ФР).

Материал и методы. Обследовано 38 студенток (сФР 26 чел.) и 40 студентов (с ФР 28 чел.) в возрасте от 20 до 23 лет с помощью диагностического комплекса BPLab в формате программного обеспечения VasotensOffice (компания ООО «Петр Телегин», Н-Новгород). Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии, анализировались такие показатели, как систолическое АД аортальное (SYSao/САДао), диастолическое АД аортальное (DIAao/ДАДао), пульсовое АД аортальное (PPao/ПАДао), среднее АД аортальное (MBPao/СрДао), длительность периода изгнания левого желудочка (ED), индекс аугментации в аорте (AI_{hao}), амплификация пульсового давления (PPA) и индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SEVR). С помощью антропометрического обследования и комплексного анкетирования выявляли лиц с наличием таких ФР, как отягощённая наследственность по ранним СС заболеваниям, избыточная масса тела/ожирение, курение, нерациональное питание, низкая стрессоустойчивость, хронические инфекционно/иммунно-воспалительные заболевания, а также дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика). Сравнительный анализ проводили между двумя группами с наличием ФР (основная группа, 52 чел) и их отсутствием (контрольная группа, 26 чел). Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Microsoft Excel. Данные представлены в виде медиан Me (25–75 перцентили). Сравнительный анализ количественных признаков проводился помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Оказалось, что и у юношей и у девушек при наличии ФР практически все показатели, как

периферической, так и центральной гемодинамики оказались выше, чем у сверстников того же пола без указанных факторов. Но степень этих изменений со стороны разных параметров различная с учётом пола. Если среди юношей по показателям периферических САД и ПАД разница достигала 16 и 11 мм рт. ст., то у девушек эти различия составили лишь 5,5 и 3,5 мм рт. ст. По показателям центральных САД и ПАД разница среди первых равнялась 11 и 7 мм рт.ст., а у вторых 6,5 и 2 мм рт. ст. Независимо от пола наиболее значимые изменения – в разы – под влиянием негативных факторов зарегистрированы со стороны индекса аугментации. Причём, при наличии ФР у девушек этот показатель повысился почти в пять раз, а у юношей – в два раза. Изменения индекса амплификации и других параметров не были значительными.

Заключение. Появление ФР уже в молодом возрасте влечёт за собой заметное изменение показателей не только периферической, но и центральной гемодинамики. При этом профиль гемодинамических изменений существенно зависит от пола. У юношей более выражены приросты абсолютных параметров АД в аорте и на плечевой артерии, а у девушек более значимо повышение индекса аугментации или индекса прироста пульсового давления в аорте. Последнее свидетельствует о более выраженной негативной трансформации соотношения прямой и обратной пульсовых волн в крупных сосудах под влиянием ФР у представительниц слабой половины по сравнению со сверстниками противоположного пола. Появляются основания предполагать возможность наличия пол-ассоциированных особенностей снижения эластических свойств сосудистой стенки в ответ на появление тех или иных ФР в молодом возрасте. Необходимы дальнейшие исследования в указанном направлении.

ПИЩЕВОЙ ТЕРМОГЕНЕЗ УГЛЕВОДОВ У ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.

Егоренкова Н.П., Соколов А.И., Берштейн С.М., Батулин А.К.

НИИ питания РАМН, Москва, ООО «Санаторий «Ревиталь Парк», Московская область

Проблема ожирения в нашей стране занимает одну из центральных позиций в медицинской практике. Ожирение является фактором риска развития целого ряда заболеваний, связанных с нарушением деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной, мочеполовой, нервной, психической систем, а также опорно-двигательного аппарата.

Предполагается, что между ожирением и, следовательно, комплексом заболеваний, связанных с превышением веса, с одной стороны, и ослаблением или исчезновением пищевого термогенеза другой, существует определенная связь.

Известно, что с увеличением количества жира в организме ответная метаболическая реакция на пищу снижается.

Представляется интересным понять, какие особенности пищевого термогенеза углеводной пищи у людей, страдающих ожирением. А также, как влияет хи-

мический состав пищи на пищевой термогенез у этих людей.

Цель работы: оценить пищевой термогенез углеводов у пациентов с ожирением.

Методы исследования: исследование выполнено в контролируемых условиях санатория «Ревиталь Парк» г. Железнодорожный, Московской области на 10 практически здоровых пациентах, имеющих ожирение, без вредных привычек и не принимавших фармацевтические препараты.

Каждому пациенту проводилось антропометрическое и биоимпедансное исследование на аппарате ABC-01 «МЕДАСС».

Обмен покоя измеряли методом непрямой калориметрии на аппарате VO2000, в положении лежа, натощак и после тестовой пищевой нагрузки.

Каждый пациент получал тестовый завтрак (125 ккал/порцию). Гречневая, пшеничная и овсяная каши

были приготовлены на воде без добавления молока и масла. Содержание белков, жиров и углеводов в гречневой каше составляло (белок – 3,6%, жир – 4,0%, углеводы – 17,5% по калорийности), пшеничной – (белок – 3,2%, жир – 3,9%, углеводы – 19,3% по калорийности), в овсяной – (белок – 2,9%, жир – 4,7%, углеводы – 17,8% по калорийности). Термогенез тестового завтрака рассчитывали как разницу, между обменом покоя натощак и обменом покоя через 60 мин. от начала приема пищи. Значения пищевого термогенеза рассчитаны в процентах относительно обмена покоя, а также относительно калорийности тестового завтрака.

Результаты: значение пищевого термогенеза готовых каш составляла: 0,22 ккал/мин для пшеничной каши ($\delta = 0,18$; $m = 0,06$), 0,20 ккал/мин для гречневой каши ($\delta = 0,17$; $m = 0,05$) и 0,19 ккал/мин для овсяной каши ($\delta = 0,14$; $m = 0,04$) или от калорийности тестовой нагрузки: 16,2% для пшеничной каши, 14,4% для гречневой каши и 13,5% для овсяной каши.

Учитывая, что величина термогенного эффекта пищи зависит не только от состава и калорийности пищевой

нагрузки, но и от энергетического обмена организма, были определены значения постпрандиального термогенеза каш в процентах от обмена покоя: для пшеничной каши термогенез составил 25,2% ($\delta = 18,9$; $m = 5,97$), для гречневой каши 17,2% ($\delta = 15,1$; $m = 4,76$) и 16,4% для овсяной каши ($\delta = 10,9$; $m = 3,45$).

Заключение. Затраты энергии на пищевой термогенез постных каш (пшеничной, гречневой и овсяной) составляют 13–16% от калорийности тестового завтрака и 16–25% от обмена покоя. Максимальный термогенный эффект обнаружен при использовании пшеничной каши, затем незначительно ниже следует гречневая каша и затем овсяная. Обнаруженные различия проверенных каш обусловлены не только некоторым отличием в содержании макронутриентов, но и других компонентов, например, пищевых волокон. Эти данные могут быть использованы в диетологической практике в качестве нутрициологической характеристики продуктов питания, а также при назначении рекомендаций по питанию лицам, контролирующим массу тела.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОГО ТЕРМОГЕНЕЗА ПИЩИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ЖИРОВОЙ МАССЫ ТЕЛА

Егоренкова Н.П., Соколов А.И., Берштейн С.М., Батулин А.К.

НИИ питания РАМН, Москва, ООО «Санаторий «Ревиталь Парк», Московская область

Цель работы: установить связь постпрандиального термогенеза пищи с содержанием жировой массы тела.

Методы исследования: исследование выполнено в контролируемых условиях санатория «Ревиталь Парк» г. Железнодорожный, Московской области на 10 практически здоровых пациентах, имеющих ожирение, без вредных привычек и не принимавших фармацевтические препараты.

Каждому пациенту проводилось биоимпедансное исследование на аппарате ABC-01 «МЕДАСС».

Обмен покоя измеряли методом непрямой калориметрии на аппарате VO2000, в положении лежа, натощак и после тестовой пищевой нагрузки.

Каждый пациент получал тестовый завтрак (125 ккал/порцию). Гречневая, пшеничная и овсяная каши были приготовлены на воде без добавления молока и масла. Постпрандиальный термогенез рассчитывали как разницу, между обменом покоя натощак и обменом покоя через 1 час от начала приема пищи. Значения термогенеза рассчитаны в процентах относительно обмена покоя.

Результаты: Установлена коррелятивная взаимосвязь между содержанием жировой массы тела и по-

стпрандиальным термогенезом. В результате анализа выяснилось, что при увеличении количества жировой массы тела (% от общей массы тела), наблюдается снижение постпрандиального термогенеза пищи (% от обмена покоя).

Величина постпрандиального термогенеза готовых каш составляла: 0,22 ккал/мин для пшеничной каши ($\delta = 0,18$; $m = 0,06$), 0,20 ккал/мин для гречневой каши ($\delta = 0,17$; $m = 0,05$) и 0,19 ккал/мин для овсяной каши ($\delta = 0,14$; $m = 0,04$). Таким образом, максимальным термогенным эффектом обладает пшеничная каша, немного отличается гречневая каша и далее следует овсяная каша. Возможно, подобные различия каш связаны с некоторым различием по химическому составу, например, содержанию пищевых волокон и других минорных компонентов.

Заключение. Таким образом, показано, что величина постпрандиального термогенеза зависит от количества жировой массы тела. Пациенты, страдающие ожирением, не имеют адекватный метаболический ответ на прием углеводной пищи. Полученные данные могут быть использованы лицами, контролирующими массу тела, а также, врачами общей практики, терапевтами, эндокринологами, диетологами.

ДИНАМИКА БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ФИБРОЗА НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузнецов В.А., Енина Т.Н., Саламова Л.А., Петелина Т.И., Криночкин Д.В. Солдатова А.М., Рычков А.Ю.

Цель работы: изучить влияние сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) на активность системного воспаления и процессы фиброза у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различным ответом на СРТ.

Материал и методы: Лучший ответ на СРТ в среднем сроке 15,0 [7,0;26,0] месяцев был оценен у 77 пациентов с ХСН (средний возраст 55,9±8,2 года, 79% мужчин). В зависимости от динамики конечно-систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ) пациенты были разделены на группы: I (n = 25; 32%) – нереспондеры (увеличение КСОЛЖ в динамике или его уменьшение <15%); II (n = 22; 29%) – респондеры (уменьшение КСОЛЖ ≥15%, но <30%); III (n = 30; 39%) – суперреспондеры (уменьшение КСОЛЖ ≥30%). Достоверных демографических различий между группами не было выявлено. Были оценены плазменные уровни N-концевого фрагмента предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP), интерлейкинов (ИЛ) 1β, ИЛ-6, ИЛ-10, фактора некроза опухоли α (ФНО-α), С-реактивного белка (СРБ), галектина-3 (Гал-3), матриксной металлопротеиназы 9 (ММР-9) и тканевых ингибиторов металлопротеиназ (ТИМР-1 и ТИМР-4), а также соотношения ММР-9/ТИМР-1, ММР-9/ТИМР-4.

Результаты: Исходно достоверных различий в плазменных уровнях изучаемых биомаркеров между группами не было выявлено. Во всех группах

в динамике наблюдалось достоверное снижение уровня NT-proBNP ($p < 0,05$). В I гр. в динамике выявлена тенденция к снижению ФНО-α ($p = 0,064$); во II гр – снижение ИЛ-10 ($p < 0,05$), ФНО-α ($p < 0,05$), тенденция к снижению ИЛ-6 ($p = 0,084$); в III гр. – снижение ИЛ-6 ($p < 0,01$), ФНО-α ($p < 0,001$), СРБ ($p < 0,05$), Гал-3 ($p < 0,005$), ММР-9/ТИМР-4 ($p = 0,005$), тенденция к снижению ММР-9 ($p = 0,084$). В общей группе исследуемых были выявлены корреляции: ИЛ-1β – ТИМР-1 ($r = -0,370$; $p < 0,05$), ИЛ-1β – ММР-9/ТИМР-1 ($r = 0,378$; $p < 0,05$); ИЛ-10 – Гал-3 ($r = 0,323$; $p < 0,05$); ИЛ-10 – ТИМР-1 ($r = 0,389$; $p = 0,007$), свидетельствующие о взаимосвязи системного воспаления и фиброза, активности системы ММР-9 и ТИМР-1, ТИМР-4, влияющих на структурную полноценность и функциональную состоятельность экстрацеллюлярного кардиального матрикса (ЭКМ), играющего ведущую роль в ремоделировании миокарда.

Таким образом, супер-ответ на СРТ ассоциирован со снижением активности системного воспаления, нейро-гормональной активации, выраженности миокардиального фиброза, уменьшением дисбаланса в системе матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов. Вероятно, СРТ оказывает влияние на состояние ЭКМ путем снижения системного воспаления.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Еремеева Е.Н., Лещанкина Н.Ю., Карякина Т.Н., Москаева Н.И., Карнишикина О.Ю.

ФГБОУВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарева» Медицинский институт, г. Саранск, Россия

В последние годы все большему количеству пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) применяются электрофизиологические (ЭФИ) методы лечения.

Целью работы явилось изучение влияния установки постоянных однокамерных (правожелудочковых) электрокардиостимуляторов (ЭКС) и проведения ресинхронизирующей терапии (СРТ) на течение ХСН.

Материалы и методы. В исследование включено 24 пациента с ХСН II–IV ФК, поступивших в отделение нарушения ритма и проводимости ГБУЗ РМ «РКБ № 4» г. Саранска для имплантации однокамерных ЭКС (1 группа, 14 больных) и СРТ (2 группа, 10 больных). Проводилась оценка клинического статуса, параметров теста 6-минутной ходьбы, динамики ВПР, ЭКГ, ЭХО-КГ до и после (в течение 2 недель, 3 месяцев) установки постоянного однокамерного ЭКС или СРТ.

Результаты: у большинства больных I группы постоянный ЭКС ставился по поводу АВ-блокады II–III ст. (43%), реже по поводу синдрома слабости синусового узла (28%), постоянной формы фибрилляции предсердий (22%), синдрома Фредерика (7%). Все больные имели II–III ФК ХСН (NYHA). Больным 2 группы проводилась СРТ по поводу тяжелой ХСН

(III–IV ФК, NYHA) на фоне дилатационной и ишемической кардиомиопатии. Как известно продолжительность комплекса QRS и величина фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) являются одними из основных показаний для проведения ЭФИ лечения. Продолжительность QRS меньше 120 мс была у 42% больных (все из I группы), 120–150 мс – у 24% больных (2 группа), больше 150 мс – у 36% (2 группа). ФВ (по Simpson) была снижена у всех пациентов и составила в I группе 44±1,2%, во второй – 26±2,3%. Постановка однокамерного ЭКС и СРТ по-разному отразились на эхокардиографических параметрах сократимости миокарда ЛЖ. В I группе не произошло их достоверного изменения: ФВ через 2 недели после установки ЭКС составила 43±2,4% ($p > 0,05$). Проведение СРТ привело к возрастанию ФВ уже в течение первых 2 недель до 32±3,2% ($p < 0,05$), что сопровождалось улучшением клинического статуса больных: уменьшением одышки, отеков, увеличением расстояния при проведении теста 6-минутной ходьбы. Через 3 месяца ФВ ЛЖ у пациентов I группы достоверно не изменилась, тогда как во 2 группе через 3 месяца она возросла еще в среднем на 8% ($p < 0,05$).

Таким образом, электрофизиологические методы лечения по-разному влияют на течение ХСН. Установка однокамерного ЭКС не изменила показатели ФВ ЛЖ, клинического статуса пациентов в течение первых 3 месяцев после операции. Проведение СРТ у больных

с ХСН III–IV ФК и низкой ФВ улучшило параметры сократимости миокарда ЛЖ и привело к уменьшению клинических проявлений ХСН. Для оценки отдаленного эффекта ЭФИ методов лечения при ХСН необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами.

КЛИМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ОБРАЩАЕМОСТЬ В ПОЛИКЛИНИКУ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ефимова Л.П., Соколов С.В., Литвишкова А.Ю.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация

Цель работы: проверка гипотезы о наличии взаимосвязи климатических факторов и обращаемостью за медицинской помощью больных артериальной гипертензией.

Материал и методы: изучен показатель «удельный вес на 1000 обратившихся в поликлинику» больных артериальной гипертензией с климатическими показателями (температура воздуха, град С, атмосферное давление, относительная влажность – среднемесячные и межсуточные) за пятилетний период наблюдения с 2000 по 2004 г. Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики, корреляционного анализа по Спирмену и методом линейной регрессии с использованием пакета программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования: полученные нами данные не выявили статистически значимой взаимосвязи обращаемости в поликлинику больных артериальной гипертензией и климатических факторов в зависимости от сезона года, среднемесячной температуры воздуха и межсуточных колебаний температуры воздуха. Установлено, что увеличение обращаемости происходило

как в холодное время года с «пиками» в декабре-феврале, так и в июне-июле месяце, когда температура воздуха была самой высокой в году. Самый высокий показатель обращаемости был зарегистрирован в январе 2004 года и составил 63,1 на 1000 обратившихся. Среднемесячная температура воздуха была теплее обычной – 17,4 °С, среднемесячные колебания – невысокими (6,08 градуса). При этом относительная влажность составила 81,02%, среднесуточные колебания относительной влажности – 5,04%, колебания атмосферного давления – 8,7 мбар. При анализе «пика» обращаемости в июне 2004 г. выявлено, что колебания атмосферного давления составили 5,8 мбар, колебания влажности – 14,8%. Кривая обращаемости по годам представлена в виде синусоиды, Кривая тренда линейной регрессии представлена зависимостью $y = -0,0138x^2 + 1,39x + 16,3$ при $R^2 = 0,71$.

Заключение: в результате проведенного исследования статистически значимой взаимосвязи климатических факторов и показателя обращаемости в поликлинику больных артериальной не установлено. Зависимость можно описать в виде регрессионной модели.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С НЕЭФФЕКТИВНЫМ КОНТРОЛЕМ ГЛИКЕМИИ

Ефимова Л.П., Галиахметова Л.Р., Романовская В.Г.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет», Сургут, Российская Федерация

Цель: провести оценку когнитивной функции у больных сахарным диабетом 2 типа с неэффективным контролем заболевания после обучения в школе диабета.

Материалы и методы. Проведено обследование больных сахарным диабетом 2 типа, поступивших в специализированное эндокринологическое отделение Сургутской окружной клинической больницы с неконтролируемым в амбулаторных условиях течением заболевания. Методом случайных чисел из 328 таких больных, прошедших обучение в школе диабета, были выбраны 46 человек, из них 18 мужчин и 28 женщин. Оценивали возраст, стаж заболевания диабетом и параметры когнитивной функции (исследовали функции внимания, памяти, батарею лобных тестов, тест рисо-

вания часов, шкалу оценки инструментальной деятельности). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета Statistica 6.0, методов описательной статистики (отклонения от средних значений представлены в виде стандартного отклонения), корреляционного анализа по Спирмену.

Результаты. Возраст обследованных пациентов был от 41 до 59 лет, в среднем 52 года. Стаж диабета в среднем 6 лет, Индекс массы тела составлял от 19,4 до 56,3, в среднем 32,4 кг/м². Показатели когнитивной функции были снижены у всех обследуемых. Показатель функции внимания составил $3,8 \pm 1,2$ балла, памяти (тест 10 слов) – $6,1 \pm 1,0$; батареи лобных функций – $14,9 \pm 1,7$ балла, тест рисования часов – $1,5 \pm 0,6$, шкала оценки инструментальной деятельности – $22,9 \pm 1,3$ балла. Кор-

реляционный анализ позволил выявить статистически значимую отрицательную связь показателей когнитивной функции с возрастом обследованных пациентов. Коэффициент корреляции составил для показателя функции внимания – 0,57; функции памяти – 0,42; батареи лобных тестов – 0,48; шкалы инструментальной деятельности – 0,38. Для стажа заболевания диабетом статистически значимых связей с показателями когнитивной функции выявлено не было.

Выводы: 1. Когнитивная дисфункция может наблюдаться у больных сахарным диабетом 2 типа, не достигших пожилого возраста. 2. Наиболее тесная связь с возрастом выявлена для показателя функции внимания. 3. Когнитивные нарушения у больных сахарным диабетом 2 типа с неконтролируемым течением заболевания следует учитывать при обучении пациентов в школах самоконтроля диабета.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Ефремова Л.И., Казакова И.А., Печерских М.В., Циренищикова Н.А.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Россия

Цель работы: оценить психо-эмоциональный статус у больных хроническим некалькулезным холециститом с нарушением функционального состояния печени.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных хроническим некалькулезным холециститом (25 женщин и 5 мужчин) в возрасте $45,7 \pm 2,1$ лет. Группа сравнения состояла из 33 практически здоровых человек и была сопоставима по полу и возрасту. Всем пациентам, помимо общеклинических методов исследования, проводилось изучение функционального состояния печени на основе результатов биохимического исследования крови и динамической гепатобилисцинтиграфии (ОФЭКТ, Tc-99m). Оценка психо-эмоционального состояния проводилась с применением опросника Ч.Д. Спилберга и шкалой депрессии, адаптированной Т.И. Балашовой.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2009.

Результаты: Лабораторные признаки холестаза были выявлены у 12 (40%) пациентов, при этом показатель щелочной фосфатазы превышал значение группы сравнения на 35% и составил соответственно $107,0 \pm 5,6$ Ед/л и $68,8 \pm 2,9$ Ед/л, ($p < 0,05$). Уровень гамма-глутамилтранспептидазы в группе наблюдения превысил аналогичный показатель группы сравнения на 58% и был равен соответственно $47,0 \pm 5,1$ Ед/л и $19,9 \pm 1,3$ Ед/л, ($p < 0,05$).

Изменения активности трансаминаз, характерные для синдрома цитолиза имели место у 7 (25%) больных.

В группе наблюдения уровень аланинаминотрансферазы составил $29,6 \pm 2,4$ Ед/л, тогда как в группе сравнения – $17,8 \pm 0,9$ Ед/л, ($p < 0,05$). Показатель активности аспартатаминотрансферазы в группе наблюдения был равен $25,3 \pm 2,4$ Ед/л, в группе сравнения – $19,5 \pm 0,8$ Ед/л, ($p < 0,05$).

В ходе исследования у 16 человек (53%) был выявлен высокий уровень реактивной тревожности. Показатель ситуативной тревожности пациентов группы наблюдения составил $38,0 \pm 2,1$ баллов, в группе сравнения – и $25,8 \pm 1,3$ баллов, ($p < 0,001$). Высокий уровень личностной тревожности имел место у 12 (40%) пациентов хроническим некалькулезным холециститом. При этом в группе наблюдения показатель личностной тревожности был равен $37,6 \pm 1,7$ баллов и $32,8 \pm 1,4$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

У больных группы наблюдения уровень депрессии был на 10% выше показателя группы сравнения и составил $25,2 \pm 2,4$ баллов и $36,0 \pm 0,9$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: У большинства больных хроническим холециститом с сопутствующими синдромами холестаза и цитолиза выявлены изменения психо-эмоционального состояния, проявляющиеся высоким уровнем реактивной, личностной тревожности и депрессии. Полученные данные требуют дальнейшего изучения патогенетической роли психо-эмоциональных нарушений в формировании синдромов холестаза и цитолиза у больных хроническим некалькулезным холециститом.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ НА АКТИВНОСТЬ НЕЙТРАЛЬНОЙ α -ГЛЮКОЗИДАЗЫ И АЛАНИНАМИНОПЕПТИДАЗЫ МОЧИ У БОЛЬНЫХ НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Жежа В.В., Белова М.А., Кузьмин О.Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург

Цель исследования – оценить влияние краткосрочной терапии ингибиторами АПФ (иАПФ) у больных

нефрогенной артериальной гипертонией (АГ) на динамику выделения с мочой биомаркеров повреждения

проксимальных канальцев (ПК) почек нейтральной α -глюкозидазы (Н- α -Глю) и аланинаминопептидазы (АПП).

Материалы и методы. Обследован 21 пациент обоего пола, средний возраст 51,7 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 АПП (КФ 3.4.1.2) после госпитализации и спустя 30 дней лечения иАПФ эналаприлом (10–20 мг/сутки) и лизиноприлом (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 АПП 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. Статистическая обработка материалов проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. Добавление иАПФ к лекарственной терапии вызывало у всех гипертензивных больных снижение АД < 140/90 мм рт. столба, но не оказало существенного влияния на исходный уровень СКФ, который составлял в среднем $65,8 \pm 2,87$ мл/мин/1,73 м². Одновременно в группе пациентов к концу наблюдения был отмечен выраженный антипротеинурический 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 у больных наблюдалось также снижение активности в моче биомаркера повреждения щеточной каемки ПК Н- α -Глю 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 ослабление повреждения клеток этого сегмента нефрона при нефрогенной АГ. Активность в моче АПП, другого биомаркера канальцевого повреждения почек, при этом существенно не изменилась, составляя при госпитализации и после окончания наблюдения соответственно $0,17 \pm 0,03$ и $0,15 \pm 0,02$ нкат/л/1 ммоль креатинина мочи.

Выводы. Включение иАПФ в лекарственную терапию больных нефрогенной АГ вызывает спустя 30 дней лечения антигипертензивный эффект, который сопровождается снижением потери белка с мочой и подавлением активности Н- α -Глю, отражающим благоприятное влияние на морфофункциональное состояние клеток ПК. Активность в моче АПП, другого биомаркера повреждения ПК, к концу наблюдения существенно не изменяется.

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА СОСТОЯНИЕ СИМПАТО – АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Целью исследования явилась изучение влияния бисопролола на состояние симпато – адреналовой системы у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования. В исследование включено 64 больных в возрасте с 18 до 35 лет (40 мужчин и 24 женщин) с признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ). В качестве группы контроля обследованы 28 здоровые лица без признаков дисплазии соединительной ткани. В зависимости от проводимой медикаментозной терапии пациенты были рандомизированы на две группы. В 1-ю группу были включены 36 больных, получавших бисопролол на протяжении 4 месяцев с титрацией дозы. Начальная доза бисопролола 1,25 мг в сутки с дальнейшим увеличением дозы до 2,5 мг в сутки. Во 2-ю группу составили 28 пациента принимавшие милдронат в дозе 500 мг в сутки. Всем пациентам проводилась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в 12-ти общепринятых отведениях. Холтеровское мониторирование ЭКГ проведено всем пациентам. Эхокардиографию (ЭхоКГ) проводили на аппарате Acuson 128XP10 (США) векторным датчиком с частотой 2,5 МГц. Нагрузочную ЭхоКГ выполняли с использованием стресс – пакетов. Критерием пре-

кращения пробы было достижение субмаксимальных величин ЧСС (85% от возрастной максимальной ЧСС).

Результаты. По данным ЭКГ выявлялись изменения в виде деформаций конечной части желудочкового комплекса, инверсия, снижение амплитуды зубца Т, косовосходящие смещения сегмента ST не более 2 мм. При холтеровском мониторировании ЭКГ у пациентов с ДСТ средняя ЧСС составила 110 ударов в минуту, и регистрировались нарушения процессов реполяризации желудочков. При анализе функциональных характеристик сердца, по данным ЭхоКГ, установлено, что масса миокарда, толщина задней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки, конечный диастолический размер были меньше у пациентов с ДСТ, чем в группе контроля. Отмечены меньшее значение конечного диастолического объема, тенденция к уменьшению конечного систолического объема, ударного объема и фракции выброса в группе пациентов с ДСТ. При оценке толерантности к физической нагрузке, у лиц из группы с ДСТ по сравнению с контролем регистрировалась низкая толерантность к физической нагрузке, по типу реакции преобладания диастолических реакции.

Применение препарата милдронат у пациентов с ДСТ способствовало улучшению насосной функции, повышение сократительной способности миокарда и устранение нарушения процессов реполяризации желудочков. В группе больных с ДСТ принимавших бисопролол, наблюдали урежение частоты сердечных

сокращений до 58–66 ударов в минуту, улучшение насосной функции сердца и снижение активности симпатической части вегетативной нервной системы.

Выводы. Таким образом, применение бисопролола у больных с ДСТ, эффективно для контроля частоты сердечных сокращений и улучшению качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Жексембаева С.О.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей течения ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и язвенной болезнью.

Материал и методы. В исследование включено 60 пациентов со стенокардией напряжения I и II функционального класса (ФК) в сочетании с язвенной болезнью. Из них 35 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 40 до 66 лет. В качестве группы контроля обследованы 20 больных с ИБС без патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Всем пациентам проводилась регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в 12-ти общепринятых отведениях. Холтеровское мониторирование ЭКГ с непрерывной 24-часовой записью ЭКГ проведено всем пациентам. Эхокардиографию проводили на аппарате Acuson 128XP10 (США) векторным датчиком с частотой 2,5 МГц. Толерантность к физической нагрузке оценивали велоэргометрически стандартным методом непрерывной ступенчатой нагрузки с анализом динамики прироста работоспособности тестируемых до и спустя 1 месяц после эрадикационной терапии.

Диагноз язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки верифицирован при фиброгастроэноскопии. Для диагностики хеликобактериоза применяли биопсийный метод и серологическое исследование крови. В 1-ю группу вошли 27 больных, стенокардией напряжения I, II ФК и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Во 2-ю группу составили 32 пациента со стенокардией напряжения I, II ФК в со-

четании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Пациенты 1-й группы получали стандартную антихеликобактерную терапию первого ряда (Маастрихтский консенсус-3,2005) в течение 14 дней (париет 20 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день). Пациенты 2-й группы получали париет 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней. Все больные в качестве базисной терапии получали бисопролол, периндоприл, статины.

Результаты. После эрадикационной терапии у больных 1-й группы диспепсический и астенический синдромы купированы, отмечено снижение частоты приступов стенокардии. У больных 2-й группы отмечены снижение частоты ангинозных приступов и уменьшение потребности в нитроглицерине. Диспепсические и астенические синдромы стали менее выраженными.

По завершению наблюдения выявлено положительное влияние эрадикационной терапии на клиническую картину сочетанной патологии.

Выводы. Таким образом, клиническая картина у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с язвенной болезнью проявляются многообразием синдромов и изменением характера ангинозных болей.

Включение эрадикационной терапии в комплексную терапию пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца и язвенной болезни замедляет прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, уменьшает числа госпитализации и улучшает качество жизни.

ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Цель исследования – провести дифференцированную оценку факторов риска у мужчин и женщин с инфарктом миокарда пожилого возраста.

Материалы и методы: В исследование включено 90 пациентов с ОИМ пожилого возраста, разделенных на 2 группы. Первую группу составили 46 мужчин пожилого возраста (средний возраст 66,2±0,7 лет), вторую – 44 женщины (средний возраст 69,8±0,7 лет). В группу контроля включено 74 пациента (38 мужчин

и 36 женщин) – средний возраст которых 63,4±0,6 лет, не имеющих доказанную ИБС. Кроме оценки жалоб, анамнеза, объективного статуса всем пациентам проводилось изучение метаболических нарушений, оценивался уровень гиподинамии, тревожности и депрессии.

Полученные результаты и выводы. Отягощенная наследственность по ИБС выявлена у 17 (39,1%) женщин и 7 (15,2%) мужчин ($p = 0,02$) пожилого возраста,

выявлено, что 78,3% мужчин и 6,8% женщин исследуемых групп были курильщиками ($p = 0,0001$). Среди пациентов преобладали лица со 2 и 3 степенью АГ, ее неконтролируемое течение имели 41,1% пациентов. В группе женщин нарушения углеводного обмена диагностированы чаще, чем у мужчин, их имели 50% пациентов ($p = 0,02$), преимущественно за счет наличия СД 2 типа; средний уровень глюкозы в группе женщин был выше, чем у мужчин ($6,1 \pm 0,1$ ммоль/л), ($p = 0,0002$). Средний показатель ИМТ у женщин также был выше, чем у мужчин и составил ($31,2 \pm 0,9$ кг, против $27,2 \pm 0,6$ кг, ($p = 0,0003$)). В группе мужчин преобладали пациенты с ИМТ- 17 (36,9%) и с ожирением 1 степени 14 (30,4%) по абдоминальному типу. Большинство – 28 (63,6%) женщин имели ожирение различной степени, $p = 0,03$, по абдоминальному типу. Инсулинорезистентность имела у большего числа женщин (56,8%), чем у мужчин (30,4%), ($p = 0,01$). Средний уровень инсулина среди мужчин составил $12,6 \pm 2,2$ мкМЕ/мл, среди женщин – $10,7 \pm 1,6$ мкМЕ/мл ($p = 0,4$), но у пациентов обеих групп показатель индекса НОМО-IR был выше нормы и составил $3,03 \pm 0,5$ у пациентов первой группы и $3,1 \pm 0,6$ у второй ($p = 0,9$). Дислипидемия выявля-

на у большинства 93,5% мужчин и у 97,7% обследованных женщин ($p = 0,6$). Среди всех обследованных пациентов, депрессия выявлена у 6 (13%) мужчин и у 16 (36,4%) женщин, ($p = 0,01$), повышенный уровень тревожности выявлен у 5 (10,8%) мужчин и у 7 (15,9%) женщин, $p = 0,9$. Гиподинамия, как один из факторов риска ИМ, была выявлена у 74 (82,2%) госпитализированных пациентов. Среди мужчин гиподинамия выявлена у 36 (78,3%) обследованных, среди женщин – у 38 (86,4%), ($p = 0,9$). По данным многофакторного анализа для женщин пожилого возраста наиболее значимыми факторами риска развития ИМ явились отягощенная наследственность, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного обмена с развитием инсулинорезистентности, повышение уровня ЛПНП и снижение ЛПВП, а также развитие депрессии. Для мужчин пожилого возраста – курение, избыточная масса тела, нарушения липидного обмена, за счет повышения уровня ЛПНП и снижения уровня ЛПВП. Таким образом, дифференцированный подход к оценке и коррекции факторов риска – основа профилактики развития инфаркта миокарда, в том числе у пациентов пожилого возраста.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Желтова И.Н., Сукманова И.А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Актуальность исследования: Известно, что метаболические нарушения являются ведущими факторами риска развития ИМ и увеличивают вероятность его осложнений и риск повторных сердечно-сосудистых событий. Сохранение высокого уровня заболеваемости ИМ определяет актуальность изучения метаболических предикторов развития заболевания с определением гендерных различий для дифференцированного подхода в лечении и профилактике ИМ.

Цель исследования: изучить основные метаболические предикторы развития инфаркта миокарда у мужчин и женщин среднего возраста.

Материалы и методы: Обследовано 98 пациентов среднего возраста с ИМ, средний возраст которых составил $54,2 \pm 0,5$ лет. Преобладали мужчины – 66 (67,3%), женщин среднего возраста было 32 (32,7%). У всех пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена, определялся уровень инсулина с расчетом индекса инсулинорезистентности НОМО-IR.

Полученные результаты: Средний показатель ИМТ у мужчин составил $26,6 \pm 0,4$ кг/м², у женщин – $31,3 \pm 0,9$ кг/м², $p = 0,0001$. Абдоминальный тип ожирения диагностирован у 7 из 16 (43,7%) мужчин с ожирением и у 13 из 19 (68,4%) женщин с ИМ, $p = 0,2$. Гипертоническая болезнь (ГБ) диагностирована у 40 (60,6%) мужчин и у 27 (84,4%) пациенток данной возрастной группы, $p = 0,03$, причем неконтролируемое течение ГБ выявлено у 10 (15,1%) и 12 (37,5%) муж-

чин и женщин с ИМ соответственно, $p = 0,01$. Среди всех обследованных лиц 18 (18,4%) пациентов имели нарушения углеводного обмена, преимущественно за счет сахарного диабета (СД) 2 типа. Среди госпитализированных мужчин СД 2 типа диагностирован у 7 (10,6%) пациентов, среди женщин – у 11 (34,4%) пациенток, $p = 0,01$. Средний уровень глюкозы натощак у мужчин составил $5,10 \pm 0,1$ ммоль/л, у женщин – $5,74 \pm 0,1$ ммоль/л, $p = 0,001$. Средний уровень инсулина у мужчин среднего возраста составил $13,9 \pm 1,9$, у женщин – $8,7 \pm 1,2$, $p = 0,04$. Индекс НОМО-IR у мужчин был выше нормы и составил $3,1 \pm 0,4$, у женщин – $2,2 \pm 0,3$, $p = 0,22$. Нарушения липидного обмена были выявлены у 57 (86,4%) мужчин, преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП до $2,5 \pm 0,1$ ммоль/л, снижения уровня ЛПВП до $0,96 \pm 0,3$ ммоль, тогда как уровень ОХС составил $4,45 \pm 0,14$ ммоль/л, а ТГ – $1,75 \pm 0,1$ ммоль/л. У женщин с ИМ нарушения липидного обмена выявлены у 31 (96,9%) пациентки, ($p = 0,2$), преимущественно за счет повышения уровня ОХС до $5,18 \pm 0,2$ ммоль/л, $p = 0,009$, ЛПНП до $2,85 \pm 0,2$ ммоль/л ($p = 0,2$), а также повышения уровня ТГ до $2,56 \pm 0,16$ ммоль/л, $p = 0,0001$.

Выводы: Таким образом, для мужчин среднего возраста наиболее значимыми метаболическими предикторами развития ИМ явились: дислипидемия, преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП и снижения уровня ЛПВП, нарушение углеводного обмена в виде гиперинсулинемии и развития инсулинорезистентности. Для женщин таковыми предикторами яви-

лись: ожирение с формированием его абдоминального типа, нарушения углеводного обмена, в виде большего уровня гликемии натощак, преимущественно за счет

большей частоты СД 2 типа, ГБ с ее неконтролируемым течением, а также нарушения липидного обмена, в виде повышения ЛПНП и ТГ.

АТИПИЧНАЯ СТЕНОКАРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТАЛАМО-ВЕРТЕБРОГЕННЫМ КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Жерлицина Л.И., Великанов И.И.

ФГБУ «Пятигорский Государственный научно-исследовательский институт курортологии ФМБА» Филиал – Кисловодская клиника

Цель. Разработать систему ранней диагностики гипоталамо-вертеброгенного кардиального синдрома у больных ишемической болезнью сердца для своевременной и адекватной терапии атипичной стенокардии на курортном этапе реабилитации.

Методы исследования. ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХОКГ, ВЭМ, РЭГ, ЭЭГ.

Результаты лечения. Атипичная стенокардия (АС) – проблема нейрокардиологическая, связанная с нарушением экстракардиальных механизмов регуляции сердца и адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы. Обследование 1800 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), в возрасте от 32 до 70 лет (1995–2014), выявило полиэтиопатогенетическую природу АС у 78,6% больных, у которых верифицирован шейно-грудной остеохондроз (ШГОХ) в сочетании с недостаточностью мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ). Описанные нами (1997–2000) клиничко-патогенетические формы сочетанной патологии – мозга, сердца и позвоночника: гипоталамо-вертеброгенный кардиальный (ГВКС) и вертеброгенный кардиальный синдром (ВКС) могут видоизменять клинику ИБС, затрудняя выбор лечебной тактики. Так, для ГВКС характерен атипичный сердечно-болевой синдром (АСБС), отличающийся от стенокардии большей продолжительностью болей (многочасовые, суточные); широкой их иррадиацией; отсутствием эффекта от нитратов. Боль возникает в любое время суток, сопровождаясь гипоталамическими кризами, пароксизмальной

мышечной слабостью (на фоне тревоги, страха), аритмией, колебаниями АД. Результаты ЭХОКГ у 73,5% больных выявлена систолическая гиперфункция, диастолическая дисфункция, гипертрофия левого желудочка; а у 61,8% – симптомы нервно-психической дезадаптации с ухудшением деятельности сердца: тахикардией, брадикардией, удлинением QT на ЭКГ, ухудшением реполяризации. Лечебная тактика этих больных отличается от традиционной при ИБС. Нитраты не эффективны. Предпочтительны: L-адреноблокаторы, вегетотропные, седативные препараты, антидепрессанты. Для потенцирования эффекта курортных факторов – УМВ, терренкура необходимо снять патологическую импульсацию на сердце, для чего используются токи низкой частоты, бегущее магнитное поле на рефлекторно-сегментарные зоны вегетативной иннервации сердца от «Атос-1» (патент № 2154507), транскраниальная мезодизэнцефальная модуляция от МДМК-4 (патент № 2422128), обеспечивающих блокаду симпатических узлов и сплетений, улучшение корковой нейродинамики, метаболических процессов в миокарде. Выписано со значительным улучшением и выздоровлением 96,5%.

Выводы. Экстракардиальные факторы (ШГОХ, дисфункция гипоталамуса) играют важную роль в генезе АСБС, видоизменяя клинику и течение ИБС, что ведет к неправильной трактовке расстройств сердечной деятельности. Для выбора адекватной лечебной тактики важно оценивать степень участия экстракардиальных факторов в генезе этих расстройств.

СТАТИНЫ – КАК ПРЕПАРАТЫ, УЛУЧШАЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ

Жиляева Ю.А., Михин В.П., Васильева Д.А., Черныгина М.А., Николенко Т.А., Харченко А.В., Уколова Л.А.

ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, Курск, Россия

Цель: определить характер влияния дженерического аторвастатина Торвакарда в дозе 10 мг/сут, 20 мг/сут на параметры эндотелиальной функции в пробе с реактивной гиперемией у больных хронической ИБС.

Материалы и методы исследования: Обследовано 52 пациента с диагнозом: ИБС: стабильная стенокардия напряжения II–III ФК. ХСН I–IIА стадии, в сочетании с легкой и умеренной гиперхолестеринемией

в возрасте от 53 до 64 лет. Срок наблюдения больных составил 4 мес, включая 1 мес периода прескрининга. Критерии рандомизации: возраст, исходный уровень холестерина. Пациенты с уровнем общего холестерина от 5,0 до 6,50 ммоль/л получали в качестве гипополипидемической терапии Торвакард в дозе 10 мг/сут (20 человек) и Торвакард 20 мг/сут (32 пациента) с уровнем общего холестерина от 6,51 до 8,0 ммоль/л.

Всем больным назначали базисную терапию: бисопролол 2,5–5 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут, амлодипин 2,5–5 мг/сут, кардиомагнил 75 мг/сут, при необходимости изосорбид-мононитрат 20–40 мг/сут. Эндотелиальную дисфункцию определяли при помощи оценки эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ПА) по методу Celermajer D.S. et al. Исследование проводилось с помощью линейного датчика 7 МГц в В-режиме на аппарате «Vivid S5» американской компании «General Electric» (США). Оценивали диаметр ПА, степень изменения диаметра ПА, рассчитывали напряжение сдвига кровотока на эндотелий τ (дин/см²) и коэффициент эндотелиальной дисфункции (К, ед.), $K = ((D_0 - D_2) / D_0) / ((\tau_0 - \tau_2) / \tau_0)$.

Полученные результаты: При оценке показателей функции эндотелия в пробе с реактивной гиперемией исходно, в покое средний диаметр ПА достоверно не различался между группами и составил $3,92 \pm 0,30$ мм. Через 3 мес терапии Торвакардом 10 мг/сут достоверного увеличения диаметра ПА и прироста ΔD_{02} ПА не выявлено, наблюдалось расширение ПА на 9,7 % в группе пациентов, принимавших Торвакард 20 мг/сут,

при этом через 3 мес прирост ΔD_{02} ПА в пробе с реактивной гиперемией составил 46,3%. Оценивая степень изменения величины действия напряжения сдвига кровотока на эндотелий (τ , дин/см²) в состоянии покоя (τ_0) и после реактивной гиперемии (τ_2) установлено, что терапия Торвакардом в двух дозовых режимах не оказывала влияния на уровень напряжения сдвига в покое. На фоне 3-х мес терапии Торвакардом 20 мг/сут отмечалось снижение τ_2 на 12,2%. При приеме Торвакарда в дозе 10 мг/сут изменений τ_2 не происходило. Коэффициент эндотелиальной дисфункции (К) в группе пациентов, принимавших Торвакард 20 мг/сут к концу курса лечения превышал исходный уровень на 61,5%. Изменений К на фоне лечения Торвакардом 10 мг/сут не выявлено.

Выводы: Таким образом, 3-х мес терапия Торвакардом сопровождалась улучшением функциональных параметров сосудистой стенки: способствовала увеличению эндотелийзависимой вазодилатации ПА, причем данный эффект проявлялся у пациентов, принимавших аторвастатин только в дозе 20 мг/сут.

ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ДОЛГОСРОЧНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Кулик Н.А., Евсеев М.Е.

ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования. Великий Новгород. Россия

В последнее время особый интерес представляет изучение сердечно-сосудистого сопряжения. Некоторые исследователи понимают под этим проблему «жесткости» сердца и сосудов в целом. Считается, что повышение «жесткости» сердца и сосудов является одним из ключевых факторов нарушения адекватного функционирования системы кровообращения.

Цель исследования: исследовать влияние длительной терапии лизиноприлом на сердечно-сосудистое сопряжение у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследованы 29 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2013), средний возраст $50,4 \pm 1,3$ лет, без признаков сердечной недостаточности, ранее не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Всем больным проводилась антигипертензивная терапия лизиноприлом, целевой уровень АД был достигнут и стойко удерживался у 25 пациентов. В дальнейшем исследование проводилось только у этих больных. Исследование диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) проводилось методом доплерэхокардиографии, за основу взят показатель Е/А трансмитрального кровотока. Выраженные нарушения ДФЛЖ диагностировались при значениях Е/А < 1,0. Исследование сонных артерий проводилось при помощи ультразвукового триплексного сканирования на аппарате Vivid-7 (США) с использованием датчика 5–12 МГц. Визуализировались обе общие сонные артерии (ОСА). Измерялась толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) ОСА в положении лежа на спине после 10 минут отдыха. Увеличением ТКИМ считалось

утолщение комплекса интима-медиа $\geq 0,9$ мм. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, что до начала лечения у больных АГ нарушение ДФЛЖ, когда Е/А был < 1,0, наблюдалось в 64,0% случаев, а утолщение комплекса интима-медиа ОСА – у 76,0% больных ($p > 0,05$). Через 3 месяца лечения лизиноприлом и достижения целевого уровня АД у 28,0% больных нормализовалась ДФЛЖ, и число больных с ДДЛЖ уменьшилось до 36,0%, тогда как увеличение ТКИМ ОСА через три месяца лечения лизиноприлом наблюдалось у 76,0% больных ($\chi^2 = 3,966$; $p = 0,046$). То есть, в результате трехмесячной терапии лизиноприлом произошли положительные сдвиги в миокарде левого желудочка, фиброзный каркас уменьшился, что способствовало нормализации ДФЛЖ. В тоже время регресс увеличенной ТКИМ ОСА наблюдался только у одного больного и еще у одного через 3 месяца лечения впервые появилось увеличение ТКИМ ОСА $> 0,9$ мм.

Таким образом, под влиянием лизиноприла ДФЛЖ нормализовалась у 32,0% больных, тогда как регресса ремоделирования комплекса интима-медиа ОСА, практически, не наблюдалось. Несмотря на эффективное снижение АД через 3 месяца лечения лизиноприлом сердечно-сосудистое сопряжение у большинства больных остается патологическим: «мягкий» ЛЖ – «жесткие» магистральные сосуды.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ГЕНЕРИЧЕСКИХ СТАТИНОВ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Жолбасканова К.Т., Саулеева Ф.С., Султанбекова Г.А.

Западно-Казахстанский Государственный Медицинский Университет имени Марата Оспанова, Актобе

В настоящее время лидирующее место в коррекции дислипидемии и лечении атеросклероза и его осложненный занимают статины. Наиболее распространенными препаратами из этой группы являются симвастатины и аторвастатины.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности гипохолестеринемического эффекта генерических статинов различных фармацевтических фирм больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Были изучены амбулаторные карты 27 пациентов, состоящих на диспансерном учете по поводу различных сердечно-сосудистых заболеваний. Среди них мужчин было 12, женщин 15. Средний возраст составил 57,7±9,5 лет.

Результаты. Анализ амбулаторных карт показал, что 3 (1,1%) пациента в анамнезе перенесли инфаркт миокарда различной локализации и давности. 17 (62,9%) пациентов имели артериальную гипертензию II степени, 5 (8,5%) имели артериальную гипертензию III степени, 2 (7,4%) страдали сахарным диабетом 2 типа. Все пациенты получали лечение по поводу основного заболевания различные лекарственные средства, в основном фиксированные комбинации гипотензивных средств, внесенных в категорию льготного лекарственного обеспечения. В дополнение к получаемой терапии были назначены статины, которые не входят в данный список. Использовались генерические статины различных фармацевтических

фирм с широким диапазоном доз (10 мг, 20 мг, 40 мг). Чтобы подобрать правильный препарат, предварительно оценивался суммарный риск сердечно-сосудистых заболеваний. В группу умеренного риска вошли 14 (51,8%) пациентов, у них отмечалась дислипидемия и умеренная концентрация ХсЛПНП. В группу высокого риска вошли 8 (29,6%) с высокой концентрацией ХсЛПНП (больше 6,5 ммоль/литр) и умеренной концентрацией ХсЛПНП. В группу очень высокого риска вошли 5 (18,5%) пациентов, перенесших инфаркт миокарда различной давности, а также пациенты, имевших в анамнезе сахарный диабет 2 типа. Пациентам первой и второй группы назначали генерические препараты симвастатина в дозе 10 мг один раз в день. Пациентам с очень высоким риском назначали аторвастатин в дозе 20 мг соответственно. Все пациенты получали гиполипидемическую терапию в течение 3 месяцев. По истечении данного срока проверяли липидный спектр. Целевой уровень липидного спектра ХсЛПНП (меньше 2,5 ммоль/литр) был достигнут у 22 (81%) пациентов.

Выводы. Применение генерических статинов любой фармацевтической фирмы в дозе 10 мг и 20 мг достоверно и эффективно снижает уровень липидов, что подтверждается данными в мировой практике. Это обстоятельство обуславливает возможность применения генерических статинов в комплексной терапии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с целью коррекции дислипидемии как основного фактора риска атеросклероза.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА В ВЫЯВЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Жумабаева Т.Н., Жилкибаева Б. Ж., Козай В.А.

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

Цель: раннее выявление сердечно-сосудистых (ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), онкологических заболеваний (рак желудка и пищевода, молочной железы, шейки матки, предстательный желез, колоректальный рак), глаукомы и сахарного диабета (СД) путем проведения скрининга в прикрепленных участках Клинике семейной медицины (КСМ) среди целевых групп (здоровые люди).

Материалы и методы: До начала скрининга с помощью студентов 5 курса Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова (ЗКГМУ) проведена разъяснительная работа с последующим приглашением на скрининг согласно графику. В 2013 году запланировано 5561 чело-

век среди целевых групп. Из них 2073 человек прошли скрининг на выявление ИБС, АГ, 2073 на выявление СД, 427 с целью выявления рака шейки матки и 342 человек рака молочной железы, 646 – с целью выявления рака толстой и прямой кишки. В 2014 году запланировано 6816. Из них 1781 на выявление ИБС, АГ, 1781 на выявление СД, 430 с целью выявления рака шейки матки и 276 на выявление рака молочной железы, 630 – рака толстой и прямой кишки, 131 рака предстательной железы, 485 рака желудка и пищевода и 1302 на выявление глаукомы

Результаты: В результате проведения скрининга среди целевых групп населения выявлено в 2013 году 187 больных с ИБС, АГ, 19 с СД, 22 с раком шейки матки, 69 с различными доброкачественными заболеваниями

ми молочной железы, 1 человек с раком толстой кишки. В 2014 году выявлено 105 больных с ИБС, АГ, 3 человек не прошли скрининг из запланированных, 22 с СД, 16 с различными заболеваниями и раком шейки матки, 67 с различными заболеваниями и раком молочной железы, 2 человек с раком толстой кишки, 1 – с раком желудка и пищевода, 3 – с глаукомой. Информация со списком пациентов с выявленной патологией передана

соответствующим специалистам с целью дообследования и взятия на диспансерный учет.

Выводы: Таким образом, проведение скрининга среди целевых групп населения способствует раннему выявлению социально-значимых заболеваний, проведению диагностических и лечебных мероприятий и улучшению качества жизни пациентов.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Жумабаева Т.Н., Базарбаева С.К., Малюкова С.А.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова. Госпиталь с Поликлиникой Департамента Внутренних Дел Актюбинской области, Актобе, Казахстан

Цель: выявление поражения сердца и желудка при железодефицитной анемии (ЖДА) различной степени тяжести и продолжительности

Материалы и методы исследования: исследование периферической крови, определение сывороточного железа, электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование сердца (ЭхоКГ), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Для выполнения поставленной цели было обследовано 50 больных в клинике семейной медицины ЗКГМУ имени Марата Оспанова и 20 больных в ГСПДВ Актюбинской области женского пола в возрасте 14–47 лет. Исследование проводилось в течение 8 месяцев. Продолжительность заболевания от 2 до 10 лет. Уровень сывороточного железа колебался в пределах 7–11 ммоль/л, гемоглобин (Hb) – 55–100 г/л. В зависимости от давности заболевания и степени тяжести анемии пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу включены пациенты уровнем Hb 109–100 г/л, продолжительность анемии 2–3 года в количестве 16 больных. Во 2-ю группу включены больные уровнем Hb 70–90 г/л, продолжительность анемии – 10 лет в количестве 22 больных. У пациентов

3-й группы в количестве 22 больных уровень Hb составил 55–70 г/л, продолжительность болезни 10 лет.

Результаты: исследование показало, что у больных 1-ой группы на ЭКГ, ЭхоКГ и ФГДС особых изменений не выявлено. У пациентов 2-ой группы на ЭКГ выявлено: синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов, инверсия зубца Т, умеренная гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). На ЭхоКГ: ГЛЖ, незначительное увеличение сердечного выброса у 9 больных. При ФГДС отмечалось у 5 больных атрофические изменения слизистой оболочки желудка давностью анемии более 6 лет. У пациентов 3-ей группы на ЭКГ отмечалось значительное снижение вольтажа зубцов и уплощение зубца Т у 7 больных, у 10 больных наличие двухфазного зубца Т, у 5 больных – зубец Т отрицательный. На ЭхоКГ выявлена ГЛЖ, снижение сократительной функций миокарда и фракции выброса на 50–47% у 17 пациентов. Данные ФГДС показали атрофию слизистой оболочки желудка у 10 больных, у 12 пациентов в анамнезе отмечалось лечение по поводу гастрита.

Выводы: таким образом, наше исследование показало прямую зависимость поражения сердца и желудка от давности анемии и степени тяжести.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕФИЦИТА МАГНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ, КАК ФАКТОРА РИСКА РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Заболотских Т.Б., Скибицкий В.В., Синявцева В.К., Джиджихия К.М.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель. Установить выраженность стрессового состояния и проявлений недостаточности магния у студентов-медиков для их последующей коррекции и предупреждения развития заболеваний, связанных с дефицитом магния.

Методы исследования. В исследовании приняты участие 100 студентов-старшекурсников КубГМУ. Возраст обследованных – от 20 до 27 лет (средний возраст – 23 года). При этом 35% от общего числа студентов составили мужчины и 65% – женщины. Исследование включало регистрацию медико-демографических

показателей (пол, возраст), антропометрических данных (рост, масса тела), сведения о социально-трудовом статусе (работа, принадлежность к спорту). Предварительная диагностика дефицита магния проводилась с использованием структурированного тест-опросника РСЦ института Микроэлементов ЮНЕСКО. Выраженность нарушения адаптации оценивалась по опроснику депрессии Бека. Наличие профессионального стресса определялось с помощью шкалы профессионального стресса.

Результаты. Группа неработающих студентов-медиков включала 60 человек (43 женщины и 17 мужчин). 28 обследованных (20 мужчин и 8 женщин) продолжительное время занимались в спортивных секциях. Общая выраженность недостаточности магния у студентов данной группы составила 18 баллов («группа риска по дефициту магния»): 16 баллов – у мужчин и 18 – у женщин; 17 баллов – у занимающихся спортом. Наиболее часто встречавшимися параметрами тестирования являлись в порядке убывания: быстрое питание, физическое переутомление, бессонница, ощущение нехватки воздуха, чрезмерное употребление кофе, периодические сердцебиения/перебои, сниженный фон настроения. По опроснику Бека общий средний балл у студентов данной группы составил 9 баллов (11 – у женщин, 7 – у мужчин, у занимающихся спортом – 9), что предполагает большую подверженность лиц женского пола к стрессовым состояниям, а, следовательно, магниевой недостаточности.

Группа работающих составила 40 человек (20 женщин и 20 мужчин). Среди работающих студентов 17 человек от всех тестируемых составили лица, у которых профессиональный стресс выражен в умеренной степени (в среднем – 21 балл), в их числе 14 женщин и 3 мужчин. Выраженность дефицита магния у обследованных данной группы составила в среднем 22 балла («умеренный дефицит магния»), определена «легкая депрессия» по шкале депрессии Бека. У 3 человек про-

фессиональный стресс являлся безусловной проблемой (34 балла – у 2 мужчины одной женщины). Результаты теста на дефицит магния выявили 31 балл у женщины («дефицит магния») и в среднем 28 баллов у мужчин («умеренный дефицит магния»). Средний показатель по шкале Бека составил 32 балла, что соответствует тяжелой депрессии. Установленный умеренно высокий уровень профессионального стресса и дефицит магния, наиболее выраженные у лиц женского пола, могут являться фактором риска развития соматических заболеваний и нарушений психофизиологической адаптации. Остальные 20 человек (50% работающих студентов) находились в состоянии устойчивой психической адаптации. Средний балл теста на дефицит магния был 10 баллов («нет дефицита магния»), а по шкале Бека – 6 баллов («отсутствие депрессии»).

Выводы. Результаты исследования определяют необходимость более углубленного обследования состояния здоровья студентов-старшекурсников, особенно работающих, с целью своевременного выявления дефицита магния и снижения адаптационных возможностей организма, что может приводить к ухудшению мнестической функции студентов, и как следствие – снижению качества учебной и профессиональной деятельности. Вряде случаев целесообразно применение качественных препаратов для коррекции гомеостаза данного важного микроэлемента.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Закиров Н.У., Курбанов Р.Д., Муллабаева Г.У., Ганиев Т.З.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить прогностическую точность шкалы НАТСН и влияние функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) на прогрессирование фибрилляции предсердий (ФП) у больных пароксизмальной ФП.

Методы: Мы ретроспективно изучили данные 137 больных (средний возраст 55 ± 13 лет; 68% мужчин) с пароксизмальной ФП (>2 приступов за 3 месяца) после кардиоверсии. Перенесенный в анамнезе инсульт был выявлен у 4% больных, ХСН (классы I–III по NYHA) у 31%, артериальная гипертензия у 69% и ХОБЛ у 21%. С профилактической целью дополнительно к базисной терапии 82% больных принимали амиодарон или пропafenон. Прогрессирование ФП устанавливалось при переходе пароксизмальной в постоянную форму. Первичной конечной точкой было состояние ритма в течение 1 года. Мы использовали корреляционный анализ, логистическую регрессию и ROC-анализ для оценки чувствительности шкалы НАТСН для прогнозирования прогрессирования ФП. Все статистические данные были рассчитаны по SPSS версии 22.

Результаты: По шкале НАТСН общий средний балл составил $1,67 \pm 1,5$. В течение 1 года только у 12 (8,8%) больных наблюдалось прогрессирование в постоянную

форму ФП (1-группа). Исходно в 1-группе средний балл по шкале НАТСН был значительно выше, чем во 2-группе (без прогрессирования), составив $3,75 \pm 1,6$ против $1,47 \pm 1,4$ соответственно ($P < 0,0001$). По шкале НАТСН только 8 (6%) больных имели высокий риск прогрессирования (>5 баллов). Из них у 4 (50%) больных наблюдалось прогрессирование пароксизмальной ФП в сравнении с 6% пациентов, имевших низкий и умеренный риск по шкале НАТСН ($p < 0,0001$). Корреляционный анализ показал, что перенесенный инсульт ($r = 0,276$, $p < 0,0001$), ХСН ($r = 0,387$, $p < 0,0001$) и возраст старше 60 лет ($r = 0,182$, $p < 0,01$) ассоциируются с прогрессированием ФП. Площадь под ROC кривой для шкалы НАТСН была 0,820 (95% ДИ, 0,701–0,939, $p < 0,0001$). По результатам логистического регрессионного анализа, только 2 предиктора были связаны с риском прогрессирования ФП: ХСН (ОР: 8,33 95% ДИ: 1,4–49,3, $p = 0,02$) и перенесенный инсульт (ОР: 3,2, 95% ДИ: 1,1–9,7, $p = 0,033$). Прогрессирование ФП среди больных с ХСН наблюдалось у 33% больных с II, III ФК против 7,6% с 0-I ФК, $p > 0,15$.

Выводы: Пациенты, набравшие более 5 баллов по шкале НАТСН имели в 8,3 раза более высокую частоту прогрессирования ФП по сравнению с больными, на-

бравшими менее 5 баллов. В результате логистического регрессионного анализа было выявлено, что только ХСН и перенесенный инсульт или ТИА были незави-

симыми факторами риска, связанными с прогрессированием ФП.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКДИСТЕРОИДОВ В ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ

Залетова Т.С., Щербакова М.Ю., Богданов А.Р., Мазо В.К.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва

Одним из путей оптимизации диетотерапии пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и ожирением может являться включение в терапию эрдистероидов. Эрдистероиды, являясь адаптогенами, способны активизировать процессы биосинтеза белка в различных органах и тканях аналогично известным стероидным анаболическим препаратам. Обоснованием перспективности включения эрдистероидов в диетотерапию больных является положение о том, что ХСН является классическим примером дезадаптационной патологии, при которой снижается приспособляемость сердца к предлагаемым ему нагрузкам, и, следовательно, нарушается способность миокарда обеспечивать необходимый уровень кровообращения в зависимости от метаболических потребностей организма. В отличие от эффектов допинговых средств, использование адаптогенов не вызывает отрицательного последствия.

Цель: изучить эффективность диетотерапии с включением эрдистероидов у пациентов с ХСН и ожирением III степени.

Методы исследования: в исследовании, проводимом на базе ФГБНУ «НИИ питания», приняли участие пациенты с ожирением III степени. Больным была проведена трансторакальная эхокардиография с определением систолической и диастолической функции левого желудочка, а также тест с 6-минутной ходьбой. В результате отбора в исследование было включено 60 человек с ожирением III степени и ХСН. Пациенты были разделены на 2 равные группы в зависимости от проводимой диетотерапии: группа 1 получала

стандартный вариант диеты, группа 2 получала диету с включением эрдистероидов. энергетическая ценность рационов пациентов составила 1550 ккал/сут (содержание белка – 80 г/сут, жира – 70 г/сут, углеводов – 150 г/сут).

Полученные результаты: по данным антропометрии на 3 неделе диетотерапии снижение массы тела у пациентов обеих групп имело практически одинаковый характер, и составило $5,5 \pm 0,3$ % и $5,7 \pm 0,5$ % для группы 1 и 2, соотв. К 3 месяцу у пациентов, получавших эрдистероиды имело место достоверно большее снижение массы тела, чем в группе 1: $10,1 \pm 0,8$ % против $8,8 \pm 0,6$ % от исходного ($p < 0,05$). Таким образом, пациенты группы 2 достигли значимого снижения массы тела – 10%. В результате лечения у пациентов обеих групп по мере снижения массы тела достоверно увеличивалась толерантность к физической нагрузке (по результатам теста с 6 минутной ходьбой), при этом пациенты, получающие эрдистероиды, имели тенденцию к более выраженному улучшению: в первой группе пройденное расстояние увеличилось на $14 \pm 5,3$ % через 3 недели и на $18 \pm 3,6$ % через 3 мес. ($p < 0,05$); у пациентов получающих эрдистероиды – на $18 \pm 5,6$ % и на $24 \pm 3,4$ % через 3 недели и 3 месяца; соотв. ($p < 0,05$).

Выводы: как показано в нашем исследовании, редукция массы тела оказывает несомненный положительный эффект на течение ХСН: клинический эффект имеет любая из представленных схем лечения. Полученные нами результаты демонстрируют эффективность применения эрдистероидов в диетотерапии пациентов с ХСН и ожирением III степени.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ С РАМИПРИЛОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Залесочная И.Л., Автандилов А.Г.

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», Москва

Цель: изучить влияние 6-ти месячной комбинированной терапии амлодипином с рамиприлом на структурно-функциональное состояние миокарда у больных с артериальной гипертензией (АГ), работающих на Крайнем Севере.

Материал и методы: 130 больным с АГ, проживающим на Тюменском Севере и выделенным в две группы

в зависимости от трудового графика их работы (1-ой группе – 67 пациентам, работающим в дневную смену, 2-ой – 63 пациентам, работающим посменно), была назначена комбинированная терапия амлодипином с рамиприлом со старта, в среднесуточной дозе амлодипина/рамиприла: в 1-ой группе – $8,3 \pm 1,3/16,5 \pm 2,9$ мг/

сут., во 2-й – $9,5 \pm 1,5/26,8 \pm 1,5$ мг/сут. ЭхоКГ исследовали исходно, через 12 недель и через 6 месяцев терапии.

Результаты. В 1-й группе больных с АГ при 6-ти месячной терапии амлодипином с рамиприлом констатирована положительная динамика структурно-функциональных показателей миокарда. Отмечалось уменьшение абсолютного значения ММЛЖ на 48,0 г (на 18,0%; $p < 0,05$). Снижение ИММЛЖ составило 17,83%, КСР ЛЖ – 6,76%, КДР ЛЖ – 4,12%, ТМЖП – 7,04%, ТЗС ЛЖ – 6,93%, размера ЛП – 4,42% ($p < 0,05$). Улучшилась сократительная функция ЛЖ – ФВ увеличилась на 4,75% ($p < 0,05$). Достоверно уменьшился КСО ЛЖ (на 6,77%; $p < 0,05$). Выявлено увеличение количества пациентов с нормальной геометрией ЛЖ до 49,2% человек (против 37,3% исходно), снижение – с концентрической и эксцентрической ГЛЖ, соответственно, до 21,3 и 14,8% (против 29,8 и 18,0% исходно, соответственно) и с концентрическим ремоделированием до 14,8% (против 14,9% исходно). Во 2-й группе наблюдения по окончании терапии отмечалось уменьшение ОПСС на 19,32% ($p < 0,01$). Достоверно снизились линейные показатели ЛЖ (КДР и КСР) ($p < 0,05$). Толщина МЖП и ЗС ЛЖ значительно снизились на 8,40 и 6,77%, соответственно, ($p < 0,05$); ОТС – на 14,29%

($p < 0,05$). Абсолютное значение ММЛЖ уменьшилось на 73,67 г (на 24,55%; $p < 0,01$). Снижение ИММЛЖ составило 24,58% ($p < 0,01$). Выявлено увеличение количества пациентов с нормальной геометрией ЛЖ до 35,2% человек (против 23,8% исходно) и с концентрическим ремоделированием до 17,6% (против 14,3% исходно), снижение – с концентрической и эксцентрической ГЛЖ, соответственно, до 29,9 и 17,3% (против 44,4 и 17,5%, исходно, соответственно).

Выводы. У больных с «северной» АГ целесообразно использовать комбинированную терапию амлодипином с рамиприлом со старта, которая оказывает позитивное влияние на структурно-функциональное состояние ЛЖ, в среднесуточных дозах амлодипина/рамиприла: у работающих в дневную смену – $8,3 \pm 1,3/16,5 \pm 2,9$ мг/сут., у работающих посменно – $9,5 \pm 1,5/26,8 \pm 1,5$ мг/сут. Применение данной комбинации препаратов приводит к регрессу ГЛЖ за счет уменьшения толщины ЗС ЛЖ и МЖП, улучшению структурных показателей и систолической функции ЛЖ. Констатировано увеличение количества пациентов с нормальной геометрией ЛЖ, снижение с концентрической и эксцентрической ГЛЖ в обеих группах наблюдения.

ВКЛАД НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОЦЕНКУ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Зволинская Е.Ю.¹, Муромцева Г.А.¹, Трунов В.Г.², Попов Л.А.³

1 ФГБУ «ГНИЦПМ Минздрава РФ», Москва, Россия

2 ФГБУН «ИППИ РАН», Москва, Россия

3 ИТЭБ РАН, Пушкино, Москва, Россия

Цель: оценить взаимосвязь некоторых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с общим сердечно-сосудистым риском и риском поражения коронарных артерий (ПКА) и брюшной аорты (ПБА) у молодых мужчин.

Методы исследования и испытуемые: выборка была сформирована из мужчин 1972 г.р. (217 человек), которые изначально были школьниками двух районов города Москвы и на момент обследования имели возраст 35–37 лет. Пациентам трехкратно измеряли АД ртутным сфигмоманометром по стандартной методике, проводили антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии (ОТ)), брали кровь на липиды и глюкозу, на основе анкетного опроса выявляли вредные привычки и наследственный анамнез, проводили УЗ исследование сердца. Абсолютный и относительный риск смерти от ССЗ (АР и ОР) в течение 10 лет оценивали по шкале SCORE. Абсолютный риск ПКА и ПБА оценивали по шкалам PDAY.

Результаты: используя логистический регрессионный анализ, удалось предсказать 56% величины АР и 44 % ОР смерти от ССЗ в течение 10 лет (STD/RSS = 0,44 и 0,56, соответственно). В обоих случаях для предсказания использован одинаковый набор ФР: общий

холестерин (ОХС) ($T_{stat} = 7,3$), индекс курения ($T_{stat} = 6,1$), систолическое артериальное давление (САД) ($T_{stat} = 4,9$), но вклад их различен. Для предсказания АР наибольший вклад внес индекс курения ($T_{stat} = 11,7$), а для предсказания ОР – ОХС ($T_{stat} = 7,3$). Более точно предсказываются показатели риска ПКА и ПБА (77 % и 68 %, STD/RSS = 0,23 и 0,32, соответственно). При этом увеличивается и количество отобранных переменных до 3–7. Так, для предсказания риска ПКА в регрессионное уравнение отобраны – индекс массы тела (ИМТ), ОХС, индекс курения, диастолическое артериальное давление (ДАД), липопротеиды высокой плотности (ЛВП), глюкоза и площадь поверхности тела (ППТ). При этом для предсказания риска ПКА наибольший вклад относительно друг друга вносят – ОХС ($T_{stat} = 12,7$) и ИМТ ($T_{stat} = 6,4$); примерно равный, но противоположный по знаку вклад у ДАД и ЛВП ($T_{stat} = 5,5$ и $-5,5$, соответственно), наименьший – у показателя глюкозы натощак ($T_{stat} = 4,5$) и ППТ ($T_{stat} = -2,2$). Для предсказания ПБА в регрессионное уравнение отобраны – индекс курения, ОХС, ДАД, глюкоза и толщина выносящего тракта правого желудочка. Переменные перечислены по мере уменьшения их

вклада в предсказание риска ПБА, их Tstat составляют соответственно – 10,0; 8,6; 5,8; 3,1 и 2,0.

Заключение: используя наборы ФР, возможно предсказать с достаточно большой вероятностью (56 %, 44 %, 77 % и 68 %, соответственно) АР и ОР смерти

от ССЗ в течение 10 лет, риск ПКА и ПБА у лиц молодого возраста. Наибольший вклад в прогностическую модель вносят такие ФР ССЗ, как – ОХС, индекс курения, уровень ДАД и ИМТ.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ Г. МОСКВЫ

Зволинская Е.Ю., Кимициди М.Г.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Цель исследования: изучение привычек питания студентов двух вузов г. Москвы для дальнейшего апробирования технологии медико-профилактического индивидуального консультирования. Материал и методы: обследовано 1912 студентов-первокурсников обоего пола 2-х вузов г. Москвы (средний возраст 17,7 лет). Частотный опросник по питанию включал вопросы, касающиеся частоты приема пищи, места питания, качества питания (досаливание пищи, потребление сахара, потребление овощей и фруктов).

Результаты: нерегулярно питаются 18 % студентов исследуемой выборки. Досаливает уже приготовленную пищу почти половина студентов. Чрезмерно

потребляют сахар 17%, сладкие и жирные изделия – более половины студентов. Недостаточно употребляют овощи и фрукты 54%. Достоверности различий в диетических погрешностях между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Заключение: нерациональное питание широко распространено среди студентов г. Москвы. Наиболее частые погрешности в диете – чрезмерное употребление соли, сладких и жирных изделий, низкое потребление овощей и фруктов. Московские студенты продемонстрировали меньшее потребление овощей и фруктов по сравнению со студентами других регионов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СЕЛЬСКИМ ЖИТЕЛЯМ С УЧЕТОМ ИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО «ПОРТРЕТА»

Зинатуллина Д.С., Садреева С.Х.

ГБОУ ВПО СамГМУ МЗ РФ, Самара

Накоплено большое количество данных, свидетельствующих о существенном влиянии психологических факторов на распространенность ССЗ и АГ. Ведущая роль в изменении образа жизни пациента отводится также психосоциальным факторам. Изучение этих факторов и их коррекция в свете профилактики АГ является одним из актуальных вопросов кардиологии.

Цель – определить психосоматический «портрет» сельских жителей, больных АГ, для организации профилактических мероприятий.

Психосоматический портрет изучался с помощью хорошо адаптированных к практике и апробированных психологических тестов – ЛОБИ, Спилбергера, тест-опросника Фолстена, у 150 больных АГ, сельских жителей (38 % мужчин и 62 % женщин), средний возраст $52,5 \pm 11,9$.

Изучение эмоциональной сферы по шкале личностной и реактивной тревожности Ч. Спилбергера, в модификации Ю.Л. Ханина, дало нам возможность определить уровень тревожности как свойство психики и психоэмоционального состояния больных АГ, сельских жителей. Исследование показало, что уровень личностной тревожности в среднем составлял $45,4 \pm 8,3$ балла, что свидетельствует о её высоком уровне. Это позволило предположить высокую вероятность проявления у жителей села, страдающих АГ, эмоциональной

незрелости, избегания излишней ответственности в отношении с окружающими, высокой чувствительности, наличия состояния тревожности, там, где речь идет об оценке, подготовленности или компетентности личности, которая воспринимается ей как угрожающая. Лица с таким уровнем тревожности, по данным ряда исследований, требуют повышенного внимания и поддержки со стороны медицинских работников. Показатель ситуационной тревожности у исследуемых был умеренным. Изучение психологической реакции на болезнь с использованием личностного опросника Бехтеревского института – ЛОБИ, показало, что у исследуемых преобладали тревожные (44,0%), неврастенические (36,0%) и ипохондрические (28,0%) типы. Это дало возможность предположить, что жители села, страдающие АГ, в основной своей массе отличаются плохим отношением к лечению и медицинским рекомендациям, отсутствием веры в эффективность лечения, нежеланием лечиться, у них несформирован комплаенс при постоянной тревожности, беспокойстве и мнительности в отношении течения болезни. У сельских жителей показатели концентрации внимания, снижения памяти, ориентации во времени, пространстве, речевые функции занимали нижние границы нормы.

Таким образом, психосоматический «портрет» сельского жителя, страдающего АГ, характеризуется высо-

кой личностной тревожностью, тревожным и неврастеническим типом реагирования на болезнь, отсутствием веры в эффективность лечения, нежеланием лечиться, несформированностью комплаенса, снижением когнитивной функции. Наибольший эффект при организации

профилактических мероприятий можно достигнуть сельских жителей, больных АГ, учитывая их психосоматический «портрет», особенности личности и мотивационные установки.

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ДИСПАНСЕРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ТЕЧЕНИЕ ВТОРОГО ГОДА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Иванова Е.С., Шалягин Ю. Д., Пягай Н.Л.

Филиал по медицинской профилактике Государственного автономного учреждения здравоохранения Московской области «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», г. Москва, Россия

В 2012 году Минздрав России издал приказ от № 1006н 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Основной целью диспансеризации, проводимой по данному порядку, является выявление ранних стадий и факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, являющихся в настоящее время основной проблемой для общественного здоровья, определяющих картину преждевременной смертности и инвалидизации населения Российской Федерации. Согласно этому порядку в 2014 году в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в Московской области продолжалось проведение диспансеризации.

Всего в течение 2014 года первый этап диспансерного обследования прошли 1 003 639 человек. Из них 592 697 – женщины (59%), 410 942 – мужчины (41%). Лица, прошедшие диспансеризацию, по возрасту распределились следующим образом: 21–36 лет – 348 194 человека (35% от числа всех обследованных лиц), 39–60 лет – 416 099 человек (41%) и старше 60 лет – 239 346 человек (24%). Число работающих граждан, прошедших диспансеризацию в 2014 году, составило 639 313 человек, неработающих – 340 209 человек, число обучающихся в образовательных учреждениях по очной форме составило 24 117 человек. В 2014 г. в ходе диспансеризации было обследовано 18243 инвалида и участника Великой

Отечественной войны, что приобретает особо важное значение в преддверии празднования 70-летия Победы, которое будет отмечаться в 2015 году. Из лиц, прошедших диспансеризацию в 2014 году, 184 235 (18%) проживают в сельской местности, и, таким образом, данное обследование, сыграло большую роль в повышении доступности медицинской помощи для этой категории населения. По результатам диспансеризации в 2014 году на диспансерное наблюдение было поставлено 178 989 человек, 202 088 пациентам было назначено лечение, 13699 человек было направлено на дополнительное диагностическое исследование, не входящее в объем диспансеризации, 1963 пациента было направлено для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, и 35 490 человек было направлено на санаторно-курортное лечение. По результатам анкетирования граждан, прошедших диспансеризацию, которое было проведено среди 1200 человек, диспансеризацию считают полезным мероприятием 943 опрошенных (78,5%), удовлетворены результатами ее проведения 774 человека (64,5%). 735 человек (61%) из 1200 опрошенных намерены выполнять полученные по результатам диспансеризации лечебные или диагностические предписания врача, а на вопрос анкеты «Намерены ли Вы вести здоровый образ жизни?» положительно ответили 648 (54%) опрошенных.

ПОВЫШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ ОРГАНИЗМА К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ У МЕТЕОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Иванова Е.С.¹, Мухарлямов Ф.Ю.²

1 Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии ФУВ ГБУЗМО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2 ГБУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы», г. Москва, Россия

В последние годы неуклонно возрастает интерес медицинской науки к изучению влияния факторов внешней среды, в том числе погодных-климатических на здоровье человека. Научные исследования выявили формирование ответных реакций организма на

действие погодных факторов, связанных с неспособностью организма поддерживать гомеостаз, которые ухудшают качество жизни. Это диктует необходимость поиска методов коррекции повышенной метеочувствительности на ранних этапах ее проявлений.

Цель работы: научно обосновать применение методов функциональной коррекции организма у метеочувствительных лиц с начальными проявлениями артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы исследования: проводилось изучение метеочувствительности у 250 пациентов с АГ в возрасте от 25 до 50 лет и оценивалась степень изменения толерантности к погодным условиям под влиянием курса восстановительной коррекции.

В период резких колебаний погодных факторов наблюдалась повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, чувство тревоги, снижение физической работоспособности, нарушение сна. Отмечались головные боли, болевые ощущения в области сердца, повышение АД.

Изучалась эффективность применения нового биоэнергетического средства для ванн «Биолонг» с препаратом митофен в жемчужной ванне в комплексе с психологической релаксацией и кардиотренировками в режиме дозированных ступенчатонарастающих физических нагрузок на циклических и силовых тре-

нажерах. Митофен оказывает выраженное влияние на механизмы тканевого дыхания и обладает антигипоксической и антиоксидантной активностью.

После курса восстановительной коррекции наблюдалось: улучшение самочувствия, повышение активности и настроения (85%), снижалась реактивная тревожность при формировании неблагоприятных погодных условий. Отмечена нормализация вариабельности АД, особенно в вечернее и ночное время (в 84% случаев), выявлено снижение общего сосудистого периферического сопротивления (62%), улучшение микроциркуляторного кровотока (90%), нормализация суточной экскреции катехоламинов (30%), гармонизация функциональной активности кардиореспираторной системы при физической нагрузке (86%).

Таким образом, использование немедикаментозных методов коррекции повышенной метеочувствительности способствует активации эндогенных биорегуляторов, восстановлению адаптационных сдвигов и повышающих толерантность организма к внешним неблагоприятным воздействиям погодно-климатических факторов.

ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ И ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Балашова Л.А., Строкова Н.И.

Тверской клинический кардиологический диспансер, Тверская медицинская академия г Тверь, Россия

Цель: определить факторы, оказывающие влияние на приверженность к модификации образа жизни у больных с артериальной гипертензией (АГ) в амбулаторной практике. **Материал и методы.** В исследование было включено 435 человек (339 мужчин и 96 женщин) с АГ, наблюдавшихся в амбулаторных условиях в течение 1–5 лет. Средний возраст составлял 43 (33; 49) года. Программа исследования включала заполнение анкеты, антропометрию с расчетом индекса массы тела (ИМТ). Всем лицам, включенным в исследование, проводилось измерение АД, мониторинг ЭКГ и дыхания с выявлением синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), рассчитывался кардиоваскулярный риск. Пациентам после проведенного обследования были даны рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, а при наличии факторов риска (ФР) рекомендации по их коррекции. В зависимости от степени приверженности к выполнению рекомендаций (комплаенса) пациенты были разделены на 3 группы: 1) Группа А (комплаентная) – лица, выполнявшие все рекомендации, 66 человек, возраст 46 (40; 48) лет. 2) Группа В (частично комплаентная) – лица, выполнявшие данные рекомендации частично, 305 человек, возраст 43 (33; 49) лет. 3) Группа С (некомплаентная) – пациенты, не выполнявшие рекомендации, 64 человека, возраст 40 (31; 49) лет. Для статистического анализа данных использовались пакеты «SPSS 19.0». Данные представлены медианой, критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05. Результаты. С воз-

растом увеличивалась приверженность к выполнению рекомендаций ($p = 0,005$). Количество больных полностью выполнявших рекомендации было максимальным в старших возрастных группах: в группе 40–49 лет – 22,2%, в группе лиц 50 лет и старше – 15,1%. В возрастной группе до 29 лет отмечалась самая низкая комплаентность – 4,7%. Среди лиц с ИМТ > 25 кг/м² выше процент некомплаентных – 16,2%. При ИМТ < 25 кг/м² эта группа составила 9,4% ($p = 0,131$). Таким образом, зарегистрирована тенденция, свидетельствующая о более высоком уровне комплаентности больных с нормальным весом к выполнению рекомендаций по немедикаментозной терапии, однако степень статистической значимости достигнута не была. Среди лиц без СОАС 16,4% полностью выполняли рекомендации, 77,0% частично выполняли рекомендации, и только 6,6% были некомплаентны. Среди больных АГ с СОАС комплаентными были 13,9%, частично выполняли рекомендации 75,2% человек, и у 10,9% отсутствовала приверженность к немедикаментозному лечению. Чаще других полностью некомплаентными были лица с СОАС – 17,8% ($p = 0,038$), частичная приверженность к лечению в этой категории наблюдалась в 66,9% и у 15,3% сохранялся комплаенс в течение всего исследования. Выводы: таким образом, лица с наличием СОАС имели меньшую степень приверженности к выполнению медицинских рекомендаций. Не выявлено значимого влияния длительности заболевания и ИМТ к выполнению рекомендаций.

СТРЕСС-ЭХОКГ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ – МЕТОДИКА, ПОКАЗАНИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Иванова Ю. М., Павлов В.И., Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., Деев В.В.

Клиника спортивной медицины МНПЦМРВиСМ Департамента Здравоохранения г. Москвы

Нерезко выраженные аномалии сердца являются одним из основных спорных моментов в допуске спортсмена к тренировочно-соревновательной деятельности, так как их негативное значение может возрастать в период выполнения физической нагрузки. В связи с этим, эхокардиографического исследования (ЭХОКГ) в покое может оказаться недостаточно.

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

Методы: Нагрузку проводили на электрометрическом велоэргометре в положении лежа в течение 6 минут. ЭхоКГ регистрировали в памяти прибора (Vivid 7 dimension) с последующим анализом. 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. Начиная с 4-й минуты нагрузки проводили повторную запись ЭХОКГ в тех же проекциях. Проведено обследование 43 спортсменов обоих полов, в возрасте от 10 до 17 лет ($14,6 \pm 1,9$ г) регулярно занимающихся спортом. Распределение патологии сердца: открытое овальное окно (ООО) – 18 (43%); митральная регургитация (МР) – 3 (7%); аортальная регургитация (АР) – 11 (25%); аортальный стеноз (ГСД 12 мм рт. ст. в покое) – 1; трикуспидальная регургитация (ТР) – 3 (7%); регургитация на легочном клапане (ЛР) – 3 (7%); легочный стеноз (ГСД 12 мм рт. ст.) – 1; легочная гипертензия (ЛГ) – 3 (7%).

Результаты: При выполнении нагрузки выявлены следующие изменения: 1. При ООО в 2 случаях повы-

шалось давление в легочной артерии, которое у одного пациента сочеталось с расширением правых отделов сердца. Таким образом, патологическая реакция, непосредственно связанная с ООО, выявлена только у 2 (11,1%). 2. У спортсменов с МР 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. 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 показатели ЭхоКГ параллельно с комплексной оценкой функционально-диагностических параметров (ЭКГ, АД, газоанализ и др.), что позволяет получить важную информацию для принятия экспертного решения о допуске к занятиям спортом.

ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Иванов В.А., Евсеев Е.П., Айдамиров Я.А., Ярыгин И.В.

ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского, Москва, Россия

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения порока аортального клапана, осложненного выраженным кальцинозом.

Материалы и методы: в отделении хирургии пороков сердца с 1996 по 2013 г. выполнена 861 операция по протезированию аортального клапана. Из них у 512 пациентов отмечался выраженный кальциноз клапана, распространявшийся на стенку аорты, переднюю створку митрального клапана, межжелудочковую перегородку или миокард левого желудочка. Средний возраст пациентов был равен $56,6 \pm 10,7$ годам (от 24 до 88 лет). Лиц мужского пола среди оперированных было 319 (62,3%), женского 193 (37,7%). Все пациенты относились к 3–4 функциональному классу по клас-

сификации NYHA. Этиология аортального порока: атеросклероз и дегенеративный порок 41,2%(211), двустворчатый аортальный клапан 27,5%(141), ревматизм 24,8%(127), инфекционный эндокардит у 6,5%(33). Всем пациентам было выполнено протезирование аортального клапана (АК). У 366 (71,5%) пациентов дополнительно была выполнена коррекция митрального клапана (МК), в том числе декальцинация передней створки МК 197 (38,5%). Аортокоронарное шунтирование от 1 до 5 шунтов (в среднем 1,8) дополнительно было выполнено 63 пациентам (12,3%), коррекция трикуспидального клапана у 34 пациентов (6,6%), протезирование восходящей аорты у 8 (1,5%), пластика корня

аорты ксеноперикардом с целью его расширения у 23 (4,5%).

Результаты: общая госпитальная летальность среди пациентов с выраженным кальцинозом АК составила 2,1%, при изолированном протезировании аортального клапана 0,4%. Основной причиной смерти была сердечно-сосудистая недостаточность. Среди факторов, которые можно выделить при определении риска послеоперационной летальности следует отметить возраст умерших пациентов, который равнялся в среднем $70 \pm 6,9$ лет, длительное время искусственного кровообращения и время пережатия аорты (в среднем $155,3 \pm 56,3$ мин. и $121,8 \pm 48,8$ мин. соответственно). Среди нелетальных осложнений ведущее место занимали нарушения ритма и проводимости, потребовавшие проведения временной электрокардиостимуляции (от 1 до 7 дней) отмеченные у 27,6% пациентов, из них в 7 случаях (1,4%) был имплантирован постоянный водитель

ритма. Нарушение мозгового кровообращения отмечено у 8 пациентов (1,5%), послеоперационное кровотечение у 2,6% пациентов.

Выводы: Выраженный кальциноз аортального клапана свидетельствует о запущенности порока, который зачастую протекает без клинических проявлений и выявляется на поздних стадиях развития. Он значительно осложняет протезирование аортального клапана, что связано с риском развития эмболических осложнений, нарушений ритма и проводимости в ближайшем послеоперационном периоде. Мы рекомендуем при определении показаний к протезированию АК принимать во внимание не только выраженность трансклапанного градиента давления, но также и степень кальцификации клапана, при этом отсутствие клинических проявлений не может быть противопоказанием для оперативного лечения у этой группы пациентов.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Искендеров Б.Г., Сисина О.Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: определить провоцирующую роль метаболического синдрома (МС) в развитии острого повреждения почек (ОПП) у больных, подвергшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ).

Материал и методы. В клиническое сравнительное исследование были включены 742 больных (489 мужчин и 253 женщин) в возрасте от 53 до 67 лет (средний возраст $62,1 \pm 4,7$ лет), которым выполнялось АКШ с применением искусственного кровообращения. Из них у 477 больных (64,3%) отсутствовал комплекс диагностических критериев МС (1-я группа), а у 265 больных (35,7%) выявлен МС (2-я группа). ОПП диагностировали по классификации AKIN. Исходные показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и креатинина сыворотки (sCr) в сравниваемых группах отличались недостоверно, однако суммарный оперативный риск сердечно-сосудистых осложнений (EuroSCORE), во 2-й группе был достоверно выше, чем в 1-й группе: $8,1 \pm 0,9$ и $5,4 \pm 0,7$ ($p < 0,001$).

Результаты. С учетом максимального прироста sCr в ранний послеоперационный период ОПП диагностировали в 1-й группе у 119 больных (24,9%) и во 2-й группе – у 92 больных (34,7%). Кроме того, в 1-й группе преобладали I стадия (68,9%) и транзиторное ОПП (77,3%), во 2-й группе – III стадия (18,5%) и персистирующее ОПП (22,8%). Показано, что ранние послеоперационные сердечно-сосудистые осложнения значительно чаще возникли у больных с ОПП в обеих группах, а также во 2-й группе по сравнению с 1-й группой независимо от развития ОПП. Кроме того,

сеансы программного гемодиализа в случае развития острой почечной недостаточности (3-й стадии ОПП) в 1-й группе получили 5,9% больных и во 2-й группе – 17,4% больных ($p = 0,015$). Внутрибольничная летальность составила от 2,0% до 16,3% в зависимости от развития ОПП и наличия МС. При этом во 2-й группе, как при развитии ОПП, так и без него внутрибольничная летальность была достоверно выше ($p < 0,05$), чем в 1-й группе. Выявлено, что в случае развития ОПП показатели метаболического синдрома были достоверно выше, чем при отсутствии ОПП, особенно в 1-й группе. Кроме того, во 2-й группе независимо от развития ОПП метаболические показатели превышали таковые в 1-й группе. Показано, что в обеих группах у больных с ОПП по сравнению с больными без ОПП выявляемость ожирения всех степеней была достоверно выше. Среди больных с ОПП удельный вес ожирения I степени в 1-й группе составил 56,8%, а во 2-й группе – 52,9% и ожирения III степени – 15,9 и 17,6% соответственно. Развитие хронической болезни почек после периоперационного ОПП у больных с исходно интактной клубочковой функцией в 1-й группе была выявлена в 6,7% случаев и во 2-й группе – в 19,6% случаев ($p = 0,009$). Сроки пребывания больных в стационаре во 2-й группе были достоверно выше, чем в 1-й группе ($p = 0,008$).

Выводы. Выявлено, что наличие МС у больных, подвергшихся операции АКШ, по сравнению с больными без МС увеличивает частоту развития ОПП в 1,5 раза, внутрибольничную смертность – в 2,5 раза.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК, ПОДВЕРГШИХСЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Искендеров Б.Г., Сисина О.Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить кардиальные и ренальные последствия кардиохирургических вмешательств в течение 12 месяцев после операции у больных, имевших в анамнезе хроническую болезнь почек (ХБП).

Материал и методы. Обследовано 875 больных (464 мужчин и 411 женщин) в возрасте от 32 до 68 лет ($62,3 \pm 5,2$ года). Из них у 396 больных в условиях искусственного кровообращения выполнялось протезирование клапанов сердца, у 422 – аортокоронарное и/или маммарно-коронарное шунтирование и у 57 больных – сочетание этих операций. С учетом исходных величин скорости клубочковой фильтрации (СКФ) больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 508 больных с сохраненной функцией почек (СКФ выше $90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$); 2-я группа – 367 больных с ХБП (СКФ от 89 до $60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$). Больным до и через 6 и 12 месяцев после операции проводили доплер-эхокардиографию. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали по уровню креатинина сыворотки по критериям AKIN.

Результаты. Во 2-й группе ранние послеоперационные сердечно-сосудистые осложнения были достоверно чаще, чем в 1-й группе. Так, периоперационный инфаркт миокарда и ишемический инсульт в 1-й группе возникли в 4,1 и 5,3% случаев соответственно и во 2-й группе – в 8,2 и 9,5% случаев соответственно; различие достоверно ($p < 0,05$). Острая сердечная недостаточность III/IV класса по Killip, требующего проведения длительной инотропной медикаментозной поддержки, во 2-й группе выявлялась достоверно чаще, чем в 1-й группе: 8,4 и 3,9% соответственно ($p = 0,008$). Ран-

ние пароксизмы фибрилляции/трепетания предсердий также чаще были во 2-й группе: 20,4% против 11,8% ($p < 0,001$). Госпитальная летальность в 1-й группе составила 2,2%, а во 2-й группе – 7,9% ($p < 0,001$). В 1-й группе у 5,4% больных, перенесших ОПП, диагностировали ХБП. Во 2-й группе регресс течения ХБП наблюдался у 54,1% больных, наоборот прогрессирование ХБП – у 9,5% больных. Во 2-й группе программный гемодиализ проводился у 15 больных (4,4%). Отдаленные кардиоваскулярные события значительно чаще выявлялись у больных с прогрессированием ХБП (б подгруппа) и развившейся после операции дисфункцией почек (б подгруппа) по сравнению с больными, не имевшими ОПП (1а подгруппа), и с регрессом ХБП (2а подгруппа). Чрескожные коронарные вмешательства проводились: в 1а подгруппе в 1,9% случаев, в б подгруппе – в 7,5% случаев, в 2а и б подгруппах – в 3,3 и 9,0% случаев соответственно. Инсульт был в б подгруппе у 11,1% больных и в б подгруппе – у 11,6%. На амбулаторном программном гемодиализе находились 7,7% больных только б подгруппы. Общая смертность среди амбулаторных больных, перенесших ОПП, была достоверно выше, как в 1-й группе (7,5%), так и во 2-й группе (8,4%). Отдаленный кардиоренальный прогноз коррелировал с динамикой показателей кардиогемодинамики после операций на сердце.

Выводы. Выявлено, что ближайший прогноз в основном зависит от развития ОПП, отдаленный кардиоренальный прогноз зависит от динамики функции почек и показателей сократительной и насосной функций сердца. В половине случаев отмечается регресс течения существующей до операции ХБП.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исмагилова А.Ш.

ГБОУ ВПО «Государственная медицинская академия», БУЗ УР «ССМП МЗ УР», Ижевск, Россия

Цель исследования. Изучить динамику биохимических показателей состояния печени у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследовано 92 пациента (60 женщин и 32 мужчин), поступивших в период острой декомпенсации ХСН либо с прогрессированием ХСН. Пациенты были распределены по группам в зависимости от стадии ХСН. I группа – пациенты с ХСН IА ($n = 48$), II группа – пациенты с ХСН IIБ ($n = 36$), III группа – пациенты с ХСН III ($n = 18$). В группу контроля вошли практически здоровые лица ($n = 20$), сопоставимые по полу, возрасту. Критериями исключения из исследования явились сахарный диабет, ожи-

рение, заболевания печени в анамнезе, хроническое злоупотребление алкоголем. Пациентам проводились клинико-лабораторные методы исследования, а также эластометрия методом сдвиговой волны.

Результаты. Синдром цитолиза выявлен у 50 больных (54%). Активность трансаминаз, билирубина увеличивается по мере усугубления стадии ХСН, снижаясь после проводимой терапии до нормальных значений, кроме показателей АСТ в группе пациентов с ХСН III, где он остался несколько выше референтных значений у 7 человек (39%). Синдром холестаза отмечается у 76 больных (82%). Активность показателей синдрома холестаза также увеличивается по мере нарастания ста-

дии ХСН. После проведенной терапии уровень щелочной фосфатазы уменьшился до нормальных значений, активность ГГТП осталась повышенной во II и III группах. Синдром печеночно-клеточной недостаточности установлен у 28 больных (30%). Выраженность данного синдрома также увеличивается с прогрессированием стадии ХСН. Были выявлены уменьшение соотношения альбумина к глобулинам (А/Г коэффициента), альбумина к альфа-1 и альфа-2 глобулинам, альбумина к альфа-2 глобулинам, альбумина к гамма-глобулинам у 2 больных с ХСН III (2%). Приведенное свидетельствует об активации иммуновоспалительного синдрома. Эластометрия печени показала увеличение значений эластичности (жесткости) ткани печени также в связи с утяжелением стадии ХСН. В первой группе пациентов с ХСН IА значения жесткости соответство-

вали степени фиброза F1, во второй группе пациентов с ХСН IБ значения жесткости соответствовали степени фиброза F2.

Выводы. Патология печени во время эпизода острой декомпенсации ХСН проявляется синдромами цитолиза, холестаза, печеночно-клеточной недостаточности и активацией иммуновоспалительного синдрома. Ведущим является синдром холестаза. Распространенность и выраженность синдромов возрастает от II А к III стадии, достигая своего пика при III стадии ХСН. При III стадии ХСН после лечения остается повышенный уровень АСТ, что может говорить о более глубоком поражении процессами некробиоза клеток печени. С прогрессированием стадии ХСН увеличивается выраженность фиброзных изменений ткани печени.

СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

Ишурова П.К., Майтбасова Р.С., Ержанова Г.Е

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СР РК, Алматы

Цель. Изучить структуру и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей Приаралья.

Методы исследования. В разработку вошли данные обследования 489 детей в возрасте от 5 до 17 лет в 3-х районах Кызылординской области. Исследования предусматривала также проведение социологического опроса матерей, опекунов по специально разработанной анкете.

Результаты исследования. Среди обследованных нами детей установлено, что от общего количества детей только 17,8% оказались здоровыми.

Частота ССЗ среди обследуемых детей составила 51,3% (251), из них 58,9% (148) в структуре составили функциональные кардиопатии (ФКП) и 41,0% (103) органические кардиопатии. В структуре ФКП преобладали вторичные кардиопатии (60,1%), различные функциональные нарушения ритма (51,0%) и проводимости (14,2%), нарушение процессов ранней реполяризации (21,0%), укорочение интервала PQ (12,2%), функциональный пролапс митрального клапана (ПМК) (33,1%), синдром кардиалгии (13,5%). Среди органических кардиопатий наибольший удельный вес занимают малые аномалии сердца (57,3%) чаще у детей с дисплазией соединительной ткани (65,0%) и наименьший первичный ПМК (4,0%). Частота врожденных пороков сердца (ВПС) составила 2,65%. Артериальная гипертензия наблюдалась лишь среди детей пубертатного возраста (1,6%). Детей с тенденцией к повышению систолического артериального давления составило 16,8% слу-

чаев. Исходный вегетативный тонус в 68,7% случаев был нормальный, в 31,3% – симпатикотонический. Артериальная гипотензия была выявлена у 40,5% детей. Из них у половины детей наблюдались обмороки, а у 1/3 – частые носовые кровотечения.

На момент рождения ребенка 26,4% матерей имели хронические заболевания. Семьи с неблагоприятными условиями производственной деятельности выявлены у 46,6% анкетированных. Родители, злоупотребляющие вредными привычками составили 35,6%. Низкий образовательный уровень определен у родителей, так у отца он составил – 40,8%, у матери – 38,6%. Изучение уровня благосостояния в семье выявило – средний (хватает лишь на питание и товары первой необходимости) – 48,3%, низкий (денег хватает только на скромное питание) – 14,3%, крайне низкий (денег не хватает даже на питание) – 3,0%. Таким образом, лишь 34,4% респондентов удовлетворены своим материальным обеспечением, а остальные – 65,6% лишь частично. Более треть семей (35,1%) находились преимущественно на мучных продуктах с недостатком необходимого количества овощей и фруктов. Мясо, творог, яйца получали в достаточном объеме лишь 19,8% семей.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии медико-социальных факторов, влияющих на состояние сердечно-сосудистой системы детей Приаралья.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КАМЕР СЕРДЦА У РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Ишчуова П.К.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СР РК, г. Алматы, Казахстан

Введение. Работа посвящена описанию случая успешного применения прямого активатора фибринолизина – урокиназы, для устранения острого тромбоза камер сердца у пациента с врожденным пороком сердца.

Материалы. Поступил в клинику ребенок в возрасте 1 год 8 месяцев, в тяжелом состоянии. Тяжесть состояния была обусловлена сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушением ритма сердца (ЧСС 190–205 в минутах) и симптомами общей интоксикации.

Результаты. При эхокардиографическом исследовании было обнаружено в полости левого желудочка 2 гиперэхогенных образования диаметром 1,45–1,31 см в области верхушки. В полости правого предсердия гиперэхогенное образование диаметром 1,18 с неровным контуром. Заключение: Опухоль, тромб полости сердца? ВПС Аномалия Эбштейна. По результатам ЭКГ: Суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия ЧСС 206 в минуту. Отклонение ЭОС вправо. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Метаболические нарушения по миокарду желудочков. Альтернатива желудочкового комплекса. По результатам рентгенологического обследования органов грудной клетки была выявлена кардиомегалия – КТИ 77%.

Проведена консультация кардиохирурга: ВПС. Аномалия Эбштейна. Недостаточность трикуспидального клапана IV ст. Тромбоземболический синдром. НК III ст. ДН II ст. Состояние ребенка прогрессивно ухудшалось из-за нарастания сердечной недостаточности, увеличивался риск тромбоземболии. В связи с этим было принято решение провести агрессивную тромболитическую терапию.

Для тромболизиса выбран прямой активатор фибринолизина – урокиназа. Тромболизис проводился по следующей методике: В периферическую вену выполнили введение урокиназы из расчета 2000МЕ/кг внутривенно с помощью Perfuzor Compact S компании B|BRAUN,

первые 20 мин, далее 2000МЕ/кг/час в течение 24 часов. Вес ребенка 10 кг = в первые 20 минут = 20 000 МЕ, далее по 20 000 МЕ/час в течение 24 часов = 480 000 МЕ/сутки Общая доза препарата = 500 000 МЕ.

Эффективность терапии оценивалась по показателям развернутой коагулограммы, которые фиксировались каждые 6 ч, и данным Эхо-КГ.

Процедура тромболизиса не вызвала геморрагических осложнений и не привела к ухудшению состояния пациента. По окончании инфузии урокиназы была начата терапия Клексаном по следующей схеме: 0,2 мл на физиологическом растворе 0,46 мл = 0,66 мл, из них 0,1 мл подкожно 2 раза в день. После окончания курса Клексаном проводилась дальнейшая антикоагулянтная терапия Варфарином из расчета 0,2 мг/кг/сутки. В течение этого времени, проводился постоянный контроль МНО, которое поддерживалось в рамках 1,2–1,8 и плановая Эхо-КГ.

На 18-е сутки после тромболитической терапии по данным Эхо-КГ определялась положительная динамика в виде полного лизиса тромбов камер сердца.

На фоне проводимой комплексной терапии состояние ребенка улучшилось, явления сердечно-сосудистой недостаточности уменьшились, ритм сердца нормализовался, симптомы интоксикации уменьшились. Ребенок выписан из клиники с рекомендациями наблюдения кардиолога и кардиохирурга.

Заключение. Процедура тромболизиса с использованием прямого активатора фибринолизина – урокиназы в данном клиническом случае имела положительный эффект, что было подтверждено полным лизисом тромба, улучшением клинического состояния пациента, данными Эхо-КГ и показателями коагулограммы (ПТИ, АЧТВ, МНО). Эффективность тромболизиса у данного пациента, подтверждает возможность использования урокиназы для проведения тромболитической терапии у детей с тромбозами камер сердца.

АПОПТОТИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ЛИМФЦИТОВ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ

Кабилова А.М., Мингазетдинова Л.Н., Каримова Г.Ф., Мусина Ф.С., Муталова Э.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

В развитии ревматических заболеваний важное место отводится иммунному воспалению, где определена роль цитокинов в формировании воспалительного процесса. Исследования, где течение суставного синдрома при ревматических заболеваниях рассматривается с позиции участия апоптоза, единичны.

Цель. Оценить апоптотическую реактивность лимфоцитов периферической крови, интенсивность акти-

вационной экспрессии CD 95 – (FaS – апоптоз) лимфоцитов в течении суставного синдрома.

Материалы и методы. Обследовано 82 больных с суставным синдромом. Сформированы 2 группы: в 1 группу вошли 42 пациента с ревматоидным артритом (РА), во 2–40 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС), 26 человек относительно здоровых составили группу сравнения. Все группы сопоставимы

по возрасту, полу. Были оценены функциональная активность лимфоцитов по реакции бластной трансформации (РБТЛ), где выделяли R1-регион всех моноуклеаров, R2 (GO) регион покоящихся лимфоцитов, R3 (G1 и G2) – регион клеток на различных стадиях митоза. Оценка апоптоза проводилась по структурным изменениям ядерной ДНК путем окрашивания иодистым пропидием. Цитокины определялись иммуноферментным методом. Были оценены показатели иммунограммы, провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-1 β),

Результаты. Анализ популяционного состава лимфоцитов показал высоко значимое нарастание CD 95 – (FaS) лимфоцитов: при РА до $52,12 \pm 4,06\%$ и до $52,48 \pm 6,28\%$ при АС (в контроле $45,16 \pm 8,13\%$). Отмечено некоторое увеличение количества клеток в предсинтетической фазе (G1) при РА до $3,21 \pm 0,11\%$ ($p = 0,01$) и до $2,08 \pm 0,16\%$ при АС ($p = 0,05$) со снижением активационного коэффициента по сравнению со здоровыми – ($0,313 \pm 0,06$ при РА и $0,278 \pm 0,006\%$, $p = 0,048$ при АС, в контроле $0,421 \pm 0,07$).

У больных РА и АС наблюдалось значимое повышение апоптотирующих лимфоцитов – по определению

активационного FaS как опосредованного апоптоза после 24 – часовой инкубации. В группе больных РА было более выраженное снижение доли покоящихся лимфоцитов, содержание FaS экспрессирующих лимфоцитов возрастало в 2 раза ($p = 0,001$), однако содержание CD 95+ (FaS) лимфоцитов ко всем апоптотирующим клеткам было значимо ниже ($0,43 \pm 0,03$, при контроле – $0,51 \pm 0,06$; $p = 0,001$). У больных АС этот показатель составил $0,45 \pm 0,04$, был ниже здоровых ($p = 0,026$) и близок данным больным РА, т. е. определенное число активированных клеток погибает по механизму FaS независимого апоптоза, хотя апоптотическая реакция при РА и АС повышена как и содержание CD 95+ (FaS) клеток в периферической крови ($p = 0,01$).

Средняя величина TNF- α у пациентов с РА статистически выше, чем при АС на 58,2% ($p = 0,02$). Моноцитарно-макрофагальный фактор цитокинового звена (MCP-1) выявил повышение содержания MCP-1 при РА – $256,49 \pm 62,14$ пг/мл, АС – $163,86 \pm 78,12$ пг, но значимо только при РА.

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ УГЛЕВОДНОМ ОБМЕНЕ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ГОРОДСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ № 4, № 63, Г. МОСКВЫ)

Какорин С.В., Аблина К.Н., Мкртумян А.М.

ГКБ № 4, г. Москва

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Цель: на основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) ГКБ № 4, № 63 провести ретроспективный анализ наличия острой и хронической сердечной недостаточности (СН) у больных с ОКС, имеющих нормальный и нарушенный углеводный обмен (УО).

Методы исследования: проанализированы 2182 истории болезни (и б) больных б-х) (947 мужчин (М), 1235 женщин (Ж)) в возрасте 55–75 лет, выписанных из отделений неотложной кардиологии ГКБ № 63 и ГКБ № 4 г. Москвы в 2011–2013 гг. Стационары не оснащены оборудованием для выполнения интервенционных методов лечения больных с ОКС. Изучали распространенность острого Q-необразующего (Q-ИМ) и Q-образующего (Q+ИМ) инфарктов миокарда (ИМ), постинфарктного кардиосклероза (ПИКС), **острой** и хронической аневризмы левого желудочка (ЛЖ), постоянной и пароксизмальной форм фибрилляции предсердий (ФП) как факторов, влияющих на развитие и выраженность ХСН; острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) - отека легких, хронической СН (ХСН) II, III, IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Диагноз нарушенного УО (сахарный диабет 2 типа (СД2) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ)) ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 1999 г. Статистический анализ проводился в программе STATISTICA, версия 6.0.

Полученные результаты: Из 2182 и б у 1417 (64,9%) (642 М, 775 Ж) б-х выявлен нормальный УО, у 196 (9%) (91 М, 105 Ж) – НТГ, 569 (26,1%) (214 М, 355 Ж) – СД2. Распространенность Q-ИМ составила в группе б-х с нормальным УО 18,0% (256 б-х), в группе с нарушенным УО (СД2+НТГ) – 18,6% (143 б-х), среди пациентов с СД2–18,6% (106 б-х); Q+ИМ 11,1% (158 б-х), 16,1% (123 б-х), 7,9% (45 б-х) соответственно; ПИКС 28,3% (402 б-х), 36,4% (279 б-х), 39,7% (226 б-х) соответственно; острой аневризмы ЛЖ 1,3% (19 б-х), 3,4% (26 б-х), 3,86% (22 б-х) соответственно; хронической аневризмы ЛЖ–3,24% (46 б-х), 8,36% (64 б-х), 7,9% (45 б-х) соответственно; ХСН II ФК по NYHA – 33,4% (473 б-х), 54,5% (417 б-х), 59,2% (337 б-х) соответственно; ХСН III ФК по NYHA–10,9% (155 б-х), 28,9% (221 б-х), 31,8% (181 б-х) соответственно; ХСН IV ФК по NYHA–4,2 % (59 б-х), 7,2% (55 б-х), 9,1% (50 б-х) соответственно; постоянной формы ФП– 8,2% (116 б-х), 12,1% (93 б-х), 15,0% (86 б-х) соответственно; пароксизмальной формы ФП– 26,1% (370 б-х), 32,3% (247 б-х), 36,0% (205 б-х) соответственно; ОЛЖН – 3,2% (46 б-х), 11,24% (86 б-х), 11,7% (67 б-х) соответственно.

Выводы: На основании данных регистра ОКС КГБ № 4, № 63 г. Москвы распространенность нарушенного УО у больных с ОКС составляет 35,1%. У б-х с СД2 ОЛЖН встречается в 11,7% случаев, что достоверно

чаще ($p < 0,001$), чем в группе с нормальным УО – 3,2%. У б-х с СД2 выявлена ХСН II ФК в 59,2%, III ФК – в 31,8% и IV ФК – в 9,1% случаев по NYHA, что достоверно ($p < 0,001$) выше, чем у больных с нормальным УО – 33,4%, 10,9%, 4,2% соответственно. Отме-

чено достоверное ($p < 0,05$) увеличение частоты выявления ПИКС, Q+ИМ, острой и хронической аневризмы ЛЖ, пароксизмальной и постоянной форм ФП при СД2 по сравнению с группой нормального УО.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Калинина С. Г., Белов А. И.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», г. Екатеринбург, Россия

Коронарная болезнь сердца относится к наиболее тяжелым и распространенным заболеваниям сердца среди населения развитых стран. Статистические данные подтверждают прогрессирование частоты заболеваемости, смертности, инвалидности от коронарной болезни сердца лиц молодого возраста, что подтверждает сдвиг этого процесса в сторону омоложения. По установленной возрастной градации молодым возрастом считается возраст до 45 лет.

Цель исследования. Определить частоту встречаемости, особенности проводимой терапии, летальность у больных молодого возраста с острым коронарным синдромом (ОКС) в клинической практике.

Материалы и методы. Проанализированы данные поступивших больных в клинику в течение года. Всего с диагнозом ОКС поступило 87 пациентов молодого возраста, из них с ОКС без подъема ST – 38 (43,67%), с ОКС с подъемом ST – 49 (56,32%). ОКС диагностирован у 6 женщин молодого возраста (6,9%) и у 81 мужчины (93,1%). Из женщин у 2 (33,3%) диагностирован ОКС без подъема сегмента ST, у 4 (66,7%) – ОКС с подъемом ST. Из мужчин у 36 (44,4%) диагностирован ОКС без подъема сегмента ST, у 45 больных (55,6%) – ОКС с подъемом ST. Из когорты молодых больных с ОКС умер 1 пациент, летальность составила 1,2%. У умершего больного был диагностирован ОКС с подъемом ST, летальность при ОКС с подъемом ST составила 2,0%, летальность при ОКС без подъема ST – 0%. Реперфузионная терапия в группе ОКС с подъемом ST проведена 42 пациентам (85,7%), 12-тромболитическая терапия (ТЛТ) (28,6%), 30 пациентам выполнено первичное ЧКВ (чрескожное

коронарное вмешательство) (71,4%). У пациентов с диагнозом ОКС без подъема ST проведено 27 ЧКВ (44,7%).

Результаты. За исследуемый период в клинику поступило всего 1117 больных с ОКС, пациенты молодого возраста из них составили 7,8%. Из 818 случаев ОКС с подъемом ST молодые пациенты составили 6%, из 299 больных с ОКС без подъема ST – 12,7%. Из всех больных с подъемом ST реперфузионная терапия проведена 74,8% пациентам, что ниже, чем % проведенных реперфузий в группе молодых пациентов. Из всех больных с ОКС с подъемом ST, 164 больных получили ТЛТ (29,2% от всех случаев реперфузионной терапии), что выше, чем в группе молодых пациентов, всего в группе больных с ОКС с подъемом ST 398 больным проведено первичное ЧКВ (70,8%), что ниже, чем в группе пациентов молодого возраста. За исследуемый период ЧКВ при ОКС без подъема ST проведено 48,2%, что несколько выше, чем в группе молодых пациентов. Мужчины с ОКС составили 59,5%, что значительно ниже, чем у пациентов молодого возраста, женщины составили 40,5%, что выше, чем в группе молодых пациентов. Общая летальность в группе ОКС составила 9,1%, что значительно выше, чем летальность у лиц молодого возраста.

Выводы. ОКС у лиц молодого возраста встречается достаточно часто. Подавляющее большинство пациентов с ОКС молодого возраста составляют мужчины. Реперфузионная терапия у лиц молодого возраста с ОКС с подъемом ST проводится чаще, основу реперфузионной терапии составляет первичное ЧКВ. Летальность в группе ОКС у лиц молодого возраста в клинике низкая.

КОРРЕКЦИЯ СВЯЗАННЫХ СО СНОМ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ И РИСК ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

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

ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область

Многообразие кардиоваскулярных последствий синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) обуславливает необходимость совершенствования системы профилактики и коррекции этих расстройств. Нарушения сердечного ритма, и, в частности фибрилляция предсердий (ФП), широко распространены среди пациентов с СОАС и имеют определенные патофизиологические связи с обструкцией дыхательных путей во

время сна. Прогностическое значение СОАС различной степени выраженности в формировании нарушений ритма и влияние терапии положительным давлением в дыхательных путях (CPAP-терапии) на риск возникновения нарушений ритма сердца у больных с СОАС требуют дополнительного изучения.

Цель: изучить статистическую взаимосвязь частоты пароксизмов фибрилляции предсердий и выражен-

ности нарушений дыхания во время сна у пациентов на этапе реабилитации и по данным проспективного наблюдения.

Методы: в 2012–13 гг. были обследованы 356 пациентов кардиологического профиля (211 мужчин и 145 женщин, ср. возраст $55,3 \pm 7,2$ года, ИМТ = $28,2 \pm 3,7$ кг/м²). Регистрация эпизодов пароксизмальной фибрилляции предсердий осуществлялась на основании анализа клинико-anamnestических данных, медицинской документации. Диагностика расстройств сна была проведена при помощи полисомнографической системы Comet PSG (США). Подбор режима терапии положительным давлением в дыхательных путях (аппарат Breas iSleep20i, Швеция) проводился по стандартной методике. Повторное обследование проведено в 2014 году.

Результаты и выводы: при исходном исследовании пароксизмальная форма фибрилляции предсердий выявлена у 112 (31,5%) пациентов, средняя частота пароксизмов – $4,2 \pm 2,6$ эпизодов в течение предыду-

го года. По данным ПСГ-исследования СОАС легкой степени выявлен у 135 больных, средней степени у 61 и СОАС тяжелой степени у 27 пациентов. Анализ, проведенный методом бинарной логистической регрессии показал наличие положительной статистической связи количества эпизодов ФП и наличия СОАС средней степени (отношение шансов = 1,93) и тяжелой степени (ОШ = 2,21). По данным проспективного наблюдения наличие не леченного СОАС средней и тяжелой степени было ассоциировано с повышенной вероятностью пароксизма ФП (ОШ = 1,51). В подгруппе пациентов с СОАС средней и тяжелой степени, регулярно (не менее 5 часов в течение ночи и не менее 5 ночей в неделю) проводивших лечение методом CPAP-терапии, отношение шансов ФП при проспективном наблюдении составило 1,25. Таким образом, включение методик диагностики и коррекции апноэ сна в программы кардиореабилитации позволяет улучшить непосредственные и отсроченные результаты медицинской помощи.

КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ СНА В СТАНДАРТАХ (СХЕМАХ) КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Каллистов Д.Ю., Романов А.И.

ФГБУ «Центр реабилитации» УДП РФ, Московская область

За последние три десятилетия накоплен большой объем фактических данных, указывающих на негативное влияние расстройств сна на течение сердечно-сосудистых заболеваний. Внедрение полученных знаний в практику работы учреждений здравоохранения сталкивается с определенными трудностями. Соответствие медицинской помощи установленным стандартам в настоящее время является обязательным условием ее предоставления. Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что «стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и пр.».

Международный опыт свидетельствует о необходимости включения методов диагностики и лечения апноэ сна в национальные рекомендации, стандарты и протоколы ведения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, совместные рекомендации Европейского общества гипертензии и Европейского респираторного общества (2012) предусматривают проведение целенаправленных диагностических и лечебных мероприятий у больных с артериальной гипертензией и апноэ сна. Исходя из вышеизложенного, представляется целесообразным внесение следующих дополнений в существующие рекомендации по кардиореабилитации, а также схемы (стандарты ведения больных): «... Обследование пациентов перенесших инфаркт миокарда, операции реваскуляризации миокарда, страдающих от недостаточности кровообращения должно включать в себя сбор сомнологического анамнеза, и, при наличии показаний проведение инструментальных

исследований сна – контролируемого или амбулаторного полисомнографического исследования или кардиореспираторного исследования сна (4–6 параметров). В качестве скринингового метода или при невозможности в данный момент проведения указанных выше исследований, у пациента, имеющего явные клинические проявления нарушений дыхания во время сна, на 1 этапе может быть проведено длительное (8+ часов) компьютеризированное пульсоксиметрическое исследование с записью и анализом данных. Пациентам с тяжелыми и среднетяжелыми формами обструктивного и/или центрального апноэ сна и/или синдрома ночной гипоксемии/гиповентиляции в качестве метода коррекции показано проведение подбора режима неинвазивной вспомогательной вентиляции путем создания положительного давления воздуха в верхних дыхательных путях в одном из режимов (CPAP, Auto-CPAP, BIPAP, Auto-BIPAP, адаптивная сервовентиляция) с последующим продолжением терапии на этапе реабилитации и на амбулаторном этапе».

Опыт работы Центра позволяет рекомендовать следующие процедуры и частоту их предоставления при проведении кардиологической реабилитации:

- 1) Сбор анамнеза и жалоб сомнологический – 100%;
- 2) Компьютеризированная пульсоксиметрия (4 тип исследования сна) – 70%;
- 3) Кардиореспираторное мониторирование (3 тип исследования сна) – 20%;
- 4) Полисомнографическое исследование, контролируемое (1 тип исследования сна) – 20%;
- 5) Терапия методом создания постоянного положительного давления в дыхательных путях в одном из режимов – 40%.

ОЦЕНКА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ГЛОМЕРУЛО-ТУБУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Расулова З.Д., Аликулов И.Т.

АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить сравнительную эффективность лозартана и лизиноприла на гломеруло-тубулярные маркеры дисфункции почек у больных с I–III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования. Обследованы 92 больных с I–III ФК ХСН. Первую группу (I) составили 47 больных, принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии лозартан (лориста, KRKA, Словения); вторую группу (II) – 45 больных принимали на фоне стандартной терапии – лизиноприл (Grindex, Латвия). Всем пациентам определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ MDRD) и уровень ферментов в моче: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Статистическую обработку с помощью программного пакета MicrosoftOffice Excel-2012.

Полученные результаты. Анализ результатов исследования показал, что у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН показатель ККр составил $73,0 \pm 9,98$, $72,9 \pm 13,74$, $69,5 \pm 11,64$ мл/мин, во второй группе – $74,8 \pm 11,9$, $74,7 \pm 11,0$, $66,8 \pm 13,8$ мл/мин соответственно. СКФ по формуле MDRD у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН составил $67,6 \pm 11,1$, $63,9 \pm 11,9$, $61,1 \pm 9,3$, во второй группе – $65,08 \pm 9,06$, $64,53 \pm 9,06$, $60,6 \pm 10,3$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ соответственно. Результаты исследования показали, что СКФ (MDRD) < 60 мл/мин у больных первой и второй группы наблюдалось у 18 (38,3%) и 17 (37,8%) больных соответственно. Анализ

исходных показателей уровня ферментов в моче, характеризующих функциональное состояние канальцев почек, показал у больных с СКФ (MDRD) < 60 мл/мин достоверное ($p < 0,05$) увеличение уровня АЛТ, АСТ, ЩФ в моче: у больных первой группы на 45,2%, 31,8%, 78,2%, у больных второй группы 43,6%, 33,5%, 73,9% соответственно по сравнению с больными с показателями СКФ (MDRD) > 60 мл/мин. На фоне шестимесячного лечения с включением лозартана у больных с I ФК ХСН было отмечено тенденция к уменьшению уровня ферментов в моче: АЛТ – на 6,4 %, АСТ – 10,6%, ЩФ на 17 %, а у больных II ФК ХСН было отмечено достоверное уменьшение АЛТ, АСТ, ЩФ на 24 %, 18,5%, 36,3 % ($p < 0,05$); у больных с III ФК ХСН на 32,5%, 26,8 %, 36,9% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными значениями. На фоне шестимесячного лечения с включением лизиноприла у больных с I и II ФК ХСН было только тенденция к уменьшению уровня ферментов в моче по сравнению с исходными значениями, с достоверными уменьшением АЛТ, АСТ и ЩФ у больных с III ФК ХСН на 22,5 %, 9,6 %, 21,8% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными значениями.

Выводы. Шестимесячное лечение с включением лозартана и лизиноприла увеличивает СКФ и достоверно уменьшает уровень ферментурии и тем самым обладают нефропротективным эффектом с более выраженным эффектом у больных, принимавших лозартан.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ-МОДИФИКАТОРОВ И МАРКЕРЫ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Каплунова В.Ю., Привалова Е.В., Шакарьянц Г.А., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка значимости полиморфизма генов – модификаторов и маркеров нейрогуморальных систем у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: обследовано 58 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (31 мужчины, 27 женщин). Контрольная группа (КГ) – 58 человек, сопоставимые по полу и возрасту пациентам с ГКМП. Средний возраст больных в исследуемой группе составил $51,91 \pm 1,0$ г. Преобладали пациенты с обструктивными вариантами (64,2%) и асимметричным вариантом (69%) ГКМП. Все пациенты были обследованы с использованием стандартного кардиологического алгоритма диагностики ГКМП и имели клинико-инстру-

ментальные проявления заболевания. Больным ГКМП и КГ проведено генотипирование полиморфизмов 12 генов-модификаторов (ген эндотелиальной NO-синтазы (NOS3), ген эндотелина1 (EDN1), ген рецептора эндотелина типа A (EDNRA), ген химазы (CMA1), ген ангиотензиногена (AGT), ген ангиотензина II рецептора типа 1 (AGTR1), ген матриксной металлопротеиназы 3 (MMP-3), ген тромбоцитарного гликопротеина IIIA (ITGB3), гены коагуляционных факторов F2, F5, F7), а также исследование маркеров нейрогуморальных систем (MMP3-металлопротеиназы, NO – оксида азота, TIMP-1, TIMP-2 – тканевых ингибиторов металлопротеиназы, ACE – ангиотензин-превращающего фермента, интерлейкина 1b, интерлейкина 10, TФР –

трансформирующего фактора роста, ФНО – фактора некроза опухоли, IGF-1 – инсулин-подобного фактора роста, NT-proBNP – N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида, коллагена IV, фактора Виллебранда, эндотелина 1–2, ангиотензина II).

Результаты: отмечено, что наличие комбинаций генотипов полиморфизма генов NOS3 (G/A) $p = 0,00153$, AGT (T/C) $p = 0,09$ и ITGB3 (T/T) $p = 0,10$ является более свойственным больным ГКМП, что указывает на большую значимость эндотелинов, РААС и коагуляционной системы в патофизиологии ГКМП. При исследовании маркеров нейрогуморальных систем в группе ГКМП выявлено: достоверное снижение уровня TIMP-1 ($p = 0,0001$); высокое, более 3,0, значение ФНО- α ($p = 0,04$): резкое уменьшение уровня АГ II ($p = 0,0001$). Полученные данные свидетельствуют

о значимой роли фиброобразования и повышения активности системы эндотелина в формировании клинической картины ГКМП. Отмечается снижение уровня АГ II, что косвенно свидетельствует о снижении активности РААС. Выявлено достоверное повышение уровня NT-proBNP (при ГКМП – $42,56 \pm 5,21$, в КГ – $22,09 \pm 6,70$) ($p < 0,0001$) у больных ГКМП.

Выводы: 1. Определена диагностическая значимость при ГКМП комбинации генов-модификаторов системы эндотелина, РААС и коагуляционной системы. 2. На формирование клинической картины ГКМП оказывают влияние степень фиброобразования и активность системы эндотелина (TIMP-1, ФНО- α). 3. У больных ГКМП отмечено достоверное повышение уровня NT-proBNP, что свидетельствует о раннем присоединении ХСН.

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Каплунова В.Ю., Привалова Е.В., Шакарьянц Г.А., Кожевникова М.В., Беленков Ю.Н.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: выявление клинико-генетических маркеров вариантов течения гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП).

Материалы и методы: обследовано 186 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (88 мужчин и 78 женщин), средний возраст составил $47,1 \pm 10,0$ лет средняя продолжительность наблюдения $7,66 \pm 0,36$ лет (от 3 до 28). Преобладали пациенты с обструктивными вариантами (67,7%) и асимметричным вариантом (79%) ГКМП. В 55,4% случаев больные имели прогрессирующий вариант течения (ПТ), 35,5% стабильный вариант (СВ), 5,9% вариант фибрилляции предсердий (ФП), 2,7% вариант внезапной сердечной смерти (ВСС) и 0,5% вариант конечная стадия (КС). 44,6% пробандов имели семейную форму заболевания. Все пациенты были обследованы с использованием стандартного кардиологического алгоритма диагностики ГКМП и имели клинико-инструментальные проявления заболевания. 61 пациенту (26 мужчин и 35 женщин) и в контрольной группе (61 человек) проведено генотипирование полиморфизмов 12 генов модификаторов, характеризующих систему РААС, эндотелиновую систему, коагуляционную систему и систему металлопротеиназ: ген эндотелиальной NO-синтазы (NOS3), ген эндотелина 1 (EDN1), ген рецептора эндотелина типа А (EDNRA), ген химазы (CMA1), ген ангиотензиногена (AGT), ген ангиотензина II рецептора типа 1 (AGTR1), ген матриксной металлопротеиназы 3 (MMP-3), ген тромбоцитарного гликопротеина IIIA (ITGB3), гены коагуляционных факторов F2, F5, F7.

Результаты: наиболее выраженная степень гипертрофии миокарда, обструкции и диастолической

дисфункции наблюдается при ПТ и варианте ВСС. Выявлены генетические маркеры факторов риска ВСС в виде неблагоприятных аллельных вариантов генов эндотелиальной NO-синтазы (ген NOS3) – G/T; эндотелин рецептора типа А, (ген EDNRA) – T/T; матриксной металлопротеиназы 3, (ген MMP3) – 6/5. Варианты СТ и ФП характеризовались наличием умеренных значений гипертрофии и нарушений диастолической функции, что сочеталось с более поздним появлением клинических симптомов. При этом максимальное увеличение левого предсердия наблюдалось у больных с вариантом ФП.

Анализ аллельных вариантов генов-модификаторов выявил, что при ПТ и варианте ВСС преобладают неблагоприятные аллельные варианты генов, модифицирующих функционирование системы эндотелина: NOS3 – T/T, $p = 0,03$; G/G, $p = 0,039$; EDNRA – T/T, $p = 0,033$, C/C $p = 0,044$; EDN1 – G/T $p = 0,06$; РААС: AGT – C/C $p = 0,03$, а также в большей степени фиброобразования: MMP3–6/5, $p = 0,014$, в то время как при СТ обнаруживались только благоприятные варианты полиморфизмов: AGT- T/C, $p = 0,03$; CMP1 – G/G, $p = 0,03$; EDN1 – G/G, $p = 0,001$; EDNRA- C/T, $p = 0,033$.

Выводы. 1. Риск ВСС у больных ГКМП возрастает при ПТ и варианте ВСС; 2. Прогноз при ГКМП определяется степенью клинико-морфометрических нарушений, а так же корреляцией с неблагоприятными аллельными вариантами генов модификаторов РААС, системы эндотелина и металлопротеиназ.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ ПЕДАГОГОВ г. ТОМСКА

Карамнова Н.С.¹, Серебрякова В.Н.², Трубочева И.Н.², Кавешников В.С.², Выгодин В.А.¹, Калинина А.М.¹

1 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

2 ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии», г. Томск

Цель – изучить частоту факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в коллективе педагогов общеобразовательных школ г.Томска.

Материалы и методы. Обследованы 154 педагога, все женщины (коллективы 2-х общеобразовательных школ г.Томска) в возрасте 21–71 лет. Средний возраст – $46,6 \pm 10,9$ лет. Отклик – 84%. Высшее образование имели 94% учителей. Средний показатель трудового стажа составил $25,0 \pm 10,7$ лет. Обследование проводилось по стандартным методикам и включало: измерение артериального давления, антропометрию, определение уровня триглицеридов, общего холестерина и глюкозы крови, опрос на уровень физической активности, привычку табакокурения и прием лекарственных средств.

Результаты. Частота артериальной гипертонии в коллективе составила 51,9%, впервые выявленная – 3,2%. Меньше половины педагогов с артериальной гипертонией принимали гипотензивные препараты (42,8%) и лишь у 15% из них зафиксированы целевые уровни артериального давления во время трудового процесса. Частота курения составила 7,0%. Установлена высокая частота алиментарно-зависимых факто-

ров риска: две трети коллектива педагогов имели повышенную массу тела (68,8%). Частота избыточной массы тела составила 33,1%, ожирения – 35,7%, абдоминального ожирения – 40,2%. Выявлена высокая частота гипергликемии (12,1%), гиперхолестеринемии (78,0%) и гипертриглицеридемии (32,0%). Недостаточная двигательная активность отмечена у 30% учителей. Частота всех сердечно-сосудистых заболеваний в коллективе составила – 15,3%, ишемической болезни сердца – 12,5%, а сахарного диабета – 3,3%. У 2,9% учителей в анамнезе присутствовал перенесенный инсульт. И все случаи наличия сердечно-сосудистого заболевания и сахарного диабета приходились на учителей старше 60 лет – 17% коллектива.

Заключение. Определены приоритетные моменты для разработки и реализации профилактического вмешательства на рабочем месте в данном коллективе – эффективный контроль АД, коррекция алиментарно-зависимых факторов риска и формирование дополнительных превентивных подходов для педагогов старшей возрастной группы, относящихся к группе лиц высокого суммарного сердечно-сосудистого риска.

ПРИВЫЧКИ ПИТАНИЯ С ПОЗИЦИИ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ

Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д., Бойцов С.А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва

Факторы питания, наряду с другими поведенческими и биологическими факторами риска являются научно-обоснованным компонентом оценки сердечно-сосудистого здоровья на уровне популяции. Цель – изучить привычки питания взрослого населения России с позиции популяционной оценки сердечно-сосудистого здоровья. **Материалы и методы.** Обследована представительная выборка 13-ти регионов России: 21530 человек (6919 мужчин и 11386 женщин в возрасте 25–64 лет) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (2012–2013 гг). Оценка «питания для ССЗ» проведена частотным методом по критериям «FINRISK study», используя 4 компонента: ежедневное потребление фруктов и овощей, потребление рыбы не реже 2х раз в неделю, употребление низкожировых молочных продуктов, использование только растительных масел в приготовлении пищи. Наличие всех 4х компонентов оценивалось как «рекомендуемое (идеальное) питание

для ССЗ», наличие 1–3х компонентов как «промежуточный вариант», и «неблагоприятное (плохое)» при отсутствии всех компонентов. **Результаты.** Распространенность ежедневного потребления овощей и фруктов в общей популяции составила 58,9%: более высокая среди женщин – 63,4% и значительно ниже среди мужчин – 50,1%. Использование растительных масел в приготовлении блюд отмечено у 93,3% населения, среди женщин – 95,5% и 89,9% среди мужчин. Рекомендуемое потребление рыбы выявлено у 64,0% взрослого населения: 66,5% среди мужчин и 62,4% среди женщин. Используют в рационе питания молочные продукты низкой жирности только 26,0% населения: каждая четвертая женщина (24,4%) и почти каждый третий мужчина (29,0%). «Рекомендуемое питание для ССЗ» имели 14,8% общей популяции, среди мужчин показатель выше – 15,4%, чем среди женщин – 13,8%. В отдельных регионах отмечены как более высокие показатели (гг.

Владивосток и Вологда – 26,7% и 23,2% соответственно), так и более низкий – 5,5% в г.Оренбург. «Промежуточный вариант питания» отмечен у 85,4% взрослого населения: у 86,1% женщин и у 84,1% мужчин. «Неблагоприятное питание для ССЗ» имеют лишь 0,4% населения: 0,6% мужчин и втрое меньше женщин – 0,2%. Независимо от пола, отмечены положительные ассоциации «рекомендуемого» и «промежуточного варианта» питания с возрастом, статусом образования и проживанием в городе и отрицательные – с уровнем дохода. Наиболее часто присутствующими компо-

нентами в оценочной комбинации «промежуточного варианта» питания являлись – использование только растительных масел в приготовлении пищи (92,5%) и ежедневное потребление фруктов и овощей (88,2%), реже – рекомендуемое потребление рыбы (59,3%) и молочных продуктов пониженной жирности (13,6%), что объективно демонстрирует резерв популяционных образовательных профилактических программ, позволяя выделить конкретные акценты формирования привычек питания среди населения.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК МЕДИАТОР В ТЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Каримова Г.Ф., Кабилова А.М., Муталова Э.Г., Мингазетдинова Л.Н., Мусина Ф.С.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Одним из ведущих механизмов иммунного воспаления при ревматоидном артрите (РА) является поражение сосудов с ранним развитием атероматоза, гиперкоагуляционного синдрома.

Цель. Изучить функциональное состояние эндотелия у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. В исследование включено 112 пациентов (средний возраст 40,06 ± 3,18 года). У 34 пациента диагностирована ранняя стадия РА (длительность заболевания до 1 года), у 78 – развернутая (длительность > года) и 20 практически здоровые женщины (группа контроля). Всем обследованным проводилось стандартное клиническое обследование. Функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД) по методу D. Celermajer A al., уровню sP-селектина, антигена фактора Виллебранда (ФВ) определяемых методом твердофазного ИФА в плазме крови, эндотелина-1 (ЭТ). Определялись суточная экскреция белка в моче (МАУ), моноцитарно-макрофагальный фактор G-CSF.

Результаты. По степени активности РА пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа с РА минимальной активности (16 чел.), 2 группа с умеренной активностью (62 чел.), 3 группа – высокая активность (34 чел.). Исследование ЭЗВД выявило нарушение вазореактивности у 5 (31,2%) чел. 1 группы, у 36 (57,9%) – во 2 группе и у 30 (88,0%) больных 3 группы. При лабораторном исследовании во всех группах отмечено высоко значимое повышение фермента G-CSF в 3 раза во 2 и 3 группах (20,4 ± 2,81 пг 27,1 ± 3,68 пг/мл при

контроле 7,12 ± 3,48 пг/мл) и в 2 раза по длительности заболевания (18,7 и 21,2 пг/мл соответственно); уровень эндотелина-1 и ФВ повышались соответственно на 53,1% и 67,8% для ЭТ-1 и на 27,2% и 43,1% – для ФВ. Параллельно нарастал уровень sP-селектина во всех группах, значимо во 2 и 3 группах (282,78 ± 13,42 пг/мл и 409,59 ± 13,28 пг/мл соответственно). Как показатель эндотелиальной дисфункции у больных РА нарастала МАУ с активностью процесса (16,2%; 28,4%; 56,7%), превышая группу контроля в 5–12 раз.

У пациентов с РА наряду с нарушенной ЭЗВД повышались основные функции эндотелия как моноцитарно-макрофагальный фермент G-CSF, показатели адгезии тромбоцитов (ФВ и sP-селектин), суточная экскреция альбумина с мочой, которые нарастали с повышением активности процесса. Это подтверждалось корреляционными связями sP-селектина с ревматоидным фактором ($r = 0,469$; $p = 0,0042$), уровнем СРБ ($r = 0,64$; $p = 0,02$), отражая высокий сосудистый риск с повышением активности процесса.

Отмечена достоверная корреляция между уровнем МАУ и ЭТ-1 ($r = -0,46$; $p = 0,0042$), величиной ЭЗВД ($r = -0,3$; $p = 0,01$), что позволяет определить МАУ как маркер эндотелиальной дисфункции.

Выводы. 1. У больных РА отмечается нарушение ЭЗВД плечевой артерии.

2. У всех пациентов с РА обнаружено повышение G-CSF, sP-селектина, ФВ и нарастание МАУ, где активность процесса определяет степень нарушений.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТА РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХСН ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Каримов А.М., Цой И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: Сравнение эффективности розувастатина и аторвастатина при лечении больных с ХСН ишемического генеза.

Материал и методы: С целью оценки эффективности розувастатина нами обследовано 30 больных ИБС, разделенных на 2 группы: 1) основная –

15 пациентов (10 – перенесшие инфаркт миокарда, 5 – с стабильной стенокардией без инфаркта миокарда); 2) группа сравнения – 15 пациентов, сопоставимая с 1 – группой по возрасту, полу, структуре нозологий. На фоне стандартизированной терапии (бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты) пациенты 1 группы принимали розувастатин (Мертенил, Gedeon-Richter, Венгрия) в дозе 10–20 мг/сут. Пациенты 2 группы – аторвастатин в аналогичной дозе. Контрольное исследование крови на содержание общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой (ХСЛПНП) плотности, триглицеридов (ТГ), глюкозы и печеночных проб проводилось через 14 и 30 и 60 дней от начала приема статинов. Прием лекарства осуществлялся ежедневно вечером, после ужина.

Результаты: Исходно у всех пациентов отмечалось повышение атерогенных фракций липидов. На 14 день исследования в 1-ой группе наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение ОХС (с $6,5 \pm 0,4$ до $5,8 \pm 0,3$ ммоль/л),

ХСЛПНП (с $3,0 \pm 0,15$ до $2,5 \pm 0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,1 \pm 0,3$ до $3,8 \pm 0,5$ ммоль/л), повышение ХС ЛПВП (с $0,9 \pm 0,04$ до $1,15 \pm 0,06$ ммоль/л). В группе сравнения значительных изменений атерогенных фракций липидов мы не наблюдали: ОХС (с $6,6 \pm 0,4$ до $6,5 \pm 0,3$ ммоль/л), ХСЛПНП (с $3,2 \pm 0,15$ до $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л) и ТГ (с $4,2 \pm 0,3$ до $4,10 \pm 0,5$ ммоль/л), ХС ЛПВП (с $0,9 \pm 0,04$ до $0,9 \pm 0,06$ ммоль/л) (все $p > 0,05$). В обеих группах сдвигов печеночных проб и гликемического профиля не отмечено. На 30 день исследования в основной группе у 11 пациентов содержание ОХС, ХСЛПНП и ТГ нормализовалось, печеночные пробы и гликемический профиль – без изменений. В то же время в группе сравнения нормализацию уровня атерогенных фракций липидов мы наблюдали лишь у 5 пациентов, умеренное повышение уровня трансаминаз крови в 3 случаях.

Заключение: таким образом, розувастатин более эффективно снижает уровень ХСЛПНП с достоверным повышением ХСЛПВП, по сравнению с аторвастатином.

ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Каримсакова Б.К.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний превышает смертность от рака, травм и диабета, вместе взятых. Период наступления менопаузы и состояния, вызванные дефицитом эстрогена, повышают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: изучить влияние различных препаратов заместительной гормональной терапии на артериальную гипертензию в постменопаузе.

Методы исследования: исследование проведено на базе Центра планирования семьи. Тип исследования – открытое контролируемое. Критерий исключения: наличие менструации и менструальноподобных выделений у женщин в возрасте 45–60 лет. Критерий включения: женщины в возрасте от 45–60 лет климактерического периода с артериальной гипертензией, которые не получали лечение по поводу климакса. Степень тяжести климактерического синдрома оценивалась по шкале Куппермана в модификации Е.В.Уваровой (1983), вычисляли индекс массы тела по формуле Кетле. Проводилось гинекологическое исследование, онкоцитология, УЗИ гениталий эндовагинальным датчиком, маммография и УЗИ молочной железы, кольпоскопия. Уровень артериального давления оценивали по классификации артериальной гипертензии по степени тяжести, принятой ВОЗ. Препараты заместительной гормонотерапии: монотерапия-эстроген (17β эстрадиол) и двухфазный препарат, содержащий: 1 мг эстрадиола и 5 мг дидрогестерона. Схема приема препарата при монотерапии и двухфазном препарате по 1 таблетке в день.

Полученные результаты: в исследование включено 35 женщин в возрасте 45–60 лет, которые разделены на 2 группы. В первую группу вошли 17 женщин с естественной менопаузой. Вторая группа – 18 женщин с хирургической менопаузой. Средний возраст пациенток – $53,2 \pm 2,1$ года. Средняя продолжительность постменопаузы – $4,46 \pm 0,37$ лет. Возраст естественной менопаузы $51,7 \pm 2,6$ лет, хирургическая $46,5 \pm 1,7$ лет составил. Индекс массы тела составил $24,5–29,6$ у 74,5 % женщин, что соответствует нормальному значению, а у остальных 25,5 % не превышал 30%, что свидетельствует о наличии метаболических нарушений. Индекс отношения окружности талии к окружности бедер в среднем равен 0,72, что соответствует возрастной норме. На фоне приема заместительной гормональной терапии уменьшилось интенсивность и частота боли в области сердца и сердцебиение в покое. До начала заместительной гормональной терапии артериальная гипертензия выявлено у 47,4%. При легкой гипертензии нормализация артериального давления началось к 4 месяцу терапии и к 6 месяцу при умеренной степени. Через год лечения систолическое давление снизилось на фоне монотерапии на 18%, двухфазном препарате – 15%. Диастолическое давление соответственно на 12% и 10%.

Выводы: по результатам нашего исследования при легкой и умеренной степени артериальной гипертензии назначение заместительной гормональной терапии в постменопаузе приводит к снижению артериального давления.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРАХ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Карнишкина О.Ю.¹, Лещанкина Н. Ю.¹, Столярова В.В.¹, Ковалев А.А.²,

Еремеева Е.Н.¹, Москаева Н.И.¹

¹ ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г. Саранск;

² ГБУЗ РМ «Республиканская больница № 4», г. Саранск

Известно, что несмотря на все большую распространенность стентирования коронарных артерий (КА) при ишемической болезни сердца, у ряда больных через некоторое время после проведенного вмешательства происходит рестеноз КА.

Цель исследования: изучить возможные предикторы развития рестенозов после стентирования КА.

Методы исследования: Обследовано 20 больных (14 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет, которые находились под наблюдением в течение полугода после стентирования КА. Пациентам проводилось клиническое обследование, мультиспиральная компьютерная томография, коронароангиография (при наличии клиники рестеноза). Оценивались: уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, показатели холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой (ХС ЛПВП) и низкой плотности (ХС ЛПНП), наличие абдоминального ожирения (АО), курения до и после стентирования; оценивалась приверженность больных к лечению, назначаемому после коронарного вмешательства.

Результаты исследования: Определены две группы больных: I группа – с развившимся в течение полугода рестенозом (7 больных, ср. возраст $54,4 \pm 1,2$ г.), II группа – без признаков рестеноза (13 человек, ср. возраст $65,2 \pm 3,2$ г.). Обращает на себя внимание большая распространенность АГ в I группе – у 100% больных, тогда как во II группе – у 69% пациентов ($p < 0,05$). Сред-

ний уровень САД в I группе до стентирования также был выше, чем во II (156 ± 5 мм. рт. ст. и 138 ± 4 ммрт.ст. соответственно). Уровень ДАД до стентирования выше в I группе (96 ± 2 ммрт.ст. против 85 ± 3 мм рт. ст., $p < 0,05$). Через 6 месяцев уровень САД в группе с развившимся стенозом был выше в среднем на 5 мм рт. ст.; ДАД не имело достоверных отличий. Показатели ХС, ХС ЛПНП также выше в I группе как до, так и после стентирования, несмотря на прием статинов: ср. уровень ХС до стентирования $7,6 \pm 1,1$ ммоль/л, через полгода – $5,6 \pm 1,3$ ммоль/л ($p < 0,05$); во II – до стентирования – $6,4 \pm 1,5$ ммоль/л, через полгода – $5,2 \pm 1,2$ ммоль/л ($p < 0,05$). Уровни ТГ, ХС ЛПВП не имели прогностического значения у исследуемых больных. 86% больных I группы имели АО (от до стентирования 108 ± 4 см, через 6 месяцев – 102 ± 3 см), от пациентов II группы была в среднем 97 ± 3 см до стентирования и существенно не изменилась за полгода. Количество курящих до стентирования больше в I группе – 57% против 38% во II группе; через 6 месяцев существенно не изменилось в обеих группах. Приверженность к лечению в группах была достаточно высокой и не имела достоверных различий.

Таким образом, неблагоприятными факторами развития рестеноза в течение первого полугодия после стентирования КА явились возраст больных моложе 55 лет, повышение уровня САД, общего ХС, ХС ЛПНП, курение и абдоминальное ожирение.

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Карпунина Н.С., Заикина М.В., Костарева Ю.В., Агафонов А.В.

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

Цель исследования: изучить эхокардиографические параметры, а также показатели гемограммы и липидного спектра у пациентов с легкими формами бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы: Исследование проводили в период с сентября 2013 г. по декабрь 2014 г. на базе аллергологического отделения ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермской краевой клинической больницы». К критериям исключения относили наличие сахарного диабета, злокачественных новообразований, острые инфекционные заболевания в момент исследования или перенесенные за 2 недели до него. По результатам обследования были сформированы 2 группы, сопоставимые по возрасту: первая – 18 пациентов с легкой персистирующей БА, вторая – 16 пациентов

с легкой интермиттирующей БА. Бронхиальную астму диагностировали и контролировали согласно Международной Классификации Болезней X пересмотра и рекомендациям GINA. Всем пациентам осуществляли забор венозной крови с последующим проведением общего анализа, определением показателей липидного спектра, уровня С-реактивного белка и фибриногена. Трансторакальное эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ) проводили на аппарате General Electric Vivid 7 в стандартных позициях. Сравнительный и корреляционный анализ данных выполняли с помощью программного пакета Statistica 6.0, результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Средний возраст обследованных в первой группе составил $21,8 \pm 7,39$ г.,

во второй – $18,9 \pm 1,09$ г. Группы были сопоставимы по давности заболевания, количеству курящих и лиц с отягощенной наследственностью по БА. Пациенты получали стандартную терапию в зависимости от формы БА с включением β_2 -агонистов короткого действия и малых доз ингаляционных глюкокортикостероидов. У всех обследованных изучаемые параметры оставались в пределах допустимых нормативных величин. Однако, установлены значимо более высокие уровни СРП ($1,1 \pm 1,29$ мг/л против $0,7 \pm 1,00$ мг/л, $p = 0,03$), а также холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП, $0,7 \pm 0,30$ ммоль/л против $0,5 \pm 0,09$ ммоль/л, $p = 0,02$) и триглицеридов (ТГ, $1,5 \pm 0,57$ ммоль/л против $1,2 \pm 0,23$ ммоль/л, $p = 0,02$) в группе с легкой персистирующей БА. По показателям структурно-функционального состояния миокарда достоверных отличий между пациентами изучаемых групп не выявлено. Во второй группе определена

прямая связь средней силы между количеством СРП в сыворотке и величиной левого предсердия ($R = 0,6$, $p = 0,01$), а также толщиной задней стенки левого желудочка ($R = 0,5$, $p = 0,04$). В группе с легким персистирующим течением БА уровень фибриногена коррелировал с величиной правого желудочка ($R = 0,6$, $p = 0,007$), а количество эозинофилов с толщиной межжелудочковой перегородки ($R = 0,6$, $p = 0,017$).

Выводы: Пациенты с легкой персистирующей БА характеризуются значимо более высокими уровнями ХС ЛПОНП, ТГ и СРП, что может являться фактором риска развития атеросклероза. Взаимосвязи между показателями, характеризующими воспалительный ответ и структурно-функциональное состояние миокарда, требуют дальнейшего изучения в связи с возможным вкладом факторов воспаления в ремоделирование миокарда при бронхиальной астме.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН С ИБС ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Касумова Ф.Н., Мустафаев И.И., Фараджева Н.А., Мамедова Р.Н., Султанова С.С.

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

Известно, что особенности течения ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин существенно отличаются от таковых у мужчин и зависят от гормонального статуса. В частности, с изменением уровня эстрогенов в период менопаузы утрачиваются их антиатерогенные свойства. Однако на сегодняшний день недостаточно изучены механизмы ослабления кардиопротективных эффектов гормонов и особенности их влияния на липидный профиль.

Цель: Изучить взаимосвязь гормонального и липидного спектра у женщин с ИБС по данным клинического обследования.

Материал и методы: Изучены гормональный и липидный профили у 101 женщины с ИБС в возрасте 20–65 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении. Всем пациенткам проводились биохимические исследования крови для определения женских половых гормонов (эстрадиол, прогестерон, тестостерон), гормона коры надпочечников–(кортизол-К) и липидного профиля- холестерина (ХС), триглицериды (ТГ) и холестерина липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП), с последующим определением холестерина

липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП).

Собственные результаты: Нами были выявлены определенные взаимосвязи между некоторыми показателями липидного спектра только с одним из изучаемых гормонов- кортизолом. Так, между ХС, ТГ и ХС ЛПОНП с К установлены отрицательные корреляционные связи ($r_{ХС, К} = -0,4$; $r_{ТГ, К} = -0,3$ и $r_{ХС ЛПОНП, К} = -0,33$), т. е. снижение функции коры надпочечников способствует ухудшению липидного спектра, что может чаще наблюдаться при стрессовых ситуациях. Если учитывать, что менопауза для женского организма является своеобразным стрессом, то не исключается, что одним из механизмов ухудшения метаболизма липидов у женщин с ИБС является подавление функции коры надпочечников.

Выводы: 1. Липидный профиль у женщин с ИБС ухудшается при подавлении функции коры надпочечников.

2. Снижение уровня кортизола сопряжено с повышением атерогенных фракций липидного профиля – ХС, ТГ и ХС ЛПОНП.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ: ЧАСТНОЕ И ОБЩЕЕ

Кац Я.А.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Проблема коморбидных состояний (КС) в современной медицине становится все более актуальной, так как наряду с ростом их числа, сохраняется малоизученность взаимовлияний при сочетании нескольких нозологий, отсутствуют рациональные алгорит-

мы диагностики и клинического ведения больных, что не позволяет проводить эффективную терапию. В связи с вышеизложенным, предлагается концепция, позволяющая, через выделение в КС «частного и общего», составлять индивидуальный план лечебно-ди-

агностических мероприятий. Исходным положением в концепции является признание факта наличия, как правило, хронических заболеваний (ХЗ), входящих в КС. При этом учитывается, что всем ХЗ присуще «общее», в виде прерывистости течения с чередованием «вспышек и ремиссий», а «частное» – специфическая органопатологография, являющаяся одним из основных критерием конкретного заболевания. Наиболее значимым для нас является дальнейшие изменения органов, характеризующихся замещением поврежденной соединительной тканью – склерозированием, т. е. организацией фиброза, цирроза и/или рубца. Причем, известно, что с образованием органосклероза, дальнейшее прогрессирование процесса чаще всего становится независимым от причины, т. е. теряет связь с этиологией основного заболевания и развивается по «своим законам склерозирования» (например, алкогольный цирроз печени, диабетическая нефропатия и т. д.). Известно, что данный факт используется для объединения групп заболеваний почек в наднозологическое понятие, формулируемое как «Хроническая болезнь почек». Нетрудно заметить, что по такому же признаку имеет смысл выделение: хронической болезни печени, легких и т. д. С другой стороны, становится понятным, что все эти наднозологические состояния, в свою очередь, объединяет единый процесс, лежащий в основе их объединения – склерозирование. Таким образом, можно говорить о наличии единой наднозологической

составляющей, названной нами «хронической склеротической болезнью» – ХСБ. Основанием для появления концепции ХСБ является наличие общих, генетически обусловленных механизмов и реакций на повреждение с формированием рубцовой (склероз, фиброз, цирроз) ткани, приводящих к местной тканевой, органной или организменной недостаточности. Под ХСБ понимается гетерогенная группа состояний и заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повреждением органов и тканей, с формированием склероза (фиброза, цирроза, рубца) и вторичным развитием органных и организменных дисфункций. Разработанные нами критерии диагностики ХСБ применяются с целью унификации подходов к диагностике и лечению состояний и заболеваний, исходом которых является формирование тканевых и органных склерозов, (кроме возрастных) вне зависимости от причин, которые их вызвали. Именно ХСБ является единым объединяющим началом КС, что позволяет наметить новые пути профилактики и лечения не только ХЗ, но и их сочетаний при КС. В частности, выделение процесса склерозирования в качестве общей составляющей при КС, дает возможность снизить темп прогрессирования заболеваний и повысить эффективность терапии, уменьшив общее количество используемых лекарственных средств, за счет включения препаратов, обладающих тормозящим влиянием на фиброгенез или обратное его развитие.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ТРЕПЕТАНИЯ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ КАВОТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПЕРЕШЕЙКА У БОЛЬНЫХ С ТИПИЧНЫМ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Новикова Н.А., Качанова Ю.А.

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить факторы риска рецидивов трепетания предсердий (ТП) послекатетерной радиочастотной абляции (РЧА) типичного трепетания предсердий у больных с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: в исследование включены 200 человек: 100 человек, страдающих СД 2 типа, и контрольная группа – 100 больных без СД. У всех пациентов зарегистрировано ТП 1 типа. Всем пациентам была проведена РЧАкавоatriкуспидальногоистмуса. В группе СД у 98 (98%) пациентов диагностирована гипертоническая болезнь (ГБ) (против 87 (87%) в контрольной), у 97 (97%) пациентов -признаки сердечной недостаточности (против 61 (62%)), 79 (79%) пациентов перенесли ранее ОИМ (против 62 (62%) больных в контрольной группе). Диагностировалась хрониче-

ская болезнь почек (ХБП) 64 (64%) пациента против 4 (4%) в контрольной группе.

Результаты: В группе СД в течении года рецидивы ТП возникли у 22 (22%) человек, из них 7 (7%) человек перенесли ранее ИМ, 4 (4%) человека шунтирование и 3 (3%) -стентирование коронарных артерий. У 5 (5%) больных диагностирована ХБП в стадии С4. У 16 (16%) пациентов из 22 диагностирована декомпенсация СД. Так же в группе СД чаще встречалось ожирение различной степени 71 (71%) против 48 (48%) в контрольной группе.

Заключение: факторами риска рецидивов ТП у больных с СД является декомпенсация диабета, наличие осложнений (ХБП), избыточный вес, а так же наличие: ХСН, ПИКС, ГБ).

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Керимкулова А.С., Маркабаева А.М., Пивина Л.М., Балашкевич Н.А., Дюсенова Л.Б.,
Адиева М.К., Алина К.М.*

Государственный медицинский университет г.Семей, Казахстан

Цель. Изучение нарушения диастолической функции левого желудочков у больных артериальной гипертензией (АГ) II степени, в сравнении с лицами без патологии сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы. Нарушение диастолической функции левого желудочка в значительной степени приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений. Частота нарушений диастолической дисфункции левого желудочка у больных АГ различается по разным источникам и в значительной степени определяет прогноз заболевания. В исследование было включено 255 больных с артериальной гипертензией II степени (по классификации ВОЗ/МОГ 1999), в возрасте 30–65 лет. Обязательным условием включения больных в исследование было отсутствие регулярной антигипертензивной терапии. Средний возраст больных составил 46,16 (СІ 46,16; 48,29) лет. Больным проведено исследование: эхокардиография и доплерэхокардиография. Диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) и диастолическая функция правого желудочка (ДФПЖ) определялись в режиме импульсного доплера из верхушечной позиции. По характеру трансмитрального потока определялась: максимальная скорость кровотока в период раннего наполнения левого желудочка (ЛЖ) (Е, м/сек) и максимальная скорость кровотока в период позднего наполнения ЛЖ за счет систолы предсердий (А, м/сек). Из показателей, характеризующих диастолическую функцию, за основу взят показатель Е/А. Исследование ДФЛЖ проводилось в состоянии покоя.

Результаты. Из числа больных, страдающих АГ, были выделены больные АГ, у которых показатель трансмитрального кровотока был $E/A < 1,0$ и $E/A \geq 1,0$. Выявлено, что количество больных АГ с показателем диастолической функции левого желудочка $E/A \geq 1,0$ составило 38%, $1,22 \pm 0,12$ (97 больных), тогда как количество больных с показателем $E/A < 1,0$ в 62% и составил $0,79 \pm 0,09$ (158 больных). Нарушение диастолической функции левого желудочка выявлено как у больных АГ, так и у лиц без патологии сердечно-сосудистой системы. Отмечены различия в возрасте среди лиц без сердечно-сосудистой патологии. У лиц контрольной группы нарушение ДФЛЖ обнаружено в большей степени в старшей возрастной группе и составил $53,5 \pm 7,75$ лет, в группе без нарушения ДФЛЖ $39,25 \pm 6,74$ (статистически значима по критерию Манна–Уитни, $p = 0,039$). В группе больных АГ нарушение ДФЛЖ составила 62%, возраст $47,39 \pm 10,45$ лет, в группе с нормальной ДФЛЖ возраст составил $42,52 \pm 8,68$ лет, указывающий на повышение риска развития нарушения ДФЛЖ с возрастом ($p = 0,0025$). Уровень систолического и диастолического АД, соответственно составил в группе больных АГ $149,47 \pm 23,10$ и $145,43 \pm 22,51$ мм рт. ст. ($p > 0,1$).

Выводы. Проведенный анализ показал, что нарушение ДФЛЖ встречается как у здоровых, так и у больных АГ, но частота в значительной степени увеличивается с возрастом, особенно это касается больных контрольной группы. Нарушение ДФЛЖ можно считать одним из ранних предикторов развития и становления у больных АГ.

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Керимкулова А.С.

Государственный медицинский университет г.Семей, Казахстан

Цель. Изучение нарушения диастолической функции левого желудочков у больных артериальной гипертензией (АГ) II степени в зависимости от пола и возраста.

Материал и методы. При проведении изучения поражения органов-мишеней, большое внимание уделяется вопросам обнаружения гипертрофии левого желудочка. Тогда как, изучению нарушения диастолической функции левого желудочка внимание врачей недостаточно. Данные исследований указывают на повышения риска развития АГ при нарушении ДФЛЖ. В исследование было включено 255 больных с артериальной гипертензией II степени (по классификации ВОЗ/МОГ

1999), в возрасте 30–65 лет, 55 мужчин (21,6%) и 200 женщин (78,6%). Обязательным условием включения больных в исследование было отсутствие регулярной антигипертензивной терапии. Средний возраст больных АГ составил 46,16 (СІ 46,16; 48,29) лет. Больным проведено исследование: эхокардиография и доплерэхокардиография. Диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) и диастолическая функция правого желудочка (ДФПЖ) определялись в режиме импульсного доплера из верхушечной позиции. По характеру трансмитрального и транстрикуспидального потоков определялись: максимальная скорость кровотока в период раннего наполнения левого желудочка (ЛЖ)

и правого желудочка (ПЖ) (Е, м/сек) и максимальная скорость кровотока в период позднего наполнения ЛЖ и ПЖ за счет систолы предсердий (А, м/сек). Из показателей, характеризующих диастолическую функцию, за основу взят показатель Е/А. Исследование ДФЛЖ и ДФПЖ проводилось в состоянии покоя. Средний возраст больных составил 46,16 (СІ 46,16; 48,29) лет. систолического АД 134,2 мм рт. ст. (128,5; 138,6) и диастолического АД 84, 6 мм рт. ст. (СІ 76,5; 87,3).

Результаты. Больные, страдающие АГ, были распределены на 2 группы по показателю трансмитрального кровотока Е/А<1,0 (нарушенная функция) и Е/А≥1,0 (нормальная функция). Выявлено, что количество больных АГ с показателем диастолической функции левого желудочка Е/А≥1,0 составило 38%, 1,22±0,12 (97 больных), тогда как количество больных с показателем Е/А<1,0 в 62% и составил 0,79±0,09 (158 больных). По половому признаку выявлено нарушение ДФЛЖ у 62,5% женщин и 60% мужчин. Тогда как,

нормальная функция отмечена у 37,5% женщин и 40% мужчин, различия статистически не значимы. Отмечены возрастные различия в появлении нарушения ДФЛЖ с увеличением возраста, тогда как у здоровых в сравнении с больными нарушение ДФЛЖ встречалось в большей степени в старшей возрастной группе. Больные АГ с нарушением ДФЛЖ составил 62%, в возрасте 47,39±10,45 лет, в группе с нормальной ДФЛЖ возраст составил 42,52±8,68 лет. Нарушение ДФЛЖ определялось в 5 возрастных группах. Медианный тест указывает на наличие различий в группах ($\chi^2 = 31,37$, df = 4, p<0,0001).

Выводы. Нарушение ДФЛЖ встречается, как у здоровых, так и у больных АГ. С увеличением возраста повышается частота возникновения нарушения ДФЛЖ, в большей степени у больных АГ. Отмечено отсутствие половых различий в нарушении ДФЛЖ у больных АГ. Отмечается различие в нарушении ДФЛЖ в зависимости от различных возрастных групп.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Кириченко М.В., Романчук С.В., Шутемова Е.А.

ОБУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Реабилитация больных после операции ревазуляризации миокарда в Ивановской области осуществляется на базе отделения профилактики и реабилитации ОБУЗ «Кардиологический диспансер». За 2014 год на базе отделения прошли полный курс реабилитации 715 человек. Из них 380 (53,1%) пациентов перенесли процедуру ревазуляризации миокарда, это пациенты после аортокоронарного шунтирования (АКШ) – 165 человек (23,1%), перенесшие первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) по поводу острого коронарного синдрома – 128 (17,9%), после планового ЧКВ – 87 (12,2%).

Среди пациентов, перенесших ревазуляризацию, самой соматически тяжелой группой пациентов являются больные после АКШ. Так, постгеморрагическая анемия была зарегистрирована у 92,1% таких пациентов, плеврит – в 10,3% случаев, перикардит – у 8,5%, несостоятельность после-операционных швов и грудины – у 7,3% поступивших больных. Значительная доля пациентов (42,4%) имела неврологические расстройства (энцефалопатия, невралгии), а также психологические проблемы, существенно влияющие на послеоперационное восстановление. У 34,1% больных возникла необходимость медикаментозной коррекции депрессивных состояний и нарушений сна. Тяжесть состояния пациентов, перенесших АКШ, определяется перенесенным вмешательством и диктует особые подходы к реабилитационному процессу с акцентом на решение, в первую очередь, общетерапевтических проблем.

У больных после ЧКВ (планового или в связи с ОКС) особенности реабилитационного процесса определяются в большей степени основной кардиологической патологией: у 44,2% пациентов отмечен не-

достаточный контроль АГ, 7,4% больных имели клинику стенокардии напряжения, 15,3% – симптомы ХСН. Существенная доля пациентов (24,2%) также имела сопутствующие соматические заболевания, требующие дополнительного лечения.

Индивидуальное программирование физических тренировок с использованием текущего ЭКГ-контроля использованы в реабилитации 33,0% пациентов этой группы. Улучшение переносимости физических нагрузок зарегистрировано у 90,6 % больных. Клинически значимая эффективность реабилитационных мероприятий в виде положительной динамики теста 6-минутной ходьбы отмечена у 84,7% пациентов после ЧКВ и у 49,7% больных после АКШ.

В реабилитации больных обеих групп широко использовались дополнительные методы: физиолечение – у 85,6% пациентов, массаж – у 79,0%, групповые или индивидуальные занятия ЛФК – у 96,9%, индивидуальное консультирование по вопросу отказа от курения – у всех курящих пациентов, «Школа здоровья» для пациентов после ревазуляризации – у 68,9% больных. По завершении курса реабилитации пациенты демонстрировали повышение комплаентности в плане медикаментозного лечения и коррекции факторов риска.

Опыт работы с группами пациентов после разных видов ревазуляризации миокарда свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организации реабилитационного процесса в зависимости от доминирующей проблемы и ближайших реабилитационных перспектив на разных этапах после вмешательства.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Киртикова М.Н., Назарова О.А.

Ивановская государственная медицинская академия, ЛДЦ остеопороза и артроза, Иваново, Россия

Цель исследования – выделить факторы риска остеопороза (ФР ОП), имеющие диагностическое значение, ассоциирующееся с низкой минеральной плотностью кости (МПК).

У женщин ($n = 148$, средний возраст – $60,9 \pm 11,4$ года) проводились биэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (Delphi A, Hologic), общеклиническое обследование и оценка ФР ОП в соответствии с клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ОП (2012). Определяли чувствительность (Se) и специфичность (Sp) факторов риска ОП: наибольшей специфичностью обладали предшествующие переломы

(78,6%), семейный анамнез ОП (88,8%), низкая масса тела (87,5%), ранняя менопауза (84,7%), наибольшей чувствительностью – предшествующие переломы (56,3%).

Таким образом, у женщин в постменопаузе обосновано первоочередное выявление следующих факторов риска остеопороза: перенесенные атравматичные переломы, семейный анамнез ОП, низкий вес или индекс массы тела, ранняя менопауза. Доказано их самостоятельное диагностическое значение в силу наиболее частой ассоциации с низкой минеральной плотностью кости.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СОСТОЯНИЕ КОСТИ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Киртикова М.Н., Меньшова М.А.

Ивановская государственная медицинская академия, ЛДЦ остеопороза и артроза, Иваново

В кабинет профилактики остеопороза (ОП) в течение года обратилось 1 052 пациента (средний возраст $60,6 \pm 14,5$ года; 89% женщин). Причиной обращения у 54,5% была боль в спине ($57,0 \pm 14,5$ мм по ВАШ), наличие переломов в анамнезе (18,5%), ассоциированных с ОП заболеваний (9,7%), рентгенологических признаков ОП (11,0%), снижение общего кальция в крови (6,3%). По результатам рентгеновской биэнергетической абсорбциометрии нормальная минеральная плотность кости (МПК) имела место почти у каждого треть-

его из обследованных (26,7%), остеопения – у каждого четвертого (23,3%), ОП – у 50% пациентов, из них первичный – у 40,3%, вторичный – у 9,7%.

Высокая частота выявления нормальной МПК (23,3% случаев), а также необоснованного проведения денситометрии у пациентов с перенесенными переломами (21,4% случаев) определяют необходимость совершенствования алгоритма выявления ОП с применением диагностически значимых факторов риска.

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Киришина Н.С.

ГОУ ВПО Ижевская Государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель. Анализ значимости факторов риска формирования патологии почек у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом функционального класса (ФК) больного.

Методы исследования. Обследовано 167 больных с синдромом ХСН (женщин – 146, мужчин – 21, средний возраст – $60,9 \pm 11,4$ лет). ХСН диагностировали и оценивали согласно Национальным Рекомендациям ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (4-ый пересмотр, 2012). Обследуемые были разделены на группы в зависимости от ФК ХСН по классификации NYHA (1994). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц (в возрасте $60,1 \pm 1,3$ лет).

Результаты. Достоверное повышение индекса массы тела (ИМТ) мы наблюдали при I и II ФК ХСН. При усугублении ФК ХСН (III–IV ФК) уменьшается число пациентов с ожирением, появляются пациенты со сниженным ИМТ. У больных с пониженным питанием ($ИМТ = 17,24 \pm 0,68$ кг/м²) наблюдаются достоверно более низкие значения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), у них чаще выявляется СКФ со значениями менее 60 мл/мин. По группе больных ХСН в целом обнаружена достоверная прямая корреляция между ИМТ и СКФ: чем выше ИМТ – тем выше СКФ. Дислиппротеидемия наблюдается у больных ХСН всех ФК. У больных с I ФК увеличивается уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и общего холестерина (ХС).

С прогрессированием ФК ХСН (III–IV ФК) происходит снижение уровня ХС в крови до нормохолестеринемии, но параллельно снижается уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и нарастает уровень ЛПНП. У больных с гиперхолестеринемией (ГХС) чаще выявлялось снижение СКФ менее 60 мл/мин. Повышение уровня ЛПНП сопровождалось повышением уровня сывороточного креатинина, что подтверждается положительной корреляцией. Показатели урикемии оказались наибольшими у пациентов II ФК ХСН. При проведении корреляционного анализа выявлена тенденция к достоверности между уровнем МК в крови и уровнем СКФ (прямая корреляция, $r = 0,07$). Достоверное повышение показателя гликемии, но в пределах референсных значений, у больных с ХСН (по отношению к контрольной группе) определяется только у больных II, III–IV ФК. Больные ХСН с нарушенной гликемией натощак (уровень глюкозы более 6.1 ммоль/л), в сравнении с пациентами с нормогликемией, имеют более низкие значения СКФ, у них чаще (в 71,4±17,1% случаях против 44,8±9,2%) выявляется СКФ менее 60 мл/мин. У большинства больных с артериальной гипертензией (АГ) уровень артериального давления (АД) соот-

ветствовал АГ III степени. Уменьшение числа больных с АГ мы наблюдали при III–IV ФК. Согласно данным, по мере снижения СКФ уменьшается число пациентов с АГ. Нарастание числа сердечных сокращений (ЧСС) покоя (по отношению к контрольной группе) определяется только у больных с III–IV ФК ХСН. В исследовании установлена обратная достоверная корреляция между ЧСС и СКФ. У больных ХСН уровень гемоглобина (Hb) достоверно снижается по мере усугубления ФК: от 143,3 г/л до 115,3 г/л. Выявлена обратная корреляция между уровнем Hb и содержанием креатинина крови ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Выводы. Почечная дисфункция у больных ХСН I, II ФК сопровождается метаболическими нарушениями: ожирением, АГ, повышением уровня ЛПНП; у пациентов II ФК к вышеперечисленному присоединяются ГХС, гиперурикемия, снижение уровня ЛПВП, нарушенная гликемия натощак. У больных III–IV ФК в ряду ФР «стоят» – анемия, повышение уровня ЛПНП, снижение ЛПВП на фоне нормохолестеринемии, нарушенная гликемия натощак, тахикардия. В группе больных III–IV ФК ХСН появляются больные с низким ИМТ.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХСН

Кирюхин О.Л., Воробьёва Н.Я., Лихоткина Е.А.,

Орловцева Н.В., Щербакова О.Н.

Медико-санитарная часть МВД России по Рязанской области, Рязань, Россия.

Правильное питание в лечении больных ИБС с начальными проявлениями ХСН служит не только профилактикой атеросклероза, но и препятствует развитию сердечной кахексии. Однако нарушения в пищевом поведении больных часто сводят на нет все диетические рекомендации лечащих врачей.

Цель исследования – изучение нарушений пищевого поведения у больных ИБС с синдромом хронической сердечной недостаточности I стадии (по данным эхокардиографии).

Материалы и методы: обследовано 67 пациентов (39 мужчин и 28 женщин), средний возраст которых составил 57,2±3,9 лет, информировано согласились на диагностическую работу с врачом-психотерапевтом. Проводилась работа по выявлению нарушений в пищевом поведении: психологическое интервью, сбор анамнеза с участием родственников больных, тестирование и обсуждение результатов обследования для снижения вероятности ошибочных заключений.

Полученные результаты: по итогам проведенной работы у 49 (73% обследованных) больных выявлены нарушения в пищевом поведении, которые были представлены следующими формами:

52% (25 человек) страдали «булимией второй половины дня», т. е. утром и днём принимали небольшое количество пищи и перепадали в вечернее время. Из них 9 пациентов отмечали за собой ночные приёмы пищи

или «синдром ночной еды», что часто сопровождалось учащением приступов ишемии в вечернее время;

22% (11 человек) обнаружили «углеводную жажду», т. е. склонность к перееданию сладкого и мучного, что почти всегда сопровождалась нарушением толерантности к глюкозе и у восьми пациентов – сахарным диабетом;

18% (9 человек) признались в «эмоциональном переедании» или даже страдали «компульсивным пищевым поведением» с явлениями булимии, отмечая привычку «заедать стресс», и переедать в периоды «душевных страданий»;

8% (4 человека) оказались «жировыми булемиками», перепадали исключительно жирные продукты, считая невозможным приём пищи без приправ, майонеза и кетчупа, ежедневно использовали в пищу сало, колбасы и жирные сорта мяса. Лабораторные исследования определяли у них значительные расстройства липидного спектра.

Нервной анорексии у исследуемых больных выявлено не было.

Выводы:

1. 73% больных ИБС с начальными проявлениями хронической сердечной недостаточности имеют отклонения в пищевом поведении, снижающие эффективность лечения и профилактики атеросклероза, а также создающими условия для развития сердечной кахексии на фоне нерационального потребления белковой пищи.

2. Несоблюдение режима питания – пренебрежение завтраками, переядание во второй половине дня, «синдром ночной еды», встречается у половины больных

ИБС с явлениями ХСН, что определяет важность обучения их основам рационального питания.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Клестер Е.Б., Бабушкин И.Е., Репкина Т.В., Ермачкова Г.В., Клестер К.В.

ГБОУ ВПО Алтайский госмедуниверситет МЗ РФ, КГБУЗ ГБ № 4, Барнаул, Россия

Цель исследования. Комплексное изучение состояния сердечно-сосудистой системы и психосоматического статуса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с учетом гендерных различий.

Материалы и методы. Проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭКГ, ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой, суточного мониторирования ЭКГ и АД при непосредственном наблюдении в терапевтическом отделении КГБУЗ ГБ № 4 г. Барнаула у 522 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), находившихся на лечении в общетерапевтическом отделении КГБУЗ ГБ № 4 г. Барнаула. Диагноз ХСН установлен по критериям Национальных рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр, 2013). Мужчин 289 (55,4%), женщин 233 (44,6%). Средний возраст мужчин – 63,5±11,8 лет; женщин – 68,9±13,1 лет ($p < 0,05$). У мужчин I ФК ХСН определен у 7,3±1,5; II – у 18,7±2,3; III – у 46,4±2,4; IV – у 27,6±2,6. У женщин соответственно I ФК – у 18,9±2,4; II – у 33,5±2,9 ($p < 0,05$); III – у 24,9±2,7 ($p < 0,05$); IV – у 22,7±2,6.

Результаты. У мужчин наиболее частым этиологическим фактором явилась ИБС, формирующая 70,9% случаев ХСН, из них после ИМ – 131 (63,9%), частота АГ составила 22,8%. Ведущей причиной развития ХСН в женской популяции явилась АГ – 44,2% случаев, ИБС – 27,0% (при этом в 74,1% случаев ХСН развивалась у больных, без ИМ в анамнезе), сахарный диабет – 15,0%. У мужчин средний балл по ШОКС составил 5,8±1,3; у женщин – 4,4±1,2 ($p < 0,05$). У жен-

щин с ХСН преобладала ДД, чаще I типа (замедленная релаксация), фракция выброса ЛЖ – 63,1±6,8%. У мужчин – систолическая дисфункция, при средней ФВ ЛЖ – 54,9±5,2%. Статистически значимо различались размеры конечно-диастолического объема (КДО): у мужчин больше на 17,4±4,6 (95% ДИ 6,9–28,1). Размеры ЛП и КДО имели корреляционную связь средней силы с возрастом ($r = 0,4$ и $r = 0,3$; $p < 0,001$) и весом пациента ($r = 0,3$; $p = 0,05$; $r = 0,42$; $p < 0,001$). Размеры ЛП и КДО имели сильную отрицательную корреляцию с фракцией выброса ($r = -0,6$ и $r = -0,7$; $p < 0,001$).

При оценке изменений геометрии ЛЖ увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ наблюдалось у 74 (25,6%; ≥ 149 г/м²) мужчин и у 112 (48,1%; ≥ 122 г/м²) женщин, при этом ремоделирование ЛЖ эксцентрического типа (ИОТ $\leq 0,42$), статистически значимо чаще выявлялось у мужчин.

Качество жизни у женщин характеризовалось с высокой степенью тревожности по сравнению с мужчинами с умеренной реактивной тревожностью.

Вывод. Для женщин наиболее значимой причиной формирования ХСН является артериальная гипертензия, у мужчин – ИБС (высокая частота развития ХСН после перенесенного ИМ). В клинике – у женщин в среднем по ШОКС – II ФК, у мужчин – III ФК. ХСН у женщин сопровождается появлением депрессии и снижением качества жизни, что является основанием для формирования гендерных различий в подходах к медикаментозной коррекции при ХСН.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Клестер Е.Б., Иванов О.А., Клестер К.В., Романова М.М.

ГБОУ ВПО Алтайский госмедуниверситет МЗ РФ, Алтайская краевая клиническая больница, г.Барнаул, Россия

Цель работы: изучить частоту встречаемости почечной дисфункции и ее влияния на исходы госпитального периода у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию.

Материалы и методы: проведены клинические наблюдения, включившие общепринятые клинико-рентгенологические исследования с изучением функционального состояния почек (рСКФ оценивали по формуле СКД-EPI), в том числе, с учетом Рекомендаций по реваскуляризации миокарда (2011) у 119 б-х,

прооперированных в плановом порядке по поводу ИБС в Алтайской краевой клинической больнице. Коронарное шунтирование проводилось по показаниям в условиях искусственного кровообращения. Фракция выброса левого желудочка менее 50% зарегистрирована у 45 (37,8%) пациентов. Риск операционной летальности оценивали с помощью European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (2011) (<http://www.euroscore.org/>). Европейская система EuroSCORE II позволяет не только вычислить прогнозируемую операционную

летальность на основе объективных факторов риска пациента, но и является независимым предиктором серьезных сердечно-сосудистых осложнений у больных. Больные включались в исследование по мере поступления. Критерием исключения являлось наличие хронических заболеваний почек. Преобладали мужчины – 82 (68,9%). Средний возраст пациентов – 58,8±5,9 лет.

Результаты: Маркеры повреждения почек выявлены у 67 (56,3%) больных, наиболее часто диагностированы повышенная эхогенность коры (по данным УЗИ) и персистирующая протеинурия (>30 мг/дл), выявленная в случайных порциях мочи двухкратно на протяжении 3 месяцев и более, цилиндрурия, персистирующая гематурия. При оценки функции почек в соответствии с критериями Национальных рекомендаций по ХБП (2011) высокая и оптимальная (СКФ >90 мл/мин/1,73 м²; С1) диагностирована у 22 (32,8%) больных, незначительно сниженная (СКФ 60–89 мл/мин/1,73 м²; С2) – у 26 (38,8%), умеренно сниженная

(СКФ 45–59 мл/мин/1,73 м²; С3а) – у 13 (19,4%) больных. Необходимо отметить наличие гиперфилтрации (СКФ >120 мл/мин/1,73 м²) у 6 (8,9%) больных. Установлено, что среди пациентов высокого и среднего риска EuroSCORE II преобладают больные с наличием ХБП, в то время как в группе низкого риска EuroSCORE II – пациенты без ХБП. У пациентов при наличии ХБП на стационарном этапе чаще наблюдаются летальные исходы, инфаркт миокарда, прогрессирование почечной недостаточности, кровотечения, являющиеся причиной ремедиастинотомии, а также внесердечные осложнения.

Вывод. При оценке вклада почечной дисфункции, определяемой по уровню СКФ, в развитие неблагоприятного прогноза установлено, что во всех группах риска EuroSCORE II с наличием ХБП статистически значимо чаще регистрируются осложнения в госпитальном периоде после АКШ.

АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Клестер Е.Б., Иванов О.А., Клестер К.В., Романова М.М.

ГБОУ ВПО Алтайский госмедуниверситет МЗ РФ, КГБУЗ ГБ№ 4, Барнаул, Россия

Цель работы: изучить частоту встречаемости коморбидной патологии, оценить операционно-анестезиологический риск по ASA и EuroSCORE II у больных при проведении коронарного шунтирования, выявить наличие взаимосвязи.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 119 больных, прооперированных в плановом порядке по поводу ИБС в Алтайской краевой клинической больнице. Коронарное шунтирование проводилось по показаниям в условиях искусственного кровообращения. Всем больным выполнено полное клиническое и инструментальное обследование с учетом Рекомендаций по реваскуляризации миокарда (2011). Средний возраст пациентов составил – 61 год (от 37 до 79 лет). Среди всех пациентов 66,1 % составили мужчины, 33,9% – женщины. Доля пациентов старше 60 лет составила 21,2% (25 пациентов). До операции группу инвалидности имели 32,2% больных. В анамнезе 72 (61,0%) пациента перенесли инфаркт миокарда; аневризма левого желудочка выявлена у 16 (13,6%). Фракция выброса левого желудочка менее 50% зарегистрирована у 45 (38,1%) пациентов. Индекс коморбидности оценивали по М.Е. Charlson и соавт. (1987) в модификации R.A. Deo и соавт. (1992). Риск операционной летальности оценивали с помощью European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (2011)(<http://www.euroscore.org/>). Европейская система EuroSCORE II позволяет не только вычислить прогнозируемую операционную летальность на основе объективных факторов риска пациента, но и является независимым предиктором серьезных сердечно-сосудистых осложнений у больных. Анестезиологический риск оценивали по ASA и классификации степени риска операции и ане-

стезии, рекомендованной Московским обществом анестезиологов и реаниматологов (МНОАР, 1989 г.).

Результаты и обсуждение: Всего у 119 больных выявлено 319 заболеваний, на одного больного 2,7 [1,5–3,8] заболеваний, помимо основного (ИБС). Отсутствие сопутствующих заболеваний отмечено только у 5,9% больных. У 14,4% зарегистрировано по одному заболеванию. Более чем у трети пациентов (34,7% случаев) зарегистрировано более 3-х заболеваний. Наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями были: артериальная гипертензия, дисциркуляторная энцефалопатия – у 81,3% пациентов, ХБП (по СКД-ЕП) – у 77,1%, заболевания органов пищеварения – у 66,1% пациентов и болезни органов дыхания – у 57,6% больных. В то же время у пациентов, поступивших на кардиохирургическое лечение индекс коморбидности по Charlson (Charlson Comorbidity Index) составил в среднем 4,6±0,8 балла, у мужчин – 3,6±0,5, у женщин – 5,1±0,9. Средняя степень риска по ASA 3,2±0,03 (высокий риск), по МНОАР 6,2±1,1 балла – 4 степень высокая. Выявлена позитивная корреляция между показателем EuroSCORE и продолжительностью госпитального послеоперационного периода (продолжительность ИВЛ, время пребывания в отделении реанимации и количество койко-дней после операции) (коэффициент корреляции $r = 0,68–0,76$). Корреляция между индексом Charlson и степенью риска по ASA оказалась слабой ($r = 0,28$), между индексом Charlson и риску по МНОАР умеренной ($r = 0,44$), между индексом Charlson и показателем EuroSCORE сильной ($r = 0,76$),

Вывод: Коморбидность при АКШ характеризуется высоким риском неблагоприятного прогноза (выживаемость менее 21% в ближайшие 10 лет). Наличие значи-

тельной частоты коморбидных заболеваний определяет высокий ассоциированный операционно-анестезиологический риск, что необходимо учитывать на этапе пре-

доперационной подготовки, требует дополнительного обследования и обязательной медикаментозной коррекции.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПАРОКСИЗМОВ РЕЦИПРОКНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Климова С.В., Рахматуллов Ф.К.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет» Минобрнауки РФ, Пенза, Россия

Цель исследования. Оценить влияние беременности на частоту возникновения экстрасистол и пароксизмов реципрокной атриовентрикулярной узловой тахикардии (ПРАВУТ).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 32 беременные женщины с ПРАВУТ, 30 беременных женщин и 26 небеременных без структурных заболеваний сердца. Диагностика ПРАВУТ проводилась во время программированной электростимуляции предсердий. Холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМЭКГ) проводили на аппарате «Astrocard» (ЗАО «Медитек»). ХМЭКГ проводили небеременным женщинам однократно, а беременным – в каждом триместре.

Результаты исследования. Выявлено, у беременных женщин с ПРАВУТ среднесуточное количество монотопных суправентрикулярных экстрасистол составляет $1017,9 \pm 61,4$, экстрасистол с АВ блокадой I степени – $804,8 \pm 49,1$, парной суправентрикулярной экстрасистолии – $48,7 \pm 2,86$, монотопной желудочковой – $26,5 \pm 1,6$, парной желудочковой – $2,35 \pm 0,13$. У беременных женщин с ПРАВУТ, по сравнению с беременными без пароксизмов, среднесуточное количество монотопных суправентрикулярных экстрасистол больше на 73,8% ($p < 0,001$), с АВ блокадой I степени – на 49,9% ($p < 0,001$), парных – на 56,1% ($p < 0,001$). Монотопных желудочковых экстрасистол больше на 72,1% ($p < 0,001$), парных – на 62,6% ($p < 0,001$). У беременных женщин среднесуточное количество монотопных суправентрикулярных экстрасистол больше на 65,5% ($p < 0,001$), с АВ блокадой I степени – на 86,2% ($p < 0,001$), парных – на 42,5% ($p < 0,001$). Монотопных желудочковых экстрасистол больше на 17,8% ($p < 0,05$), парных –

на 64,8% ($p < 0,001$). У беременных женщин с ПРАВУТ спонтанные пароксизмы устойчивые в 22,8%, неустойчивые – в 57,0%, асимптомные – в 20,2%; у беременных – неустойчивые в 54,8%, асимптомные в 45,2%, у небеременных – неустойчивые в 46,8%, асимптомные в 53,2% случаев. Среднесуточное количество монотопных суправентрикулярных экстрасистол, по сравнению с исходным (до беременности), у беременных женщин в первом триместре больше на 23,7% ($p < 0,01$), во втором – на 25,4% ($p < 0,01$), в третьем – на 26,02% ($p < 0,01$), после родов – меньше на 24,3% ($p < 0,01$) соответственно. Среднесуточное количество всех эпизодов ПРАВУТ, по сравнению с исходным, у беременных женщин в первом триместре больше на 21,05% ($p < 0,01$), во втором – на 24,6% ($p < 0,01$), в третьем – на 35,1% ($p < 0,01$), после родов – меньше на 19,3% ($p > 0,05$) соответственно.

Выводы. Таким образом, у беременных женщин с ПРАВУТ встречаются три разновидности суправентрикулярной экстрасистолии – монотопная, парная и с АВ блокадой I степени, две разновидности желудочковой экстрасистолии – монотопная и парная. Для возникновения и поддержания ПРАВУТ необходимо увеличение суправентрикулярных экстрасистол более 700 в сутки. Количество экстрасистол, ПРАВУТ увеличивается по триместрам и уменьшается после родов. У беременных женщин по длительности ПРАВУТ следует выделить устойчивые и неустойчивые; при неустойчивых пароксизмах продолжительность спонтанного приступа колеблется от 1,5 до 5 мин, а среднее значение составляет $2,8 \pm 0,14$ мин; клиническое значение имеют устойчивые и асимптомные пароксизмы.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА СЫВОРОТКИ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Калинина В.Л., Бозина Е.Э.

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России, Тюмень, Россия

Цель: выявление корреляционной зависимости толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) у больных системной красной волчанкой (СКВ), уровня С-реактивного белка сыворотки (СРБ) и длительности заболевания СКВ.

Методы исследования. В исследование было включено 126 лиц женского пола, составивших две группы. В первую группу вошли 96 больных, имевших достоверный диагноз СКВ, установленный согласно критериям Американской ревматологической

ассоциации, вторую группу составили 30 человек – практически здоровые лица, сопоставимые по возрасту с больными. Средний возраст больных СКВ составил $40,8 \pm 12,6$ лет, длительность заболевания СКВ – $9,5 \pm 1,3$ лет. Всем исследуемым с целью выявления субклинических форм атеросклероза проводилась ультразвуковая доплерография сонных артерий с измерением ТИМ в трех стандартных точках: общая сонная артерия, луковица, внутренняя сонная артерия, с последующим расчетом среднего значения ТИМ по шести сегментам. Параллельно выполнялось количественное определение уровня СРБ в сыворотке крови.

Полученные результаты. В группе больных СКВ отмечалось статистически значимое увеличение ТИМ в сравнении со здоровыми лицами при анализе всех шести стандартных точек измерения. Наибольший уровень значимости различий ($p < 0,001$) соответство-

вал второй стандартной точке измерения слева (луковица общей сонной артерии слева). Проведенный в группе больных СКВ корреляционный анализ выявил взаимосвязь среднего значения ТИМ по шести сегментам с длительностью основного заболевания ($r = 0,31$; $p < 0,01$) и уровнем СРБ в сыворотке крови ($r = 0,52$; $p < 0,001$).

Выводы. Полученные результаты указывают на взаимосвязь иммуновоспалительного компонента с субклиническим атеросклерозом у больных СКВ, наличие «субклинического» (латентного) сосудистого воспаления. Пример больных СКВ подтверждает то, что наличие системного иммунного воспаления является своеобразным дополнительным фактором риска развития атеросклеротического поражения сердечно-сосудистой системы.

ПОСТПРАНДИАЛЬНАЯ ЛИПЕМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Е.В. Колесникова, Я.В. Никифорова

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков, Украина

Вступление: На современном этапе атерогенная дислипидемия рассматривается как один из модифицируемых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) при сахарном диабете 2 типа (СД-2). Существенный вклад в развитие дислипидемии у пациентов СД-2 оказывает функциональная активность липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), а также показатели постпрандиальной липемии (ПЛ). Липидный гомеостаз в печени, регулирует сборку и секрецию липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП). Поскольку проявления «диабетической» дислипидемии тесно связаны с ЛПОНП возможно предположить, что содержание жира в печени также может быть предиктором постпрандиальной липемии.

Цель исследования: Оценка взаимосвязей между содержанием жира в печени и постпрандиальными изменениями у пациентов неалкогольным стеатозом печени в сочетании с СД-2.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 102 пациента с верифицированным неалкогольным стеатозом печени (НАСЗ) в возрасте 30–55 лет с различной степенью ИР. Всех пациентов НАСЗ разделили на две подгруппы: с низким (<5%), $n = 33$ и высоким (>5%), $n = 39$ содержанием жира в печени. Контрольная группа: 30 здоровых доноров. Длительность СД-2 составила $5,6 \pm 3,2$ года. Функциональное состояние печени оценивалось с помощью исследования пигментного, ферментативного, липидного обменов, ПЛ по стандартным общепринятым методикам, уровень адипонектина в сыворотке крови – методом иммуноферментного анализа. Для оценки висцеральной и подкожной жировой ткани

(ВЖТ и ПЖТ, соответственно), а также жира в печени использовали результаты сканограмм.

Результаты исследования: Изучение корреляционных взаимосвязей между процентом жира в печени и ПЛ показало наличие достоверных взаимосвязей между содержанием жира в печени и уровнем ТГ ($r = 0,589$, $P < 0,01$), ОХС ($r = 0,538$, $P < 0,05$). Значимая корреляция существовала и между процентом жира в печени и ХС ЛПОНП ($r = 0,41$; $P 0,04$), ИМТ ($r = 0,652$, $P < 0,001$), с площадью висцерального жира ($r = 0,648$, $P < 0,001$), подкожного жира ($r = 0,40$, $P < 0,03$), и процентом жировой массы тела (ЖМТ) ($r = 0,674$, $p < 0,001$), с постпрандиальными показателями глюкозы, инсулина и С-пептида, $P < 0,01$. Отмечена статистически значимая обратная корреляционная связь между уровнями адипонектина и ТГ ($r = -0,467$, $P < 0,01$), ОХС ($r = -0,423$, $P < 0,05$) после приема пищи, значительная положительная корреляционная связь между процентом ЖМТ, ПЖТ, ВЖТ и постпрандиальным значением инсулина, $P < 0,01$.

Выводы: Пациенты с НАСЗ в сочетании с СД-2 имеют постпрандиальные изменения липидов в виде гипертриглицеридемии, гиперхолестеринемии и снижении ХС ЛПВП, что связано с повышенным содержанием жира в печени. Степень выраженности ПЛ у больных НАСЗ и СД-2 определяется высоким содержанием жира в печени и низким уровнем адипонектина сыворотки крови. Высокое содержание жира в печени ассоциировано с ПЛ, что может выступать в качестве потенциального фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ НА РАЗВИТИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С.М.¹, Захарова Е.Ю.¹, Чакова Н.Н.², Ниязова С.С.²

¹ Республиканский научно-практический центр «Кардиология, Минск, Беларусь

² Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Цель работы: оценить влияние полиморфизма генов, кодирующих компоненты РААС (*ACE*, *AGTR1*, *CYP11B2* и *CMA1*) на развитие неблагоприятных событий у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) с учетом пола, возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-демографических и инструментальных данных 275 пациентов с диагнозом ГКМП (97 женщин и 178 мужчин, в возрасте от 17 до 70 лет, медиана возраста женщин 51 год, мужчин – 44 г., проходивших обследование и лечение в РНПЦ «Кардиология». У лиц старшей возрастной группы были диагностированы такие сопутствующие заболевания, как артериальная гипертензия (АГ) 2–3 степени у 120 (43,6%) пациентов и ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 11 (4%) пациентов. Все показатели оценивали на момент включения пациентов в исследование. Амплификацию полиморфного участка исследуемого гена осуществляли методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом.

Результаты. Анализ гендерных различий выявил, что в исследуемой когорте преобладали мужчины ($p < 0,0001$) во всех возрастных группах. На момент исходного обследования возраст женщин был на 7 лет старше мужчин ($p < 0,001$). Выраженность симптомов стенокардии высокого функционального класса (ФК стенокардии II–III) и высокого ФК ХСН при исходной оценке у женщин и мужчин значимо не различа-

лись ($p > 0,1$). При однофакторном анализе выявлено, что наличие эпизодов неустойчивой желудочковой пароксизмальной тахикардии (НЖТ) ассоциировано с полиморфизмом *ID* гена *ACE* и полиморфизмом *CC* гена *AGTR1* ($p = 0,008$, $p = 0,045$, соответственно). Наличие фибрилляции предсердий (ФП) показало тенденцию к ассоциации с полиморфизмом *CC* гена *AGTR1* ($p = 0,08$). Стенокардия высокого ФК II–III показала тенденцию к ассоциации с полиморфизмом *GA* гена *CMA1* ($p = 0,06$). Многофакторный анализ показал, что у носителей гетерозиготного генотипа *ID* гена *ACE* по сравнению с остальными генотипами, чаще встречалась пароксизмальная или постоянная формы ФП (ОШ 2,06; 1,05–4,19; 95%ДИ). Наличие эпизодов НЖТ чаще ассоциировалось с пациентами – носителями генотипа *ID* гена *ACE* (ОШ 2,44; 1,40–4,34; 95% ДИ). Стенокардия высокого ФК чаще определялась у пациентов – носителей генотипа *ID* гена *ACE* (ОШ 2,17; 1,18–4,10; 95% ДИ) и носителей генотипа *AA* гена *CMA1* (ОШ 2,09; 1,05–4,29; 95% ДИ).

Выводы. Генотип *ID* полиморфизма гена *ACE* является наиболее неблагоприятным фактором, оказывающим влияние на развитие неблагоприятных событий при ГКМП, таких как, жизнеугрожающие аритмии, фибрилляция предсердий, наличие высокого ФК стенокардии с учетом возраста и наличия сопутствующей АГ 2–3 степени.

РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Коркина А.Ю., Калинина С.Г.

ГБУВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург; ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», г. Екатеринбург, Россия

В третьем тысячелетии демографическая структура мирового сообщества неуклонно меняется в сторону увеличения численности пожилых и старых людей. Оптимизация лечения инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста не только одна из центральных задач геронтокардиологии и гериатрии в целом, но и значимая общеклиническая и медико-социальная проблема.

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ методов реперфузионной терапии, проведенной у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST ЭКГ пожилого и старческого возраста в течение трехлетнего периода.

Методы исследования. В исследование были включены 522 пациента, которым была проведена реперфузионная терапия. Из них 235 женщин, из них 126 пожилого возраста от 60 до 74 лет, 109 больных старческого возраста от 75 лет и старше, и 287 мужчин, из них 232 пациента пожилого возраста, 55 пациентов старческого возраста. Реперфузионная терапия проводилась следующими методами: проведением первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и проведением тромболитической терапии (ТЛТ), включая использование металлизе на догоспитальном этапе.

Результаты. Первичное ЧКВ было проведено 107 женщинам пожилого возраста (84,9% от всех женщин

с реперфузией в данной возрастной группе) и 93 (85,3%) женщинам 75 лет и старше. Первичное ЧКВ было проведено 171 мужчинам пожилого возраста (73,7% от всех мужчин данной возрастной группы) и 47 (85,5%) мужчинам старческого возраста 75 лет и старше. У пациенток пожилого возраста ЧКВ методом ангиопластики и стентирования проведены у 75 (70,1%) больных, только ангиопластика проведена у 32 (29,9%) больных. У пациенток старше 75 лет стентирование проведено у 90 больных (97%), только ангиопластика у 3 больных (3%). У мужчин в возрасте 60–74 года ЧКВ методом ангиопластики и стентирования проведены у 165 (96,5%) больных, только ангиопластика проведена у 6 (3,5%) больных. У мужчин старше 75 лет стентирование проведено у 38 больных (80,9%), только ангиопластика у 9 больных (19,1%). ТЛТ проведена 19 пациенткам в возрасте 60–74 года (15,1% от всех женщин с реперфузи-

ей в данной возрастной группе), 17 больным проведена ТЛТ металлизе на догоспитальном этапе (89,5%). ТЛТ в старческом возрасте проведена 16 (14,7%) женщинам, из них 13 (81,3%) металлизой на догоспитальном этапе. ТЛТ проведена 61 мужчинам в возрасте 60–74 года (26,3% от всех мужчин с реперфузией в данной возрастной группе), 56 больным проведена ТЛТ металлизе на догоспитальном этапе (91,8%). ТЛТ в старческом возрасте проведена 8 (14,5%) мужчинам, из них 6 (75%) металлизой на догоспитальном этапе.

Выводы. Реперфузионная терапия широко проводится больным пожилого и старческого возраста. Основу реперфузии составляет первичное ЧКВ, подавляющее большинство манипуляций заканчивается проведением стентирования. ТЛТ используется значительно реже, основу ТЛТ составляет использование металлизе на догоспитальном этапе.

ЭФФЕКТ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Корнеева Е.В.

«Сургутская городская клиническая поликлиника № 1», Сургут, Россия

Цель: изучить влияние L-тироксина на компоненты метаболического синдрома у пациентов с субклиническим гипотиреозом.

Методы исследования: Проведено проспективное исследование 496 женщин и мужчин с субклиническим гипотиреозом в возрасте 18–44 лет в течение 6 месяцев. Контрольную группу представляли 65 здоровых человек, из них 31 мужчина и 34 женщины (средний возраст – $30,84 \pm 0,90$ лет). В 1-й группе наблюдались 118 пациентов с субклиническим гипотиреозом и метаболическим синдромом (МС) ($36,62 \pm 0,89$ лет). Во второй группе – 378 пациентов с субклиническим гипотиреозом ($39,23 \pm 0,85$ лет). Проведено антропометрическое исследование (ОТ, ИМТ), определение липидного (ХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ), углеводного профилей (гипергликемический профиль, индексы инсулинорезистентности), гормональное исследование (тиреотропный гормон (ТТГ), свободный тироксин (Т4), лептин). Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистических пакетов Statistica7 ($p < 0,05$).

Результаты: ОТ ($92,3 \pm 12,7$ по сравнению с $80,6 \pm 4,6$ см, $p = 0,02$) и ИМТ ($34,75 \pm 5,12$ и $23,8 \pm 2,19$ кг/м², $p = 0,01$) были выше в первой, чем во 2-ой группе. Распространенность ожирения отличались между двумя группами ($p < 0,001$), в 1-й группе в 2,4 раза выше, чем во второй. Выявлена достоверная положительная корреляция между ТТГ и ОТ ($r = 0,67$, $p < 0,01$), ТТГ и ИМТ ($r = 0,59$, $p < 0,02$), ТГ ($r = 0,38$, $p < 0,03$), ЛПВП ($r = 0,32$, $p < 0,06$). Прочность этих ассоциаций было меньше, чем корреляции между ТТГ и ОТ. Уровень ТТГ при МС в 1-ой группе был значительно выше, чем у па-

циентов 2-ой группы ($5,32$ по сравнению с $4,59$ мМЕ/л, $p < 0,002$). ТТГ был выше среди пациентов 1-ой группы с МС и с гипертриглицеридемией на $2,15 \pm 0,01$ мМЕ/л. У здоровых женщин и мужчин концентрации лептина в сыворотке крови были в пределах нормы. Гиперлептинемия была выявлена у 62,7% пациентов 1-ой группы и у 9,8% 2-й группы. Уровень лептина превышал в 5,7 раз и в 2,4 раза в клинических группах по сравнению с нормой, соответственно. При анализе соотношения лептина и ИМТ было выявлено превышение в 10,4 раза среди пациентов I группы по сравнению с пациентами 2-ой группы. Для пациентов с МС характерны положительные корреляционные связи между ТТГ и лептином ($r = 0,71$, $p < 0,001$), ТТГ и лептинорезистентностью ($r = 0,77$, $p < 0,001$). У пациентов 2-й группы данные коэффициенты корреляции были незначительные. На фоне приема L-тироксина (доза подбиралась индивидуально) среди пациентов 2-й группы при достижении эутиреоидного состояния снижение ИМТ было в 2,6 раз быстрее, чем в 1-ой группе. Нормализация липидного профиля (ХС, ТГ) наблюдалась чаще во 2-й группе. Гиперлептинемия сохранилась у 3,2% в 1-й и у 41,5% во 2-й группе за счет высокой частоты лептинорезистентности.

Выводы: в лечении метаболического синдрома у пациентов с субклиническим гипотиреозом для достижения эутиреоидного состояния является важным назначением заместительной гормональной терапии с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АТОРВОСТАТИНА

*Корнилов Л.Я., Мишина И.Е., Маевская А.В., Мягких Е.А., Гудухин А.А., Алеутская О.Н.,
Мазанко О.Е.*

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия
ОБУЗ ГКБ № 3 г. Иванова, Россия

С целью оценки динамики липидного спектра крови у больных ИБС на фоне комплексной терапии с использованием аторвостатина проведено обследование 81 пациента (49 женщин и 32 мужчин) в возрасте от 42 до 92 лет (средний возраст составил $69,3 \pm 1,1$ года). Пациенты госпитализировались повторно в связи с развитием острого коронарного синдрома, гипертонической болезни и нарушений сердечного ритма. У всех больных диагностирована ИБС в сочетании гипертонической болезнью. Пациентам в динамике (перед назначением аторвостатина и при повторной госпитализации) проведено рутинное инструментальное и лабораторное обследование с определением показателей липидного спектра сыворотки крови: общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Суточная доза препарата составила от 10 до 40 мг, длительность амбулаторного применения препарата – от 4 месяцев до 4 лет.

Анализ полученных результатов свидетельствовал об исходно повышенном содержании у большинства пациентов ОХ и ЛПНП ($5,41 \pm 0,10$ и $3,40 \pm 0,12$ ммоль/л соответственно). В ходе исследования все больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по основным показателям (пол, возраст, основной и сопутствующей патологии). 1 группу составили пациенты, у которых в динамике на фоне терапии отмечалось снижение уровня ЛПНП. 2 группа представлена больными, липидный спектр которых не имел положительных изменений.

Поводом для госпитализации пациентов 1 группы (47 чел. – 58,0%) наиболее часто являлся ОКС (48,9%), несколько реже (23,4%) – нарушения ритма сердца, артериальная гипертензия (14,9%) и прогрессирование ХСН (8,5%). Большинство пациентов (55,3%) перенесли ОИМ, 21,3% – ОНМК; 21,3% страдали из них сахарным диабетом, 51,1% – дисциркуляторной энцефалопатией. У 85,2% больных диагностирована ХСН 2–4 ФК, 34,0% имели ожирение. Лабораторное обследование данной группы больных позволило выявить достоверное ($p < 0,05$) снижение содержания холестерина на 0,93 ммоль/л, ЛПНП на 0,80 ммоль/л, индекса атерогенности на 0,88, триглицеридов на 0,10 ммоль/л.

Отмечено недостоверное повышение уровня ЛПВП на 0,01 ммоль/л. Большинство больных в данной группе (63,8%) принимали аторвостатин в дозе 20–40 мг/сут. При этом среди больных, принимавших аторвостатин в дозе 20 мг/сут уровень ЛПНП снизился на 0,69 ммоль/л, а в группе пациентов, принимавших препарат в дозе 40 мг/сут снижение ЛПНП оказалось более значительным и составило 1,20 ммоль/л ($p < 0,05$). Последующий анализ показал, что среди пациентов 1 группы только у 9 (19,1%) были достигнуты целевые значения уровня ЛПНП. В большинстве случаев (80,9%) снижение уровня ЛПНП не превышало 50% от исходного ($p < 0,05$). В данной группе больных наиболее часто (23,7%) имела место гипергликемия.

Причиной госпитализации пациентов 2 группы (34 чел – 42,0 %) также наиболее часто (50,0%) был ОКС, значительно реже (20,6%) – артериальная гипертензия, нарушение ритма сердца (14,7%) и прогрессирование ХСН (11,7%). Большинство больных перенесли ОИМ (67,6%), 11,7% – ОНМК; 29,4% страдали сахарным диабетом, 61,7% – дисциркуляторной энцефалопатией. ХСН 2–4 ФК диагностирована у 97,0% больных, ожирением страдали 26,5% лиц. В этой группе почти половина больных (41,2%) принимали аторвостатин в суточной дозе 10 мг. При этом ни в одном случае целевых значений ЛПНП достигнуто не было, а усредненный по группе показатель уровня ЛПНП достоверно повысился ($p < 0,05$).

Таким образом, примерно у половины больных ИБС (58,0%) на фоне комплексной терапии с применением аторвостатина наблюдалась положительная динамика показателей липидного спектра крови и снижение индекса атерогенности. Вместе с тем амбулаторное применение препарата позволило достичь целевых значений ЛПНП только у 19,1% больных, в целом снизить уровень холестерина лишь на 16,3%, а содержание ЛПНП – на 21,6%. Наилучший эффект наблюдался в группе пациентов, принимавших препарат в суточной дозе 40 мг. Полученные результаты, по-видимому, можно объяснить назначением недостаточной дозировки аторвостатина, отсутствием титрования дозы препарата несоблюдением больными рекомендаций лечащего врача, а также недостаточным контролем уровня гликемии.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Королёва Е.В., Кратнов А.Е., Силкина Е.Е., Третьякова А.Н., Канавина М.Е.

Государственный Медицинский Университет, Ярославль, Россия

Сахарный диабет 2-го типа (СД) является одной из причин ремоделирования сердца, увеличивать вероятность развития которого могут ожирение и артериальная гипертензия, которые часто выявляются у пациентов с диабетом.

Цель исследования – изучение влияния периферического ожирения и артериальной гипертензии на развитие диастолической дисфункции и ремоделирования левого желудочка у больных СД.

Материалы и методы. Обследовано 134 больных СД в возрасте от 26 до 66 лет (средний возраст $46,3 \pm 8,4$ года). Периферическое ожирение встречалось у 81 (60,4%) обследованных пациентов, из них у 48 (59,3%) выявлялась I степень ожирения (индекс массы тела $30\text{--}34,9$ кг/м²), у 33 (40,7%) – II степень ожирения (индекс массы тела $35\text{--}39,9$ кг/м²). У 76 (56,4%) пациентов с диабетом диагностировалась артериальная гипертензия, среди которых было 33 (43,4%) с 1 степенью и 43 (56,6%) больных со 2 степенью заболевания. Среди больных СД, у которых имелась артериальная гипертензия, 54 (71%) пациента были с ожирением. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips «En Visor C».

Результаты. Диастолическая дисфункция выявлялась у 75 (55,9%), ремоделирование левого желудочка – у 59 (44%) обследованных пациентов. Наличие ожирения сопровождалось достоверным увеличением регистрации ремоделирования левого желудочка ($54,3\% > 28,3\%$; $p = 0,003$). Диастолическая дисфункция левого желудочка наблюдалась одинаково часто при

СД независимо от наличия ожирения. У больных СД без артериальной гипертензии и ожирением, по сравнению с пациентами без ожирения, недостоверно чаще регистрировалось ремоделирование левого желудочка ($29,6\% > 16,1\%$). Наличие ожирения у пациентов с СД и артериальной гипертензией также сопровождалось более частым развитием ремоделирования левого желудочка ($66,7\% > 45,5\%$). Наличие артериальной гипертензии у больных СД без ожирения приводило к более частому развитию диастолической дисфункции ($63,7\% > 45,2\%$) и ремоделирования левого желудочка ($45,5\% > 16,1\%$; $p = 0,01$). У больных СД и ожирением наличие артериальной гипертензии сопровождалось достоверным увеличением случаев регистрации диастолической дисфункции ($66,7\% > 40,7\%$; $p = 0,02$) и ремоделирования левого желудочка ($66,7\% > 29,6\%$; $p = 0,001$). Наибольшее количество пациентов с диастолической дисфункцией и ремоделированием левого желудочка ($66,7\%$) наблюдалось среди больных с СД, имеющих артериальную гипертензию и ожирение.

Выводы. Наличие периферического ожирения и артериальной гипертензии у больных СД сопровождается ростом частоты развития ремоделирования левого желудочка. Основной вклад в ремоделирование сердца вносит артериальная гипертензия, развитие которой у пациентов с диабетом, имеющих периферическое ожирение, приводит к значимому увеличению частоты развития диастолической дисфункции и ремоделирования левого желудочка.

СВЯЗЬ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КРОВИ С АДЕНОЗИНДИФОСФАТ-ЗАВИСИМОЙ АГРЕГАЦИЕЙ ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ДО И ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Косинова А.А.¹, Гринштейн И.Ю.¹, Ковалев А.В.², Суховольский В.Г.², Гринштейн Ю.И.¹

1 Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия;
2 Международный научный центр исследования экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН Красноярск, Россия.

Цель работы. Изучить диэлектрические характеристики крови и ее компонентов у больных стабильной стенокардией до и после аортокоронарного шунтирования (АКШ) и выявить ее связь с АДФ-зависимой агрегацией тромбоцитов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 25 пациентов с II–III классом стенокардии напряжения и атеросклеротическим поражением коронарных артерий, доказанным коронароангиографией. У пациентов забиралась кровь из кубитальной вены в объеме 8,0 мл в 2 пластиковых вакуумтейнера по 4 мл с 3,2% цитратом натрия. Образцы крови центрифугировались в течение 10 минут на 1000 оборотах. Из первого образца крови получали эритроцитарную взвесь (осадок со дна пробирки) и отмытые тромбоциты, из второго изучалась цельная кровь (до центрифугирования) и плазма, богатая тромбоцитами (после центрифугирования в течение 10 минут на 1000 оборотах). Исследовались диэлектрические характеристики крови, плазмы

крови, эритроцитов, тромбоцитов на диэлектрическом импульсном Фурье-спектрометре. Этот метод позволяет оценить свойства мембран, пропуская через суспензию клеток переменный электрический ток различных частот. Часть плазмы, богатой тромбоцитами, а также плазму, бедную тромбоцитами (полученную центрифугированием крови при 3400 оборотах в течение 15 минут) использовали для измерения АДФ-зависимой (с 5 мМоль АДФ) агрегации тромбоцитов.

Результаты и обсуждение. Изучены диэлектрические свойства тромбоцитов, эритроцитов, плазмы крови и цельной крови до АКШ и на следующие сутки после оперативного вмешательства. АКШ в условиях искусственного кровообращения изменяет диэлектрические характеристики крови, плазмы и тромбоцитов. Диэлектрические свойства тромбоцитов коррелируют с уровнем АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов. Группы пациентов с условно низкой и высокой агрегацией тромбоцитов по Вайсу до аортокоронарного

шунтирования имеют значимые отличия по изучаемым критериям x_0 , y_0 и g_0 для тромбоцитов.

Заключение. Имеются значимые отличия между группами пациентов с высокой и низкой агрегацией до

оперативного лечения по коуловским параметрам для тромбоцитов. Диэлектрические характеристики мембраны тромбоцитов коррелируют с уровнем АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов.

СВЯЗЬ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ С БИОХИМИЧЕСКИМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Косинова А.А.¹, Гринштейн Ю.И.¹, Ковалев А.В.², Суховольский В.Г.²

1 Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия;
2 Международный научный центр исследования экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН Красноярск, Россия.

Цель работы: Изучить связь диэлектрических характеристик крови и ее компонентов у больных стабильной стенокардией II и III функциональных классов (ФК) с биохимическими и гематологическими параметрами крови до и после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 60 пациентов с II и III ФК стенокардии напряжения с атеросклеротическим поражением коронарных артерий, доказанных коронароангиографией. У пациентов забирали кровь из кубитальной вены в объеме 4,0 мл, в вакуумтейнеры с 3,2% цитратом натрия до АКШ, на 1е и 10е сутки после оперативного вмешательства. Образцы центрифугировались в течение 10 минут на 1000 оборотах для получения эритроцитарной взвеси и плазмы, обогащенной тромбоцитами. Из плазмы выделялись тромбоциты. Исследовались диэлектрические характеристики крови, сыворотки крови, эритроцитов, тромбоцитов на диэлектрическом импульсном Фурье-спектрометре. Всем пациентам определялись биохимические и гематологические параметры крови.

Результаты и обсуждение. Группы пациентов II и III ФК стенокардии не отличались между собой по диэлектрическим параметрами крови и ее компонентов, биохимическим характеристикам крови. Имеется до-

стоверная связь между диэлектрическими характеристиками тромбоцитов больных стенокардией и уровнем ЛПНП до АКШ. Что может свидетельствовать о влиянии липидов на фенотип тромбоцита. Диэлектрические характеристики крови и плазмы значимо коррелируют с уровнем натрия до АКШ. На 1е сутки после АКШ появляется значимая связь между диэлектрическими параметрами крови и количеством лимфоцитов, эозинофилов и значением СОЭ, уровнем хлора в крови, также между диэлектрическими параметрами плазмы и количеством моноцитов и базофилов. Можно предположить, что усиленное после АКШ межклеточное взаимодействие меняет архитектуру клеточных мембран и, следовательно, их физические свойства. После искусственного кровообращения снижается концентрация гемоглобина, гематокрита крови, количество эритроцитов, что также оказывает влияние на диэлектрические параметры крови, эритроцитов.

Заключение. Имеется достоверная связь между диэлектрическими характеристиками тромбоцитов больных стенокардией и уровнем ЛПНП. На первые сутки после АКШ на диэлектрические параметры крови и ее компонентов оказывают влияние количество моноцитов, базофилов, эритроцитов, значение СОЭ, уровень гемоглобина и гематокрита.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИОКАРДИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Космачева Е.Д.¹, Бахчоян М.Р.², Кижватова Н.В.², Гордеева Е.В.², Барбухатти К.О.², Порханов В.А.¹

1 ГБУЗ – НИИ «Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского», Краснодар, Россия
2 ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить исходы лечения тяжелого острого миокардита методом ортотопической трансплантации сердца (ОТС).

Методы: проанализированы данные медицинских карт 4 пациентов, которым выполнена ОТС в экстренном порядке по поводу тяжелого острого миокардита: мужчины – 2, женщины – 2. Возраст пациентов – от 22 до 36 лет. Неотложность выполнения ОТС согласно алгоритму UNOS соответствова-

ла IA классу у 1 и IB классу у 3 реципиентов. Период наблюдения составил от 1 месяца до 3 лет.

Результаты: Длительность пребывания в стационаре до ОТС – от 11 до 26 суток. 3 больным диагноз миокардит выставлен по результатам эндомикардиальной биопсии правого желудочка, 1 человеку на основании клинической картины заболевания, данных ЭХО-КС. Связь миокардита с перенесенной вирусной инфекцией установлен у 1 из 4 пациентов, при этом по результатам

вирусологического исследования биоптата миокарда вирус не верифицирован ни в одном из случаев. Вредные привычки: 1-м пациент злоупотреблял алкоголем и энерготониками, 3 имели многолетний стаж курения.

Полиорганная недостаточность развилась у 2 человек, у 1 имела место острая почечная недостаточность, разрешившаяся на фоне инфузионной терапии, у 1 – острая печеночная недостаточность с повышением уровня АЛТ в 7,5 раза выше нормы, АСТ в 9 раз выше нормы. Все пациенты находились на инотропной поддержке (допмин 5+2,052 мкг/кг/мин, адреналин 0,01 мкг/кг/мин), 2 проводилась ЭКМО (длительность ЭКМО составила 2 и 4 суток).

Фракция выброса по данным ЭХО-КС составляла 13,0+3,16%, а по результатам левой вентрикулографии – 13,5+4,59%. Для оценки прогноза больным проводилась катетеризация правых отделов сердца катетером Сван-Ганса, по результатам которой получены следующие данные: среднее давление в легочной артерии составляло 36+12,73 мм рт. ст., давление

заклинивания легочных капилляров 28+1,41 мм рт. ст., сердечный индекс – 1,45+0,07 л/мин/м², легочно-сосудистое сопротивление – 3,28±2,03 в единицах Wood, транспульмональный градиент – 10,36±5,88.

Всем пациентам выполнена ортотопическая трансплантация сердца по бикавальной методике. Период наблюдения после ОТС составил от 2 месяцев до 3 лет. За время наблюдения умерли 2 реципиентов, из них – 1 в течение 1 месяца после операции (вследствие развившихся гнойно-септических осложнений), и 1 реципиент на 8-ом месяце после ОТС (причина смерти – криз отторжения трансплантата на фоне нарушения режима иммуносупрессивной терапии).

Выводы: ОТС является одним из методов лечения у пациентов с тяжелым острым миокардитом, требующих инфузии инотропных препаратов и установки вспомогательных механизмов поддержки кровообращения, поскольку операция увеличивает шансы благоприятного прогноза.

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПРОТЕКАЮЩЕГО НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Костенко В.А., Рысев А.В., Скородумова Е.А., Сиверина А.В., Федоров А.Н.

ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Сравнить клиническое течение и динамику изменений ЭКГ при инфаркте миокарда (ИМ), ассоциированном с различными стадиями хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы. В исследование было включено 455 пациентов с ИМ, лечившихся в Санкт-Петербургском ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2012–2013 годах. Больные были разделены на 3 группы. В первую (I) группу вошли 310 человек с ХБП и снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 60 мл/мин/1,73 м² или без таковой, а также пациенты, у которых не было в прошлом этих изменений. Во вторую (II) группу вошли 92 больных, у которых было известно о ХБП 3а ст. (СКФ от 59 мл/мин/1,73 м² до 45 мл/мин/1,73 м² с признаками структурного и/или функционального повреждения почек или без этого). Третью (III) выборку составили 53 пациента с ХБП б ст. (СКФ от 44 мл/мин/1,73 м² до 30 мл/мин/1,73 м² с признаками структурного и/или функционального повреждения почек или без этого). В группах преобладали мужчины: I-64,8%, II-55,4%, III- 56,6%. Средний возраст по группам: 58,4±6,5, 64,5±6,2 и 65,3 ±5,4 лет соответственно. СКФ рассчитывалась по формуле MDRD. Для оценки достоверности различий между показателями в двух выборках был использован непараметрический критерий – угловое преобразование Фишера (φ).

Полученные результаты. ИМ с подъемом сегмента ST развился у 69,4% пациентов I-й группы, у 41,3% II-й и у 34,0% больных III-й выборки. Соответственно ИМ без подъема сегмента ST произошел у 30,6%, 58,7%, 66,0% больных. Различий между группами по

частоте Q ИМ не было, P<0,05. Повторные ИМ развивались чаще у пациентов II 42,4% и III 43,4% групп по сравнению с I выборкой 29,7%, P<0,05. Рецидивы ИМ возникали в 4,3 раза во II-й и 6,5 раз в III-й группе чаще по сравнению с I и достигали 15,1% в третьей группе. На фоне снижения СКФ увеличивалось количество как желудочковых, так и наджелудочковых нарушений сердечного ритма. Их частота достоверно возрастала с увеличением степени дисфункции почек, и при ХБП б н присутствовали практически у половины больных. Количество пациентов, у которых ИМ при передней локализации по ЭКГ переходил в подострую стадию в течение 10 дней в I группе достигало 75,1%, 43,1% во II и лишь 24,2% больных в III выборке. При нижней локализации инфаркта миокарда возвращение сегмента S—T к изолинии происходило в течение пяти дней у 88,0% больных I группы, лишь у половины – второй, и только у трети пациентов III выборки. Во второй группе летальность была в 2,4 раза, а в третьей почти в 3 раза выше, чем в первой выборке, достигая практически половины всех случаев в последней группе.

Выводы. ИМпST достоверно реже развивался у пациентов с ХБП 3 стадии по сравнению с больными с сохраненной СКФ. Умеренная почечная дисфункция значимо увеличивала частоту повторных ИМ, риск развития рецидивов заболевания, нарушений сердечного ритма, P<0,05. Для таких пациентов была характерна замедленная ЭКГ динамика течения ИМ, а летальность среди больных с ХБП 3 стадии была достоверно выше, чем I выборке.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

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

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия

Цель работы: оценить изменение вегетативных параметров регуляции сердечной деятельности (СД) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ). Материалы и методы: обследовано 59 пациентов с ГБ, из них 1-ю группу составили 41 человек с ГБ, осложненной ИИ, средний возраст 66,00 (59,0–75,00), 2-я группу контроля – 18 человек с неосложненной ГБ, средний возраст 69,50 (60,50–74,50). Анализировались показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) в положении лежа и ортостазе. Результаты исследования: при проведении ВРС на 1 сутки ИИ было выявлено, что у 45% пациентов ($n = 18$) преобладали нейро-гуморальные (НГ) влияния в модуляции сердечного ритма (СР), которые не способны быстро обеспечивать гомеостаз, у 25% ($n = 10$) отмечалась ваготония, у 20% лиц ($n = 8$) превалировали симпатические влияния (СВ), у 10% ($n = 4$) обследуемых отмечалось вегетативное равновесие (ВР). У лиц с неосложненной ГБ в 38,8% случаев ($n = 7$) в модуляции СР преобладали НГ влияния, у 33,3 % ($n = 6$) превалировала парасимпатикотония (ПСТ), у 27,7% ($n = 5$) отмечалось ВР, гиперсимпатикотония (ГСТ) не выявлялась. Достоверных различий показателей ВРС в горизонтальном положении между пациентами 1 и 2 групп выявлено не было. В ходе проведения корреляционного анализа у пациентов с ИИ при поступлении были выявлены прямые взаимосвязи между показателями общего неврологического дефицита и уровнем симпатической активности в структуре спектральной мощности ($r = +0,50$, $p < 0,04$).

У 9 пациентов с ИИ в течение первых 11 суток наблюдался летальный исход, из них у 8 человек (88,8%) исходно в структуре спектральной мощности преобладала ГСТ, у 1 пациента превалировали НГ влияния. При сравнении показателей ВРС в зависимости от исхода заболеваний было выявлено повышение % LF у лиц со смертельным исходом 46,70 (32,40–48,20), против 23,00 (17,00–33,40), $p < 0,03$, что свидетельствовало о смещении вегетативного баланса в сторону преобладания тонуса симпатической нервной системы (СНС) и срыве адаптационных механизмов. Из обследованных к 21 суткам в 1 группе в живых осталось 32 человека, из них динамика ВРС была проведена у 20 человек. На 21 сутки ИИ в горизонтальном положении у 40% больных в структуре спектральной мощности преобладали НГ влияния, у 40% – ваготония, у 20% – симпатикотония. Достоверных различий между показателями ВРС на 1 и 21 сутки ИИ в положении лежа выявлено не было. Результаты ортостатической пробы показали, что в обеих группах преобладали НГ влияния на сердечный ритм, что свидетельствовало о снижении вегетативного обеспечения СД. Коэффициент К30:15 в 1 и 2 группах был равен 1,1 и свидетельствовал о снижении вегетативной реактивности. Выводы: у больных с ГБ независимо от наличия осложнений имеет место переход регуляции СД с рефлекторного вегетативного на нейро-гуморальный уровень, снижение вегетативной регуляции и вегетативного обеспечения деятельности. Уровень симпатической активности в первые сутки ИИ сопряжен с тяжестью неврологического дефицита и неблагоприятным исходом заболевания.

ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДВЛЕНИЯ НА ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ В КОНТРОЛЬНЫХ ТОЧКАХ ТРИ И ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ

Кулик Н.А., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М.

ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования. Великий Новгород. Россия

В последние годы особенно активно изучается состояние комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий, так как показано, что увеличение толщины КИМ является ключевым показателем развития атеросклеротического процесса и ремоделирования сосудов. Увеличение толщины КИМ связано с активацией, пролиферацией и миграцией гладкомышечных клеток, а также с перестройкой клеточных элементов и экстрацеллюлярного матрикса сосудистой стенки, при этом эластические свойства артерий снижаются, развивается их жесткость, ригидность.

Представляет интерес исследование влияния анти-гипертензивной терапии лизиноприлом на процессы ремоделирования сосудистой стенки, в частности, на толщину КИМ.

Цель исследования: исследовать изменения толщины КИМ общей сонной артерии (ОСА) у больных артериальной гипертензией (АГ) при длительной эффективной терапии лизиноприлом.

Материал и методы исследования. Обследованы 29 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2013), средний воз-

раст $50,4 \pm 1,3$ лет, ранее не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Всем больным проводилась антигипертензивная терапия лизиноприлом, целевой уровень АД был достигнут и стойко удерживался у 25 пациентов. В дальнейшем исследование проводилось только у этих больных.

Проводилось исследование сонных артерий при помощи ультразвукового триплексного сканирования на аппарате Vivid-7 (США) с использованием датчика 5–12 МГц. Визуализировались обе общие сонные артерии (ОСА). Измерялась толщина КИМ ОСА в положении лежа на спине после 10 минут отдыха. Увеличением толщины КИМ считалось утолщение комплекса интима-медиа $\geq 0,9$ мм. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Statistica 6,0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, что достижение и поддержание стабильного целевого уровня АД

на протяжении 6 месяцев практически не влияло на регресс утолщенной интима-медиа ОСА. Так у больных АГ до начала лечения толщина КИМ ОСА $\geq 0,9$ мм наблюдалась в 76,0% случаев. Через 3 месяца терапии лизиноприлом у одного больного толщина КИМ ОСА уменьшилась и стала $< 0,9$ мм и у одного больного, несмотря на целевые цифры АД, наблюдалось увеличение толщины КИМ ОСА. Увеличенная толщина КИМ ОСА через 3 месяца была выявлена у 76,0% больных АГ. Через 6 месяцев лечения лизиноприлом также только у одного больного нормализовалась толщина КИМ ОСА, а число больных с ремоделированием КИМ составило – 69,2%.

Таким образом, достижение стабильного целевого уровня АД в течение 6 месяцев не влияет на ремоделирование комплекса интима-медиа ОСА. Толщина КИМ остается увеличенной у 69,2% больных АГ.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ШКОЛЬНИКОВ С ДИСПАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Күльниязова Г.М., Давидович С.Г., Туякбаев А.М., Сыдығалиева З.М.

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, г. Актөбе, Республика Казахстан

Сердечно-сосудистая система (ССС), как известно, отражает количественную сторону адаптационно-приспособительной деятельности и возможностей целостного организма, особенно актуальной при дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС).

Цель: изучение состояния адаптивно-приспособительных реакций сердечно-сосудистой системы у школьников с некоторыми формами ДСТС.

Методы исследования. 60 обследованных в возрасте 7–18 лет: 20 с аномально расположенными хордами левого желудочка (АРХ ЛЖ), 20 с пролапсом митрального клапана (ПМК) и 20 с их сочетаниями. Эхо- и ДЭхоКГ. Контрольная группа – практически здоровые дети и подростки. Функциональное тестирование ССС включало определение частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления в покое и после физической нагрузки. Рассчитаны адаптационный потенциал (АП), показатель качества реакции системы кровообращения (ПКР) на физическую нагрузку, индекс Руфье (ИР) и вегетативный индекс Кердо (ВИ).

Полученные результаты. В целом степень адаптации к обычным условиям в покое у 81,7% (n=49) испытуемых колебалась от 1,60 до 2,09 условных единиц (у.е.) и являлась удовлетворительной, у 18,3% (n=11) – от 2,0 до 2,59 у.е., свидетельствующая о напряжении механизмов адаптации. Сравнительный анализ степени адаптации выявил некоторые особенности: у значительного большинства обследованных с АРХ ЛЖ в условиях относительного покоя сердечная деятельность характеризовалась более стабильным уровнем функционирования, напряжение же механизмов адаптации наблюдалось лишь в 10,0% случаев;

в группе с ПМК – у 15,0% и при их сочетании (ПМК и АРХ ЛЖ) – у 30,0%. ВИ, отражающий интегральные показатели адаптации, состояние вегетативного баланса и уровень функциональных возможностей ССС, выражалась также низкими показателями. При этом, ВИ-симпатикотонический составил 70,7% против 54,0% ($\chi^2 = 52,515$, $p = 0,000$), а эйтония (ВИ = 0) – 6,7% против 14,0% ($\chi^2 = 26,204$, $p = 0,000$). Выраженность ДСТС и вегетативной дисфункции у обследованных показали их тесные корреляционные связи ($r = 0,86$, $p < 0,05$). ПКР, косвенно характеризующий минутный объем крови и резервные возможности ССС в условиях физической нагрузки, у 76,7% (n=46) свидетельствовал также об ухудшении (0,3 и 1,1–1,3 при $M = 0,5–1,0$). ИР, характеризующий также работоспособность, у 86,7% (n=52) обследуемых был в пределах 11–15, т. е. слабой, у 13,3% (n=8) выявил вовсе неудовлетворительную степень. ПКР и ИР ухудшались у них с возрастом. В условиях физических нагрузок минутный объем у школьников с ДСТС увеличился достоверно в 1,1 раза ($p < 0,05$). Однако произошло это в основном за счет ЧСС, тогда как величина систолического объема, наоборот, имела ярко выраженную тенденцию к снижению ($p < 0,01$). По-видимому, напряжением вегетативного равновесия объяснялась и лабильность пульса.

Выводы. Оценка резервных возможностей сердечно-сосудистой системы организма детей и подростков может быть отнесена к методам доклинической диагностики, позволяющим своевременно проводить профилактику возможных осложнений путем коррекции срыва процессов неспецифической адаптации.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ФОРМОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н.А., Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить клинико-функциональные особенности течения ДКМП у больных с семейной формой.

Материал и методы: Было обследовано 354 больных ДКМП. 47 (13,2%) пациентов имели семейную форму заболевания, 45 (12,7%) пациенток с перипартальной ДКМП, остальные 262 (74%) – идиопатическую или воспалительную ДКМП. Обследование включало в себя: ЭКГ, ХМЭКГ, ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), рентгенокардиометрию с определением кардиоторакального индекса (КТИ).

Результаты: Для сравнения клинико-функциональных показателей между группами, были выделены 80 пациентов с идиопатической формой ДКМП, с СН сопоставимой с аналогичными показателями семейной формы патологии. Давность заболевания составила в среднем $9,4 \pm 1,4$ и $12,4 \pm 1,4$ мес. ($p > 0,05$) соответственно семейной и идиопатической ДКМП. Длина пройденной дистанции при проведении ТШХ составила $264,5 \pm 17,3$ и $198,4 \pm 11,4$ метров ($p > 0,05$). У больных с семейной формой ДКМП заболевание развилось в относительно раннем возрасте и составило, в среднем, $36,9 \pm 1,6$ лет, что достоверно ниже, чем в группе сравнения ($42,4 \pm 1,1$ лет; $p < 0,01$). Анализ частоты встречаемости нарушений ритма сердца и проводимости, показал, что АВ-блокада I степени наблюдалась с одинаковой

частотой в сравниваемых группах (12,7% и 14,2%; $p > 0,05$), однако, в группе с семейной формой ДКМП у 5 (10,6%) имелись случаи развития полной атриовентрикулярной блокады (в дальнейшем им был установлен постоянный ЭКС). Среди больных с семейной формой ДКМП, блокада ЛНПГ встречалась реже (14,8% против 21,2%), а фибрилляции предсердий – чаще (19,1% против 17,5%; оба $p > 0,05$). Результаты рентгенокардиометрии выявили одинаковые показатели КТИ ($63,4 \pm 1,1$ и $63,6 \pm 0,6\%$, соответственно), однако, анализ параметров ЭхоКГ показал, что пациенты с семейной ДКМП имели меньшие значения КСР ($5,6 \pm 0,1$ и $6,2 \pm 0,1$ см; $p < 0,01$) и КДР ($6,9 \pm 0,1$ см и $7,4 \pm 0,1$ см; $p < 0,01$), и, как следствие, большую фракцию выброса ЛЖ ($37,8 \pm 1,8$ против $31,1 \pm 1,1\%$; $p = 0,03$), по сравнению с пациентами с идиопатической ДКМП. Следует отметить, что в группе с семейной формой патологии в 34% случаев заболевание передавалось по материнской линии.

Выводы: Распространенность семейной формы ДКМП составляет 13,2%. Эта форма заболевания ассоциируется с более молодым возрастом и в 1/3 случаев передается по материнской линии. Характеризуется у части больных развитием полной атриовентрикулярной блокады и относительно большими показателями фракции выброса левого желудочка.

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кухарчик Г.А.¹, Абрамова О.В.², Сорокин Л.А.², Метальников М.В.², Степанова С.Ю.²,
Тихонова Т.Л.², Аleshкин К.А.²

1 ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;
2 ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург, Россия.

Цель: Проанализировать лечение пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в условиях городского стационара: частоту чрескожных эндоваскулярных вмешательств (ЧКВ), временные индикаторы для ЧКВ; медикаментозное лечение.

Материалы и методы: Проведен анализ тактики ведения 415 больных с ОКСпST, госпитализированных с 01.01.2014 г. по 31.12.2014 г. в инфарктное отделение СПбГУЗ «Елизаветинская больница».

Полученные результаты: ОКСпST был диагностирован у 22,5% от общего числа госпитализированных с ОКС; среди пациентов преобладали мужчины (58,8%); медиана (Me) возраста составила 68,0 (59,0; 78,0) лет; диагностическая коронароангиография выполнена в 100% случаев. Ангиопластика и стентирование было выполнено 372 (89,6%) пациентам с ОКСпST.

Время от прибытия в стационар до ЧКВ в 177 случаях (42,7%) составило 90 минут и менее. При этом самые большие временные потери при ОКСпST были от начала ангинозного приступа до вызова пациентом скорой помощи (Me – 134 мин). 211 пациентам в инфаркт-связанную артерию был имплантирован 1 стент, 153 пациентам – более 1 стента. Только ангиопластика выполнена в 1,2% случаев ОКСпST. Летальность при ОКСпST составила 13,3% (при всех вариантах ОКС – 5,8%). Сохраняющаяся высокая летальность при ОКСпST, несмотря на «агрессивное» лечение, дает повод для анализа ее предикторов. Безусловно, таковыми являются пожилой возраст пациентов, поздняя госпитализация, наличие тяжелой коморбидной патологии. Анализ проводимой медикаментозной терапии показал, что все пациенты получали адекватную медикаментозную терапию ОКС. Антиагрегантная терапия:

аспирин был назначен 99,5% пациентов, клопидогрел или тикагрелор – 98,8%. Бета-адреноблокаторы и статины получали 98,3% больных с ОКСпСТ. Ингибиторы АПФ (или при непереносимости блокаторы ангиотензина II) – 98,8%.

Выводы: В целом лечение больных с ОКСпСТ соответствует современным рекомендациям. Всем пациентам была выполнена диагностическая коронароанги-

ография. По показаниям выполнялись ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Анализ проводимой медикаментозной терапии показал, что все пациенты получали адекватную медикаментозную терапию ОКС. Однако, сохраняющаяся высокая летальность при ОКСпСТ требует детального анализа ее причин и поиска путей ее снижения.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кушунина Д.В., Егзян Р.А., Карамнова Н.С., Калинина А.М.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Цель: изучить по данным диспансеризации частоту повышенного уровня глюкозы крови, нерационального питания, а также сахарного диабета (СД) и их взаимосвязь с учетом возрастных, гендерных и региональных особенностей.

Материал и методы. Проведен анализ отчетной формы по результатам диспансеризации взрослого населения в 2014 году в 61 субъекте РФ, в каждом из которых проживает не менее 200 тыс. человек. Гипергликемия устанавливалась при уровне глюкозы крови натощак более 6,1 ммоль/л. Оценка нерациональности питания проводилась опросным методом и включала ежедневное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление жиров, соли и сахара. Диагноз СД ставился по данным глюкозотолерантного теста и уровню гликированного гемоглобина $\geq 6,5\%$.

Результаты. Всего прошли диспансеризацию в выделенных субъектах 19177804 чел. (8084750 мужчин и 11093054 женщины) в возрасте старше 21 года. Частота гипергликемии составила 3,7% и значительно чаще у лиц старше 60 лет. Так, в возрастной группе 21–36 лет – 1,3%, 39–60 лет – 1,1%, а у лиц старше 60 лет – 7,6%, выраженных гендерных различий не отмечалось. При изучении региональных особенностей, наибольшая частота гипергликемии выявлена в Чеченской Республике – 4,5%, наименьшая в Тюменской области – 0,4%. Частота нерационального питания составила 27,5% и достоверно чаще отмечена у мужчин – 29,1%, чем у женщин – 26,4% ($p < 0,001$). Частота нерационального питания у лиц 21–36 лет выявлена 24% (среди мужчин – 25,8%, среди женщин – 22,4%). В возрастной группе 39–60 лет – 27,1% (среди мужчин – 27,9%

и среди женщин – 26,5%). Самый высокий показатель частоты нерационального питания отмечался у лиц старше 60 лет – 34% (среди мужчин – 38,4%, а среди женщин – 31,5%). При изучении региональных особенностей, выявлена наибольшая частота нерационального питания в Чувашской Республике – 75,9%, наименьшая в Республике Дагестан – 7,4%. Частота СД среди лиц прошедших диспансеризацию составила 0,52% и также значительно чаще у лиц старше 60 лет. У лиц в возрасте 21–36 лет – 0,12%, 39–60 лет – 0,55%, а у лиц старше 60 лет – 1,1%, значимых гендерных различий также не отмечалось. При изучении региональных особенностей, наибольшая частота СД отмечается в Ставропольском крае – 0,4%, наименьшая в Белгородской области – 0,0%. Установлена прямая корреляция между частотой нерационального питания и частотой повышенного уровня глюкозы крови, $r = 0,44$. При корреляционном анализе частоты нерационального питания и частоты СД отмечается тенденция к отрицательной взаимосвязи, что может свидетельствовать о большей приверженности лиц с установленным диагнозом СД к соблюдению рекомендаций по питанию.

Вывод. Данные диспансеризации демонстрируют гендерные, возрастные и региональные особенности взрослого населения нашей страны, а также взаимосвязь алиментарно-зависимых факторов риска и метаболических нарушений, в частности нарушение углеводного обмена, что должно быть использовано при формировании приоритетов профилактических мероприятий как на уровне региона (информационные кампании и пр.), так и в медицинских организациях.

ВЛИЯНИЕ ДИКЛОФЕНАКА НАТРИЯ, ЭНАЛАПРИЛА И АЛИСКИРЕНА НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ДОФАМИНА В ПОЧКЕ КРЫСЫ

Ландарь Л.Н., Кузьмин О.Б.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Оренбург

Цель исследования – оценить влияние ингибитора синтеза простагландинов (ПГ) диклофенака натрия и ингибиторов ренин-ангиотензиновой системы (РАС) эналаприла и алискирена на фармакологические эффекты дофамина в почке крысы.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 40 наркотизированных крысах-самцах с катетеризованными задней полостью 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. Дофамин (1,0 мг/кг) и диклофенак натрия (2,5 мг/кг) вводили животным подкожно. Эналаприл (1 мг/кг) и алискирен (4,0 мг/кг) назначали ежедневно внутрь в течение 7 дней до постановки эксперимента. Серия опытов включала 10 экспериментов. Статистическая обработка материалов проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. Дофамин вызывал у крыс диуретическую реакцию с одновременным увеличением СКФ с $207,3 \pm 3,82$ до $257,4 \pm 3,69$ мл/мин/100 г ($p < 0,05$) и значительным приростом потери электролитов с мочой. Диурез, натрийурез и выделение ионов калия с мочой к 80 мин наблюдения достоверно увеличились соответственно в 2,22, 2,15 и 2,77 раза по сравнению с исходным уровнем. Экскретируемая фракция натрия возросла при этом с $0,28 \pm 0,01\%$ до $0,48 \pm 0,02\%$ ($p < 0,01$), что указывает на значительное угнетение в почках реабсорбции этого иона. Предварительное

введение животным ингибитора циклооксигеназы диклофенака натрия в дозе, угнетающей синтез ПГ в почках, не оказывало существенного влияния на реакцию почек крыс в ответ на дофамин. Подавление активности РАС ингибитором АПФ эналаприлом или прямым ингибитором ренина алискиреном, напротив, резко повышало чувствительность почек к дофамину. На фоне действия эналаприла дофамин к 80 мин наблюдения вызывал достоверный прирост диуреза в 3,46 раза с увеличением потери натрия с мочой в 3,15 раза. В этих условиях также отмечено увеличение СКФ, но экскретируемая фракция натрия возросла при этом с $0,29 \pm 0,02\%$ до $0,78 \pm 0,08\%$ ($p < 0,01$), что значительно превышает прирост этого показателя в опытах с одним дофамином и указывает на более выраженное угнетение реабсорбции натрия в почечных канальцах. Одновременно дофамин вызывал также более выраженный калийуретический эффект с повышением калийуреза в 4,99 раза по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,01$). Аналогичная, но еще более выраженная реакция почек наблюдалась и при комбинации дофамина с прямым ингибитором ренина алискиреном.

Выводы. Предварительное угнетение синтеза ПГ диклофенаком натрия не влияет на реакцию почек крыс на дофамин, а подавление активности РАС эналаприлом или алискиреном резко усиливает его диуретический, натрийуретический и калийуретический эффекты. Предполагается, что ПГ не участвуют в формировании почечных эффектов дофамина, в то время как РАС выполняет в почках функцию модулятора, который препятствует при действии этого препарата избыточной потере воды и электролитов с мочой.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА RS5219 ГЕНА KCNJ11

Латик И.А., Сорокина Е.Ю., Шарафетдинов Х.Х., Сенцова Т.Б.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт питания», Москва, Российская Федерация

Цель исследования: разработка и оценка эффективности персонализированной терапии на основе изучения полиморфизма rs5219 гена KCNJ11 у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 120 больных с СД 2 типа и ожирением I–II степени в возрасте от 40 до 65 лет. Пациентам проводили генотипирование с применением аллель-специфичной амплификации с детекцией результатов в режиме реального времени. В зависимости от генотипов гена KCNJ11 больные СД 2 типа и ожирением получали различную схему терапии и были разделены по 30 человек на 2 группы: А (с генотипом С/Т) – получали стандартную низкокалорийную диету (1600 ккал/сут) + метформин 2000 мг/сут. и В (с генотипом Т/Т) – персонализированную диету (1600 ± 120 ккал/сут) + витаминно-минеральный комплекс (ВМК) + метформин 2000 мг/сут. ВМК обеспечивал дополнительное поступление витаминов С, Е, В₁, В₂, В₆, В₁₂, бета-каротина, никотинамида, пантотеновой и фолие-

вой кислоты, биотина, цинка, хрома. Энергетическую ценность персонализированной диеты для каждого пациента определяли с помощью метода непрямой калориметрии. На фоне проводимой терапии оценивали показатели состава тела методом биоимпедансометрии. Для оценки состояния углеводного обмена у больных СД 2 типа определяли уровень препрандиальной гликемии с помощью глюкометра One Touch® Ultra™.

Результаты исследования: при оценке содержания жировой массы и висцерального жира у больных СД 2 типа и ожирением с различными полиморфными вариантами гена KCNJ11 на фоне комплексной терапии наибольший уровень снижения анализируемых параметров был отмечен в группе В: снижение содержания жировой массы с $42,8 \pm 1,4$ кг до $40,1 \pm 1,3$ кг, площади висцерального жира – с $200,2 \pm 4,5$ см² до $183,8 \pm 3,6$ см², $p < 0,05$. В группе А отмечено только незначительное снижение жировой массы с $41,2 \pm 1,1$ кг до $40,3 \pm 1,1$ кг и площади висцерального жира – с $199,8 \pm 3,5$ см² до

193,2±3,3 см². При оценке гликемического контроля больных СД 2 типа в группе А наблюдалось достоверное снижение препрандиальной гликемии в среднем на 16% (с 7,1±0,2 до 6,0±0,1 ммоль/л), а в группе В – на 20% (с 7,3±0,2 до 5,8±0,1 ммоль/л), $p < 0,05$.

Выводы: на фоне персонализированной диетотерапии отмечается снижение массы тела преимущественно за счет жирового компонента. Достоверное снижение гликемии на фоне лечения наблюдается независимо от проводимой комплексной терапии (диета + метформин), однако степень благоприятного изменения глике-

мического профиля (до меньших значений параметра) более выражена у больных СД 2 типа, получавших персонализированную диету с включением ВМК. У носителей генотипа Т/Т гена KCNJ11 отмечается более высокий уровень гликемии, чем у носителей генотипа С/Т, поэтому для подбора терапии необходимо проведение молекулярно-генетических исследований, что позволит повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий при данном заболевании и снизить риск развития поздних сосудистых осложнений СД 2 типа.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ларионова Н.В., Шутов А.М., Мензоров М.В.

Ульяновский государственный университет, медицинский факультет
Центральная городская клиническая больница, Ульяновск, РФ

Цель: исследовать в динамике электрофизиологические параметры ЭКГ у пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ДХСН), изучить динамику уровня креатинина, выявить различие в группах с острым повреждением почек (ОПП) и без ОПП.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных с ДХСН (мужчин – 40, женщин – 27, средний возраст – 62,9±9,09 лет). Причинами хронической сердечной недостаточности у большинства была ИБС в сочетании с артериальной гипертензией. ОПП диагностировали согласно рекомендациям KDIGO по динамике уровня креатинина сыворотки крови. Мониторинг ЭКГ проводился при поступлении и на фоне стабилизации состояния регистратором «Кардиотехника 04–3» (КТ 04–3), Санкт-Петербург.

Результаты: Фракция выброса левого желудочка составила 47,0±13,9%. 40 больных ДХСН имели систолическую дисфункцию. Индекс массы миокарда левого желудочка составил 178,0±70,1 г/м², относительная толщина стенок – 0,46±0,1, диаметр левого предсердия – 54,6±9,0 мм, конечный диастолический размер левого желудочка – 58,3±9,7 мм. До острой декомпенсации 23 больных имели III, 44 – IV ФК ХСН. Среднесуточная частота сердечных сокращений при поступле-

нии составила 76,22±19,16 уд/мин против 71,09±16,15 уд/мин при стабилизации состояния, $p = 0,004$. Продолжительность QT интервала при поступлении была достоверно больше, чем при стабилизации состояния (392,61±42,04 мсек и 381,34±34,30 мсек, соотв., $p = 0,006$), в том числе и скорректированного QT интервала (429,91±37,0 мсек и 400,28±29,49 мсек, соотв., $p = 0,001$). Уровень креатинина сыворотки достоверно снизился к десятому дню лечения (с 118,55±42,7 мкмоль/л до 105,8±31,4 мкмоль/л, $p = 0,0003$). У 12 больных диагностировано ОПП, у 5 из них по повышению уровня креатинина в течение 48 часов нахождения в стационаре (исходно 95,72±22,06 мкмоль/л, против 140,54±25,67 мкмоль/л через 48 часов, $p = 0,01$). У 7 больных на фоне лечения наблюдалось улучшение функции почек со снижением уровня креатинина более чем на 50% от исходного (догоспитальное ОПП). Электрофизиологические параметры у больных с ОПП и без ОПП достоверно не различались.

Выводы: Стабилизация ХСН на фоне лечения сопровождается изменением ряда электрофизиологических параметров, в частности уменьшением продолжительности интервала QT. На фоне лечения острой декомпенсации ХСН выявлена положительная динамика уровня креатинина, отражающая улучшение функционального состояния почек.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2000–2014 ГГ.

Левашова О.А., Левашов С.Ю.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель: изучить эпидемиологию ревматических заболеваний у детей и подростков г. Челябинска за период 2000–2014 гг.

Материал и методы: данные Реестра ревматических заболеваний у детей от года до 18 лет г. Челябинска за период 2000–2014 гг.

Результаты и обсуждение: общее число детей с ревматическими заболеваниями за период 2000–2014 гг. увеличилось в 1,5 раза: с 317 чел. в 2000 г. до 482 в 2014 г. Отмечается тенденция к росту распространенности ревматических болезней, которая составила 1,83 в 2000 г., 2,55 в 2005 г., 2,63 в 2010 г. и 2,85 в 2014 г. на 1000 дет-

ского населения. При этом первичная заболеваемость на 1000 детей в 2014 г. была в 1,4 раза выше в сравнении с 2000 г. (0,65 и 0,48 соответственно). Это, несомненно, связано с расширением возможностей диагностики ревматических болезней. При этом, нельзя исключить и истинное увеличение числа случаев поражений костно-мышечной системы и соединительной ткани у детей.

Анализ структуры ревматических заболеваний у детей г. Челябинска по нозологиям в 2014 году показал, что первое место в их структуре занимает реактивный артрит (44%), второе – ювенильный ревматоидный артрит (38%), на третьем – системные заболевания соединительной ткани (9%). Необходимо отметить, что у детей имеет место волнообразный процесс течения ряда заболеваний. Так, величина первичной заболеваемости ревматоидного артрита в 2000 году была равна 0,05, в 2005 г. – 0,15, в 2010 г. – 0,27 и в 2014 г. – 0,14 на 1000 детского населения. В тоже время, системные поражения соединительной ткани имеют тенденцию к медленному повышению и, по-прежнему, вызывают тревогу в связи с тяжелым течением большинства из них. Первичная заболеваемость системных заболеваний соединительной ткани среди детского населения г. Челябинска увеличилась с 0,05 в 2000 г. до 0,08

в 2014 г. на 1000 детей. Что касается острой ревматической лихорадки, то новых случаев за последние два года наблюдения не было зарегистрировано.

Оценка возрастного статуса пациентов с ревматической патологией показала, что реактивные артриты, ювенильный ревматоидный артрит, системные поражения соединительной ткани у детей встречаются чаще, чем у подростков. Пик заболеваемости приходится на дошкольный и младший школьный возраст. Известно, что ревматические болезни являются причиной развития инвалидности у детей и подростков. В г. Челябинске в течение 2000–2014 гг. количество детей – инвалидов с ревматическими заболеваниями возросло в 1,5 раза (с 6% 2000 г. до 9% в 2014 г.). В структуре инвалидности по ревматическим заболеваниям у детей доля ювенильного ревматического артрита составляет 82%.

Таким образом, из представленных данных Реестра видно, что в течение всего анализируемого периода прослеживается тенденция к росту ревматической патологии у детей и подростков г. Челябинска. При этом важно отметить, что ревматические заболевания встречаются у детей чаще, чем у подростков. Реактивные и ювенильные ревматоидные артриты преобладают в структуре ревматических заболеваний.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕМ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Лецапкина Н.Ю., Шмырева М.В., Назаркина М.Г., Горшенина Е.И., Власова Н.А.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П.Огарева», Медицинский институт, Саранск

Целью исследования явилась оценка эффективности радиочастотной аблации (РЧА) в лечении различных вариантов персистирующего трепетания предсердий (ТП).

Материалы и методы: обследовано 45 больных от 43 до 69 лет с различными клиническими вариантами ТП. Проведено клиническое обследование больных, анализировались данные лабораторно-инструментальных методов исследования (биохимический анализ крови, ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КС, ЧП ЭХО-КС) до РЧА, в течение 3 суток и полугодия после РЧА.

Результаты: в процессе клинического обследования пациенты с персистирующей формой ТП были разделены на 2 группы: первая (27 пациентов), у которых регистрировалось только ТП (типичное, ССW) и вторая группа (18 пациентов), в которой было сочетание ТП и фибрилляции предсердий (ФП). Известно, что ремоделирование сердца при артериальной гипертензии зачастую служит субстратом для возникновения и хронизации мерцательной аритмии. В нашем исследовании во второй группе преобладали пациенты с гипертоническим анамнезом – 78% против 59% в первой группе ($p < 0,05$). Аритмический анамнез у обследуемых больных первой группы составил в среднем 2,8±1,4 года, во второй группе – 5,3±1,2 года, длительность настоящего пароксизма составила около 30±5,4 дней и не различалась достоверно в группах. Признаки незначительной дилатации левого предсердия чаще встречались во второй группе: 15 больных (83%) второй группы против 20 больных (74%) первой группы ($p < 0,05$). В группах

не было отмечено систолической дисфункции миокарда: фракция выброса – 59±3% и 63±3% соответственно в первой и второй группах (по Simpson).

В обеих группах РЧА проводилась на фоне исходного ритма ТП со средней ЧСЖ 98±4 в мин. Для восстановления синусового ритма производились РЧА-воздействия между нижней полой веной и кольцом трехстворчатого клапана, после чего создавалась блокада правого перешейка. В случае отсутствия тахикардии при частой и сверхчастой стимуляции предсердий РЧА считалась эффективной; в нашем исследовании 100% в обеих группах. Через 3–5 дней у 3 больных второй группы (17%) снова возник пароксизм ФП, купированный медикаментозно (пропафенон). Все остальные пациенты сохраняли синусовый ритм после РЧА и при выписке. Через полгода после РЧА у 74% пациентов первой группы сохранялся синусовый ритм, тогда как во второй группе синусовый ритм сохранялся только у 44% больных, у 17% наблюдались редкие пароксизмы ФП, купирующиеся самостоятельно (по данным ХМ-ЭКГ). У 39% наблюдались редкие пароксизмы ФП, синусовый ритм восстанавливался приемом антиаритмиков в первые часы.

Таким образом, РЧА правого перешейка является эффективным методом лечения персистирующей формы ТП. Отдаленная эффективность РЧА ниже при сочетании ТП и ФП, что требует дополнительных усилий по идентификации и устранения аритмогенных зон в левом предсердии.

ВОЗДЕЙСТВИЕ КУРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Лындина М.Л., Шишкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра факультетской терапии, Санкт-Петербург

Значимость курения как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний трудно переоценить. В контексте метаболического синдрома важно, что курение провоцирует эндотелиальную дисфункцию, которая является важнейшим звеном его патогенеза. Результаты последних зарубежных исследований показали, что курение может способствовать абдоминальному ожирению и усугубить течение МС посредством разных механизмов.

Нами было проведено обследование 108 больных с МС, (90 женщин и 18 мужчин, средний возраст $54,62 \pm 0,4$ года), которое включало клинико-лабораторное (анализ липидограммы, инсулина крови, С-пептида, уровень гомоцистеина, микроальбуминурии) и инструментальное исследования (оценка сосудодвигательной функции эндотелия). Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали с помощью ультразвукового аппарата ALOKASSD-5500 линейным электронным мультисигментным датчиком 7,5–13 Мгц по методике Selertmajer и соавт. Уровень МАУ определял-

ся в разовой порции утренней мочи (норма до 20 мкг/л). Определение гомоцистеина крови проводилось с помощью иммунохемилюминисцентного анализатора «IMMULITE» (норма 5–15 мкг/л).

Было выявлено, что у курящих пациентов уровень эндотелийзависимой вазодилатации значительно ниже нормальных значений – прирост процента составил $6,81 \pm 1,08$ %, а у некурящих – $12,82 \pm 1,08$ %. У пациентов, приверженных курению, уровень МАУ превышал нормальные значения и составил $26,34 \pm 8,22$ мкг/л, а у некурящих пациентов – $17,64 \pm 1,25$ мкг/л. Уровень гомоцистеина оставался в пределах нормальных значений, однако у пациентов, приверженных курению этот показатель имел тенденцию к повышению: $11,47 \pm 0,74$ мкмоль/л у некурящих и $13,72 \pm 0,60$ мкмоль/л у курящих пациентов.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что курение ухудшает течение МС и способствует прогрессированию дисфункции эндотелия.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ МАСКИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СКРИНИНГОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Лямина Н.П., Наливаева А.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.

ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии» Минздрава России

Не имея клинических проявлений или специфических симптомов, маскированная АГ (МАГ) выступает реальным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, а ее выявление представляет определенные трудности.

Цель. Определить частоту выявляемости МАГ у женщин среднего возраста в организованной популяции при скрининговых обследованиях с использованием пробы с задержкой дыхания.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное скринирующее исследование 275 женщин среднего возраста (от 30 до 60 лет), работниц 2-х коммерческих предприятий без регламентированных факторов профессиональной вредности, с исходным офисным АД не выше 140/90 мм. рт. ст. при отсутствии клинических проявлений, анамнестических данных по АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний. В исследование не включались пациентки с сопутствующей патологией, беременные, а также использующие гормональную терапию и пероральную контрацепцию. Верификация МАГ проводилась с использованием пробы с задержкой дыхания (патент на изобретение № 2376930) и суточного мониторирования АД (СМАД). Исходный уровень АД измеряли у пациента

не менее двух раз в положении сидя. Затем проводилась 30-секундная задержка дыхания с помощью носового зажима, после которой измерялось АД. Тест с задержкой дыхания расценивался положительным, если уровень АД был $>140/90$ мм рт. ст., и как отрицательный, если АД составляло $<140/90$ мм рт. ст. СМАД проводили прибором A&D TM-2430 (класс точности прибора по протоколу BHS ESH 2002 – А/А) в амбулаторных условиях по стандартной методике.

Результаты. Всем женщинам, включенным в исследование, была проведена проба с задержкой дыхания, в результате которой из 248 женщин проба была положительной у 21 пациентки, что составило 8,5% от всех обследуемых. Всем пациенткам с положительным ответом на пробу было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и клиническое обследование. При анализе данных СМАД, было выявлено превышение пороговых значений усреднённого АД, показатели нагрузки АД были выше 50% у всех пациенток, что подтверждает наличие у них АГ выявленной провокационной пробой с задержкой дыхания. При клиническом обследовании выявлено поражение органов-мишеней: у 71% (15) выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, у 48% (10) – ангиопатия

сосудов сетчатки и у всех пациенток с положительной пробой отмечалась альбуминурия.

Выводы. Выявляемость МАГ у женщин среднего возраста в организованной популяции составила 8,5%

случаев. Наличие МАГ у женщин среднего возраста сопровождается поражением органов-мишеней: альбуминурией, диастолической дисфункцией левого желудочка, ангиопатией сосудов сетчатки.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ОЦЕНКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА УМЕРЕННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Бизяева Е.А., Наливаева А.В.

ФГБУ «Саратовский НИИ кардиологии» Минздрава России, Саратов, Россия

Цель: изучить эффективность и безопасность контролируемых физических тренировок (КФТ) на раннем постгоспитальном этапе у больных ИБС с неполной реваскуляризацией после ЧКВ, имеющих желудочковые нарушения ритма (ЖНР).

Материал и методы. В исследовании участвовало 32 пациента (мужчины, средний возраст 54±9 лет), имеющих ЖНР II, III и IVA и IVB класса по M.Ryan. Группа I (n = 17) включала пациентов, у которых на раннем постгоспитальном этапе в дополнение к стандартной терапии использовались КФТ умеренной интенсивности-60% от пороговой толерантности. Безопасность КФТ обеспечивалась контролем показателей гемодинамики и непрерывным мониторингом ЭКГ. Пациенты группы II (n = 15) находились на стандартной лекарственной терапии. Через 3 месяца по данным пробы с физической нагрузкой (протокол Bruce) оценивались: продолжительность нагрузки (ПН), метаболический эквивалент потребления O₂ (METs), двойное произведение (ДП), причины прекращения пробы. Антиаритмическая (АА) эффективность оценивалась по уменьшению количества одиночных желудочковых экстрасистол (ЖЭ) на ≥75%, парных ЖЭ на ≥90%, отсутствию желудочковой тахикардии (ЖТ); снижению одиночных ЖЭ и отсутствию стресс-индуцированных ЖНР высоких градаций по результатам ХМЭКГ.

Результаты. Исходно пациенты I и II групп имели одиночную и парную моно- и полиморфную ЖЭ, низкий/средний уровень физической работоспособности, характеризующийся небольшой ПН, длительным

периодом восстановления, низким/средним уровнем METs. Через 3 месяца в группе I по данным ХМЭКГ наблюдалось снижение ЖНР на 77,1% (750±269 против 3112±1560, p<0,05), парных ЖЭ на 43,4% (13±3 при исходном уровне 23±8, p<0,05), ЧСС_{ср.} на 9,2%; не отмечалось эпизодов ЖТ и ранее нерегистрируемых нарушений ритма. По данным стресс-теста наблюдался прирост ПН (8,9±1,1 МЕ против 5,5±1,6 МЕ; p<0,05) и METs (10,8±1,8 МЕ против 6,3±1,6 МЕ, p<0,05), не отмечалось стресс-индуцированных ЖНР. У 30% пациентов причиной прекращения явилось достижение субмаксимальной ЧСС, не сопровождавшееся ЖНР. У пациентов группы II через 3 месяца на фоне стандартной терапии также отмечено снижение ЖНР при ХМЭКГ 38,3% (2011±1235 против 3262±1655, p<0,05); возрастание ПН и METs (недостаточно) произошло за счет пациентов, показавших 50% снижение количества ЖНР по результатам ХМЭКГ. При межгрупповом сравнении наибольшая АА-эффективность наблюдалась в группе КФТ-60%. Во время проведения КФТ не было зарегистрировано ни одного эпизода ЖТ.

Выводы. Использование 3-месячного курса КФТ умеренной интенсивности (60%) на раннем постгоспитальном этапе у больных ИБС с неполной реваскуляризацией после ЧКВ, имеющих ЖНР, приводит к достоверному снижению ЖНР и повышению толерантности к физической нагрузке. Контроль гемодинамики и мониторинг ЭКГ при проведении КФТ у этой категории пациентов обеспечивает безопасность физической реабилитации.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

Майтбасова Р.С., Ишуова П.К., Шарипова М.Н., Ержанова Г.Е.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗиСР Алматы, Республика Казахстан

Цель: Изучить частоту и факторы риска артериальной гипотензии у детей Приаралья.

Материал и методы. Проведено исследование детей в возрасте 5–17 лет в п. Казалы (250) и п. Аральск (250) Кызылординской области в Республике Казахстан. Из них мальчиков – 235 (47,0%) и девочек – 265 (53,0%). Всем детям проводились клинико-инструментальные исследования: антропометрия, осмотр, ЧСС, АД, электрокардиография, кардиоинтервалография

(КИГ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек и др. Все данные заносились в специально разработанные карты.

Результаты и обсуждение. В структуре сердечно-сосудистой патологии у детей Приаралья выявлены артериальная гипотензия в 39,4% (197) и артериальная гипертензия в 0,4% (2) случаев, то есть наблюдается отчетливая тенденция к снижению артериального давления и тонуса сосудов. Наблюдается снижение вели-

чины как систолического (≤ 90), так и диастолического давления (≤ 50). Причиной развития хронической гипотонии у детей Приаралья были вегетососудистая дистония, очаги хронических инфекций (кариес, тонзиллит и др.) в 94,8% и анемия в 76,4% случаев. Характер жалоб у детей имел преимущественно (90,8%) церебральную направленность в виде головной боли, головокружения, сонливости, вялости по утрам. Наряду с указанными жалобами были жалобы на одышку и сильное сердцебиение при физических нагрузках, повышенную потливость ладоней и стоп и повышенную метеочувствительность. Наблюдались частые (20,8%) острые сосудистые пароксизмы, в том числе синкопальные состояния у детей не только пубертатного, но и препубертатного возраста, особенно, у девочек (80,5%). Обмороки наиболее часто наблюдались в период жаркого сезона года. У детей Приаралья в летний период отмечались также носовые кровотечения с различной периодичностью (13,7%). Как известно, гипотонические кризы не сопровождаются столь резким падением систолического и диастолического артериаль-

ного давления, но переносятся субъективно очень тяжело, с продолжительной симптоматикой в виде резкой слабости и упорной головной боли, что, несомненно, снижает качество жизни у детей с этой патологией.

Таким образом, у более, чем одной трети детей Приаралья выявлена отчетливая тенденция к артериальной гипотензии. Факторами риска артериальной гипотензии у детей были вегетососудистая дистония, очаги хронических инфекций. Качество жизни у детей с артериальной гипотензией может быть очень низким из-за постоянной слабости, головных болей, снижения активности и других симптомов. Кроме того, во взрослом периоде в ряде случаев возможна трансформация стабильной гипотензии в гипертоническую болезнь. В этой связи артериальная гипотензия в детском возрасте приобретает черты медико-социальной проблемы, что требует более пристального внимания педиатров, кардиологов, врачей общей практики и других специалистов для проведения оздоровительных и профилактических мероприятий.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

Майтбасова Р.С., Ишюова П.К., Шарипова М.Н., Ержанова Г.Е., Нурланов Е.М.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗиСР Алматы, Республика Казахстан

Цель: Изучить частоту и структуру сердечно-сосудистой патологии у детей Приаралья.

Материал и методы. Проведено исследование детей в возрасте 5–17 лет в п. Казалы (250) и п. Аральск (250) Кызылординской области в Республике Казахстан. Из них мальчиков – 235 (47,0%) и девочек – 265 (53,0%). Всем детям проводились клинико-инструментальные исследования: антропометрия, осмотр, ЧСС, АД, электрокардиография, кардиоинтервалография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек и др. Все данные заносились в специально разработанные карты.

Результаты и обсуждение. В структуре функциональных отклонений у детей Приаралья в 55,2% (276) случаев имели местовегетативная дисфункция. Артериальная гипертензия была лишь среди детей пубертатного возраста (0,4%). Детей с тенденцией к повышению систолического артериального давления (выше значения 50–75 перцентилей) – 17,0% случаев. Исходный вегетативный тонус по результатам кардиоинтервалографии у детей с тенденцией к повышению АД индекс напряжения в 67,0% случаев был нормальный, в 33,0% – симпатиконический, т. е. был выше 90 усл. ед. Артериальная гипотензия среди детей Приаралья выявлена у 197 (39,4%) детей.

Функциональные кардиопатии преимущественно проявлялись в виде аритмий. В структуре нарушений ритма сердца и проводимости по данным электрокар-

диографии преобладала синусовая брадиаритмия – 24,6±2,7%, синусовая аритмия – 22,0±2,6% и синусовая тахикардия – 8,0±1,7%. Миграция водителя ритма составила – 0,6±0,4%, суправентрикулярная экстрасистолия – 1,3±0,8%. Среди нарушений проводимости была выявлена неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 43,3±3,1%. Замедление предсердно-желудочковой проводимости выявлено в 1,3±0,7%, укорочение интервала PQ и альтернация желудочкового комплекса по 0,6% соответственно. Метаболические нарушения в миокарде желудочков выявлены у 27,0±2,8% детей.

Врожденные пороки сердца выявлены в 2,6% (13) случаев у детей старше 5 лет. Как известно, врожденные пороки сердца занимают главенствующее место среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей в периоде новорожденности и в грудном возрасте. Поэтому среди детей старше 5 лет пациенты с неоперированными врожденными пороками сердца встречаются значительно реже.

Таким образом, у большинства детей Приаралья выявлены функциональные кардиопатии, обусловленные дисфункцией вегетативной нервной системы. Они проявлялись в виде нарушения автоматизма синусового узла (синусовые аритмии, тахи- и брадиаритмии) и проводимости (неполной блокадой правой ножки пучка Гиса), а также вегето-сосудистой дистонией. Выявлена отчетливая тенденция к артериальной гипотензии у детей Приаралья.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ ВАЛСАРТАНА И АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЁННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ

Максютова С.С., Фрид С.А., Максютова А.Ф., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Камалтдинова Г.Я., Зыкова Т.А., Кудрявцева И.В., Фаррахова Ф.И.

ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, ГБУЗ РКГВВ, Уфа, Россия

Цель. Оценить клиническую эффективность комбинации амлодипина и валсартана и влияние на внутрисердечную гемодинамику у пожилых пациентов с хронической сердечной недостаточностью и сохранённой систолической функцией (ХСН–ССФ).

Методы исследования. Обследовано 58 больных в возрасте от 68 до 88 лет (средний возраст $77,6 \pm 7,8$ лет) с ХСН–ССФ (фракция выброса левого желудочка $>50\%$) I и IIА стадии, 1–3 функционального класса (ФК). Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа, 34 больных, получала комбинированную терапию амлодипином и валсартаном дополнительно к стандартной терапии ХСН, 2 группа, 24 человека, получала только стандартную терапию. Для оценки внутрисердечной гемодинамики применялось стандартное эхокардиографическое исследование на аппарате ALOKA SSD 5500. Толерантность к физической нагрузке определялась тестом шестиминутной ходьбы (ТШХ), тяжесть клинического состояния оценивалась по ШОКС (R. Cody, в модификации В.Ю.Мареева, 2000). Обследование всех пациентов проводилось до и после лечения через 9–10 недель. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета программ Statistika 6.1.

Полученные результаты. В процессе проведённого лечения отмечалось снижение ФК ХСН у 18 (59,9%) больных 1 группы и у 9 (37,2%) – 2 группы. Толщина задней стенки левого желудочка (ЛЖ) изменялась у больных 1 группы с $12,4 \pm 1,4$ до $11,7 \pm 1,1$ мм ($p < 0,05$), во 2 группе – с $12,2 \pm 1,5$ до $11,9 \pm 1,3$ мм ($p > 0,05$). Тол-

щина межжелудочковой перегородки снизилась у больных 1 группы с $13,8 \pm 1,4$ до $13,0 \pm 1,1$ мм ($p = 0,046$), во 2 группе – с $12,9 \pm 1,5$ до $12,7 \pm 1,1$ мм ($p > 0,05$). Индекс массы миокарда ЛЖ уменьшался на 6,1% у пациентов 1 группы с $149,8 \pm 24,3$ до $140,5 \pm 18,8$ г/м² ($p = 0,09$). У пациентов 1 группы передне–задний размер левого предсердия снижился на 3%, с $4,27 \pm 0,5$ до $4,14 \pm 0,4$ см ($p = 0,08$), увеличивались скорость трансмитрального диастолического потока V_e на 9,8% ($p < 0,05$) и отношение V_e к скорости трансмитрального диастолического потока (V_e / V_a) на 20,4% ($p < 0,05$). У больных 2 группы большинство структурно-функциональных показателей осталось неизменным. Дистанция ТШХ увеличилась в 1 группе на 15,5 % ($p < 0,05$), во 2 группе – на 7,5%. Среднее значение систолического артериального давления (САД) исходно у всех больных, составило $158,0 \pm 9,5$ мм рт. ст., диастолического (ДАД) – $95,4 \pm 7,8$ мм рт. ст. В результате проведённого лечения целевой уровень САД и ДАД был достигнут у 73,5% пациентов 1 группы и у 54,2% больных 2 группы.

Выводы. Применение комбинации амлодипина и валсартана у пациентов пожилого возраста с ХСН–ССФ положительно влияет на параметры внутрисердечной гемодинамики, приводит к снижению гипертрофии ЛЖ, препятствует патологическому его ремоделированию, улучшает клиническое состояние, повышает толерантность к физической нагрузке.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ОБМЕНУ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Макуха Ю.Н., Андреев Е.В.

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Ежегодно в Украине регистрируется около 50 тысяч случаев острого инфаркта миокарда (ИМ), причем 15 тысяч – у пациентов работоспособного возраста. Причем возникновение ИМ в молодом возрасте только в определенном проценте случаев можно пояснить наличием таких факторов риска, как гипердислипидемия, курение и артериальная гипертензия. Последние годы активно исследуется влияние генетических факторов на риск возникновения ИМ в молодом возрасте.

Цель работы – определить распространенность полиморфизма генов фолатного обмена у больных ИМ в сравнении с здоровыми.

Материал и методы. Было обследовано 51 больных мужчин, кавказской расы возрастом до 50 лет (сред-

ний $43,21 \pm 2,8$ л), которые перенесли ИМ и проходили реабилитацию и лечение в Александровский клинической больнице г.Киева на протяжении 2011–2014 годов. Диагноз ИМ и лечение проводилось согласно рекомендаций ESC (2008, 2011). Определялся полиморфизм генов MTHFR 677 и MTHFR 1298, которые отвечают за ключевые механизмы обмена фолатов. В качестве контрольной группы обследовано 35 мужчин соответствующего возраста без ишемической болезни сердца.

Результаты. Контрольная и исследуемая группы не имели достоверной разницы по показателям липидного обмена, индексу массы тела, курению. По данным определения полиморфизма гетерозиготный тип MTHFR 677 СТ имели 29 больных ИМ (56,9%) и 12

(34,3%) здоровых лиц $p < 0.05$, гетерозиготный MTHFR 1298 AC – 25 (49,0%) больных при распространенности 25,7% (9 лиц) среди здоровых $p < 0.05$. Гомозиготный тип MTHFR 677 TT имели 2 (3,9%) пациента с ИМ и 1 (2,9%) в группе контроля без достоверной разницы ($p > 0.05$), что может быть обусловлено малым количеством наблюдений.

Выводы. Достоверно большая распространенность гетерозиготного полиморфизма генов MTHFR среди молодых пациентов, которые перенесли ИМ, свидетельствует про возможное влияние нарушений обмена фолатов в патогенезе ИМ в молодом возрасте.

РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И ИХ СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Малева О.В.

ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия

Цель: сравнительный анализ нейропсихологических показателей у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2-го типа и оценка их связи с показателями углеводного обмена.

Методы исследования: обследовано 52 пациента с СД 2-го типа (средний возраст $58,0 \pm 5,7$ года) и 46 пациентов без СД (средний возраст $57,1 \pm 6,2$ года). Всем пациентам помимо стандартного клинического обследования, проводилось нейрофизиологическое тестирование с использованием программного комплекса «StatusPF». Оценивали функцию внимания (корректирующая проба Бурдона), кратковременной памяти (тесты запоминания 10 чисел), нейродинамические показатели (скорость сложной зрительно-моторной реакции (СЗМР), уровень функциональной подвижности (УФП) и силу нервных процессов (РГМ). Всем пациентам проводилось определение уровня глюкозы крови в сыворотке венозной крови («Глюкоза ФС «ДДС»), гликированного гемоглобина (HbA1c) и инсулина натощак (тест-система фирмы ThermoFisherScientific (Финляндия)). Статистический анализ данных проводился с помощью программы «Statistica 6.0».

Полученные результаты: у пациентов с СД 2-го типа продемонстрировали более низкую скорость при выполнении теста СЗМР ($p = 0,004$) и УФП ($p = 0,01$), меньший коэффициент внимания в пробе Бурдона

($p = 0,03$) по сравнению с пациентами без СД. Пациенты с СД 2-го типа имели закономерно более высокие концентрации в плазме глюкозы ($p = 0,0001$) и HbA1c ($p = 0,001$) и инсулина в плазме ($p = 0,03$) по сравнению с пациентами без СД. Установлено, что у пациентов с СД 2-го типа более высокие концентрации глюкозы и в плазме были ассоциированы с меньшей скоростью реакции СЗМР ($r = +0,34$, $p = 0,01$) и РГМ ($r = +0,34$, $p = 0,02$), высокие концентрации инсулина в плазме с большим количеством ошибок при выполнении тестов СЗМР ($r = +0,39$, $p = 0,03$), РГМ ($r = +0,64$, $p = 0,0003$) и корректирующей пробы ($r = +0,36$, $p = 0,048$). У пациентов с СД 2-го типа были получены ассоциационные концентрации глюкозы, инсулина и HbA1c в плазме с количеством запомненных чисел ($r = -0,31$, $p = 0,02$, $r = -0,62$, $p = 0,0001$; $r = -0,30$, $p = 0,05$, соответственно). Подобные ассоциации у пациентов без СД отсутствовали.

Выводы: пациенты с ИБС в сочетании с СД 2-го типа имеют более низкие показатели нейродинамики и внимания по сравнению с пациентами без СД. Худшие показатели нейропсихологического статуса у пациентов с СД 2-го типа ассоциируются с более высокой концентрацией в плазме глюкозы, инсулина и HbA1c. Эти факторы, несомненно, вносят отрицательный вклад в развитие когнитивных нарушений у пациентов с ИБС в сочетании с СД 2-го типа.

НОВЫЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ РЕЦЕПТОРА ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ ИЗ КАРЕЛИИ.

Мандельштам М.Ю.^{1,2}, Богословская Т.Ю.¹, Муртазина Р.З.^{1,2}, Корнева В.А.³, Кузнецова Т.Ю.³, Васильев В.Б.^{1,2}

1 ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

2 ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

3 ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГ) – тяжелое наследственное заболевание, осложнением которого является стенокардия, инфаркты миокарда и мозговые инсульты в относительно раннем возрасте. Причиной

заболевания являются наследуемые мутации в гене рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП), спектр которых отличается в разных популяциях. Нашей целью являлось изучение заболевания у жителей

Карелии. Методом поиска мутаций был анализ конформационного полиморфизма однонитевых фрагментов ДНК и секвенирование индивидуальных экзонов гена рецептора ЛНП по методу Сэнджера. В результате настоящего исследования впервые на Северо-Западе России охарактеризовано три мутации гена рецептора ЛНП, из них две (р.W433R и р.W620S) описаны впервые в мире, а одна (р.E408K) – впервые в России. Для мутаций р.E408K и р.W443R прослежена сегрегация в родословных вместе с высоким уровнем холестерина и ксантомами. Показана эффективность анализа полиморфизма длин рестрикционных фрагментов для диагностики СГ в семьях из Петрозаводска. Впервые получены прямые доказательства нейтрального характера

мутации G20R. С помощью оптимизированного набора праймеров идентифицирован новый частый полиморфизм гена рецептора ЛНП (IVS 9+56 C>T, или, иначе с.1358+56 C>T), который до нас в России не обнаруживали. Ранее у пациентов с СГ из Петрозаводска города мы описали 12 мутаций и 6 полиморфизмов в гене рецептора ЛНП. В результате настоящего исследования ранее идентифицированные мутации нам не встретились, а были найдены новые варианты, ведущие к заболеванию. Мы сделали вывод, что СГ в Петрозаводске характеризуется большой гетерогенностью. Настоящее исследование выполнено в рамках Программы стратегического развития ФГБОУ ВПО ПетрГУ» и, кроме того, поддержано грантом РФФИ № 15-04-03513а.

ДИНАМИКА ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Маркова А.В., Соколов И.М., Шварц Ю.Г.

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

Цель: Определить прогностическое значение клинических и лабораторных показателей в отношении прогрессирования сердечно сосудистого риска у больных с артериальной гипертонией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Методы: Обследованы 122 больных с артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа (30 мужчин, 92 женщины, средний возраст $60,63 \pm 7,56$ года). Длительность сахарного диабета в среднем составила 4,6 лет, длительность артериальной гипертонии в среднем 12 лет. 56% пациентов страдали ожирением. У 14,6% в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (ИМ). У 15 (12,3%) отмечалась фибрилляция предсердий (ФП). 1 стадия хронической болезни почек (ХБП) наблюдалась у 54 (44,3%) человек, 2 – у 42 (34,4%), 3 – у 26 (21,3%). Все больные наблюдались в отделении терапии КБ № 3 и получали соответствующее стабильное лечение антигипертензивными препаратами, статинами и таблетированными сахароснижающими средствами под наблюдением эндокринолога. Факторы риска оценивались путем исследования анамнестических данных, общего анализа крови, показателей липидограммы, биохимических показателей (С-реактивный белок, фибриноген, ИЛ-6, ингибитор активатора плазминогена-1), Проводился анализ динамики лабораторных факторов риска в течение 18 месяцев.

Результаты: На протяжении 18 месяцев показатели липидограммы, несмотря на проводимую терапию, достоверно не изменились, так же не было достигнуто целевых значений общего холестерина и его фракций. Однако динамика уровня общего холестерина крови зависела от наличия ожирения. У большинства пациентов с ожирением уровень холестерина через

18 месяцев достоверно ($p = 0,005$) снизился, в среднем на 5,5%, у пациентов без ожирения недостоверно повысился (на 1,4%). Кроме того, от наличия ожирения также зависела динамика ингибитора активатора плазминогена-1 (ИАП-1). В нашем исследовании у пациентов с ожирением уровень ИАП-1 достоверно ($p = 0,01$) снизился на 17,9%, в отличие от остальных больных, у которых ИАП-1 повысился на 27,45% через 18 месяцев от начала наблюдения.

Наличие перенесенного ИМ также оказалось достоверно ($p < 0,05$) связано с динамикой ИАП-1. У пациентов, перенесших ИМ, уровень ИАП-1 вырос на 34,5%, у пациентов, не имеющих ИМ в анамнезе – снизился на 9,2%.

Не обнаружилось достоверно значимой зависимости между наличием ФП и динамикой маркеров системного воспаления и гемостаза, а также липидограммы за 18 месяцев адекватного лечения.

Исходная стадия ХБП оказалась взаимосвязана с динамикой ЛПВП и фибриногена. У пациентов с исходной 1 стадией ХБП отмечалось достоверное повышение уровня ЛПВП ($p = 0,025$). У пациентов с исходной 3 стадией ХБП достоверное ($p = 0,049$) снижение уровня фибриногена.

Выводы: У пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа через 18 месяцев сахароснижающей терапии отмечалась динамика показателей, характеризующих системное воспаление и обмен липидов. Динамика изучаемых показателей зависела от индивидуальных клинических параметров (перенесенного ИМ, ожирения) и не зависела от наличия ФП. Исходная стадия ХБП оказала влияние на динамику уровня ЛПВП и фибриногена.

СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Марсальская О.А.¹, Никифоров В.С.²

1 НУЗ «Дорожная клиническая поликлиника ОАО «РЖД»;

2 ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; Россия

Цель исследования: оценить суммарный сердечно-сосудистый риск и диастолическую дисфункцию у работников железнодорожного транспорта (ЖДТ).

Методы исследования. Все обследованные были разделены на 2 группы: первую группу (n = 45, средний возраст 45±7,6 лет) составили работники ЖДТ с артериальной гипертензией (АГ) 1 и 2 степени (гипертоническая болезнь 1 и 2 стадии). Вторая группа – это работники железнодорожного транспорта с наличием факторов риска, не имеющие АГ (n = 35, средний возраст 42±7,2), учитывались пациенты, имеющие хотя бы один фактор риска. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых добровольцев в возрасте 38±10,4 лет. У всех пациентов учитывались анамнестические (статус курения, отягощенная наследственность по ССЗ), антропометрические (рост, вес, индекс массы тела) и клинико-лабораторные данные (величина артериального давления, уровень общего холестерина). Для оценки риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет использовалась шкала оценки риска SCORE. Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) проводилась на ультразвуковой системе Philips iE 33 (Голландия) и включала двухмерную, импульсно-волновую, цветовую доплеровскую ЭхоКГ, тканевую доплерографию с синхронным отведением ЭКГ. При помощи импульсно-волновой доплеровской ЭхоКГ рассчитывали показатели движения трансмитрального потока: скорость раннего наполнения (Е), скорость позднего наполнения (А) и их соотношение (Е/А). Для

оценки диастолической функции также использовали показатели тканевой доплерографии, скоростные показатели движения фиброзного кольца митрального клапана (Е, А, Е/А) септального и бокового отделов левого желудочка.

Результаты. Все лица с АГ были отнесены к группе очень высокого риска по шкале SCORE. Во второй группе по шкале SCORE пациенты распределились следующим образом: низкий риск -26%, умеренный риск – 63%, высокий риск -11%. Проанализировав основные показатели импульсно-волновой эхокардиографии, были выявлены, значимые (p<0,05) изменения диастолической функции у лиц с АГ, а также у лиц с умеренным и высоким риском (снижение пика Е и отношения Е/А). По показателям тканевой доплерографии было зарегистрировано значимое (p<0,05) ухудшение диастолической функции в сравнении с контролем у лиц с АГ, а также у лиц с умеренным и высоким риском по шкале SCORE (снижение пиков Е' и отношения Е'/А' в боковом и септальном отделах левого желудочка). При этом основные показатели систолической функции (КДО, КСО, ФВ) значимо не отличались в обеих группах.

Выводы. Среди работников железнодорожного транспорта с наличием факторов сердечно-сосудистого риска преобладают лица с умеренным риском по шкале SCORE. Нарушения диастолической функции регистрируется не только у лиц с АГ, но и у лиц с умеренным и высоким сердечно-сосудистым риском.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ AGT И AGTR1 С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Мартынович Т.В.¹, Акимова Н.С.¹, Федотов Э.А.², Шварц Ю.Г.¹

1 ГБОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия;

2 ООО «Медицинский Di центр», Саратов, Россия

Цель: Изучить связь полиморфных вариантов генов AGT T174M C>T (rs4762), AGT M235T T>C и AGTR1 A1666C A>C (rs5186) с когнитивными функциями пациентов с ХСН ишемического генеза и здоровых лиц.

Методы исследования: В исследование было включено 50 пациентов с ХСН II–IV функционального класса и ИБС в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст 55,7 лет) и 50 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 25 лет (средний возраст 21,5 лет). В исследование не включались пациенты, имеющие острые и подострые формы ИБС, перенесенное ОНМК, гемодинамически значимые стенозы брахиоцефальных артерий, сахар-

ный диабет и другие соматические заболевания (кроме ХСН и ИБС), способные оказать самостоятельное влияние на когнитивный статус пациентов. Также из исследования исключались лица с признаками деменции по шкале mini mental score examination (MMSE).

Когнитивные функции оценивались посредством субтестов Векслера 5 и 7, а также корректурной пробы Бурдона. Полиморфизм генов AGT (rs4762, rs699) и AGTR1 (rs5186) определялся методом пиросеквенирования ДНК с помощью системы генетического анализа «PyroMark Q24». Для анализа результатов

использовался однофакторный дисперсионный анализ «ANOVA» посредством программы STATISTICA-7.0.

Полученные результаты: Присутствие в генотипе аллелей риска 174М и 235Т гена АРТ было связано с ухудшением результатов пробы Бурдона и субтеста Векслера 5 у пациентов с ХСН. Статистически значимых связей между полиморфизмом гена АРТ1 и когнитивными функциями пациентов с ХСН выявлено не было.

В группе здоровых добровольцев отмечались другие результаты. Результаты когнитивных тестов, а именно, концентрации внимания и точность выполнения корректурной пробы Бурдона, были лучше у носителей аллеля риска 174М гена АРТ Т174М С>Т. Кроме того, наилучшие результаты субтеста Векслера 5 и пробы Бурдона (концентрация внимания и переключаемость внимания) были установлены у здоровых лиц с наличием в генотипе аллеля риска 1666С гена АРТ1. Статистически значимых связей между

полиморфизмом гена АРТ М235Т Т>С и когнитивными функциями здоровых добровольцев выявлено не было.

Выводы: Полиморфизм генов АРТ (rs4762, rs699) и АРТ1 (rs5186), кодирующих гормоны и рецепторы РААС, связан с выраженностью когнитивных изменений как у пациентов с ХСН зрелого возраста, так и у здоровых молодых лиц. Однако, отмечается разнонаправленность «влияния» аллелей риска данных генов на результаты когнитивных тестов обследуемых групп, что может быть связано с различной активностью РААС у здоровых лиц и больных с ССЗ. В частности, постоянный спазм артериол, развитие отечного синдрома и широкого спектра метаболических расстройств при патологической гиперактивации РААС у пациентов с ХСН может способствовать прогрессированию когнитивной дисфункции у данной группы пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АРОСЗ И PON1 С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Мартынович Т.В.¹, Акимова Н.С.¹, Федотов Э.А.², Шварц Ю.Г.¹

1 ГБОУ ВПО «СГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия;
2 ООО «Медицинский Di центр», Саратов, Россия

Цель: Изучить связь полиморфных вариантов генов АРОСЗ-482 С>Т (rs2854117), PON1 L55M А>Т (rs854560) и PON1 Q192R А>G (rs662) с когнитивными функциями пациентов с ХСН и ИБС, а также здоровых лиц.

Методы исследования: В основную группу было включено 50 пациентов с ИБС и ХСН II–IV ФК по NYHA не старше 65 лет, в контрольную группу – 50 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 25 лет. Критериями исключения явились острые или подострые формы ИБС, другая кардиальная и экстракардиальная патология, способная оказать самостоятельное влияние на когнитивные функции, а также гемодинамически значимые стенозы артерий головы и шеи по данным дуплексного исследования и наличие деменции.

Исследование когнитивных функций проводилось с помощью выполнения корректурной пробы Бурдона и субтестов Векслера 5 и 7, наличие признаков деменции выявлялось с помощью краткой шкалы оценки психического статуса. Исследование полиморфизма генов АРОСЗ (rs2854117) и PON1 (rs854560, rs662) проводилось методом пиросеквенирования ДНК, выделенной из лейкоцитов венозной крови. Для анализа результатов использовался однофакторный дисперсионный анализ «ANOVA» посредством программы STATISTICA-7.0,

Полученные результаты: Наличие в генотипе аллеля риска 55М гена PON1 L55M А>Т как у здоровых лиц, так как и у пациентов с ХСН, было ассоциировано с ухудшением результатов корректурной пробы Бурдона и субтеста Векслера 5. А вот «влияние» аллеля риска 192R гена PON1 Q192R А>G на результаты

когнитивных тестов было различным: у пациентов с ХСН было связано с ухудшением концентрации внимания, а у группы здоровых лиц, наоборот, с улучшением концентрации внимания и результатов субтеста Векслера 5. Наличие аллеля риска -482Т гена АРОСЗ у пациентов с ХСН было связано с улучшением скорости выполнения пробы Бурдона. У здоровых лиц полиморфизм -482 С>Т гена АРОСЗ не был связан с результатами когнитивных тестов.

Выводы: Полиморфизм гена PON1 (rs854560, rs662) связан с выраженностью когнитивных изменений как у пациентов с ХСН, так и у здоровых лиц. Однако, отмечается разнонаправленность «влияния» аллелей риска данных генов на результаты когнитивных тестов обследуемых групп, что может быть связано с различными свойствами фермента параоксоназы 1, кодируемой данным геном. А именно, прогрессированием атеросклероза за счет увеличения атерогенных фракций холестерина и усиления перекисного окисления ЛПНП, а также гидролизом широкого диапазона токсических органо-фосфористых метаболитов, способных оказать негативное влияние на головной мозг и его функции.

Улучшение результатов когнитивных тестов у пациентов с ХСН, носителей «атерогенных» генотипов АРОСЗ (rs2854117) может свидетельствовать о положительном влиянии липидов на функционирование ЦНС в неблагоприятных гемодинамических и метаболических условиях, связанных с наличием ССЗ.

СРАВНЕНИЕ РАСЧЁТНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н.Н., Медведева Т.А., Говорин А.В., Руцкина Е.А., Мишко М.Ю.

ЧГМА, Чита, Россия

Цель: сравнить расчётные методы оценки функции почек у больных подагрой.

Материалы и методы: обследованы 33 мужчины с подагрой, средний возраст составил $52,0 \pm 8,1$ года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Длительность заболевания составила 4,5 [3,6;8] года. Контрольная группа состояла из 25 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Для расчета СКФ использовался метод СКД EPI (СКФ1), формулы MDRD (СКФ2) и Кокрофта-Гаулта (СКФ3). Стадию ХБП устанавливали в соответствии с национальными рекомендациями 2011 года: при СКФ > 110 мл/мин/1,73 м² – С1 (повышенная); СКФ > 90 мл/мин/1,73 м² – С1 (оптимальная); СКФ $> 60 < 90$ мл/мин/1,73 м² – С2 (незначительно сниженная); СКФ $> 45 < 60$ мл/мин/1,73 м – С3а (умеренно сниженная); СКФ $> 30 < 45$ мл/мин/1,73 м – С б (существенно сниженная); СКФ < 30 мл/мин/1,73 м – С4 (значительно сниженная). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. При сравнении групп использовался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде: Me – медиана, ДИ – интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты: при вычислении с использованием разных формул СКФ имела следующие значения: СКФ1–83 [96,5;70] мл/мин/1,73 м², СКФ2–78,5 [91,25;67,25] мл/мин/1,73 м², СКФ3–98,5 [99;76,25] мл/мин, при этом статистически значимых различий между СКФ2 и СКФ3 выявлено не было ($p > 0,05$), в то время как СКФ3 была статистически значимо выше, чем СКФ1 и СКФ2 ($p < 0,05$). Анализ расчёта

СКФ с использованием разных формул показал: при расчете по формуле СКФ1 6% (n = 2) пациентов имели повышенный уровень фильтрации (С1), оптимальная фильтрация была у 33% (n = 11) – С1, незначительно сниженный уровень СКФ – С2 у 45 % (n = 15), умеренно сниженная фильтрация – С3а у 15 % (n = 5). По формуле СКФ2 выявлено больных с высокой фильтрацией 9% (n = 3). Оптимальная фильтрация была выявлена у 21,8 % (n = 7) больных, 48,2 % (n = 16) пациентов имели незначительно сниженную СКФ – С2, а 21 % (n = 7) – умеренно сниженную фильтрацию – С3а. При расчете по формуле СКФ3 42% (n = 14) пациентов имели повышенную фильтрацию (СКФ > 140 мл/мин для формулы Кокрофта-Гаулта) – С1, 15 % (n = 5) – оптимальный уровень фильтрации, стадия С2 установлена у 36,2% (n = 12) больных, 6 % (n = 2) больных подагрой имели умеренно сниженную фильтрацию – С3а.

Выводы: на сегодняшний день оценка функции почек с использованием расчётных методов является более корректной по сравнению с определением концентрации креатинина сыворотки крови. Данные методики позволяют выявить доклиническое поражение почек: 6% пациентов имеют гиперфильтрацию, 33 % – оптимальный уровень фильтрации, 45% – незначительно сниженную СКФ, 5 % – умеренно сниженную СКФ. Методика определения СКФ по Кокрофту-Гаулту выявляет завышенную СКФ, а по формуле MDRD занижение истинной СКФ, что не позволяет диагностировать ранние проявления поражения почек. Расчёт СКФ по СКД-EPI является более оптимальным методом определения функции почек у больных подагрой.

ФИЛЬТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кушнаренко Н.Н., Медведева Т.А., Руцкина Е.А., Мишко М.Ю.

ЧГМА, Чита, Россия

Цель: изучить фильтрационную способность почек у больных подагрой в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: обследованы 80 мужчин с подагрой: с наличием артериальной гипертензии (1 группа), 34 пациента не имели артериальную гипертензию (2 группа). Средний возраст больных составил $52,0 \pm 8,1$ года. Контрольная группа состояла из 25 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Длительность заболевания составила 4,5 [3,6;8] года. Суточное мониториро-

вание артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы «Meditech» (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Оценку данных, полученных при СМАД, проводили согласно рекомендациям Канадского общества по артериальной гипертензии (АГ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Критерии исключения из исследования: возраст старше 60 лет, заболевания сердца (ишемическая болезнь сердца во всех ее проявлениях, ревматизм, некоронарогенные поражения миокарда, другие органические заболевания сер-

дечно-сосудистой системы), эндокринные заболевания, сахарный диабет, сосудистые заболевания головного мозга (преходящая транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому и геморрагическому типу), заболевания щитовидной железы, злокачественные новообразования, болезни крови, анемия. Для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) использовался метод СКД EPI. Стадию хронической болезни почек (ХБП) устанавливали в соответствии с национальными рекомендациями 2011 года: при СКФ > 110 мл/мин/1,73 м² – С1 (повышенная); СКФ > 90 мл/мин/1,73 м² – С1 (оптимальная); СКФ > 60 < 90 мл/мин/1,73 м² – С2 (незначительно сниженная); СКФ > 45 < 60 мл/мин/1,73 м – С3а (умеренно сниженная); СКФ > 30 < 45 мл/мин/1,73 м – С б (существенно сниженная); СКФ < 30 мл/мин/1,73 м – С4 (значительно сниженная). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. При сравнении групп использо-

вался критерий Манна-Уитни (Z), различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде: Ме – медиана, ДИ – интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты: при анализе СМАД у 85% мужчин диагностирована АГ, 15% повышения АД не имели. При сравнении больных подагрой с наличием и отсутствием артериальной гипертензии было выявлено, что СКФ у них отличается и составляет 85 [87,5;78] против 103 [110;98] мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$), что соответствовало второй стадии (С2) ХБП. Кроме того, у пациентов, имеющих 3 степень артериальной гипертензии СКФ была статистически значимо ниже группы контроля и 1-ой степени АГ и составляла 67 [78;60] и 88 [90;73,5] мл/мин/1,73 м² соответственно ($p < 0,001$).

Выводы: у больных подагрой, страдающих артериальной гипертензией выявлено нарушение фильтрационной способности почек, более выраженное при 3 степени артериальной гипертензии.

СОСУДИСТЫЙ ГЕМОСТАЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ПОЛУЧАВШИХ ФОЗИНОПРИЛ И ПИОГЛИТАЗОН НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Медведев И.Н., Солдатова О.А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель работы – оценить возможности коррекции гемостатической активности сосудов у больных артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) фозиноприлом, пиоглитазоном и немедикаментозными средствами.

Под наблюдением находились 23 больных АГ 1–2 степени, риск 4. У больных отмечалась АГ при МС, состоящим из нарушения толерантности к глюкозе, гиперлипидемии II б типа и абдоминального ожирения. Группу контроля составили 25 здоровых людей. У всех обследованных определяли активность антитромбина III (АТ III) до венозной окклюзии и на ее фоне с вычислением индекса антикоагуляционной активности стенки сосудов (ИАКАСС). Определялось время лизиса фибринового сгустка в условиях ишемии с вычислением индекса фибринолитической активности сосудистой стенки (ИФАСС). Антиагрегационная активность стенки сосуда оценивалась по торможению агрегации тромбоцитов на фоне временной венозной окклюзии. С целью коррекции состояния больным назначался фозиноприл 20 мг один раз в сутки, пиоглитазон 30 мг один раз в сутки, гипокалорийная диета и усиленные регулярные физические тренировки. Оценка показателей проводилась в исходе через 2 и 4 месяца строгой терапии и через 12 месяцев лечения, при нестрогом соблюдении немедикаментозной составляющей после

4 мес. наблюдения. Статистическая обработка результатов проведена t-критерием Стьюдента.

Перед началом терапии у больных ИАКАСС составлял $1,13 \pm 0,02$. К 4 месяцам лечения ИАКАСС возрос до $1,29 \pm 0,04$ %. При нестрогом соблюдении немедикаментозной коррекции в дальнейшем, наметилась небольшая тенденция к снижению достигнутых результатов к 1 году наблюдения. В исходе у больных ИФАСС составлял $1,22 \pm 0,06$ (в контроле – $1,49 \pm 0,4$). В результате 4 месячной коррекции примененным комплексом, установлено достоверное повышение ИФАСС до $1,34 \pm 0,04$ с последующей тенденцией к снижению к концу срока наблюдения.

ИААСС к 4 мес. терапии достоверно увеличился для H_2O_2 – на 20,5%, для коллагена – на 18,8%, для тромбина – на 17,9%, для адреналина – на 15,3%, для ристомицина – на 14,4% и для АДФ – на 11,2%, с последующей небольшой их отрицательной динамикой к году наблюдения.

Таким образом, на фоне 4 мес. проведенного лечения отмечается значимое усиление гемостатической активности стенки сосуда у больных АГ при МС, ослабляющееся при нестрогом соблюдении в дальнейшем немедикаментозной коррекции, несмотря на продолжение лекарственной терапии.

ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Медведев О.С., Медведева З.О.

Цель исследования. Согласно последнему документу Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), опубликованному в начале 2015 года, вероятность смерти от одной из 4-х основных неинфекционных заболеваний для граждан России в возрасте от 30 до 70 лет составляет 29.9%, что является наихудшим показателем из списка 50 стран с высоким доходом на душу населения. Для снижения этого показателя, а следовательно, и для увеличения средней продолжительности жизни необходимо исследовать выраженность основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний, к числу которых относится и здоровое, сбалансированное питание. Среди продуктов питания особое значение придается потреблению жиров, особенно транс-изомеров жирных кислот (ТИЖК), которые повышают содержание липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижают содержание липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), что приводит к повышению уровня холестерина в плазме крови и является фактором риска развития атеросклероза. В связи с этим, целью настоящего исследования было определение содержания ТИЖК в популярных продуктах питания типа спредов и маргаринов.

Методы исследования. В исследовании были использованы образцы 6 спредов и 6 маргаринов, приобретенных в сетях продуктовых магазинов г. Москвы в мае 2014 года с непросроченными сроками хранения и производимыми различными пищевыми комбинатами России. В каждом образце жировой продукции с использованием газового хроматографа Clarus 500 фирмы PerkinElmer (США), определяли процентное содержание каждой из 27 жирных кислот, начиная от масляной (С4:0) и до салахолевой (С24:1). В числе определяемых жирных кислот измеряли содержание и транс-изомеров элаидиновой (С18:1) и линолеадиновой (С18:2) кислот.

Полученные результаты. Содержание ТИЖК в спредах было в пределах от 0,5% до 7,3% от массы жирового продукта, что полностью соответствует требованиям технического регламента, устанавливающего верхнюю границу содержания ТИЖК на уровне 8%. Содержание ТИЖК в исследованных образцах отечественных маргаринов находилось в пределах от 20,9–25,7% от общей массы жирового продукта. Разрешенное содержание ТИЖК в маргаринах составляет 20%. Таким образом, во всех 6 образцах отечественных маргаринов имеется превышение разрешенного уровня содержания ТИЖК. С учетом хорошо доказанного многочисленными исследованиями негативного влияния ТИЖК на содержание холестерина и механизмов его регуляции в организме человека, следует рекомендовать потребителям масложировой продукции в России преимущественно использовать спреды для бутербродов и для приготовления пищи и ограничить использование маргаринов, которые имеют повышенные количества ТИЖК, что связано с использованием частично гидрогенизированного растительного масла. В большинстве развитых стран Северной Америки и Европы законодательно ограничивают содержание ТИЖК в продуктах питания до уровня 1–2%. В связи с выявленными нарушениями норм Технического Регламента следует с одной стороны регулирующим органам чаще проводить проверку производителей маргаринов. Более эффективным является законодательное ограничение на использование ТИЖК в продуктах питания.

Выводы. Анализ содержания ТИЖК в 6 образцах спредов и 6 образцах маргаринов отечественного производства выявил превышение их содержания в маргаринах, но не в спредах, что следует учитывать в диетических рекомендациях по здоровому питанию.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ L-АРГИНИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАНЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Меликов А.А., Абдуллаев Р.Ф., Гусейнзаде Р.Р., Гарамамедли С.Я.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования. Оценка антиишемического действия L-аргинина у больных стенокардией напряжения по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ).

Методы исследования. Обследованы 39 больных (мужчины) со стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст $54,4 \pm 3,0$ года). Все больные до включения в исследования и в течение всего периода наблюдения получали традиционную антиангинальную терапию (β -адреноблокаторы, антиагреггационные препараты, статины, кардиопротекторы). 22 пациентам (основная группа) дополнительно было назначено L-аргинин (Тивортин, «Юрия-Фарм», Украина)

внутри 1 мерная ложка 6 раз в сутки в течение 8 недель (1 мерная ложка 5 мл – 1,0 L-аргинина). 17 пациентов (контрольная группа) продолжали получать только базисную терапию. Обе группы были сопоставимы по основным клиническим характеристикам, факторами сердечно-сосудистого риска. Оценивались: количество и продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии в сутки, а также средний показатель глубины депрессии сегмента ST в среднем у одного больного. Исходные показатели ишемических эпизодов по данным ХМ ЭКГ в обеих группах больных достоверно не различались между собой.

Результаты исследования. При сопоставлении результатов ХМ ЭКГ в группе пациентов получивших

L-аргинин выявлена, что после 8 недель лечения число эпизодов ишемии уменьшились на 32,7% (с $5,2 \pm 0,3$ до $3,5 \pm 0,4$, $p < 0,001$). При этом болевые эпизоды уменьшились на 28%, а безболевые на 20% ($p < 0,01$). Продолжительность депрессии сегмента ST сократилась на 43,3% (с $14,5 \pm 0,5$ до $8,2 \pm 0,4$ мин, $p < 0,001$). Болевые эпизоды сократились на 33,8% ($p < 0,01$) а безболевые на 52,3% ($p < 0,01$). Средний показатель суммарного смещения сегмента ST после лечения уменьшилась на 44% (с $2,5 \pm 0,1$ мм до $1,4 \pm 0,1$ мм, $p < 0,01$) где болевые

эпизоды уменьшились на 35,7 % ($p < 0,001$), а безболевые на 45,5% ($p < 0,001$). Однако у больных контрольной группы за весь период лечения все показатели эпизодов ишемии миокарда оставались практически не измененными.

Выводы. Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать донатора оксида азота L-аргинина как эффективного препарата оказывающего дополнительное антиишемическое действие при комбинированной терапии стенокардии напряжения.

ОСОБЕННОСТИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВОЗРАСТНЫМ АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Мамедгасанов Р.М.¹, Мехтиева Т.В.², Мамедов М.Н.³

1 Азербайджанский медицинский университет,

2 Центральная районная больница, г.Шеки МЗ Азербайджана,

3 ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ³

Цель исследования. Изучение влияния изменения образа жизни и применения на его фоне тестостерона ундеканата на течение диабета, эректильную функцию и липидный спектр крови у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2Т) в лечении возрастного андрогенного дефицита (ВАД).

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 79 мужчин СД2Т и ВАД, проживающие на северном регионе Азербайджанской Республики. Возраст больных колебался от 30 до 60 лет ($51,7 \pm 8,5$ лет). Длительность СД в анамнезе составляла от 6 месяцев до 30 лет ($17,4 \pm 7,5$ лет). Больные были распределены на 2 группы: в I группу вошло 47, во II группу – 32 больных. В исследовании были использованы индивидуальные медицинские карты ВОЗ, применяемые в клинических исследованиях. Для оценки эректильной функции применялась шкала международного индекса эректильной функции (МИЭФ). Возрастной андроген-дефицит диагностировался по шкале AMS, а также уровни общего и свободного тестостерона. У всех пациентов до и после исследования оценивались показатели общего холестерина (ОХС), ХС ЛНП, триглицеридов и ХС ЛВП. Заместительная гормональная терапия (ЗГТ) была проведена препаратом тестостерон ундеканатом (Небидо, Bayer). Срок наблюдения составил 12 недель.

Результаты. В результате изменения образа жизни в обеих группах больных, являющейся участниками

Школы сахарного диабета была достигнута положительная динамика анализируемых показателей. Изменение образа жизни в I группе привело к снижению уровня ОХС в крови на 17,9%, а во второй группе в сочетании с ЗГТ андрогенами способствовало к снижению ОХС на 24,6%. На фоне изменения образа жизни наблюдалось снижение концентрации триглицеридов на 16%, во II группе вследствие совместного применения ЗГТ тестостероном и изменения образа жизни уровень триглицеридов уменьшился до 34,5%. Небидо оказал позитивный эффект на эректильную функцию, так как у 19 (59,4%) из 32 мужчин отмечалось увеличение суммарного бала МИЭФ. После 12 недель лечения уровень общего тестостерона в крови повысился до $18,1 \pm 2,1$ нмоль/л, а уровень свободного тестостерона – до $0,39 \pm 0,4$ нмоль/л. Эти изменения сопровождались с улучшением либидо и понижением показателей AMS от $34,0 \pm 1,5$ баллов до $23,3 \pm 1,1$ баллов (24,6%). В первой группе пациентов не отмечалось небольшое статистически незначимое изменение показателей эректильной функции и андрогенного дефицита.

Заключение. Таким образом, сочетание ЗГТ и изменения образа жизни статистически значимо снижает показатели ОХС, триглицеридов и улучшает эректильную функцию и андрогенный статус у мужчин СД2Т и возрастным андрогенным дефицитом.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА С УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мехтиева С.Х., Мустафаев И.И., Мамедов М.Н.

Кафедра терапии с курсом физиотерапии АзГИУВ им. А. Алиева, Баку, Азербайджан;
ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Цель: Изучить взаимосвязь показателей гликемии с уровнем образования больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2Т).

Материал и методы: Были обследованы 529 больных с СД2Т, проживающих в различных регионах Азербайджанской Республики. Из них 165 человек (31,2%)

были мужчины (средний возраст $53,3 \pm 0,52$ года), 364 (68,8%) женщины (средний возраст $54,5 \pm 0,35$ года). При помощи анкеты, используемой в клинико-эпидемиологических исследованиях были определены уровни образования этих больных. Из них четверо (0,7%) не имели образования вообще, 165 больных (31,2%) имели высшее, 113 (21,4%) специализированное, 211 (39,9%) среднее и 36 пациентов (6,8%) неполное среднее образование. Средний возраст больных, не получивших образования составил $59,5 \pm 1,66$ лет, с высшим образованием этот показатель был в пределах $55,3 \pm 0,56$, у больных со специализированным образованием – $52,9 \pm 0,62$, со средним образованием $53,4 \pm 0,4$ лет.

После не менее 8 часов голодания утром натощак определяли концентрацию глюкозы в венозной крови, а также независимо от приёма пищи определялся уровень гликолизированного гемоглобина (HbA1c) в капиллярной крови.

Результаты: Результаты исследования показали, что самый неблагоприятный гликемический статус был определён у диабетиков, не имеющих образования. Средний уровень гликемии у них составил $12,5 \pm 1,2$ mmol/l, а HbA1c $12,6 \pm 1,4\%$, но так как количество больных было недостаточным, полученные результа-

ты не достигли статистически достоверных цифр. У лиц с неполным средним образованием наблюдалась схожая картина, т. е. средняя концентрация глюкозы в венозной крови составила ($12,7 \pm 1,6$ mmol/l), но у них уровень декомпенсации гликемии за последние 3 месяца был относительно низким ($9,0 \pm 0,3\%$). У диабетиков со специализированным, средним и средним неполным образованием не было существенной разницы в гликемическом профиле (соответственно средний показатель гликемии $11,8 \pm 0,25$, $12 \pm 0,27$ и $12,7 \pm 0,79$ mmol/l; HbA1c – $9,4 \pm 0,42$, $9,1 \pm 0,38$ и $9,0 \pm 0,36\%$). У диабетиков с высшим образованием показатели были наиболее благоприятными. У них средний уровень глюкозы в крови составил $10,2 \pm 0,35$ mmol/l, а HbA1c – $8,4 \pm 0,32\%$.

Выводы: Таким образом, независимо от уровня образования, у всех больных с СД2Т наблюдалась декомпенсация заболевания. Самый низкий уровень декомпенсации был определён у диабетиков с высшим образованием. По-видимому, это связано с осведомлённостью этой группы и адекватном их отношении к заболеванию. Учитывая, вышеизложенное, в обследованной популяции с целью медицинского просвещения необходимо уделить больше внимания именно больным с низким уровнем образования.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА, ВОЗРАСТА И ЗАНЯТОСТИ НА ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мехтиева С.Х., Мустафаев И.И., Мамедов М.Н.

Кафедра терапии с курсом физиотерапии Аз. ГИУВ им. А. Алиева, Баку, Азербайджан;
ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава России, Москва, Россия

Общеизвестно, что на компенсацию гликемии диабетических больных оказывают влияние множество факторов. Среди них наибольшее значение имеют возраст, пол, социальный статус и другие показатели больных.

Цель. Изучить взаимосвязь пола, возраста и занятости с гликемическим статусом у больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2Т) в Азербайджанской популяции.

Материал и методы. К обследованию были привлечены 529 больных в возрасте 30–69 лет СД2Т из различных районов и городов Азербайджана. Из общего числа больных было 165 (31,2%) лиц мужского и 364 (68,8%) лица женского пола. Из них 10 пациентов (1,9%) было в возрастном диапазоне 30–39 лет, 134 (25,3%) в 40–49 лет, 262 (49,6%) в 50–59 лет, а 123 больных (23,2%) в возрастном диапазоне 60–69 лет.

На период обследования 346 (65,4%) диабетиков принадлежали категории неработающих, а 183 (34,6%) – работающих. У них проводилось одномоментное определение уровня гликемии натощак в венозной крови и гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. По результатам исследования стало известно, что средний уровень глюкозы у мужчин и женщин был одинаковым ($11,5 \pm 0,29$ и $11,5 \pm 0,32$ ммоль/л соответственно, $p > 0,05$), а уровень декомпенсации диабета у мужчин был ниже по сравнению с женщинами ($8,5 \pm 0,35$ и $8,9 \pm 0,28\%$ соответственно, $p > 0,05$).

В обследуемых группах средний уровень глюкозы в крови относительно возрастных различий был ниже сле-

дующим: в 30–39 лет – $10,9 \pm 1,02$, в 40–49 лет – $10,2 \pm 0,38$, в 50–59 лет – $11,6 \pm 0,29$, а в 60–69 – $10,7 \pm 0,40$ ммоль/л. Как видно, в различных возрастных группах существенных отличий по уровню гликемии не наблюдалось.

Самый низкий уровень HbA1c ($8,2 \pm 0,90\%$) был отмечен в возрастной группе 30–39 лет, причем всего у 3-х больных, что не позволяет считать полученные данные статистически достоверными. Показатель среднего уровня гликемии за последние 3 месяца у диабетиков составил в 40–49 лет $8,5 \pm 0,34\%$, в 50–59 лет – $8,9 \pm 0,27\%$, а в 60–69 лет – $8,8 \pm 0,33\%$. Становится очевидным, что ни в одной из возрастных групп достичь компенсации гликемии не удалось.

Средний уровень глюкозы у работающих диабетиков по сравнению с неработающими был ниже ($10,3 \pm 0,35$ и $12,4 \pm 0,25$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$), в то время как у неработающих декомпенсация заболевания была более выражена (HbA1c $9,4 \pm 0,27$ и $8,3 \pm 0,22\%$ соответственно, $p < 0,05$). Несмотря на это, в обеих группах больных декомпенсация болезни продолжалась.

Выводы. Таким образом, в обследуемой популяции болезнь была выявлена в стадии декомпенсации вне зависимости от пола, возраста и занятости больных, что может увеличить частоту встречаемости микро и макрососудистых осложнений. Тем самым, вне зависимости от вышеупомянутых факторов необходимо активировать усилия по адекватному контролю гликемии среди пациентов СД2Т.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРЕВОДА ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОД НАБЛЮДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОБСЛУЖИВАЮЩИХ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ

Милюевская Е.Б.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», Москва, Россия

Введение. В настоящее время большинство детей после хирургического лечения врожденных пороков сердца (ВПС) доживают до взрослого возраста. Ряд пациентов нуждается в пожизненном наблюдении медицинскими специалистами. Многие пациенты не обращаются в медицинские учреждения, и судьба их часто остается неизвестной. В связи с этим, актуально развитие обучения подростков с ВПС перед их переводом под наблюдение медицинских специалистов, обслуживающих взрослое население.

Цель исследования. Обоснование необходимости организации обучающих программ перевода подростков с ВПС под наблюдение медицинских специалистов, обслуживающих взрослое население.

Материал и методы. Выполнено анкетирование родителей 107 подростков после хирургического лечения ВПС. Возраст пациентов составил от 15 до 17 лет.

В исследование включены данные анкет, заполненные 182 взрослыми пациентами с ВПС в возрасте от 18 до 25 лет, оперированным в детстве. Диагнозы пациентов с ВПС сопоставимы в обеих группах.

Результаты. Более трети подростков с ВПС приезжают на консультацию в кардиохирургический стационар (40; 37,8%). Этот показатель выше, чем в группе

взрослых пациентов (22,0%), что может свидетельствовать о внимании со стороны родителей к заболеванию ребенка. Причинами, по которым взрослые пациенты не наблюдаются в кардиохирургическом стационаре названы: отсутствие необходимости консультации, в соответствии с рекомендациями кардиолога – 34, отсутствие финансовых возможностей для поездки – 29, наблюдение в кардиоцентрах по месту жительства – 16, незнание механизмов записи на прием – 14, дальнее расстояние – 13, наблюдение в поликлинике по месту жительства – 6, семейные обстоятельства – 5, проезд на консультацию запланирован.

Из 107 подростков после хирургического лечения ВПС не наблюдаются у кардиолога, 12 пациентов (11,2%), что ниже данного показателя в группе взрослых больных. 69 подростков (72,6%) наблюдаются у кардиологов, обеспечивающих наблюдение взрослых пациентов с кардиальной патологией.

Заключение. В задачи действующей школы для родителей детей с ВПС необходимо включить разработку и внедрение обучающих программ для подростков на базе детского реабилитационного центра. К процессу обучения необходимо привлекать родителей подростков.

ВЗРОСЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА: ОБРАЗОВАНИЕ, ПРОФЕССИИ И ТРУДОУСТРОЙСТВО

Милюевская Е.Б.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», Москва, Россия

Введение. Вопросы выбора направлений профессиональной деятельности, получения образования, трудоустройства, карьерных перспектив оперированных пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС) вызывают в настоящее время большой интерес в связи с ростом численности взрослых больных с данной патологией. Целью исследования стало изучение проблем, возникающих при выборе профессии, получении образования и трудоустройстве пациентов после хирургического лечения врожденных пороков сердца.

Материал и методы. В исследование включены сведения из историй болезни и данные анкет 483 взрослых россиян – пациентов после хирургического лечения ВПС в возрасте от 18 лет и старше. Большинство пациентов (59,9%) проживали в Центральном Федеральном округе. Возраст пациентов на дату операции составил от 11,7 лет до 74,2 лет; на дату анкетирования – от 18,4 до 76,4 лет.

Результаты. Высшее или незаконченное высшее образование имел 231 пациент (47,8%), среднее про-

фессиональное – 134 пациента (27,7%), среднее образование – 79 (16,4%) и незаконченное среднее – 29 больных (6,0%). Не указали уровень своего образования 10 пациентов с ВПС (2,1%). Студентами были 118 респондентов от 18 до 27 лет.

Инвалидность была оформлена у 242 пациентов (50,1%), снята – у 54 (11,2%), 187 респондентов никогда не имели инвалидности (38,7%). Наличие ограничений в выборе профессии, связанных с ВПС отметили 132 из 356 респондентов (37,1%), давших ответ на данный вопрос, которым диагноз был установлен в детстве. Большинство не работавших и не получавших образования респондентов, относились к группе инвалидов (84,8%). Средний балл уровня образования в группе респондентов имеющих инвалидность был ниже (3,0 балла) в сравнении с группами пациентов без инвалидности (3,4 и 3,4 балла).

Заключение. Успешно проведенное хирургическое лечение пациентов с ВПС позволило большинству из них получать образование, работать. Для таких боль-

ных важна индивидуальная профессиональная ориентация. Не только подросткам, но и взрослым после хирургического лечения ВПС может быть необходимо консультирование по поводу выбора профессии, так как на протяжении их жизни в связи с заболеванием

существенно может снижаться их трудоспособность. Профессиональная ориентация пациентов с ВПС в таких ситуациях должна осуществляться на основании рекомендаций кардиологов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ВТОРОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Бокерия Л.А., Миливская Е.Б., Крупянюк С.М., Неведрова М.Н.

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

Введение. В настоящее время происходит постоянный рост числа хирургических вмешательств, проводимых детям с врожденными пороками сердца (ВПС). Операция в большинстве случаев является одним из этапов лечения данной категории пациентов.

Цель исследования – определение потребности в долечивании детей после хирургического лечения ВПС в реабилитационном центре на базе кардиохирургического стационара.

Материал и методы. Проанализировано 2820 госпитализаций, проведенных в 2013 г. в отделения хирургического лечения врожденных пороков сердца НЦССХ им. А.Н. Бакулева. В 2523 случаях дети были госпитализированы однократно, 144 случаях – 2 раза, 3 случаях – 3 раза. Возраст пациентов, включенных в исследование, составил от 1 дня до 18 лет: 1243 ребенка были оперированы до 1 года, 637 – в возрасте от 1-го до 3-х лет, 890 – в возрасте старше 3-х лет. У значительной части пациентов имелись сложные цианотические врожденные пороки сердца либо пороки, течение которых часто осложняется выраженной недостаточностью кровообращения и/или легочной гипертензией.

Результаты. Выявлено 3 группы детей после хирургического лечения ВПС, нуждающихся в более интенсивном и длительном лечении после операции: 1) пациенты с цианотическими ВПС, 2) пациенты с «бледными» ВПС, осложненными НК, значительной

части которых потребовалась длительная госпитализация, 3) пациенты с механическими протезами клапанов сердца, у которых также часто отмечаются признаки недостаточности кровообращения, и необходим тщательный подбор антикоагулянтной терапии. Общее количество этих больных составило 1492 (55,8%). По возрасту возможен перевод 796 из этих пациентов в отделение детей до 1-го года детского реабилитационного центра на базе кардиохирургического стационара, 333 – в отделение для детей раннего возраста и 325 – в отделение для детей старшего возраста. Характер патологии у больных из различных регионов Российской Федерации существенно не отличался; можно отметить несколько большую долю детей с цианотическими ВПС из Южного и Северо-Кавказского Федеральных округов.

Выводы. 1. Долечивание детей после хирургического лечения ВПС по месту жительства связано с организационными трудностями и отсутствием достаточного опыта ведения врачами таких пациентов. 2. Для рационализации использования коечного фонда стационара, улучшения качества лечения детей с ВПС улучшения отдаленных результатов хирургического лечения, оптимальным является перевод данной категории пациентов на 3–7 сутки после операции в реабилитационный центр на базе кардиохирургического стационара для проведения второго этапа реабилитации.

ДИСТАНЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Миливская Е.Б., Крупянюк С.М.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», Москва, Россия

Введение. Большинство операций по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) в настоящее время выполняется детскому населению. На всех этапах лечения и наблюдения за ребенком с ВПС родителям необходима максимально подробная, доступная информация по всем вопросам, касающимся данного заболевания и поддержка связи с медицинскими специалистами.

Цель. Разработать единую дистанционную информационную систему консультирования семей пациентов с врожденными пороками сердца.

Материалы и методы. Проведено анкетирование родителей 2189 детей после выписки из кардиохирургического стационара; онлайн консультирование семей; электронные коммуникации: врачи – родители (461 семья); разработаны персональные электронные страницы (ПЭС) пациентов. Включены семьи не опе-

рированных детей, родители пациентов с ВПС, находящихся в стационаре, родители детей после хирургического лечения ВПС.

Результаты. При отсутствии показаний к хирургическому лечению пациента с ВПС, онлайн консультирование позволяло вносить ясность в дальнейшие жизненные планы семей. Информация, полученная в ходе анкетирования, сопоставлена с данными из историй болезни этих пациентов. Анкетирование родителей пациентов после хирургического лечения ВПС можно рассматривать как эффективный способ пополнения информационной базы стационара сведениями об отдаленных результатах и, при необходимости, оказывать информационную поддержку семьям и медицинскую помощь пациентам с ВПС. Критериями включения родителей в линию электронных коммуникаций стали: 1) проведение как минимум одного этапа хирургического лечения пациента с ВПС в кардиохирургическом стационаре; 2) наличие у родителей актуального электронного адреса для переписки; 3) потребность родителей принимать участие в опросах, анкетировании, фо-

кус-группах. Блоки информации в ПЭС предназначены для родителей детей с ВПС и для медицинских специалистов и включают полный анамнез заболевания, сведения о выполненной операции, диагностические исследования, и т. д.

Выводы. После выписки детей с ВПС из стационара дистанционное и онлайн консультирование родителей повышает доступность медицинской помощи для данной категории больных, обеспечивает оперативное решение возникающих у родителей вопросов. 2) Информационная поддержка семьи пациента является неотъемлемой частью системы процессного управления на основе принципов всеобщего менеджмента качества и позволяет оперативно выявлять критические точки, нуждающиеся в принятии корректирующих управленческих решений. 3) Необходимо использование интернет-технологий в ежедневной практике врачей научно-консультативного звена, кабинетов катамнеза для устранения дефицита обратной связи пациентов с ВПС с профильным лечебно-профилактическим учреждением.

РИСКИ ДЕФИЦИТА ЗНАНИЙ СЕМЕЙ ОБ АДЕКВАТНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Милюевская Е.Б., Крупянки С.М.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», Москва, Россия

Введение. Вопросы, связанные с адекватной физической активностью пациентов после хирургического лечения ВПС подробно рассмотрены в отечественной и зарубежной научной литературе. В то же время, актуальными на сегодняшний день остаются проблемы информированности семей пациентов с ВПС о возможных физических нагрузках после хирургического лечения порока.

Цель исследования – изучить информированность семей об оптимальной физической активности детей после хирургического лечения ВПС.

Материал и методы. В исследование включены данные из историй болезни 2189 пациентов с ВПС в возрасте до 18 лет, прошедших хирургическое лечение различных форм ВПС; данные 2189 анкет, заполненных родителями этих пациентов. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от степени ограничения физической активности. В первую группу включены пациенты после хирургического лечения ВПС, практически не имеющие ограничений для занятий физкультурой и спортом. Во вторую группу включены пациенты после хирургического лечения ВПС, с состояниями, при которых существуют медицинские ограничения для занятий физкультурой и спортом, и необходим индивидуально разработанный график тренировок и занятий под контролем медицинских специалистов.

Результаты. Согласно данным, полученным при анкетировании респондентов, родители 542 пациентов (24,8%) знают, какая физическая активность оптимальна для их детей. Семьи 465 пациентов (21,2%) не имеют информации по данной теме. Большинство респондентов ($n = 1182$; 54,0%) затруднились ответить. Процент респондентов, информированных об оптимальной физической активности своих детей, выше среди родителей пациентов из первой группы и составил 30,1%. Семьи пациентов, отнесенных ко второй группе, ответили утвердительно на данный вопрос в 17,5% случаев. Только 6,5 % родителей пациентов из первой группы не знают, какая физическая активность подходит для их детей. В то же время, больше половины семей детей из первой группы (63,4%) затруднились ответить на вопрос об оптимальных физических нагрузках.

Заключение. Неоправданное ограничение физических нагрузок у таких детей не только может приводить к снижению качества жизни этих пациентов, но и стать причиной отказа от ведения здорового образа жизни и упущенных возможностей для их полноценного развития. Необходимо пособие, адаптированное для родителей, где будут учтены диагнозы, состояния после операций при ВПС, рекомендации и противопоказания для занятий определенными видами спорта, всесторонне отражены вопросы, связанные с физической активностью детей с болезнями сердца.

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН

Мингазетдинова Л.Н., Бакиров А.Б., Исламгалева З.М., Грицаенко Г.А.,
Калимуллина Д.Х., Гимаева З.Ф., Аллабердина Д.У., Гайнутдинова В.В.,
Ахметзянова Э.Х., Ахметзянов А.М., Латыпова Г.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Одним из серьезных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является избыточная масса тела, висцеральное ожирение, которое приводит к метаболическому синдрому, а динамика массы тела становится прогностическим фактором повышенного артериального давления, дислипидемии, гипергликемии. Артериальная гипертония и сахарный диабет чаще приводят к поражению почек, где наличие микроальбуминурии является индикатором эндотелиальной дисфункции и предиктором сердечно-сосудистой смертности.

Цель исследования. Изучить факторы риска артериальной гипертонии (АГ) у женщин с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. В исследование включено 90 пациентов артериальной гипертонией, у 64 имелся метаболический синдром, у 26 пациентов артериальная гипертония с нормальной массой тела (группа сравнения) и 20 относительно здоровых лиц (группа контроля). Проводилась антропометрия, измерение АД, исследование крови на показатели липидного спектра, глюкозы, функционального состояния почек. Диагностика МС проводилась с использованием трех диагностических версий – РКО (2009), IDF (2005), NCEP ATP III (2005).

Результаты. Наиболее часто встречался трехкомпонентный МС – 48,1% случаев, вариант из четырех компонентов – 33,6% и полный МС – в 18,9% случа-

ев. Наличие инсулинорезистентности (ИР) выявило значимое повышение постпрандиальной глюкозы ($p = 0,05$), инсулина на 48,7 % ($p = 0,01$), высоко значимо повышались уровни триглицеридов – на 84,6 % ($p = 0,01$). Суточное мониторирование АД подтвердило значимое нарастание вариабельности АД для САД и ДАД с увеличением индекса времени ($p = 0,05$). У женщин АГ с МС нарастала микроальбуминурия в суточной моче (МАУ), превышая группу сравнения в 1,5 раза со снижением скорости кровотока, значимое увеличение пульсационного индекса ($1,216 \pm 0,22$ $p = 0,046$), что также может рассматриваться как снижение почечного кровотока. Параллельно снижалась диастолическая функция левого желудочка у женщин с АГ и МС на 20,6% ($p = 0,042$).

Таким образом, нами был выявлен более агрессивный метаболический модуль у женщин АГ с МС, где наличие ИР ассоциировалось с более негативным прогнозом, представляло наличие полиорганного ремоделирования сердца, почек.

Выводы: У женщин с АГ и МС изменения сердечно-сосудистой системы представлены ремоделированием левого желудочка, нарушением индекса времени АД, его вариабельности. Микроальбуминурия является ранним предиктором сердечно-сосудистых осложнений при метаболическом синдроме у женщин с АГ как проявление кардиоренального синдрома.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ И ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЙ

Мирзарахимова С.Т., Абдуллаев Т.А., Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Провести сравнительный анализ клинико-функциональных и биохимических показателей у пациентов с перипартальной и идиопатической дилатационной кардиомиопатиями (ДКМП).

Материалы и методы: Обследовано 46 женщин фертильного возраста, страдающих ДКМП, разделенных на 2: I ($n = 26$) – с диагнозом перипартальной ДКМП (дебют ХСН – во время последнего триместра беременности или в течение первых 5 месяцев после родов), и II группы ($n = 20$), которую составили женщины с идиопатической ДКМП. Комплекс обследований больных включало: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, рентгенкардиометрия с определением кардиоторакального индекса (КТИ), 6-минутной прогулочный тест с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA, а также определение

плазменной концентрации СРБ, липидного спектра и мочевой кислоты.

Результаты: Средний возраст пациенток в группе перипартальной ДКМП оказался моложе такового сравняемой группы на 53,5% ($28,6 \pm 0,9$ лет и $43,4 \pm 2,3$ лет соответственно, $p < 0,001$). По основным клинико-функциональным параметрам большие сравниваемых групп достоверных различий не имели: ФК СН соответственно составил $3,34 \pm 0,1$ и $3,35 \pm 0,1$, $p > 0,05$), длина пройденной дистанции – $193,9 \pm 14,5$ и $181,6 \pm 18,6$ м, КТИ – $63,9 \pm 1,2$ и $66,05 \pm 1,1$ (все $p > 0,05$). Сказанное касается содержания маркера воспаления – СРБ, который оказался повышенным в обеих группах ($6,8 \pm 1,2$ и $6,9 \pm 1,1$ мкмоль/л соответственно) и МК ($5,6 \pm 1,2$ и $6,6 \pm 1,2$ ммоль/л соответственно, оба $p > 0,05$). Тем не менее, статистически значимого характера различия выявлены в показателях общего холе-

стерина ($204,2 \pm 7,3$ и $162,1 \pm 6,6$ мг/дл) и триглицеридов ($136,1 \pm 11,9$ и $104,4 \pm 8,6$ мг/дл, оба $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, женщины, страдающие перипартальной ДКМП характеризуются относитель-

но молодым возрастом, сохранным состоянием параметров липидного спектра, при отсутствии явных различий клинических проявлений сердечной недостаточности и маркеров воспаления.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К КОНТРОЛЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ

Молчанова О.В., Бритов А.Н., Андреева Г.Ф.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ России, Москва, Россия

Введение: Ожирение является высоко значимым фактором риска развития АГ в том числе и резистентной АГ.

Цель исследования: Изучить эффективность альтернативных подходов к контролю АД и снижению веса у лиц обоего пола с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом.

Результаты: У мужчин и женщин в возрасте от 25 до 54 лет с ИМТ ≥ 25 кг/м² и АД 130–139/85–89 мм рт. ст. 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.

Все участники были разделены на 2 группы: группа вмешательства (ГВ) – 203 человека, согласившиеся соблюдать назначенную диету с ограничением калорий-

ности суточного рациона до 1500 ккал/день и группа сравнения (ГС) – 252 человека. Исходно средний вес в ГВ 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 обе группы не отличались по показателю веса. После 3-х летнего наблюдения отмечено снижение веса в ГВ у женщин до $75,02 \pm 1,17$ кг у женщин ($p < 0,05$), у мужчин – до $69,56 \pm 0,63$ кг ($p < 0,05$). В ГС вес увеличился у женщин до $82,07 \pm 3,08$ кг ($p < 0,05$), у мужчин до $75,33 \pm 2,89$ кг ($p < 0,05$). Заключительный визит ГВ – 76,6% участников. АД снизилось в ГВ 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. (САД и ДАД соответственно). В ГС: АД увеличилось у женщин на 2,97 и 1,29 мм рт. ст.; у мужчин на 2,56 и 2,39 мм рт. ст. (САД и ДАД, соответственно), ($p < 0,05$ для всех перечисленных значений).

Заключение: В проспективном 3-х летнем исследовании была показана эффективность альтернативных методов контроля АД, снижения веса у мужчин и женщин с высоким нормальным АД и с ожирением или избыточным весом для профилактики развития АГ при ожирении.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ОСЛОЖНЕННОГО ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Моргунов Л.Ю.

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы»

Цель: изучить суточный ритм артериального давления у больных с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии.

Методы исследования: приняли участие 69 пациентов (27 мужчин и 42 женщины), страдающих сахарным диабетом типа 1 в среднем 14,8 лет, имеющих диабетическую нефропатию в стадии протеинурии и нормальным уровнем креатинина и мочевины крови. Средний возраст пациентов составил $51,4 \pm 1,7$ года. Длительность артериальной гипертензии составила $7,4 \pm 0,9$ года. В группу контроля вошли 23 пациента с эссенциальной артериальной гипертензией. Ни один из пациентов не имел избыточной массы тела. Исходный

уровень САД в основной группе составил $167,6 \pm 4,3$ мм рт. ст., ДАД – $93,2 \pm 2,4$ мм рт. ст., в контрольной группе САД – $160,4 \pm 5,1$ мм рт. ст., ДАД – $99,3 \pm 3,1$ мм рт. ст. Суточное мониторирование АД осуществлялось прибором ТМ-2421 (Япония) с измерением АД в дневное время с интервалом 15 минут, в ночное – 30 минут. Определялись средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; величина утреннего подъема (ВУП) САД и ДАД – по разнице между максимальным и минимальным АД в период с 4 до 10 ч. Анализировались данные, включающие в себя не менее 86% эффективных измерений.

Полученные результаты: Пациенты с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии в 38,1 % случаев отмечены как «дипперы», в группе сравнения таковых было 51%. «Нон-дипперов» в основной группе было 52%, в группе сравнения – лишь 22%. Утренний подъем артериального давления, не ассоциированный с ночной гипогликемией, отмечался у 43% пациентов основной

группы, и лишь в 17% случаев – в группе пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией.

Выводы: У пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией, осложненных диабетической нефропатией на стадии протеинурии, отмечаются более тяжелые нарушения суточного ритма артериального давления, не связанные с гипогликемическими эпизодами, что требует соответствующей коррекции гипотензивной терапии.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЛДАГЛИПТИНА В КОМБИНАЦИИ С ИНСУЛИНОТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Моргунов Л.Ю.

ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы»

Цель: оценить возможности применения ингибиторов дипептидилпептидазы-4 и инсулинотерапии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и инфарктом миокарда.

Методы исследования: приняли участие 38 больных с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа, средний возраст $57,4 \pm 4,7$ лет, госпитализированных в блок кардиореанимации и имеющими декомпенсацию углеводного обмена. Средний уровень гликемии в момент поступления составил $13,7 \pm 3,8$ ммоль/л, средний уровень гликированного гемоглобина, определенный в дальнейшем, составил $8,1 \pm 0,6\%$. Группу контроля составили 18 пациентов с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом 2 типа, средний возраст $58,2 \pm 3,9$ лет. Пациентам основной группы была назначена сахароснижающая терапия вилдаглиптином в купе с режимом низких доз инсулина, группе контроля – инсулинотерапия (в обеих группах – только инсулин короткого действия). Безопасность терапии оценивалась по количеству и тяжести

гипогликемических состояний реакций (клинически или лабораторно при снижении уровня гликемии ниже 3,3 ммоль/л).

Полученные результаты: у пациентов, получающих вилдаглиптин с инсулинотерапией, число гипогликемических реакций в течение 2 суток пребывания в блоке кардиореанимации, составило 9,7%, в контрольной группе – 12,9%. Нарушения сердечного ритма в основной группе составили 17,5%, в группе контроля – 24,1%. Средняя потребная доза вводимого инсулина в основной группе была на 14,6% меньше, чем в группе сравнения.

Выводы: комбинированная терапия углеводного обмена вилдаглиптином и инсулином у пациентов с острым инфарктом миокарда и сахарным диабетом представляется более эффективной и безопасной, чем монотерапия инсулином с использованием режима малых доз. Необходимо проведение более масштабных тщательных исследований для подтверждения данной концепции.

КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Моргунов Л.Ю.

ГБУЗ «ГКБ имени А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г. Москвы»

Цель: изучить эффективность и безопасность препарата лозартан в лечении артериальной гипертонии у пациентов сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования: в 52-х недельном исследовании приняли участие 47 пациентов, средний возраст $58,4 \pm 5,2$ года, страдающих артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа с целевым уровнем гликированного гемоглобина менее 7,5%. Всем пациентам исходно и в конце исследования проводилось суточное мониторирование артериального давления. Всем пациентам был назначен лозартан в дозе 50–100 мг в сутки. Суточное мониторирование АД осуществлялось прибором ТМ-2421 (Япония) с измерением АД в дневное время с интервалом

15 минут, в ночное – 30 минут. Определялись средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; величина утреннего подъема (ВУП) САД и ДАД – по разнице между максимальным и минимальным АД в период с 4 до 10 ч. Анализировались данные, включающие в себя не менее 86% эффективных измерений.

Полученные результаты: целевые значения артериального давления при монотерапии лозартаном были достигнуты у 68,3% пациентов, у 31,7% понадобилась комбинированная терапия АД. Эффективность препарата составила 93%. У пациентов с диабетической нефропатией, микроальбуминурией в половине случаев удалось снизить ее уровень,

у пациентов с протеинурией ее степень осталась неизменной (оба $p < 0,005$). Побочных реакций за время исследования зарегистрировано не было. Исследование завершили все пациенты.

Выводы: применение препарата лозартан является эффективным и безопасным у пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа, а его применении патогенетически оправдано.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ПЛАНОВУЮ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЮ

Москаева Н.И., Лецанкина Н.Ю., Александровский А.А., Сурина Т.А., Еремеева Е.Н., Карнишикина О.Ю.

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

В последние годы активно обсуждаются отличия в протекании кардиологических заболеваний у мужчин и женщин, что стало основой для формирования гендерных подходов к лечению. Особый интерес у исследователей вызывает ишемическая болезнь сердца как наиболее частая причина смертности населения во всем мире.

Целью работы явилось изучение гендерных особенностей течения стенокардии у больных, направляемых на плановую коронароангиографию (КАГ).

Методы исследования: 25 больных, поступивших в кардиологическое отделение ГБУЗ РМ «РКБ № 4» г. Саранска для проведения КАГ в плановом порядке. Мужчины составили 68%, женщины – 32%.

Результаты. Все больные при поступлении имели диагноз стенокардии напряжения III ФК. При поступлении мужчины предъявляли типичные стенокардитические жалобы, тогда как у женщин наряду с типичными жалобами наблюдались также атипичные: кардиалгии и дискомфорт за грудиной без четкой связи с физической нагрузкой. Наиболее значимыми факторами риска (ФР) у мужчин в явились: курение – 70%, возраст старше 45 лет – 94%, абдоминальное ожирение – 65%. У женщин главными ФР были: артериальная гипертензия (АГ) – 100%, дислипидемия – 90% и менопауза – 90% пациенток. При снятии рутинной ЭКГ у мужчин в 65% случаях наблюдалась депрессия сегмента ST по типу субэндокардиальной ишемии миокарда, а в 20% она возникала при суточном мониторинге ЭКГ. У

женщин только в 25% имелась депрессия сегмента ST (при записи ЭКГ покоя), у 1/4 пациенток ишемические изменения регистрировались при суточном мониторинге ЭКГ. Результаты КАГ также имели гендерные отличия. У большинства мужчин выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий (КА), наиболее часто поражалась левая КА и ее ветви: передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) – у 60% больных, огибающая артерия (ОА) – 25% больных, ветвь тупого края (ВТК) – 20%, диагональная ветвь (ДВ) – у 12% больных, две трети больных имели поражения нескольких КА. Большинство женщин (63%), напротив, не имели гемодинамически значимых стенозов по результатам плановой КАГ. Лишь у четверти выявлены стенозы ПМЖВ (стеноз 70%) и правой КА (стеноз 80%).

Таким образом, наиболее значимые ФР у мужчин в развитии стенокардии: курение, абдоминальное ожирение, возраст, у женщин – АГ, дислипидемия и менопауза. Мужчины, направляемые на плановую КАГ, имеют клинику классической стенокардии напряжения высокого ФК, при КАГ у них выявляются значительные стенозы КА, преимущественно многососудистые поражения левой и правой КА: у женщин наблюдается типичная клиника стенокардии напряжения невысокого ФК и кардиалгии. При КАГ у большинства женщин не выявляются гемодинамически значимых стенозов КА, что требует дополнительного обследования больных для исключения микроваскулярной стенокардии.

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ МИОКАРДИТ И ПРИМЕНЕНИЕ В ЕГО ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОФЕРОНА И ГАЛАВИТА

Нагаева Г.А., Цой И.А., Нагаев Ш.А., Ахматов Я.Р.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Сравнительная оценка терапии циклофероном и галавитом больных, страдающих хроническим неревматическим миокардитом (ХНМ).

Материал и методы: Было обследовано 30 больных (18-мужчин и 12-женщин) страдающих ХНМ; ср. возраст $36,37 \pm 10,59$ лет. Продолжительность анамнеза в целом по группе варьировала от 1 до 7 (в ср. = $4,52 \pm 1,35$) лет. Диагноз выставлялся на основании больших и малых критериев NYHA (1974 г). Всем проводились: физикальный осмотр; общеклинические

лабораторные анализы; ЭКГ; ЭхоКГ с определением фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ); иммунограмма крови с вычислением иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Базисная терапия (БТ) включала: малые дозы АПФ; кардиомагнил; в весенне-осенний периоды – НПВП; при необходимости – антиаритмики и спиронолактон. В качестве иммуномодулятора назначался 1-месячный курс терапии циклофероном (1 гр. – 14 больных) или галавитом (2 гр. – 16 больных) по схеме (5 дней 1 раз в день; 5 дней – 1 раз в 2 дня

и 5 дней 1 раз в 3 дня). Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты: По данным общеклинических исследований существенных различий между анализируемыми группами выявлено небыло. Изначальный анализ ЭКГ установил: в 1 гр. альтерация з.Т (в основном в отв. III, aVL, aVF, V1-V3) регистрировалась у 8 (57,14%), явления затруднения проводимости по ПНПГ – у 3 (21,43%) больных; во 2 гр. аналогичные явления наблюдались у 9 (56,25%) и 3 (18,75%) больных, соответственно. На фоне месячного курса терапии в 1 гр. реверсия з.Т отмечалась у 5 (62,5%) лиц из 8 и у 1 (33,3%) из 3 пациентов регрессировало затруднение проводимости по ПНПГ. Во 2 гр. аналогичные показатели составили 6 (66,7%) из 9 и 1 (33,3%) из 3 больных, соответственно. На исходном этапе по ЭхоКГ у 5 (35,71%) – в 1 гр. и 5 (31,25%) больных во 2 гр. отмечалось снижение ФВ ЛЖ, которая в среднем у данных 10 больных = $48,33 \pm 5,27\%$. 1-месячная оценка терапии

выявила, что во 2 гр. лиц, т. е. принимавших БТ и галавит, позитивация ФВ ЛЖ носила более выраженный характер ($p > 0,05$), чем у больных принимавших БТ и циклоферон. Со стороны показателей иммунограммы всех 30 обследованных изначально наблюдалось снижение уровня Т-хелперов (CD4+) и повышение активности киллеров (CD16+), при этом ИРИ = $1,13 \pm 0,26$. Через 1 мес. терапии параметры иммунологического статуса имели более выраженное, но недостоверное улучшение у лиц 2 гр. (в частности, ИРИ в 1 гр. = $1,48 \pm 0,22$ и во 2 гр. = $1,53 \pm 0,21$ ($p = 0,530$)).

Выводы: 1-месячный курс иммуномодулирующей терапии, как циклофероном, так и галавитом, при лечении ХНМ, способствовал не только нормализации иммунологического статуса крови, но и улучшению систолической функции миокарда и ЭКГ-показателей, при этом более позитивные изменения наблюдались у лиц, принимавших галавит.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ХСН

Нагаева Г.А., Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Целью данного исследования явилось сравнить клинико-функциональные, лабораторные и коронароангиографические (КАГ) показатели больных с хронической ИБС, в зависимости от функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы: Исследование проведено на базе клиники РСЦК. Было обследовано 88 больных (69 (78,41%) – мужчин), страдающих ИБС, ср. возраст которых составил $57,51 \pm 9,15$ (от 37 до 76) лет. Всем проводились: физикальный осмотр с вычислением ИМТ (в $\text{кг}/\text{м}^2$); анализ липидного спектра крови; биохимический анализ крови с вычислением СКФ по формуле MDRD; ЭКГ; ЭхоКГ и диагностическая КАГ. Диагноз ХСН выставлялся по определению АКК-ААК (2005), а ФК ХСН – по классификации NYHA (1964). В зависимости от ФК ХСН больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 36 больных (из них 27 (75,00%) – мужчин) со II ФК ХСН и 2 гр. – 52 человека (из них 42 (80,77%) – мужчин) с III ФК ХСН.

Результаты: В обеих группах превалировали лица мужского пола. Возрастная категория пациентов была достоверно выше среди лиц 2 гр. ИМТ во 2 гр. характеризовался сравнительно большими значениями, чем в 1 гр. Было установлено, что пациенты 1 гр. отдают предпочтение β -адреноблокаторам, статинам, антикоагулянтам и препаратам группы антагонистов кальция. Со стороны лабораторных данных во 2 гр. пациентов наблюдалось явление дислипидемии, носившее более

выраженный характер, чем в 1 гр. Также у лиц 2 гр. отмечалась высокая активность С-реактивного белка (все $p < 0,001$) и снижение СКФ на 9,5% ($p > 0,05$). Пациенты с III ФК ХСН характеризовались тенденцией к дилатации левых отделов сердца с нарушением систолической и диастолической функций миокарда ЛЖ. Данные КАГ также свидетельствовали о более тяжелом поражении сосудистого русла у больных 2 гр., что было обусловлено большим процентом стенозов основных коронарных сосудов. В частности, данный показатель составил по бассейнам левой коронарной артерии – 65,0% vs 59,5%, передней нисходящей артерии – 81,8% vs 79,9% ($p > 0,05$), огибающей артерии – 82,5% vs 72,8% ($p < 0,001$) и правой коронарной артерии – 87,2% vs 80,7% ($p < 0,05$). При этом во 2 гр. пациентов чаще встречались сложные типы стенозов – В, С и В/С (от 17,3% до 48,1%). Аналогичная тенденция наблюдалась и при оценке диаметра сосуда, его длины поражения, а также значений SFR и TIMI, особенно выраженных в бассейнах ОА+ВТК+Пра

Заключение: При сравнительном анализе было установлено, что прогрессирование ХСН обусловлено не только возрастом и снижением компенсаторных способностей организма, но и меньшей комплаентностью пациентов к приёму лекарственных препаратов, а также формированием глобальной (систолической и диастолической) сердечной недостаточности и сложными нарушениями коронарного кровообращения.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ИНДЕКСА ДЮКА И ИНДЕКСА БАЕВСКОГО ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Нагаева Г.А., Курбанов Р.Д., Мирзалиева Н.Б., Ганиев А.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести корреляционный анализ индекса Дюка (ИД) и индекса Баевского (ИБ) во взаимосвязи с данными коронароангиографии (КАГ) у больных с хронической ИБС при проведении ВЭМ-пробы.

Материал и методы: Обследовано 116 больных с хронической ИБС (мужчин – 84,5%), из них со стенокардией напряжения функционального класса-2–47 (40,5%), функционального класса-3–69 (59,5%) больных. Ср.возраст обследуемых = 56,99±9,29 лет. Из 116 больных 62 (53,4%) имели в анамнезе ПИКС. Более 80% обследованным в последующем (на 7–14сут после ВЭМ) была проведена КАГ. В зависимости от значений ИБ пациенты были разделены на 4 группы: 1 гр. – 37 (31,9%) больных с ИБ < 2,6 у.е.; 2 гр. – 31 (26,7%) человек с ИБ = 2,6–2,9 у.е.; 3 гр. – 40 (34,5%) лиц с ИБ = 3,0–3,5 у.е. и 4 гр. – 8 (6,9%) больных, у которых ИБ > 3,5 у.е.

Результаты: По данным ВЭМ-пробы было установлено, что, несмотря на, сравнительно, одинаковое время выполнения нагрузки (ср. $t = 7,72 \pm 1,91$ мин), пациенты 4 гр. характеризовались наименьшим уровнем максимального потребления кислорода (МПК в 4 гр. = $3,46 \pm 0,94$ МЕТ, что на 22,9%; 16,6% и 12,6% было ниже, чем в 1–3 группах, соответственно), при этом частота встречаемости БИМ и смещений ST-сегмента у этих больных были наибольшими (см. таб.3). Но нами прослеживалась параллельная связь между МПК и ИД.

Вычисление ИД свидетельствовало об обратной взаимосвязи с ИБ, т.е. по мере нарастания значений ИБ отмечалось снижение уровня ИД. Более детальный анализ данного показателя в анализируемых группах пациентов выявил несколько противоречивые данные: количество лиц с высоким риском (ИД < -10) было наименьшим у больных 1 гр. (2,7%), а в 3 и 4 группах – наибольшим (по 12,5%, соответственно); число больных со средним риском (ИД = -10 +4) в 1–3 группах характеризовалось убывающей тенденцией, но в 4 гр. – достигало максимально-пиковых значений (75%).

При сопоставлении значений ИБ с данными КАГ, в частности с количеством сосудистых поражений, наблюдалась прямая корреляция ($p < 0,05$). Какой-либо зависимости между ИД и количеством поражений коронарного русла нами выявлено не было. Это, в свою очередь, можно объяснить тем, что не всегда болевой синдром, за который в данном случае ответственен ИД, имеет в своей основе выраженные нарушения кровообращения миокарда.

Выводы: Выраженность сердечного болевого синдрома не всегда обусловлена тяжелым поражением коронарного русла. Индекс Баевского имеет прямую корреляционную зависимость с количественным поражением венечных сосудов и может быть использован в качестве предиктора более тяжелого поражения коронарного русла у пациентов, страдающих хронической ИБС в условиях амбулаторной практики.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНДЕКСА БАЕВСКОГО И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Нагаева Г.А., Мирзалиева Н.Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить прогностическую значимость индекса Баевского (ИБ), при проведении ВЭМ-пробы, в сопоставлении с данными коронароангиографии (КАГ) у больных с хронической ИБС.

Материал и методы: Обследовано 116 больных с хронической ИБС (мужчин – 84,5%), из них со стенокардией напряжения функционального класса-2–47 (40,5%), функционального класса-3–69 (59,5%) больных. Ср.возраст обследуемых = 56,99±9,29 лет. Из 116 больных 62 (53,4%) имели в анамнезе ПИКС. Более 80% обследованным в последующем (на 7–14сут после ВЭМ) была проведена КАГ. В зависимости от значений ИБ пациенты были разделены на 4 группы: 1 гр. – 37 (31,9%) больных с ИБ < 2,6 у.е.; 2 гр. – 31 (26,7%) человек с ИБ = 2,6–2,9 у.е.; 3 гр. – 40 (34,5%) лиц с ИБ =

3,0–3,5 у.е. и 4 гр. – 8 (6,9%) больных, у которых ИБ > 3,5 у.е.

Результаты: Более 85% обследованных характеризовались наличием избыточного веса, а в 4 гр. – все 100% больных. Также в 4 гр. пациентов, показатели липидного спектра, в сравнении с аналогичными показателями 1–3 групп, были несколько ниже, а коэффициент атерогенности – был наименьшим. Анализ ЭхоКГ-параметров, помимо относительной дилатации полости ЛЖ, свидетельствовал о снижении сократительной функции сердечной мышцы и о более выраженной диастолической дисфункции у пациентов 4 гр. По данным ВЭМ-пробы было установлено, что пациенты 4 гр. характеризовались наименьшим уровнем максимального потребления кислорода (МПК в 4 гр. = $3,46 \pm 0,94$ МЕТ, что на 22,9%; 16,6% и 12,6% было

ниже, чем в 1–3 группах, соответственно). По данным КАГ, ср. балл по шкале SYNTAX достигал максимальных значений у лиц 4 гр. Корреляционный анализ при сопоставлении значений ИБ с данными КАГ, в частности с количеством сосудистых поражений, установил наличие прямой корреляционной зависимости ($p < 0,05$).

Заключение: ИБ имеет прямую корреляцию с количественным поражением венечных сосудов и может быть использован в качестве предиктора более тяжелого поражения коронарного русла у пациентов, страдающих хронической ИБС в условиях амбулаторной практики.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЧСС С ЛАБОРАТОРНЫМИ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

Нагаева Г.А., Ганиев А.А., Мирзалиева Н.Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии. Ташкент. Узбекистан

Цель: Провести сравнительный анализ клинико-функциональных показателей больных, страдающих хронической ИБС, в зависимости от значений частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материал и методы: В исследование было включено 64 больных (51 (79,7%) – мужчин). Исследование было проведено в условиях консультативной поликлиники РСЦК, при этом проводились исследования – физикальный осмотр с вычислением индекса массы тела (ИМТ); общеклинические анализы крови; ЭКГ в 12 стандартных отведениях; ЭхоКГ; УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА) и суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ). В зависимости от значений ЧСС больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 34 больных с $ЧСС < 70$ уд/мин (ср. ЧСС = $61,47 \pm 5,89$ уд/мин) и 2 гр. – 30 пациентов с $ЧСС \geq 70$ уд/мин (ср. ЧСС = $81,63 \pm 10,52$ уд/мин). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: Группы были сопоставимы по возрасту, полу и нозологической характеристике. Было установлено, что пациенты 2 гр., т.е. с повышенной ЧСС, характеризовались сравнительно меньшим уровнем ИМТ (ИМТ во 2 гр. $-27,84 \pm 3,71$ кг/м² vs ИМТ в 1 гр. $-30,38 \pm 4,12$ кг/м², $p = 0,012$). В лабораторных показателях у больных 2 гр. наблюдались явления дислипидемии (общ.ХС во 2 гр. на 19,4% был выше, чем

в 1 гр.; а уровень ТГ и ЛПОНП почти в 2 раза превалировали во 2 гр. лиц; все $p < 0,05$), а также сравнительной ферментопатии (АлАТ и АсАТ во 2 гр. больных были в 1,8 и 1,4 раза соответственно выше, чем в 1 гр.; все $p < 0,05$). По данным ЭхоКГ существенных различий в анализируемых группах выявлено не было, но имело место сравнительно повышенное значение ср.ДЛА во 2 гр. больных (во 2 гр. $-17,78 \pm 5,45$ мм.рт.ст. vs 1 гр. $-15,79 \pm 3,81$ мм.рт.ст.; $p = 0,093$). Картина УЗИ БЦА свидетельствовала об истончении как лево-, так и правостороннего КИМ у лиц 2 гр. (все $p < 0,05$), без являющийся диагностически-значимого стеноза БЦА. При оценке СМЭКГ помимо достоверно-выраженных различий в частотно-спектральных показателях во 2 гр. пациентов были выявлены низкие значения циркадного индекса (ЦИ) и интервала-QTср. (ЦИ во 2 гр. $-1,09 \pm 0,06$ и в 1 гр. $= 1,13 \pm 0,06$; QTср. во 2 гр. $-373,10 \pm 28,39$ мс и в 1 гр. $-407,33 \pm 24,12$ мс; все $p < 0,05$), при более чем двукратном повышении показателя QTс (во 2 гр. $-27,23 \pm 24,63\%$ vs 1 гр. $-11,78 \pm 23,57\%$; $p < 0,05$).

Выводы: Лица, страдающие хронической ИБС и имеющие повышенную ЧСС характеризуются меньшими значениями ИМТ и двусторонне-низкими показателями КИМ, при этом у них более выражены явления дислипидемии, ферментопатии, а также симпатикотонии.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ, КАК МЕТОД КАРДИОПРОТЕКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Наганетьян В.К., Бадтиева В.А.

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Цель данного исследования: научно-обоснованное применение метода лазеротерапии и реабилитации больных после хирургической реваскуляризации миокарда

В исследование включено 62 больных ИБС в ранние сроки (на 10–14-й день) после хирургического лечения. Аортокоронарное шунтирование произведено 30 больным, маммарно-коронарное шунтирование – 12 больным и транслюминальная баллонная ангиопластика со

стентированием выполнена 20 больным. 70% больных до оперативного лечения перенесли инфаркты миокарда. В раннем послеоперационном периоде у изучаемых нами больных были выявлены глубокие нарушения функционального состояния кардиореспираторной системы и снижение компенсаторных и резервных возможностей. Нарушения функционального состояния кардиореспираторной системы у 65% больных сопровождалась интенсификацией процессов перекисного

окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты организма.

Пациенты были разделены на группы и получали базисную медикаментозную терапию. В I группа (32 пациента) получали лечение с использованием магнитолазерного физиотерапевтического аппарата «Млада» (длина волны непрерывного инфракрасного лазерного излучения 0,85 мкм, суммарная выходная мощность двух излучателей без магнитных насадок 30 мВт). Воздействие осуществляли по стабильной методике на три поля: область верхушки сердца, среднюю треть грудины и левую подлопаточную область; II группа (30 пациентов) получали плацебо-лечение (процедуры с выключенным аппаратом).

Методы исследования: общеклиническое обследование, ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХОКГ, ВЭМ, ПОЛ.

Полученные результаты: В I группе отмечен антиангинальный эффект: уменьшение приступов стено-

кардии и потребности в нитратах в сутки. Антиишемический эффект проявился уменьшением количества эпизодов болевой и безболевой ишемии. Антиангинальные и антиишемические эффекты сочетались с увеличением энергетического потенциала миокарда: восстановлением сократительной функции миокарда, повышением толерантности к физическим нагрузкам, аэробного и миокардиального резервов. Установлено снижение показателей перекисного окисления липидов, интенсификация которого была констатирована до начала лазеротерапии и усиление антиоксидантной защиты организма, что свидетельствует о непосредственном влиянии лазерного излучения на агрессивные метаболиты кислорода, снижающие сократительную функцию ишемизированного миокарда.

Таким образом, применение лазеротерапии является методом кардиопротекции у больных после хирургической реваскуляризации миокарда.

ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Назарова О.А., Абрашкина Е.Д., Шутемова Е.А., Зорина Н.В., Орлов Р.Б., Пругер И.В.,
Баллод Б.А.*

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ, Иваново, Россия

Роль гемореологических нарушений в патогенезе гипертонической болезни (ГБ) доказана, но продолжает изучаться. Доказано, что метаболические нарушения в виде ожирения, гиперхолестеринемии, гипергликемии приводят к ухудшению гемореологических показателей.

Целью нашего исследования явилось изучение гемореологического профиля у больных ГБ с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 125 больных ГБ: 82 человека с МС, (Рекомендации ВНОК, 2007) (основная группа) и 43 человека без МС (группа сравнения). Группы были сопоставимы по возрасту и степени АГ.

Пациентам, проводилось стандартное клиническое обследование, а также исследование реологических параметров крови: вязкости крови и плазмы, агрегации эритроцитов (включая автоматическую агрегатометрию эритроцитов), их деформируемости и цитоархитектоники.

Полученные результаты. Не выявлено различий между изучаемыми группами по ряду параметров, таких как вязкость крови и плазмы, гематокрит, а также деформируемость эритроцитов. В то же время в основной группе по результатам автоматической агрегатометрии зарегистрировано усиление процессов агрегации эритроцитов: уменьшалось время сборки линейных эри-

троцитарных агрегатов (RT (0) $2,28 \pm 0,3$ и $2,43 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$) и содержание неагрегированных эритроцитов ($44,6 \pm 9,3\%$ и $54,3 \pm 8,2\%$, $p < 0,05$), увеличивался показатель агрегации ($1,95 \pm 0,3$ и $1,7 \pm 0,4$, $p < 0,05$).

Значимых различий в показателях цитоархитектоники эритроцитов в изучаемых группах не выявлено. Однако, у больных обеих групп наблюдалась тенденция к росту содержания необратимо измененных форм эритроцитов.

По результатам факторного анализа, гемореологические сдвиги у обследованных больных, независимо от наличия у них МС, определяются в наибольшей степени нарушениями агрегации эритроцитов при меньшей роли изменений вязкости плазмы, деформируемости эритроцитов и их цитоархитектоники.

Клинически важно, что у 60,9% пациентов с МС реологические нарушения были умеренными – соответствовали первой степени тяжести (Н.Н.Фирсов, 2000); 30,4% больных не имели нарушений агрегации. В то же время у 9,5% обследованных нарушения были значимыми, что следует учитывать при выборе гипотензивной терапии.

Заключение. Выявление гемореологических нарушений у больных ГБ, в особенности с сопутствующим МС, а также оценка их тяжести позволяют дифференцированно подходить к выбору схемы лечения данного состояния.

МАРКЕРЫ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Семенченко И.Ю.¹, Шарафетдинов Х.Х.^{1,2}, Плотникова О.А.¹, Сенцова Т.Б.¹, Назарова А.М.¹

1 ФГБНУ «НИИ питания», Москва, Россия

2 ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»,

Цель исследования: изучить показатели цитокинового статуса у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы: в исследование включено 231 пациент с СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $46,1 \pm 0,8$ лет, длительность заболевания – $7,2 \pm 1,4$ года. Все пациенты получали стандартную сахароснижающую терапию и находились в стадии метаболической субкомпенсации (уровень HbA1c в среднем $7,2 \pm 0,6\%$). В зависимости от избыточной массы тела пациенты разделены на 3 группы: 1 группа – пациенты с сахарным диабетом 2 типа с ожирением I степени ($n = 50$), 2 группа – с ожирением II степени ($n = 51$), 3 группа – с ожирением III степени ($n = 53$). Группу сравнения составили 18 практически здоровых лиц. У всех пациентов и здоровых лиц проведено исследование в сыворотке крови показателей цитокинового статуса (ФНО- α , IL-1, IL-4, ТФР- β 1) методом иммуноферментного анализа.

Результаты: установлено, что по мере нарастания избыточной массы тела у больных сахарным диабетом 2 типа отмечено повышение в сыворотке крови уров-

ня провоспалительных цитокинов (ФНО- α , IL-1, ТФР- β 1) на фоне снижения содержания в сыворотке крови IL-4. Увеличение индекса массы тела сопровождалось повышением содержания ФНО- α в сыворотке крови, при этом у больных с ожирением III степени уровень ФНО- α и ТФР- β 1 в сыворотке крови в 5,7–5,6 раз соответственно превышала этот показатель в группе сравнения ($p < 0,05$). Уровень IL-1 в сыворотке крови у пациентов с ожирением I и II степени превышал этот показатель у здоровых лиц в 1,3 и 1,7 раза ($p < 0,05$), достигая максимума при III степени (повышение в 2,2 раза, $p < 0,05$). Одновременно у больных с СД 2 типа отмечено снижение уровня IL-4 в 1,7 раза – при ожирении I степени, в 3,6 раза – II степени, в 7,7 раз – при III степени.

Заключение: увеличение массы тела больных сахарным диабетом 2 типа сопровождается повышением уровня ФНО- α , IL-1, ТФР- β 1 при снижении содержания IL-4, что отражает дисрегуляторные изменения, характерные для воспалительного процесса в жировой ткани.

ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ОЖИРЕНИЕМ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Назарова Е.А., Кратнов А.Е., Козлова О.Г.

Государственный Медицинский Университет, Ярославль, Россия

Доказано, что наличие ожирения сопровождается развитием «кардиопатии ожирения», которая проявляется диастолической дисфункцией левого желудочка и эксцентрической гипертрофией миокарда. Механизмы возникновения структурных изменений в сердце при ожирении до конца не ясны. Полагают, что одним из факторов ремоделирования сердца может быть гиперсимпатикотония, возникающая под влиянием синтезируемого в жировой ткани лептина. Методом, позволяющим оценить активность вегетативной нервной системы, является изучение вариабельности ритма сердца.

Цель исследования: определить влияние ожирения на показатели вариабельности ритма и ремоделирование сердца у мужчин без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 143 пациента (средний возраст $45,2 \pm 9,2$ года) без ИБС. Для определения степени периферического ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Ожирение было диагностировано у 64 (44,8%) пациентов, из них у 50 (78,1%)

выявлялась I степень ожирения (ИМТ 30–34,9 кг/м²), у 13 (20,3%) – II степень ожирения (ИМТ 35–39,9 кг/м²), у 1 (1,6%) – III степень ожирения (ИМТ ≥ 40 кг/м²). У 89,1% мужчин с ожирением выявлялась артериальная гипертензия. Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы «Astrocard® HOLTERSYSTEM-2F Elite» (ЗАО «Медитек», Москва). Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips «En Visor C».

Результаты. У пациентов с наличием ожирения достоверно чаще выявлялась диастолическая дисфункция ($64,1\% > 51,9\%$; $p = 0,01$) и ремоделирование левого желудочка ($20,3\% > 12,6\%$). Больше количество случаев диастолической дисфункции ($76,9\% > 62\%$) и ремоделирования левого желудочка ($30,8\% > 18\%$) наблюдалось у мужчин со II степенью ожирения, по сравнению с пациентами с I степенью ожирения. При этом количество случаев артериальной гипертензии у пациентов с I и II степенью ожирения достоверно не различалось ($88\% < 92,3\%$). При изучении параметров

ВРС у мужчин с ожирением было выявлено достоверное снижение стандартного отклонения от средних длительностей интервалов R–R (SDNN $140,9 \pm 28,8 < 154,5 \pm 40,2$ мс; $p = 0,02$) и мощности в диапазоне высоких частот (HF $266,5 \pm 216,5 < 405,7 \pm 401,6$ мс²; $p = 0,02$). У пациентов с ожирением II степени, по сравнению с пациентами с I степенью ожирения, наблюдалось снижение HF ($173,4 \pm 96,8 < 293,2 \pm 203,7$ мс²; $p =$

0,04). Поскольку уменьшение показателя HF указывает на смещение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатического отдела, можно полагать, что при увеличении степени ожирения нарастает влияние симпатической нервной системы на синусовый узел.

Выводы. Рост частоты ремоделирования сердца при увеличении степени ожирения ассоциируется с усилением симпатических влияний на синусовый узел.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Наймушина А.Г.¹, Янтимирова Р.А.², Логиева М.Х.²

1 Тюменский государственный нефтегазовый университет, Тюмень, Россия
2 ГБУЗ ТО «Областная больница № 15», с. Нижняя Тавда, Россия

По мнению большинства ученых, морфофункциональные изменения сердечно-сосудистой системы в процессе старения сложно отличить от патологических процессов, обусловленных заболеванием. В то же время, достаточно большое число лиц пожилого и старческого возраста имеют такие же функциональные показатели деятельности ССС как здоровые респонденты активного трудоспособного возраста.

Цель исследования: провести стратификацию ФР кардиоваскулярной патологии у лиц старше 70 лет.

Материалы и методы исследования. Клинико-диагностическое обследование: осмотр кардиолога и терапевта, развернутый биохимический анализ крови, ЭКГ. Холтеровское мониторирование (ХМ) и Эхо-КГ проводились по клиническим показаниям. Оценка эмпирических данных у 52 мужчин и 184 женщин 70 лет и старше, проживающих в Нижнетавдинском районе проведена с соблюдением норм и правил этической экспертизы.

При проведении скрининговой оценки состояния здоровья у 21% мужчин и 7,6 % женщин не было зарегистрировано значимых функциональных изменений со стороны сердца, морфологических показателей и биохимии крови. У половины обследованных пациентов выявлены нарушения зрения и нейросенсорная тугоухость, при этом четкой корреляции между полом, тяжестью течения ССЗ и естественными возрастными изменениями сенсорных систем прослежено не было.

Сочетание АГ и ХОБЛ зарегистрировано у 3 курящих более 1 пачки сигарет в день мужчин. У 2 женщин диагностирована бронхиальная астма средней степени тяжести и АГ. У 1 женщины и 1 мужчины диагностирована симптоматическая АГ на фоне хронического пиелонефрита. Изолированная систолическая АГ выявлена у 13 мужчин и 72 женщин. Сочетание АГ и ИБС у 8 мужчин и 62 женщин. У 4 мужчин и 12 женщин зарегистрированы жизненно угрожающие НРС – фибрилляция-трепетание предсердий. Женщины в группе исследования не курили, но не отрицали эпизодическое употребление алкоголя. Все мужчины употребляли алкоголь, 52% опрошенных мужчин курят более 50 лет не менее 1 пачки в день. Корреляционный анализ не показал взаимосвязи таких ФР как возраст, курение, гиперхолестеринемия, избыточный вес и артериальная гипертензия с ССО. Исключение составили пациенты с ассоциированной с СД II типа кардиоваскулярной патологией. У 8 мужчин, половина которых, курит не более 1 пачки сигарет в день ОХС $5,29 \pm 0,76$ ммоль/л, ИМТ – $26,05 \pm 2,91$. У 23 женщин с ИМТ $31,08 \pm 5,72$, ОХС $5,81 \pm 1,07$ ммоль/л.

Заключение. Абсолютный риск ССО является патогномичным для пожилых мужчин и всех лиц старше 75 лет. При составлении уравнения регрессии, для мужчин 70 лет и старше при отсутствии факторов риска ССЗ суммарный сердечно-сосудистый риск и вероятность смерти в течение 10 лет составят 10–14%, а для женщин той же возрастной группы – 8–10%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И СТЕПЕНЬ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Насыбуллина А.А., Булашова О.В., Газизянова В.М., Малкова М.И., Хазова Е.В.,
Билалова Р.Р.*

ГБОУВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения РФ
ГАУЗГородская клиническая больница № 7, Казань

Вовлечение почек при многих заболеваниях, в том числе исходно не считающихся почечными, делает не-

обходимым разработку единых подходов к ведению пациентов с коморбидной патологией.

Цель. Изучить распространенности тяжесть хронической болезни почек (ХБП) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) по уровню скорости клубочковой фильтрации и альбуминурии.

Материал и методы исследования. Обследовано 62 больных с ХСН, у которых ранее повреждение почек не диагностировано, средний возраст $67,3 \pm 1,4$ года, у 100% причиной ХСН была ишемическая болезнь сердца, у 62,9% в сочетании с артериальной гипертензией. Продолжительность ХСН – не более 7 лет. Распределение по функционального класса (ФК) ХСН: II – 19,4%, III – 62,9%, IV – 17,7%. У 67,7% больных фракция выброса левого желудочка была сохранена. Хроническую болезнь почек верифицировали в соответствии с Российскими рекомендациями 2013 г. Критериями оценки функции почек были: отношение альбумин/креатинин (Ал/Кр) мочи, суточная экскреция белка (СЭБ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕРІ. По СКФ у больных с ХСН определялась стадия, а по уровню альбуминурии – индекс ХБП.

Результаты исследования. СКФ у больных с ХСН составила $67,3 \pm 1,4$ мл/мин/1,73 м², что соответствовало С2 стадии ХБП. СКФ у пациентов ПФК было достоверно выше ($65,4 \pm 5,9$ мл/мин/1,73 м²), чем при ФК III–

IV ($51,1 \pm 2,8$ мл/мин/1,73 м²; $p = 0,019$). Распределение по стадиям ХБП было следующим: С2–41,9%, С3а б – 50%, С4–5 – 8,1%. Средняя суточная экскреция белка составила $295,9 \pm 49,6$ мг/сут. Достоверного различия между параметрами больных ФК II и III–IV не было ($334,5 \pm 107,2$ мг/сут. и $284,9 \pm 55,3$ мг/сут). Среднее значение Ал/Кр не превышало $122,7 \pm 5,3$ мг/г, что характерно для А2 индекса ХБП, как и СЭБ – $295,9 \pm 49,6$ мг/сут. В структуре больных с ХСН лиц с А2 индексом было 48,4%, А1–35,5%, А3–16,1%. Почечная дисфункция нарастала по мере увеличения функционального класса ХСН: если при А1 больных IV ФК было только 9,2%, то при А2–23,3%, А3–20%.

Выводы: Распространенность ХБП среди больных с ХСН II–IV ФК составляет 100%.

Скорость клубочковой фильтрации достоверно ниже у пациентов III–IV ФК сравнительно со II ФК ХСН.

По уровню СКФ большинство больных с ХСН (91,9%) соответствуют С2 и С3 стадиям.

По уровню альбуминурии (альбумин/креатинин мочи) 83,9% больных с ХСН относятся к А1 и А2 градам.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ТЕСТА НА АЛКАГОЛИЗМ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В.

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

Цель: с помощью теста на алкоголизм у пациентов с сердечно-сосудистой патологией выявить признаки пьянства.

Материалы и методы: в 2014 г проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. В качестве скринингового теста на алкоголизм применялся тест-опросник ВОЗ (1982 г), содержащий 10 вопросов. Ответы оценивались по бальной системе. Суммарное превышение 8 баллов свидетельствовало о существенных проблемах в злоупотреблении алкоголем. Результаты: участвовало 70 пациентов: 40 (57,1%) мужчин и 30 (42,9%) женщины, 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, у 12 (17,1%) – ОНМК, у 12 (17,1%) – сахарный диабет. 12 (17,1%) пациентов курят. Только у 2 (2,9%) пациентов суммарный бал составил 8 и соответствовал вредному питьевому поведению. У 4 (5,7%) суммарный бал был равен 6, у 2 (2,9%) – 2, у 6 (8,6%) – 1, у 50 (71,4%) – 0, 6 (8,5%) не заполнили тест-опросник. Стоит отметить, что при подсчете результатов было выявлено, что не все пациенты правильно заполнили тест-опросник. Первый вопрос «Как часто вы употребляете алкоголь?» при ответе предполагал несколько вариантов ответов: «никогда», «ежемесячно

или меньше», «2–4 раза в месяц», «2–3 раза в неделю», «4 и более раза в неделю». При этом, если пациент выбирал «никогда», он должен был перейти к последним двум вопросам, оценивающим нанесение физического урона в результате употребления алкоголя и обеспокоенность родственников по этому поводу. Вопросы 2–8 оценивали дозу принимаемого алкоголя и питьевое поведение. Было выявлено, что ответили правильно 30 (42,9%) пациентов, ответили неправильно – 34 (48,6%). Из ответивших неправильно, было выявлено, что 4 (5,7%) пациента отвечали «никогда» на первый вопрос, но в дальнейшем отмечали дозу алкоголя, 2 (2,9%) вообще не ответили на первый вопрос, но отвечали на вопросы относительно своего питьевого поведения, 2 (2,9%) также не ответили, но указали, что их родственники обеспокоены по поводу употребления ими алкоголя, 2 (2,9%) ответили, что «бросили выпивать», 24 (34,2%) ответили «никогда», но не перешли к последним двум вопросам и отвечали на все вопросы теста, но все ответы соответствовали тому, что эти пациенты не склонны к злоупотреблению. С учетом всего выше сказанного, было выявлено, что употребляют алкоголь 16 (22,9%) пациентов, не употребляют 48 (68,6%). При проведении одномерного непараметрического анализа выявлено, что пациенты, которые ответили, что не употребляют, заполнили тест-опросник неправильно 30 (88,2%), и наоборот, заполнившие правильно – употребляют (12 (75%) ($p = 0,00000$), что вызывает сомнения относительно честности опрошенных.

Выводы: вредное пищевое поведение выявлено только в 2,9% случаев, употребляет алкоголь четверть опрошенных. Достоверно значимы неправильные отве-

ты для пациентов, утверждающих, что не употребляют алкоголь.

ЧАСТОТА РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ

Негматова Г.М., Абдуллоев Ф.Н., Ачева Г.А., Шарипова Х.Ё.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить частоту резистентной артериальной гипертензии (РАГ) у пациентов, госпитализированных с осложнённым гипертоническим кризом (ОГК) в стационарах разного профиля.

Материалы и методы. У пациентов, госпитализированных с ОГК в терапевтические, кардиологические, неврологические и реанимационное отделения ГКБ № 5 и ГМЦ г. Душанбе изучена частота РАГ и «жёсткие» конечные точки (количество инфаркта миокарда, инсульта и случаев смерти). Критерии включения: первичная АГ (гипертоническая болезнь), установленная согласно рекомендациям ВНОК; возможность сбора данных о субклиническом поражении органов-мишеней, стратификации риска, проведённой антигипертензивной терапии и динамики АД (в т. ч. суточный профиль АД). Критерии исключения: вторичные формы АГ, тяжёлая и влияющая на АД сопутствующая патология (декомпенсированная стадия сахарного диабета, хронические обструктивные заболевания лёгких, онкопатология, терминальная почечная недостаточность). Критериям включения соответствовало 441 пациент, госпитализированных с первичной АГ в стационарах разного профиля, у которых на госпитальном этапе изучена частота РАГ.

Результаты и обсуждение. Установлено, что основная часть пациентов с первичной АГ было госпитализировано в кардиологические, терапевтические и несколько реже в неврологическое и реанимационное отделения (33,8–27,7–22,9–15,6% соответственно). У обследованных пациентов с ОГК продолжительность клинических проявлений АГ и терапии колебалась от 5 до 22 лет, составляя в среднем $12,2 \pm 2,6$ лет. Как причина госпитализации выделены тяжёлая степень АГ (чаще всего

неконтролируемая), ИБС (стенокардия напряжения, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда), аритмии, сердечная недостаточность, транзиторная ишемическая атака, инсульты. РАГ (отсутствие контроля АД при 3 компонентной терапии с включением мочегонных или контроль АД на фоне 4 и более компонентной терапии) выявлено у 136 (30,8%) пациентов ОГК: у 45 (30,2%) пациентов кардиологических, 21 (17,2%) – терапевтических, 37 (36,6%) – неврологического и 33 (47,8%) – реанимационного отделений. Возраст пациентов от 34 до 78 лет, средний возраст $60,8 \pm 3,8$ лет; мужчин – 81 (59,6%), женщин – 55 (40,4%). Соотношение женщин и мужчин среди госпитализированных пациентов с РАГ в отделениях разного профиля было следующим: 24 (53,3%) и 21 (46,7%) в кардиологическом; 14 (66,7%) и 7 (33,3%) в терапевтическом, 8 (21,6%) и 29 (78,4%) в неврологическом, 9 (27,3%) и 24 (72,7%) в реанимационном отделениях.

Тяжёлые исходы наблюдались у 51 (37,5%) пациентов, в т. ч. у 46 (90,2%) пациентов, доставленных машиной скорой помощи в реанимационное и неврологическое отделения; мужчин 39 (76,5%), женщин – 12 (23,5%). Инсульты установлены у 23 (45,1%), инфаркт миокарда у 28 (54,9%); на фоне этих осложнений смертельный исход наблюдался в 5 (9,8%) случаях, в т. ч. в 1 (2%) – женщина.

Выводы: 1) Частота РАГ преобладает среди женщин, госпитализированных с ОГК в терапевтические и кардиологические отделения, а мужчин – в реанимационное и неврологическое. 2) В обследованной популяции тяжёлые кардиальные и церебральные исходы на фоне РАГ значительно чаще наблюдаются у мужчин ($p < 0,05$).

ОЦЕНКА ПЕРЕНОСИМОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У РАБОЧИХ С ПЫЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЛЕГКИХ.

Нененко О.И., П.В. Серебряков

ФБУН ФНЦГ им. Ф.Ф. Эрисмана Роспотребнадзора, г. Мытищи, Россия

Цель: оценить переносимость физической нагрузки у рабочих пылевых профессий с помощью 6-минутного теста, показателей насыщения крови кислородом (сатурации) и гемодинамики.

Методы: проведено обследование 90 мужчин с пылевой патологией органов дыхания (пневмокониоз, пылевой бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких), средний возраст которых составил

$53,2 \pm 8,3$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу были включены пациенты со стажем работы 20 лет и более (49 человек, средний возраст $54,0 \pm 7,3$ года), во 2 группу вошли пациенты со стажем работы до 20 лет (41 человек, средний возраст $50,6 \pm 6,5$ лет). В целом средние значения антропометрических показателей были сопоставимы: индекс массы тела (ИМТ) $1-28,6 \pm 4,1$, $2-28,4 \pm 4,2$ кг/м³. Обследованным

проведена пробы с 6-минутной ходьбой (6МХ), результаты которой оценивались с учетом данных эхокардиографии, спирометрии, пульсоксиметрии, артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты: до проведения нагрузочной пробы исходные показатели сатурации (SpO_2) и гемодинамики отличались незначительно: SpO_2 в 1 группе $94,51 \pm 2,17\%$, во 2 – $94,61 \pm 2,06\%$, диастолическое артериальное давление (ДАД) в 1 группе составило $84,4 \pm 7,26$ мм.рт. ст., во 2 – $85,37 \pm 8,29$ мм.рт. ст., ЧСС в 1 – $76,49 \pm 11,24$ уд в мин, во 2 – $76,15 \pm 8,61$ уд в мин. Несколько больше показатели систолического артериального давления (САД) были в 1 группе $131,4 \pm 12,12$ и $128,78 \pm 10,46$ мм.рт. ст. соответственно. Средняя дистанция, пройденная за 6 минут, в 1 группе была меньше, чем во 2 и составила $467,15 \pm 68,60$ м и $481,44 \pm 56,99$ м соответственно. После нагрузочной пробы изменения изучаемых показателей были сопоставимы. SpO_2 в 1 группе уменьшилась

на $0,4 \pm 2,2\%$, во 2 – на $0,1 \pm 2,3\%$, ДАД увеличилось в 1 на $2,0 \pm 6,4\%$, во 2 – $2,4 \pm 11,6\%$, ЧСС в 1 увеличилась на $24,3 \pm 19,9\%$, во 2 – на $25,6 \pm 21,7\%$. Прирост САД был больше в 1 группе, чем во 2: на $9,3 \pm 9,1\%$, и на $6,4 \pm 8,9\%$ соответственно. По данным спирометрии более выраженные обструктивные изменения в легких отмечены в 1 группе: объемная скорость выдоха за 1 секунду (ОФВ1) составила $85,46 \pm 28,22\%$, во 2 – $88,36 \pm 28,20\%$, максимальная объемная скорость при выдохе 50% (МОС50) $68,58 \pm 38,4\%$, во 2 – $76,04 \pm 39,4\%$. Структурные и функциональные показатели эхокардиографии в обеих группах не отличались.

Вывод: у обследованных пациентов с учетом полученных данных более высокая толерантность к физической нагрузке в первую очередь определялась более оптимальными показателями систолического артериального давления до и после нагрузки и степенью обструктивных нарушений.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННОЙ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Никитюк Т.Г., Иванова Л.Н., Иванов В.А.

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», г. Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние выраженной хронической аортальной недостаточности (АН) на диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ), используя метод трансторакальной эхокардиографии (ЭХО-КГ).

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов с АН. Из анализа исключены все пациенты с поражением других клапанов сердца, коронарных артерий, с фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) менее 55%, с повышением давления в стволе легочной артерии более 25 мм.рт. ст. Оставшиеся 25 (44%) пациентов составили группу исследования. Все пациенты были мужского пола, средний возраст 35 ± 5 лет. Пациенты относились к II–III классу по NYHA. Контрольная группа включала 10 здоровых добровольцев, средний возраст 34 ± 6 лет. Всем пациентам была выполнена ЭХО-КГ на ультразвуковом сканере VIVID-7 фирмы GE с использованием мультиспектрального датчика 2,5–4,7 МГц. Все ЭХО-КГ измерения проводились согласно рекомендациям Американского Общества Эхокардиографии. Оценку диастолической функции ПЖ проводили при синусовом ритме в режиме PW-доплер. Рассчитывались параметры транстрикуспидального потока: скорость раннего наполнения ПЖ (VE), скорость систолы правого предсердия (VA), их соотношение (VE/VA), время ускорения E, время замедления E, время продолжительности E, время продолжительности A, интеграл линейной скорости пиков E и A (VTI E и VTI A), время изоволюмического расслабления ПЖ (IVRT).

Результаты исследования. Статистически достоверных различий между пациентами и контрольной группой по возрасту, росту, массе тела и сердечному ритму выявлено не было. Систолическое и диастолическое артериальное давление, индекс массы миокарда ЛЖ, конечно-диастолические и конечно-систолические размеры и объемы ЛЖ, размер левого предсердия были достоверно больше у пациентов с АН, чем в контрольной группе. Не было достоверных различий у пациентов с АН и в контрольной группе между ЭХО-КГ параметрами, характеризующими правые камеры сердца: фракцией изменения площади ПЖ, толщиной передней стенки ПЖ и площадью правого предсердия. Достоверное отличие контрольной группы от пациентов с АН наблюдалось по конечно-диастолическому размеру ПЖ. У пациентов с АН параметры транстрикуспидального потока: VE/VA, IVRT, VTI E и VTI A достоверно отличались от таковых в контрольной группе. Кроме того, была отмечена высокая корреляционная связь между степенью АН и возникновением диастолической дисфункции ПЖ ($r = 0,71$).

Выводы. Перегрузка объемом ЛЖ нарушает межжелудочковое взаимодействие и негативно влияет на диастолическую функцию ПЖ. У пациентов с выраженной хронической АН необходимо детально анализировать транстрикуспидальный кровоток для оценки функционального состояния ПЖ.

ПРЕДИКТОРНАЯ РОЛЬ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА, НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Абдуллаева С.Я., Якуббеков Н.Т., Хасанов М.С.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение возможности прогнозирования развития осложнений инфаркта миокарда на фоне многососудистого поражения коронарного русла в течение 12 месяцев у больных с сахарным диабетом, а также определение наиболее информативных в прогностическом показателе ВСП.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ исходов 97 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), на фоне сахарного диабета 2 типа (СД) с поражением ствола левой коронарной артерии (ЛКА) в сочетании со стенозом двух и более коронарных сосудов, по данным коронарографического исследования, находившихся на стационарном лечении в РСЦК. По данным 12 месячного наблюдения в зависимости от исходов были созданы 2 группы – благоприятного прогноза $n = 46$ и неблагоприятного прогноза $n = 51$, имеющих одно и более из следующих осложнений: летальный исход, повторный ИМ (нефатальный), развитие и прогрессирование сердечной недостаточности (СН) (по данным ШОКС в модификации В.Мареева), повторные госпитализации

Результаты: В группе больных с неблагоприятными исходами, в течение года, выявлено значительное и достоверное снижение общей ВСП, что отражает показатель TP ($p = 0,05$), параметров вегетативной нервной системы, отражающих изменения сосудистого тонуса, колебания метаболизма и системы терморегуляции – ULF и VLF ($p = 0,04$ и $p = 0,0007$, соответственно), симпатического тонуса – LFn ($p = 0,02$), а также индекса LF/HF ($p = 0,03$), и показателей mRR, SDNN и SDNNi как в дневное, так и в ночное время ($p = 0,02$, $p = 0,009$ и $p = 0,01$ соответственно).

Заключение: Снижение спектральных показателей общей ВСП (TP и ULF), в первые 3 суток, является предиктором неблагоприятных исходов. Наиболее значимым предиктором неблагоприятных исходов, является LN VLF. Также необходимо отметить неблагоприятное значение преобладания парасимпатической системы над симпатической у больных острым инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета 2 типа.

КАНДИДОЗ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Никишин А.Г., Якуббеков Н.Т., Абдуллаева С.Я., Хасанов М.С.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: определение распространенности и чувствительности микотической инфекции у больных острым инфарктом миокарда с сопутствующей пневмонией, среди жителей Узбекистана.

Материалы и методы. В исследование включено 40 больных обоего пола, старше 55 лет (средний возраст $65,3 \pm 6,4$ г.), поступивших в кардиореанимационное отделение РСЦК, с диагнозом ОИМ и сопутствующей пневмонией. У всех больных, до начала антибактериальной / антимикотической терапии проводился бактериологический анализ мокроты, с определением чувствительности к антибиотикам, а также эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ).

Результаты.

В изучаемой группе, микотическая инфекция (превалировала candida albicans), была выявлена у 16 паци-

ентов (40%). Более чем у 30 % пациентов, отмечалась устойчивость к флуконазолу, немного меньше число резистентных к интраконазолу (25 %) и к кетоконазолу (18,75 %). Напротив, в отношении чувствительности к фунгицидам, лучшие результаты показал нистатин – до 50 % пораженных микотической инфекцией были к нему высокочувствительны. На ЭхоКГ, признаков эндокардита зарегистрировано не было. У всех больных выявлен умеренный лейкоцитоз ($8,6 \pm 2,7 \cdot 10^9/л$), что характерно для острой стадии инфаркта миокарда.

Выводы. У 40% больных с острым инфарктом миокарда, на фоне пневмонии, регистрируется грибковая инфекция, все случаи которой были связаны с Candida albicans. Выявлена высокая чувствительность к нистатину. Признаков влияния кандидоза на показатели ЭхоКГ не обнаружено.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Николаенко Н.В.

Областной кардиологический центр Западно-Казахстанской области, г. Уральск, Казахстан

Цель исследования: выявить частоту встречаемости и структуру пороков сердца у пациентов, направленных на эхокардиографическое исследование в 2014 году.

Материал и методы исследования: исследование проведено у 2541 ч., возраст пациентов составил от 17 до 94 лет. Исследование проводилось наУЗ сканере «Vivid3». Для верификации диагноза также был проведен анализ клинических, лабораторных и других инструментальных данных.

Результаты: врожденные пороки сердца (ВПС) были диагностированы у 172ч.(6%), нарушение функции клапанов сердца приобретенного характера у 543ч. (21%), 57ч.(2,2%) имели протезированные клапаны сердца. Некоррегированный ВПС имели 103ч.(возраст-38±13 лет). Структура ВПС в исследуемой группе была следующей: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) - 44, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - 13, двустворчатый аортальный клапан-20, открытый артериальный проток-7, стеноз легочной артерии-11, тетрада Фалло-3, некоррегированная транспозиция магистральных артерий в сочетании с ДМЖП и клапанным легочным стенозом-2, коарктация аорты-1, неполная форма атриовентрикулярного септального дефекта-1, аномалия Эбштейна-1. Высокая легочная гипертензия была диагностирована у 6 пациентов с ДМПП и 2 пациентов с большими ДМЖП, умеренная легочная гипертензия – у 17 пациентов с ДМПП. Комбинированные и/или сочетанные пороки клапанов сердца воспалительного генеза были выявлены у 64ч.(2,5%), возраст пациентов составил 56±9 лет. Ревматический

генез порока был установлен - у 56ч., инфекционный эндокардит- у 7ч. Пороки, обусловленные выраженным атеросклеротическим, дегенеративным поражением клапанов и кальцинозом, приведшие к стенозу митрального и/или аортального клапанов были диагностированы у 49ч.(1,9%), возраст пациентов- 76±4 года. Дегенеративные поражения клапанов, приведшие к незначительной и умеренной их недостаточности, были выявлены у 207ч. (8%), возраст пациентов составил 69±8 лет. Нарушения функции атриовентрикулярных клапанов, обусловленные дилатацией камер сердца на фоне поражения миокарда ишемического, воспалительного генеза или кардиомиопатией были диагностированы у 185ч. (7%), возраст пациентов- 64±9 лет. В этой подгруппе пациентов отмечалось значительное снижение насосной функции желудочков сердца (фракция выброса 34±5%), а также наличие у подавляющего количества пациентов разной степени выраженности легочной гипертензии. Недостаточность аортального клапана, обусловленная расширением корня аорты, была обнаружена у 10ч.(0,39%), возраст пациентов составил 60±7 лет. Проплапс клапанов с регургитацией нами был выявлен у 26ч.(1%), возраст пациентов- 44±15 лет.

Выводы: 1) в исследуемой группе частота диагностики ВПС составила 6%, а приобретенных пороков сердца- 21%; 2) среди ВПС наиболее часто диагностировались ДМПП, двустворчатый аортальный клапан, ДМЖП; 3) наиболее частыми причинами приобретенных пороков сердца в исследуемой группе были дегенеративные поражения клапанов сердца.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ВЫРАЖЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО РИСКА

Нилова О.В., Колбасников С.В.

ГБОУ ВПО Тверская ГМА, г. Тверь, Россия

Цель исследования. Оценить степень нарушения когнитивных функций и особенности нервно-психических расстройств у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого сердечно-сосудистого риска.

Методы исследования. В амбулаторно-поликлинических условиях обследовано 75 пациентов, страдающих АГ, средний возраст – 57,6±2,2 лет. Средняя длительность АГ – 6,4±1,5 лет. В 18,6% случаев была выявлена II стадия АГ, III стадия АГ регистрировалась у 81,4% пациентов. 1 степень АГ наблюдалась у 20,9 % больных, 2 степень АГ – у 53,5 %, 3 степень – у 26,6% пациентов. У 18 (41,9%) пациентов была выявлена

ИБС, а у 22 (51,1%) – цереброваскулярная патология, включающую дисциркуляторную энцефалопатию, острое нарушение мозгового кровообращения и транзиторно-ишемические атаки в анамнезе. В группу контроля вошли 11 пациентов АГ с низким сердечно-сосудистым риском. Проводили общий клинический осмотр, оценку антропометрических показателей, данных биохимического анализа крови и липидного спектра, комплексное нейропсихологическое тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA) и шкале оценки психического статуса (MMSE), а также оценивали наличие нервно-психических рас-

стройств по Шкале HADS с определением уровня тревоги и депрессии.

Полученные результаты. Сравнительный анализ полученных результатов показал высокую распространенность нарушений когнитивной функции различной степени выраженности у пациентов, страдающих АГ ($p < 0,05$). Средняя оценка пациентов основной группы по шкале MoCA составила $21,04 \pm 3,44$ из 30 баллов, а у лиц контрольной группы – $28 \pm 2,8$. Следует отметить, что только 14,0 % пациентов, страдающих АГ, достигли «нормального» показателя (≥ 26 баллов), что свидетельствовало об отсутствии каких-либо нарушений в когнитивной сфере. У 11,6% пациентов основной группы эти нарушения носили легкий характер, умеренную степень снижения имели 72,1% пациентов и в одном случае (2,3%) выявленные изменения носили характер тяжелой деменции. Кроме того, результаты нашего исследования показали, что у пациентов с АГ с увеличением значений уровня артериального давления увели-

чивалась степень когнитивных нарушений с $24,9 \pm 2,54$ до $18,29 \pm 3,97$ ($p < 0,07$). В тоже время с повышением уровня артериального давления и длительности заболевания с высокой степенью достоверности отмечалось повышение уровня тревожности с $8,23 \pm 2,54$ до $13,45 \pm 2,11$ баллов и депрессии с $6,44 \pm 1,94$ до $15,05 \pm 2,61$ баллов ($p < 0,001$). Также следует отметить, что у пациентов, страдающих АГ, показатели краткосрочной памяти, отсроченного восприятия и внимания достоверно отличались от таковых в группе контроля. **Выводы.** У пациентов высокого сердечно-сосудистого риска наблюдаются высокая распространенность нарушений когнитивной функции в различной степени выраженности. Степень этих нарушений прогрессивно увеличивается с повышением уровня артериального давления и длительности заболевания, что приводит не только к ухудшению прогноза жизни пациентов, нарушая их социальную активность, но также снижает способность адекватного контроля за течением болезни.

ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Е.А.Номоконова, А.А.Ефремушкина, В.А.Елыкомов, Д.М.Рудакова

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Барнаул, Россия

Цель. Изучить региональные особенности распространения факторов риска у больных с ишемической болезнью сердца по данным краевого регистра хронической ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Регистр хронической ишемической болезни сердца Алтайского края был разработан и внедрен в 2011 году, ведение регистра осуществляется в настоящее время. Регистр ведется на базе КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер и Краевая клиническая больница. Количество пациентов, внесенных в базу регистра на начало 2015 года составило 10800 человек (69% трудоспособный возраст). Полученная информация подвергнута анализу и статистической обработке с помощью программ Microsoft Excell, Statistica 6. Сравнение проведено с данными всемирного регистра больных стабильной ишемической болезнью сердца – CLARIFY.

Результаты. Болезней системы кровообращения – на 2013 год в России зарегистрировано 27 тыс. на 100 тыс. населения, в Алтайском крае – 54 тыс. на 100 тыс. населения. Средний возраст пациентов, включенных в регистр Алтайского края – 65,1, по данным регистра CLARIFY в России – 59,2, в других странах – 64,5 ($p < 0,0001$). Мужчины составляют большую часть из заболевших ИБС, так в Алтайском крае это 66,4%, в России – 73,1%, в других странах – 77,8 %. Артериальная гипертензия сопровождает ИБС в Алтайском крае – 86,9% пациентов, в России в 79,6%, в других

странах – 70,3% ($p < 0,0001$). Дислипидемия имеется у 51,3% пациентов с ИБС в Алтайском крае, у 77,8% в России, в других странах – 74,6% ($p = 0,0001$). Курят в Алтайском крае 27,1% с ИБС, в России – 20,9%, в других странах – 11,8% пациентов ($p < 0,0001$). Избыточная масса тела и ожирение имеются у 28,8% пациентов с ИБС Алтайского края, в России у 28,6%, в других странах у 27,2% ($p < 0,0001$). Семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям зарегистрирован у 19% пациентов в Алтайском крае, у 37,5% в России, в других странах у 27,8% ($p < 0,0001$). Сахарным диабетом страдают 18,4% пациентов с ИБС в Алтайском крае, 16,7 % в России, в других странах – 30,1% ($p < 0,0001$). Наличие ассоциированных клинических состояний в анамнезе, таких как инфаркт миокарда/мозговой инсульт в Алтайском крае у 53,6/5,3%%, в России у 78,3/6,7%%, в других странах – у 58,4/7,1%% ($p < 0,0001/0,2494$).

Выводы. Распространенность болезней системы кровообращения в Алтайском крае в 2 раза выше, чем в России, пациенты Алтайского края немного старше, в большей части это мужчины. Имеется высокая распространенность гипертонической болезни, табакокурения среди пациентов Алтайского края. Частота встречаемости дислипидемий, ассоциированных клинических состояний ниже, что, скорее всего, обусловлено особенностью ведения Регистра.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, КАК ФАКТОРА РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ

Номоконова Е.А., Ефремушкина А.А., Киселева Е.В., Рудакова Д.М.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Барнаул.

Цель. Изучить особенности распространения артериальной гипертонии у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и оценить их приверженность к лечению.

Материалы и методы. Работа выполнялась на базе КГБУЗ Алтайского краевого кардиологического диспансера. Ретроспективно было включено 186 пациентов: в основную группу ($n = 101$) – пациенты с диагнозом ИБС, после аортокоронарного или маммакоронарного шунтирования в 2011 и 2012 годах, находящихся на диспансерном учете в кабинете восстановительного лечения; в группу сравнения ($n = 85$) – пациенты со стабильной ИБС без оперативного лечения. Исследование было наблюдательным, проводилось в течение двух лет, оценивались критерии эффективности диспансеризации – посещаемость, приверженность лечению. Комплаентность к терапии оценивалась путем мониторинга по результатам посещений. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excell, Statistica 6.

Результаты. Средний возраст пациентов в основной группе составил $59,69 \pm 5,53$, в группе сравнения – $62,78 \pm 7,40$ ($p = 0,05$). Среди них пациенты мужского пола: 87% – основная группа и 67% – группа сравнения ($p = 0,0006$). Распространенность артериальной гипертонии составила в основной группе – 91%, в группе сравнения – 88% ($p > 0,000$). Третья степень повышения АД имела у 60% пациентов, независимо от проведенного оперативного лечения. Частота посещения кардиолога за год составило в основной группе – $2,55 \pm 1,89$

раза, в группе сравнения – $0,46 \pm 0,69$. На первом году наблюдения достигались целевые цифры артериального давления у 93% пациентов основной группы, у 71% пациента группы сравнения ($p = 0,0001$). К концу второго года наблюдения достижение целевого уровня артериального давления наблюдалось у 87 % пациентов в основной группе, в группе сравнения – в 52% случаев ($p > 0,0000$). Пациенты, которые находились на изначально назначенной терапии: в основной группе – 31%, в группе сравнения – 17% ($p > 0,0000$). Проводилась коррекция терапии: в основной группе – 56%, в группе сравнения – 53% ($p = 0,1$). Не регулярная терапия: в основной группе и группе сравнения составила по 10% ($p = 0,1$). Результаты лечения не оценены по причине неявки на прием к врачу или отсутствия терапии: основная группа – 3%, группа сравнения – 20% ($p > 0,000$). Причинами коррекции терапии в основном были: возобновление ангинозных болей, снижение толерантности к физической нагрузке, резистентное течение артериальной гипертонии.

Выводы. Отмечена высокая распространенность артериальной гипертонии у пациентов с ИБС, преобладание лиц мужского пола. Прооперированные пациенты были моложе, чем без операций; *чаще посещали врача*; приверженность к терапии была выше. Приверженность к лечению артериальной гипертонии у пациентов после оперативного лечения была обусловлена регулярностью наблюдения и наличием контакта с врачом.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Олейник Н.А., Ненилина Г.В., Бакиев И.Н., Гарипов А.М., Олейник М.А.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, Ижевск

Цель исследования: выявить гендерные особенности клинического течения гипертонической болезни, ее осложнений, наличие факторов риска и дифференцированной лекарственной терапии в зависимости от половой принадлежности.

Исследование проведено с использованием анкеты, разработанной сотрудниками кафедры, включающей 56 вопросов, непосредственного обследования больных, находившихся на лечении в специализированном кардиологическом отделении городской клинической больницы № 6, а также анализа диспансерного наблюдения (по амбулаторным картам). Критерии включения: метод случайной выборки мужчин и женщин в равном количестве, страдающих как изолированной формой гипертонической болезни, так и в сочетании

с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом. Для оценки достоверности полученных результатов использовали критерии достоверности t . Всего обследовано в течение 2012–2014 гг. 300 чел. (150 мужчин и 150 женщин). Средний возраст мужчин среди обследованных достоверно ниже, чем у женщин (соответственно $64,7 \pm 2,5$ и $70,3 \pm 2,7$). Длительность заболевания у большинства мужчин меньше 20-ти лет, а у женщин – больше 20-ти лет. Гипертоническая болезнь мужчин часто протекает субклинически и выявляется случайно. Изолированная форма – в 3 раза чаще. Коморбидность – в равной мере. Кризовое течение – чаще у женщин и летом, у мужчин – значительно реже и зимой. Но такие грозные осложнения, как острое нарушение мозгового кровообращения и острый инфаркт

миокарда – достоверно выше у мужчин (соответственно в 1,7 раз и 2,4 раза). Имеются различия и в образе жизни, степени нарушения гемодинамики и др. показателях (Холтер, ЭХО-кардиограмма и др.). В пределах стационарного лечения набор лекарственных средств мало отличался в обеих группах, а амбулаторно среди женщин преобладали мочегонные, β -блокаторы и антагонисты кальция; среди мужчин – ингибиторы ангиотензинпревращающие ферменты и β -блокаторы. Статины в обеих группах – редко. Регулярность

приемов препаратов и осведомленность в целевом их действии – выше у женщин (в 1,9 и 3,0 раза – соответственно). В итоге стоит подчеркнуть, что гипертоническая болезнь протекает у мужчин более злокачественно, часто сочетается с ишемической болезнью сердца и – субклинически, что требует дифференцированного подхода в тактике лечения и проведении соответствующих профилактических мероприятий по образу жизни (отказ от курения и злоупотребления алкоголем, а также увеличения двигательной активности и др.).

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Олемтеева Е.В.

Медико-санитарная часть УФСБ России по Ростовской области. Ростов-на-Дону. Россия.

Целью исследования явилась оценка влияния молекулярных вазоконстриктантов на состояние тонуса сосудистой стенки.

Материалом для исследования выбрана сыворотка венозной крови. На основании данных анамнеза, осмотра, ультразвукового и электрофизиологического исследований было выделено 2 основные группы обследуемых. Контрольная группа представлена 30 практически здоровыми женщинами репродуктивного возраста без признаков сердечно-сосудистой патологии. Клиническая группа состояла из 45 женщин репродуктивного возраста с верифицированной гипертонической болезнью (ГБ) I стадии I степени, длительность основного заболевания не превышала 5–6 лет. Для достижения поставленной цели определяли количество малонового диальдегида (МДА), уровень молекул средней массы (МСМ), внеэритроцитарного гемоглобина (ВЭГ), окисленных и резистентных к окислению липопротеидов (ЛП) по унифицированным методикам.

Результаты исследования. У пациенток клинической группы отмечается увеличение общего количества ЛП на 78,2% относительно контрольной группы. При этом выявлен достоверный рост количества окисленных ЛП на 64,7% при более выраженном снижении резистентных форм ЛП на 85,0%. Окисленные ЛП действуют как лиганды, запуская каскад внутриклеточных сигналов через α -АМФ или инозитол-трифосфатный путь. Они увеличивают концентрацию цитозольного кальция в эндотелиальных клетках гладких мышц сосудов, что обеспечивает их вовлечение в про-

цессы мышечного сокращения. Также отмечается рост ВЭГ на 51,7%, что свидетельствует об активации металл-индуцированного окисления ЛП сыворотки крови, что документируется ростом концентрации МДА на 94,3%. Значительное накопление МДА способствует формированию эндотелиальной дисфункции и спазму сосудов. По отношению к сосудистой стенке МДА оказывает как прямое действие на клеточные мембраны по принципу рецепторных взаимодействий, или токсических ядов, так и опосредованное воздействие на сосудистую русло через активацию тромбоцитов и лейкоцитов. Необходимо отметить, что у пациенток данной группы отмечается накопление МСМ на 53,3%. Следовательно, можно полагать, что при ГБ имеет место повреждение, как липидного, так и белкового компонента липопротеидных частиц, что способствует их дополнительной окислительной модификации.

Выводы. Таким образом, установлено, что при ГБ отмечается окислительная модификация липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) за счет изменения их липидного и белкового компонентов. Подобная картина сочетается с ростом МДА и МСМ, что свидетельствует о развитии эндогенной интоксикации и обеспечивает молекулярную основу развития вазоконстрикторных реакций в начальной стадии развития гипертонической болезни. Данные биохимические маркеры могут быть использованы не только для оценки развития эндотелиальной дисфункции, но и в качестве предикторов формирования начальной стадии ГБ.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У МУЖЧИН НА ФОНЕ ПРЕДГИПЕРТОНИИ

Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И.

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

Ранее проведенные исследования показали, что склонность к агрессии наряду с тревожностью и неуверенностью в себе были обнаружены в характере лиц с предгипертонией, которая примерно в 30–40% слу-

чаев трансформируется в артериальную гипертензию (АГ). Наличие внутриличностных конфликтов является показателем неэффективности психологических адаптивных стратегий в поведении личности, что ведет

к повышению риска психосоматических заболеваний, ярким примером которых является АГ.

Целью исследования явилось изучение эффективности механизмов психологической защиты у здоровых мужчин на фоне предгипертензии.

В исследование вошли 100 здоровых мужчин, которые на основании показателей артериального давления (АД) были разделены на три группы: контрольная группа (КГ, n = 32) – мужчины с оптимальными показателями АД ниже 120 и 80 мм.рт. ст.; группа сравнения (ГС, n = 38) – мужчины с нормальными показателями АД 120–129 и 80–84 мм.рт. ст.; основная группа (ОГ, n = 30) – мужчины с высокими нормальными показателями АД 130–139 и 85–89 мм.рт. ст. Средний возраст всех обследованных составил 22,0 (20,0; 23,0) года. Диагностика механизмов психологической защиты проводилась с помощью методики «Индекс жизненного стиля» – «Life Style Index» (LSI). Методика была разработана Р. Плутчиком в соавторстве с Г. Келлерманом и Х.Р. Контом в 1979 году (опросник Плутчика – Келлермана-Конте).

Полученные результаты показали, что у мужчин КГ значимого преобладания какого-либо механизма защиты не выявлено, что является наиболее адаптивной личностной стратегией и указывает на использование в оп-

тимальных пределах всех защитных механизмов. Их общая напряженность защит составляет 46,6% (40,3; 47,2), что является нормативным значением для городского населения России. Общая напряженность защит у мужчин ГС несущественно превышала нормальные значения и составила 51,2% (48,2; 53,1). У мужчин на фоне высокого нормального АД общая напряженность защит существенно превышала нормальные значения и составляла 57,1 % (52,7; 58,6, p = 0,02). Достоверно выше были значения показателей защит «проекции» и «рационализации» (p ≤ 0,03) в сравнении с КГ и ГС. Механизм «проекции» может способствовать снижению психоэмоционального напряжения за счет того, что личность, его использующая, не принимая свои негативные черты, приписывает их окружающим, а с помощью «рационализации» находит социально приемлемые объяснения своему неадекватному поведению, однако этот эффект временный и не обеспечивает надежной защиты организма от действия стрессорных агентов. Следовательно, у лиц мужского пола с предгипертензией преобладают неэффективные стратегии психологической защиты, что при действии неблагоприятных факторов может привести к манифестации АГ как психосоматической патологии

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Олесин А.И.¹, Литвиненко В.А.², Константинова И.В.¹, Аль-Барбари А.В.²

ГБОУ ВПО «Северо-западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»¹, Елизаветинская больница 2, Санкт-Петербург.

Цель исследования – определение возможности использования первичной профилактики для предупреждения развития фибрилляции предсердий (ФП) у больных метаболическим синдромом (МС) при выявлении краткосрочного риска ее возникновения.

Наблюдалось 201 больных МС в возрасте от 58 до 75 лет (в среднем 67,7 ± 1,9 лет), у которых был выявлен краткосрочный риск (в течение 2 лет после первого обследования) развития ФП. После включения в исследование каждый больной наблюдался от 1 года до 4–5 лет: конечной точкой наблюдения явилось наличие или отсутствие развития ФП. Краткосрочный риск развития ФП определялся по ранее выявленным критериям при проспективном исследовании, в частности, при снижении в динамике наблюдения индекса риска развития ФП (ИРРФП) более чем на 20% в сравнении с исходными данными. ИРРФП рассчитывался по формуле: $ИРРФП = (FiP-P/Pd) \times (ЧПИА/А)$, где ИРРФП – индекс риска развития ФП, FiP-P – продолжительность фильтрованной волны «Р» сигнал-усредненной электрокардиограммы в мс, Pd – дисперсия зубца «Р» в мс, ЧПИА – частотный порог индуцирования аритмии, определяемый с помощью электрокардиостимуляции предсердий, А – продолжительность индуцированной аритмии в минутах (патент № 201229470 от 20.06.2013). Все больные были распределены на три

группы. В I группу вошло 34 (16,92%) больных, у которых дополнительно к гипотензивной и гиполипидемической терапии использовались полиненасыщенные жирные кислоты (Омега 3 и др.), во II группу было включено 76 (37,81%) больных, у которых – применялись антиаритмические препараты II класса, остальные пациенты были включены во III группу, которым – проводилась модулированная кинезотерапия (МК) (патент № 2286086 от 20.06.2006). Достоверного различия по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования между группами выявлено не было.

Результаты исследования показали, что у 16 (47,06%), 32 (42,11%) и 44 (48,35%) больных I, II и III группы соответственно был выявлен риск развития ФП в течение 6 месяцев (p > 0,05), а у остальных – в течение 2 лет после первого обследования. После включения в исследование в течение 2–3 лет после первого обследования у 32 (94,12%), 59 (77,63%) и 28 (30,77%) больных I, II и III групп соответственно наблюдалось развитие пароксизмальной или персистирующей формы ФП (p < 0,05). Положительный эффект использования МК был обусловлен за счет преимущественного обратного структурного ремоделирования сердца.

Таким образом, использование МК в качестве первичной профилактики развития ФП у больных МС при выявлении краткосрочного риска развития этой аритмии позволяет в 2,28 и 3,12 раза снизить ее фактическое развитие в сравнении с применением антиарит-

мических препаратов II класса и полиненасыщенных жирных кислот соответственно. Положительный эффект использования МК был обусловлен за счет преимущественного обратного структурного ремоделирования левого желудочка.

КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКО-ТЦУБО: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ (ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Олесин А.И.¹, Литвиненко В.А.², Константинова И.В.¹

1 Кафедра госпитальной терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского (зав. кафедрой – проф. д.м.н. С.А. Сайганов) ГБОУ ВПО «Северо-западного Государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова»

2 Елизаветинская больница (гл. врач – проф. д.м.н. Е.К. Гуманенко), Санкт-Петербург.

Цель исследования – оценка клинических вариантов развития и отдаленных исходов течения кардиомиопатии Тако-Тцубо.

Материал и методы. За период с 2009 по 2014 гг. у 22 (0,67%) женщин в возрасте от 42 до 65 лет (в среднем 59,3±3,8 года) из 3275 больных острым коронарным синдромом, которым экстренно (в первые 2–6 ч с момента поступления в стационар) была выполнена коронарография и вентрикулография, была выявлена кардиомиопатия Тако-Тцубо. Диагноз заболевания устанавливался на критериях АНА/ECS (2008). Всем больным в течение 6–12 недель после выписки из стационара была выполнена эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ), контрастная магнитно-резонансная томография (МРТ) и стресс-эхокардиография и/или стресс-сцинтиграфия с технецием-99. Продолжительность наблюдения больных составила от 1 года до 4 лет в течение которого регистрация ЭКГ проводилась 1 раз в 3 месяца, суточное мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ – не реже 1 раза в 6 месяцев.

Результаты. Все пациенты были русской национальности, индекс массы тела у них составил ≤ 19 кг/м². У 12 (54,55%) из 22 больных отмечался ангинозный вариант, у 1 – рецидивирующая фибрилляция желудочков с последующим развитием кардиогенного шока, у остальных – смешанная форма (ангинозная в сочетании с различными желудочковыми аритмиями) начала заболевания. При обследовании у всех

больных выявлены нормальные коронарные артерии, баллоноподобное расширение средней части верхушки левого желудочка (ЛЖ) с гиперкинезией базальных его сегментов и фракцией выброса, составившей от 18 до 25%, повышение уровня тропонина (в 5–100 раз в сравнении с нормальными значениями), подъем сегмента S-T ЭКГ в передне-перегородочной области ЛЖ. Всем больным проводилась терапия бета-адреноблокаторами, антиагрегантами. В последующем на ЭКГ отмечалась закономерная динамика очаговых изменений в той же области, характерных для эволюции инфаркта. При обследовании после выписки из стационара ишемических и очаговых изменений при проведении эхокардиографии, ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ, МРТ, стресс-тестов выявлено не было. За последующий период наблюдения у всех больных ишемических изменений, летальных исходов и развития других осложнений также выявлено не было.

Заключение. Все больные кардиомиопатией Тако-Тцубо были женщинами с индексом массы тела < 19 кг/м². У подавляющего большинства больных начало заболевания дебютировало развитием ангинозного варианта, а в среднем у 50% – в сочетании с желудочковыми аритмиями. При последующем наблюдении на протяжении 1–4 лет после выписки из стационара ишемических изменений, летальных исходов и развития других осложнений не отмечалось, что может быть расценено как благоприятный краткосрочный прогноз.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАКОРА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Олимов Н. Х., Собирова М.М.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Межрайонный кардиологический центр Пенджикентского района Согдийской области Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценить эффективность влияние Омакора (омега -3 полиненасыщенных жирных кислот) в комплексной терапии больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST), осложнившимся желудочковыми аритмиями.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 80 больных (50 мужчин и 30 женщин, средний возраст 58±9,5 лет) с ОКСпST, 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 ОКСнСТ, осложнившимся желудочковыми нарушениями ритма, способствует снижению частоты развития этих аритмий, и тем самым снижает риск развития летальности при данной патологии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Олимов Н. Х., Собирова М.М.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Межрайонный кардиологический центр Пенджикентского района Согдийской области Республики Таджикистан

Цель исследования: изучение эффективности препарата Омакора для превентивного лечения нарушения экстракардиальной регуляции больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС-ПСТ).

Материалы и методы исследования. 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 $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^4$ 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 их 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 ($b \geq 0$).

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 ОКСПСТ.

ИЗМЕНЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ходжакулиев Б.Г., Ораева Б.Н.

Госпиталь с научно-клиническим Центром Кардиологии, (Ашхабад, Туркменистан)

В последние годы большое внимание уделяется изучению variability (дисперсии) величины QT интервала – маркера неомогенности процессов реполяризации, поскольку увеличенная дисперсия интервала QT также является предиктором развития ряда серьезных нарушений ритма, включая внезапную смерть.

Существуют два наиболее изученных патогенетических механизма аритмий при синдроме удлиненного QT интервала. Первый – механизм «внутрисердечных нарушений» реполяризации миокарда, а именно, повышенная чувствительность миокарда к аритмогенному эффекту катехоламинов. Второй патофизиологический механизм – дисбаланс симпатической иннервации. Цель работы: оценка взаимосвязи индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и её сопряженность с показателями реполяризации желудочков.

В исследование были включены 65 больных с АГ возрасте от 32 до 68 лет (45 мужчин и 20 женщин). По результатам суточного мониторирования ЭКГ определяли QT_{max} , QT_{min} , QTc и QTd . По данным эхокардиографии оценивали ИММЛЖ и тип гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ).

Все больные были разделены на 2 группы: ИММЛЖ у больных первой группы ($n = 42$) составил $92,4 \pm 1,96$ г/

м², а у больных второй группы ($n = 23$) – $116,3 \pm 2,8$ г/м² ($p < 0,001$).

Результаты. Максимальное удлинение QT_d и QTc было отмечено у пациентов второй группы, который был достоверно ниже на 17,7% и 16,6% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем больных первой группы. Увеличение показателей выявлено у больных с концентрической ГЛЖ: QT_d – $74,11 \pm 3,34$ мс, QT_c – $421,6 \pm 2,86$ мс.

У больных с эксцентрической ГЛЖ эти показатели составили QT_d – $61,08 \pm 3,12$ мс, QT_c – $407,3 \pm 3,45$ мс. При эксцентрической ГЛЖ с фракцией выброса меньше 50% выявлено увеличением длительности QT_d – на 15,2% и QTc – на 19,3 %, а при концентрической ГЛЖ QT_d – на 21,8 % и QTc – на 29,3 % ($p < 0,05$). Выявлена корреляция между частотой ЖА и увеличением QT_d и QTc ($r = 0,34$; $p < 0,05$). Увеличение $QT_d > 70$ мс способствует повышению ЖА высоких градаций.

Таким образом, изменение интегральных показателей сопряжено с ИММЛЖ и концентрической ГЛЖ, а при эксцентрической ГЛЖ связано с низкими значениями ФВ. Увеличение интегральных показателей сопряжено с появлением ЖА высоких градаций.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Орджоникидзе З.Г., Бадтиева В.А., Павлов В.И., Деев В.В., Полянский Н., Николаев В.В., Иванова Ю.А.

ГБУЗ МНПЦМРВиСМ Клиника Спортивной Медицины ДЗ гор. Москвы

В 2014 году в Клинике Спортивной Медицины Департамента здравоохранения г. Москвы организованное углубленное медицинское обследование прошло более 10 000 спортсменов Москомспорта. С профилактической, лечебной точки зрения, а также вследствие необходимости решения о допуске к занятиям спортом, представляет интерес, с какой патологией у профессиональных спортсменов приходится сталкиваться врачам команд и лечебно-профилактических учреждений.

Материалы и методы. Углубленное медицинское обследование проведено 10 140 лицам, профессионально занимающихся спортом, согласно действующему Приказу 613 Министерства Здравоохранения РФ, посвященному медицинскому обеспечению спорта.

Результаты и обсуждение. Следует обратить внимание на выявление острых воспалительных состояний (ОРВИ, ОРЗ и др.), обострение хронических воспалительных процессов. Примерно, 10–15% случаев у спортсменов на УМО выявлялись признаки подобных состояний (ЛОР-признаки, изменения в анализах крови – лейкоцитоз, лимфоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы, увеличенное СОЭ и др.). Это вполне логичное явление, учитывая склонность спортсменов к иммунодефицитным состояниям, чревато при физических нагрузках интенсивным включением в метаболизм повреждающих ткани продуктов, и их повреждением (в частности, повреждением сократительного

миокарда и клеток проводящей системы). В среднем, каждый десятый спортсмен (10%) имеет повышенный уровень МВ КФК, причем, у лиц, до 14-ти лет, это, примерно, каждый сотый спортсмен (1%), у лиц, до, 17-ти лет – каждый двадцатый (примерно, 5%). Основная часть лиц с повышенной концентрацией МВ КФК приходится на взрослых спортсменов. Примерно, 82,4% спортсменов с повышенным МВ КФК составляют мужчины (4/5 всех наблюдений) и 17,6% – женщины (1/5 наблюдений).

Зависело повышение МВ КФК и от вида спорта. Высокий уровень МВ КФК имели спортсмены, участвующих в гребле – 18,8% от всех атлетов в данном виде спорта; водное поло – 15,0% от спортсменов в этом виде спорта; 14,1% – в регби; 11,1% – футбол. Как правило, повышение МВ КФК наблюдалось у профессиональных спортсменов с тяжелыми тренировочными нагрузками накануне, и не являлось признаком клинически значимого повреждения миокарда. Большинство спортсменов, которые имели высокий уровень МВ КФК, принадлежали к мужскому полу, что позволяет предположить роль действующей массы скелетных мышц в повышении этого показателя. Не доказано существенных различий между уровнем физической работоспособности у спортсменов с увеличением МВ КФК и без увеличения этого показателя.

У спортсменов женского пола довольно часто выявляется анемия (примерно, у каждой 5–6-ой спортсменки), что требует квалифицированной консультации гинеколога, зачастую назначения препаратов, коррекции тренировочных нагрузок и питания). Что касается гинекологии, то у нас были случаи выявления различной женской патологии (эрозии шейки матки, мастопатии и др.), потребовавшей назначения лечения с последующим наблюдением.

Со стороны сердечно-сосудистой системы нередки случаи выявления признаков, так называемого, патологического ремоделирования (патологической трансформации) миокарда. В основном, это проявляется в избыточном утолщении стенок сердечной мышцы. В частности, характерно утолщение задней стенки и межжелудочковой перегородки свыше 13 мм. В среднем, число таких случаев варьирует от 5 до 33% процентов в различных видах спорта. В наибольшей степени, подобным изменениям подвержены спортсмены скоростно-силовых видов спорта, игровых видов спорта с силовым компонентом (регби, американский футбол и др.), видов спорта с комбинированными нагрузками (гребля, велоспорт). У таких спортсменов часто выявляются гипертонические реакции в ответ на различные типы физической работы.

У многих спортсменов (примерно, 20–25%) выявляются признаки дистрофии миокарда. Под этой маской могут скрываться и случаи латентно текущего миокардита.

Примерно, у 7–10% спортсменов регистрируются нарушения ритма, не относящиеся к вариантам нормы у спортсменов (экстрасистолия, АВ-блокада II степени и др.).

Чаше, такие случаи требуют наблюдения и лечения, а не пожизненного отстранения от занятий спортом. Тем не менее, менее чем в 1% случаев, спортсменам дальнейшие занятия спортом не рекомендованы.

Выводы. Особое внимание следует уделить выявлению и лечению наиболее распространенных патологических процессов у спортсменов – острых и обострению хронических воспалительных процессов (следствие снижения иммунорезистентности при сверхнагрузках), и анемии у лиц женского пола.

К выявлению сердечно-сосудистой патологии у спортсменов следует подходить с большой осторожностью, как вследствие ее возможности быть причиной неотложных состояний, так и вследствие большой вероятности ложноположительных вердиктов, как следствие специфики функционирования и ремоделирования сердечно-сосудистой системы спортсмена.

РАСПОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

И.В. Осипова, С.А. Шальнова, Р.В. Неупокоева, Т.В. Репкина

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия;

Цель: изучить распространенность традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей сельской местности Алтайского края.

Материал и методы. Для обследования сельского населения Алтайского края формирование выборки осуществлялось в три этапа, на первом этапе были случайным образом выбраны три района Алтайского края по методу L. Kish, среди всего населения села и прилегающих территорий в возрасте 25–64 лет, выбрано 900 человек для возможного участия в исследовании. На втором этапе в отобранной поликлинике были выбраны врачебные участки с населением в среднем 1500) человек. На третьем этапе, на каждом участке была произведена пошаговая рандомизация (улица, дом, квартиры) с шагом 20. В каждой квартире в качестве возможного участника исследования рассматривался только 1 человек в возрасте 25–64 лет. Если в доме проживали несколько человек, подходящих для исследования, отбирался тот, который родился позже, независимо от года рождения. Всем включенным в исследование проводился опрос по стандартной анкете, измерялись артериальное давление (АД), окружность талии, рост, масса тела. Измерение АД проводилось с использованием автоматического измерителя давления OMRON M2 Classic на правой руке с точностью до 2 мм.рт. ст. двукратно с интервалом более 1 минуты

в положении сидя в покое. В анализ включали среднее значение из двух измерений. За АГ (артериальная гипертония) принимали уровень АД 140/90 мм.рт. ст. и более или АД менее 140/90 мм.рт. ст. на фоне антигипертензивной терапии или если обследуемый принимал препараты по поводу повышенного АД в течение последних 14 дней. Ожирение рассматривалось при величине ИМТ более или равно 30 кг/м². Абдоминальное ожирение (АО) считалось при определении окружности талии (ОТ) выше 94 см у мужчин и 80 см у женщин. Если обследуемый курил регулярно в течение года или более, он считался курящим. Гиперхолестеринемия – при значениях общего холестерина выше 4,9 ммоль/л, гипергликемия – выше или равно 6,1 ммоль/л. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 20.0 и статистического пакета SAS, версия 6.12. Все пациенты перед включением подписывали информированное согласие.

Результаты. Проведено обследование 658 жителей сельской местности, из трех районов Алтайского края. По результатам нашего исследования распространенность АГ у жителей сельской местности составила 50,4%, среди мужского и женского населения 46,9% и 52,1%. По результатам проведенного исследования осведомлены о цифрах своего артериального давления 85% сельского населения, и 38,6% лечатся эффектив-

но. Распространенность употребления табака сельским населением у лиц с повышенным АД составила 43,8% мужчин и 5,5% женщин. Распространенность гипергликемии у жителей села составляет 12,8% у мужчин и 20,9% у женщин. Повышение уровня гликемии преимущественно отмечено у лиц молодого возраста 25–34 лет имеющие АГ.

Выводы. В рамках проведенного исследования, у сельского населения Алтайского края в возрасте

25–64 года выявлена высокая распространенность АГ 50,4%. У женского населения Алтайского края выявлена высокая распространенность таких факторов риска как АГ, гипергликемия, избыточная масса тела выше и встречается чаще, чем у мужчин. Среди мужского населения имеющих АГ высока доля курящих мужчин. Спутниками мужчин молодого и среднего возраста имеющих АГ являются такие факторы риска как гипергликемия, гиперхолестеринемия и ожирение.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ В КАТАМНЕЗЕ ЧЕРЕЗ 3 И 6 МЕСЯЦЕВ

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

НУЗ ОКБ на станции Барнаул, Барнаул, Россия.

Цель исследования. Оценить эффективность комплексного лечения с применением селективной хромотерапии при стресс-индуцированной артериальной гипертонии (АГ) у работников локомотивных бригад в катамнезе через 3 и 6 месяцев.

Материалы и методы исследования. 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).

Проведенный сравнительный анализ гемодинамики (САД, ДАД и ЧСС) через 3 и через 6 месяцев в группе сравнения в конце рабочей смены показал, что прирост АД был в 2–2,5 раза выше, чем у работников локомотивных бригад, составляющих основную группу ($p < 0,05$). Кроме этого, показатели АД и ЧСС группы сравнения вышли за пределы нормальных значений, что свидетельствует о более низком уровне стрессоустойчивости. Для оценки стрессоустойчивости пациентам проводилось психоментальное тестирование «Математический счет». Динамика АД в основной и группе сравнения при проведении психоментального теста через 3 и 6 месяцев после проведения курса комплексного лечения: в основной группе сохранился положительный эффект после хромотерапии: реакция на стресс-тест незначительно превысила

норму. Прирост САД на стресс-тест через 3 и 6 месяцев 7,6% (7,7%) ($p < 0,05$) соответственно, при норме САД 7% от исходного АД. В группе сравнения, отмечалась гипертензивная реакция: через 3 месяца прирост САД на $25,7 \pm 1,3$ мм.рт.ст. (15,5%) ($p < 0,05$), ДАД – на $9,7 \pm 0,3$ мм.рт.ст. (10,7%) ($p < 0,05$), через 6 месяцев прирост САД на $39,6 \pm 1,3$ мм.рт.ст. (22,3%) ($p < 0,05$), ДАД – на $10,6 \pm 1,2$ мм.рт.ст. (10,9%) ($p < 0,05$).

При анализе качества жизни по общему опроснику «SF-36» у пациентов обеих групп через 3 месяца после комплексного лечения отмечалось сохранение полученных результатов по всем шкалам, но у пациентов основной группы уровень качества жизни был достоверно выше; через 6 месяцев после комплексного лечения в основной группе мы выявили достоверное снижение по некоторым шкалам. Но эти показатели оставались выше исходных значений как до лечения, так и после лечения, и значимо выше, чем в группе сравнения, где показатели снизились по шкалам RE – «эмоциональная роль» на 11% ($p < 0,05$), MH – «психическое здоровье» на 13,4% ($p < 0,05$), в то время как в основной группе с достоверного уменьшения данных показателей не произошло.

Выводы: включение в комплексное лечение селективной хромотерапии синим и зеленым цветом у работников локомотивных бригад со стресс-индуцированной АГ позволяет сохранить положительный эффект через 3 и 6 месяцев в отношении стабильности АД на рабочем месте, сохранения нормальной реакции на стресс-тест ($p < 0,05$) и уровня качества жизни, в отличие от группы сравнения.

ПОВЫШЕННЫЕ УРОВНИ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ У СПОРТСМЕНОВ

Павлов В.И., Бадтиева В.А., Полянский Н., Орджоникидзе З.Г., Деев В.В., Николаев В.В., Иванова Ю.А.

ГБУЗ МНПЦМРВиСМ Клиника Спортивной Медицины ДЗ г. Москвы

Известно, что сердечные ферменты являются одним из диагностических методов обнаружения острого повреждения миокарда. Чаще всего они используются для подтверждения инфаркта миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца. Одним из наиболее часто используемых показателей в медицинской практике является уровень МВ изофермента сывороточной креатинфосфокиназы (МВ КФК). Описаны случаи увеличения МВ КФК у спортсменов после тяжелых нагрузок, спортивных состязаний. Тем не менее, неясно, насколько часто это явление встречается в ходе обычного тренировочно-соревновательного процесса, в каких видах спорта и при каких нагрузках чаще всего наблюдается, а также его диагностическое и прогностическое значение.

Цель исследования – выяснить вероятность повышения уровня МВ КФК у спортсменов в различных видах спорта, и его клиническое значение.

Материалы и методы. Использованы данные углубленного медицинского обследования (УМО) 118 профессиональных спортсменов (20 – водное поло, 16 – гребля, 64 – регби 18 – футбол), достоверно не различающихся по полу и возрасту (средний возраст спортсменов был $20 \pm 2,1$ года). Проводилось нагрузочное тестирование, с регистрацией ЭКГ в 12 отведениях, ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца, биохимический анализ крови, в том числе, определение уровня МВ КФК.

Результаты и обсуждение. Увеличение МВ КФК отмечено у 17 человек (14,4% от всех спортсменов), из которых 14 – мужчины (82,4% спортсменов с повы-

шенным МВ КФК), и 3 – женщины (17,6% спортсменов с увеличением МВ КФК).

Высокий уровень МВ КФК имело 3 спортсмена, занимающихся по водным поло, что составило 15,0% от спортсменов в этом виде спорта; 16 человек, участвующих в гребле, что было равно 18,8% от всех атлетов в данном виде спорта; 9 спортсменов занимались регби (14,1%); 2 человек являлись футболистами (11,1%).

Ни у одного из спортсменов, имевших увеличение МВ КФК, не зарегистрировано других признаков повреждения сердечной мышцы. Все спортсмены (100%) с увеличенным МВ КФК накануне подвергались очень высоким тренировочным нагрузкам, либо участвовали в соревнованиях за день до исследования.

Не было никаких существенных различий в физической работоспособности между группой с повышенным МВ КФК, и спортсменами с нормальным уровнем этого изофермента.

Выводы.

1 Примерно у 15% профессиональных спортсменов с тяжелыми тренировочными нагрузками, выявлено повышение МВ КФК, которое не являлось признаком клинически значимого повреждения миокарда.

2. Большинство спортсменов, которые имели высокий уровень МВ КФК, принадлежали к мужскому полу, что позволяет предположить роль действующей массы скелетных мышц в повышении этого показателя.

3. Не доказано существенных различий между уровнем физической работоспособности у спортсменов с увеличением МВ КФК и без увеличения этого показателя.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО СПОРТСМЕНА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Павлов В.И., Бадтиева В.А., Орджоникидзе З.Г., Деев В.В., Иванова Ю. М., Николаев В.В.

Клиника спортивной медицины МНПЦМРВиСМ Департамента Здравоохранения гор. Москвы

Картина ЭКГ паттерн спортсмена, в особенности, подростка, значительно отличается от лиц, ведущих неактивный образ жизни. Трактовка его часто различается, в зависимости от специализации врача. Кроме того, на ЭКГ-картину накладывает отпечаток вид спорта и специфика мышечной деятельности.

Цель исследования: Выявить электрофизиологические девиации по данным электрокардиографии (ЭКГ), наиболее часто встречающиеся, либо являющиеся поводом предположить патологические изменения.

Материалы и методы: За 2013 год в Клинике спортивной медицины проходили углубленное медицинское обследование 1122 спортсмена в возрасте от 14 до 17 лет включительно, чей уровень можно оценить как высокий согласно подтвержденной квалификации (I разряд, кандидат в мастера спорта, мастер спорта и др.), либо уровню их выступления (выступление на уровне сборных, профессиональных спортивных команд и др.). Это были представители циклических (гребля, велоспорт, лыжи и др.), игровых (футбол, хоккей с шайбой, волейбол и др.), сложнокоординаци-

онных (синхронное плавание, мотоспорт и др.) видов спорта и единоборств (преимущественно, безударные техники). Всем им была выполнена ЭКГ в покое, а также проведен максимальный ступенчатый нагрузочный тест.

Результаты и обсуждение: Изменения в процессе генерации и проведения импульса встречались у большинства спортсменов. В 64,7% случаев (726 человека) регистрировалась частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту, у 7,6% (86 человека) – ниже 50 ударов в минуту, и у 3,9% (24 человека) – ниже 45 ударов в минуту. У 134 (11,9%) человек отмечалось ускорение АВ-проводимости ($PQ < 0,12$ с). Замедление АВ-проводимости ($PQ > 0,20$ с), феномен считающийся по рекомендациями спортивной секции Европейского общества кардиологов, нормальным явлением, встречался лишь у 10 спортсменов (1,1%). Следует сказать, что ни у одного спортсменов, имевших вышеописанные отклонения, в процессе нагрузочного тестирования не было зарегистрировано диагностически значимых для отвода от занятий спортом нарушений. Изменения вну-

трижелудочковой проводимости, по типу замедления проводимости по правой ножке пучка Гиса (QRS более 0,10 с, либо, соответствующий паттерн желудочкового комплекса), встречалось у 88,9% (998 спортсменов). Только 12 спортсменов (1,1%) имели признаки нарушения проводимости по левой ножке пучка Гиса. У 79 спортсменов (12,6%) отмечались отрицательные, либо сглаженные зубцы Т в грудных отведениях по V3. 665

спортсменов (61,1%) имеют косовосходящий подъем ST и (или) выраженную точку J.

Выводы: 1. Рекомендации к занятиям спортом должны соответствующим образом учитывать вариабельность ЭКГ-паттерна спортсмена юношеского возраста. 2. Вариабельный паттерн ЭКГ может служить причиной ложноположительных вердиктов, либо маскировать серьезные клинические ситуации.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЫСТРОЙ ДИНАМИКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ СМЕНЕ РЕЖИМА ТРЕНИРОВОЧНЫХ НАГРУЗОК

*Павлов В.И., Субботин П.А., Орджоникидзе З.Г., Шарыкин А.С., Бадтиева В.А.,
Полянский Н.А., Деев В.В., Иванова Ю.М.*

Клиника спортивной медицины МНПЦМРВиСМ ДЗ гор. Москвы

Известно, что у профессиональных спортсменов образ жизни определяется спецификой выполняемых ими нагрузок и, в свою очередь, определяет состояние его здоровья в целом и сердечно-сосудистой системы в частности. Данный факт необходимо учитывать врачам, проводящим дифференциальную диагностику физиологического и патологического ремоделирования миокарда, которая до сих пор полностью не решена, несмотря на предлагающиеся критерии.

Материалы и методы. Наше внимание привлек случай достаточно ощутимых различий морфологической картины сердца в течение одного года у спортсмена высокого уровня. Спортсмен Ф., 22 года, мастер спорта, проходил углублённое медицинское обследование (УМО) согласно стандартизированной программе.

Первичное и повторное обследование проведено в одинаковом объеме, на одних и тех же приборах, в одних и тех же условиях и по тем же протоколам. Спортсмену выполнялись электрокардиографическое (ЭКГ) исследование; эхокардиография и максимальный ступенчато нарастающий велоэргометрический тест с газоанализом, анализ максимальной концентрации лактата-иона капиллярной крови.

Результаты и обсуждение. Целью изменения тренировок стало формирование не силовой выносливости, а большей мышечной силы. Изменения на ЭКГ в динамике проявились признаками более выраженной электрической активности сердца в левых грудных отведениях – обращали на себя внимание более высокие зубцы RV5-RV6, и более глубокие SV1- SV2. Полученные данные свидетельствуют о нарастании гипертрофии миокарда левого желудочка, которые частично могли быть нивелированы сопутствующей гипертрофией правого желудочка.

Изменения, произошедшие в отношении эхокардиографических показателей заключались в значительном изменении размеров полостей, – так, на 10 мм уменьшился конечно диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ), несколько меньше изменился конечно систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) (на 5 мм). Вместе с тем, на 3 мм увеличилась толщина межжелудочковой перегородки, и на 1 мм толщина задней стенки левого желудочка. Динамика относитель-

ной толщины стенки левого желудочка к его радиусу (ОТС-1) свидетельствует о переходе от эксцентрической к концентрической гипертрофии. Особенно заметными становятся эти изменения при использовании формулы, включающей толщину межжелудочковой перегородки (ОТС-2). Формирование концентрической геометрии сопровождалось снижением ударного выброса левого желудочка – с 107 до 65 мл. Однако двойное произведение значительно возросло, что свидетельствует о необходимости большего коронарного обеспечения этого выброса при функционировании миокарда с концентрической гипертрофией. Обращает на себя внимание значительная редукция диаметра корня аорты: синуса Вальсальвы на 3 мм и синотубулярного соединения на 13 мм. Данный феномен может быть объяснен существенным снижением ударного выброса левого желудочка.

В результатах нагрузочного тестирования (ВЭМ) обращает внимание, что при повторном тестировании, выполнение нагрузки по просьбе спортсмена остановлено на более низких цифрах эргометрических (W) и физиологических (ЧСС, $\dot{V}O_2$ и др.) параметров. Это связано с субъективно более ранним возникновением состояния утомления у спортсмена. Высокий уровень лактата (более 7 ммоль/л) указывает, что спортсмен был близок к пределу реализации своих потенциалов, как в первом, так и во втором случаях. Также обращает внимание наличие более высокого АД в процессе восстановления при повторном тестировании (несмотря на более низкую ЧСС), а также высокое АД в покое до начала тестирования. Данные результаты говорят о более низкой толерантности спортсмена при нагрузках на выносливость, сочетающихся с гипертоническим типом реакции на физическую нагрузку, что типично для силовых (статических) нагрузок, но, как правило, носит обратимый характер

Выводы. У спортсмена отмечается переход от эксцентрического ремоделирования миокарда к концентрическому, возникший уже через полгода после изменения тренировочного режима – от преимущественной перегрузки миокарда объемом (тренировки на выносливость), к преимущественной перегрузке сопротивлением (тренировки на силу).

Морфологические изменения сердечной мышцы в ходе смены тренировочного процесса нашли отражение и в изменении функциональных параметров – возрастании маркеров электрической активности левых отделов сердца на ЭКГ, уменьшении ударного выброса левого желудочка, повышении требований к объему коронарного кровотока, снижении показателей выносливости в нагрузочном тесте, формировании гипертонического типа реакций.

Подобные наблюдения свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения влияния различных видов нагрузок и режимов тренировок на состояние сердечной мышцы, кардиоваскулярной системы в целом, конечной целью которых будет снижение риска неотложных ситуаций, инвалидизации вследствие серьезных физических нагрузок, а также повышение уровня здоровья и спортивных результатов спортсменов.

ОКИСЛЕНИЕ ЖИРОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Павлюк Н.Б.¹, Шарафетдинов Х.Х.^{1,2}, Дербенева С.А.²

1 ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, Москва,

2 ФГБНУ «НИИ питания», Москва

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются лидирующей причиной инвалидизации и смертности во всем мире, что определяет необходимость поиска и разработки технологий прогнозирования риска ССЗ, в том числе с использованием современных методов нутриметабомики. Несомненный интерес представляет метод непрямой калориметрии с определением дыхательного коэффициента (ДК). ДК это соотношение между потреблением кислорода и выделением углекислого газа, отражающее окисление макронутриентов в организме. Высокий уровень ДК отражает тенденцию снижения окисления жиров при повышении окисления углеводов. Повышенный уровень ДК связан с высокой частотой повторного увеличения массы тела, частотой артериальной гипертонии и увеличением толщины комплекса «интима-медиа» брахиоцефальных артерий.

Цель исследования: изучить соотношение между ДК и частотой стенокардии у больных с сопутствующим ожирением.

Материал и методы исследования: обследовано 224 пациента со стенокардией I–IV ФК (89 мужчин и 135 женщин) с ожирением в возрасте от 34 до 80 лет. Оценка состава тела проводилась методом биоимпедансометрии. ДК измерялся методом непрямой калориметрии. Пациенты были разделены на равные кватили (56 человек) по уровню ДК: I кватиль – от 0,69 до 0,77 (0,74±0,02), II кватиль – от 0,77 до 0,8 (0,78±0,01), III кватиль – от 0,8 до 0,85 (0,82±0,02), IV кватиль – от 0,85 до 1,17 (0,92±0,06). Статистический анализ проводился в программе Statistica for Windows 6.1. Данные

представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M±SD). Для оценки статистической достоверности различий между данными использовался Хи-квадрат Пирсона.

Результаты: Пациенты во всех кватилиях ДК были сопоставимы по полу (37,5%, 46,4%, 39,3%, 35,7% мужчин), возрасту (55,7±10, 53,9±9, 56,6±9, 56,6±9 лет) и данным оценки состава тела. Индекс массы тела составил 45,5±9 кг/м², 44,1±7 кг/м², 42,3±7 кг/м², 44,1±9 кг/м², процент жировой ткани был 47,5±7%, 47,5±6%, 46,8±6%, 48,1±6% соответственно в каждом из кватилий. Были выявлены значимые различия в распространенности стенокардии между кватилиями ДК: 42,9%, 35,7%, 53,6%, 67,9% в каждом из кватилий соответственно, с самой высокой частотой в IV кватиле (p = 0,004). Также кватили ДК значимо отличались по частоте перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе: 3,6%, 12,5%, 28,6%, 23,2% в I, II, III и IV кватилиях соответственно (p = 0,002).

Выводы: Высокий ДК у больных с ожирением связан с высокой распространенностью стенокардии. С повышением уровня ДК связано увеличение частоты сердечно-сосудистых событий в анамнезе. Таким образом, нарушение окисления жиров может быть предиктором развития ССЗ у больных с ожирением. Определение уровня ДК может играть определенную роль в клинической практике, так как высокий ДК может отражать влияние нарушения некоторых механизмов окисления жиров на развитие ССЗ.

СТРУКТУРА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ТАКТИКА ИХ КОРРЕКЦИИ ПЕРОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Паламарчук Ю.Ю.¹, Шахиджанова В.А.², Третьяков А.Ю.¹, Сычев Д.А.²

1 Белгородский государственный университет, медицинский институт, Белгород

2 РМАПО, Москва

Актуальность. Тромбоэмболические осложнения являются одной из основных причин смерти и нетрудо-

способности населения. В половине случаев тромбоэмболии протекают бессимптомно и обуславливают до

15% летальных исходов в первые 7 дней после перенесенного инфаркта миокарда и еще в течение первых 2–3 месяцев. ТЭЛА является причиной смерти и госпитализаций 1% терапевтических пациентов. Также достаточно часто встречаются периферические тромбоэмболические осложнения. Для предотвращения этих осложнений в настоящее время существуют 3 класса препаратов: тромболитики, дезагреганты и антикоагулянты. Тромболитики применяются в экстренных случаях и для их применения необходимо учесть ряд условий и учесть множество противопоказаний. В условиях стационара применяются дезагреганты и антикоагулянты прямого и непрямого действия. Антикоагулянты прямого действия целесообразно применять в острых случаях для лечения ОКС, инфаркта миокарда и ТЭЛА в стационаре. У пациентов с фибрилляцией предсердий, с постинфарктным кардиосклерозом, перенесшим ТЛБАП со стентированием коронарной артерии, дилатационной кардиомиопатией, пороками сердца для профилактики тромбоэмболических осложнений назначаются в большинстве случаев не прямые антикоагулянты. Наиболее часто назначаются антагонисты витамина К.

Цель исследования: изучить структуру тромбоэмболических нарушений и их коррекцию непрямыми антикоагулянтами.

Материалы и методы: в ходе ретроспективного анализа данных кардиологического отделения Белгородской областной клинической больницы Областного онкологического диспансера были изучены соответственно 739 и 1532 истории болезни за 2013 год. Среди них использованы, те в которых упоминалось проведение профилактики тромбоэмболических осложнений при различных заболеваниях.

Результаты: В ходе изучения историй болезни пациентов кардиологического отделения были получены следующие результаты: 63 пациента с фибрилляцией предсердий принимали варфарин, 2 пациента фениндион, 6 клопидогрел, 1 пациент – ривороксабан; 29 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом после ТЛБАП со стентированием коронарных артерий принимали клопидогрел, 1 пациент – тикагрелор (брилинта); 2 пациента с ТЭЛА принимали варфарин; Фибрилляция предсердий у 3 пациентов сочеталась с пороками сердца: сочетанные митральные пороки, открытый аортальный проток, 2 пациента с дилатационной кардиомиопатией имели фибрилляцию предсердий – все они принимали варфарин. Один пациент с пристеночным тромбом и аневризмой левого желудочка принимал варфарин. Выявлен 1 случай тромбофилического синдрома неуточненного генеза у пациента, перенесшего ОНМК за несколько месяцев до госпитализации. В онкологическом диспансере для профилактики тромбоэмболических осложнений применяется только варфарин.

Заключение: Наиболее частым показанием для назначения не прямых антикоагулянтов служит фибрилляция предсердий – около 9,75% выбранных историй болезни, из них 90,3% принимали антагонисты витамина К, а 87,5 – варфарин. У пациентов онкологического диспансера для профилактики тромбоэмболических осложнений также использовался варфарин. Несмотря на трудности с удержанием МНО в пределах терапевтического интервала, необходимость постоянного контроля эффективности и безопасности применения, большое число лекарственных и пищевых взаимодействий варфарин остается препаратом выбора для перорального приема.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ EPHX1 И РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Панченко Е.А.¹, Невзорова В.А.¹, Исаева М.П.², Белов П.С.²

1 ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России, Владивосток, Россия;

2 ФГБУН ТИБОХ им. Г.Б. Елякова ДВО РАН, Владивосток, Россия

Одними из ферментов, влияющих на процессы биотрансформации ксенобиотиков, имеющие значение в развитии сосудистых катастроф у лиц с метаболическим синдромом (МС), являются эпоксидгидролазы (EPHX1) (Kiyohara et al., 2006). Ассоциация полиморфизма EPHX1 и ИМ при МС остается неизученной.

Цель работы: исследование полиморфизмов генов микросомальной эпоксидгидролазы 1 (EPHX1) и оценка их вклада в риск развития инфаркта миокарда у пациентов с МС.

Методы исследования: В исследование включено 86 больных с ИМ с подъемом сегмента ST, разделенных на две группы (1-я – без признаков МС (n = 41), 2-я – с признаками МС (n = 45), в возрасте 62±12 лет. Контроль – 50 условно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Определение полиморфных вариантов генов EPHX1 проведено методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим прямым секве-

нированием ПЦР фрагментов на автоматическом ДНК анализаторе 3130xL (Applied Biosystems, США).

Результаты: При исследовании полиморфизма Tgt113His гена EPHX1 частоты генотипов с мутантным аллелем С мало отличались в группах исследования и контроле (66.7%, 57.1% и 63% соответственно), без статистической достоверности. Тенденция к снижению риска развития ИМ, отмеченная для пациентов с МС [OR = 0,78; P = 0,61], не была статистически значимой. Частота носительства мутантного аллеля G для полиморфизма His139Arg гена EPHX1 оказалась достоверно более высокой в группе пациентов с МС (22,2%, 37,9% и 21,2% в 1-й, 2-й и контрольной группах соответственно); [OR = 2.28; P = 0,1]. Изучено распределение частот фенотипов гена EPHX1 у пациентов с ИМ и здоровых пациентов. Достоверных различий в носительстве «промежуточных» и «быстрых» фенотипов EPHX1 у пациентов без МС и в группе контро-

ля не установлено. Тогда как у пациентов с ИМ и МС процентное соотношение носителей «промежуточных» (65,4% против 48% – случай/контроль) и «быстрых» (7,7% против 4% – случай/контроль) фенотипов почти в 2 раза больше. В то же время, в контрольной группе преобладают «очень медленные» (3,8% против 8% – случай/контроль) и «медленные» (23,1% против 40% – случай/контроль) варианты фермента. Для носителей «промежуточного» или «быстрого» фенотипа EPHX1 риск развития ИМ при МС оказался значительно более

высоким (OR = 2.51; P = 0,076), результаты статистически достоверны для заданного уровня значимости. У пациентов без признаков МС такой закономерности не установлено [OR = 1,15; P = 0,8].

Выводы: Таким образом, установлено, что носители «промежуточного» и «быстрого» фенотипов EPHX1 более подвержены риску развития ИМ именно при наличии МС. Наличие полиморфизма EPHX1 His139Arg может рассматриваться в качестве предиктора риска развития инфаркта миокарда у пациентов с МС.

РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ И ПАРАМЕТРЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

*Петроченко А.С.¹, Якусевич В.В.¹, Муравьев А.В.², *Тихомирова И.А.²*

1 Медицинский университет. Ярославль. Россия

2 Педагогический университет им К.Д. Ушинского. Ярославль. Россия.

Цель. Сопоставление изменений реологических свойств крови и параметров микроциркуляции на различных этапах сердечно-сосудистого континуума: состояниях, расцениваемых как факторы высокого сердечно-сосудистого риска – метаболический синдром (МС), артериальная гипертензия (АГ), при острых проявлениях сердечно-сосудистой патологии – мозговой инсульт (ОНМК) и ее хроническом течении – стабильная стенокардия II функционального класса (ИБС) и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), а также на позднем этапе континуума – тяжелой хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы. Клинические методы исследования для исключения сопутствующей патологии, которая могла бы повлиять на реологические характеристики крови. Методы исследования реологических свойств крови включали измерение вязкости цельной крови, плазмы и стандартной 40% суспензии эритроцитов при различных скоростях сдвига с помощью капиллярного вискозиметра, измерение гематокрита, степени спонтанной агрегации эритроцитов, скорости агрегации, числа эритроцитов в агрегате, индекса ригидности эритроцитов и индекса кислородтранспортной функции крови, регистрация СОЭ-граммы. Исследование параметров микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии с помощью компьютеризованного анализатора. Оценивались показатель микроциркуляции, среднее квадратичное отклонение колебаний кровотока, коэффициента вариации, на основе которых рассчитывались показатели фракционного объемного

кровенаполнения ткани, среднего относительного уровня кислородной сатурации крови микроциркуляторного русла биоткани.

Результаты. Реологические свойства эритроцитов однонаправленно изменялись в каждой из изучаемых групп пациентов, что проявилось значительным и достоверным повышением агрегационной активности красных кровяных клеток на 43% (АГ), 63% (МС), 73% (ИБС), 91% (ХСН), 84% (ДЭП) и 44% (ОНМК), $p < 0,01$. У больных с АГ, МС, ИБС, ХСН, ДЭП и ОНМК выявлено достоверное повышение вязкости плазмы соответственно на 31, 27, 32, 39, 27 и 26% по сравнению с контролем ($p < 0,05$), что отражает ухудшение кровотока на макро- и микроуровне и может служить неблагоприятным прогностическим признаком изучаемой патологии. Наиболее выраженные гемореологические сдвиги на уровне микроциркуляции отмечались у больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью, где зафиксировано повышение вязкости цельной крови при низких напряжениях сдвига на 39% ($p < 0,05$) и степени агрегации эритроцитов на 91% ($p < 0,001$) по сравнению с контролем.

Заключение. Все вышеуказанные изменения реологических свойств крови снижают ее потенциальную кислородтранспортную функцию, при этом происходит ухудшение по мере развития сердечно-сосудистого континуума.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 14-04-01703а.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УМЕНЬШЕНИЮ ОБЩЕЙ ПЛОЩАДИ КАРОТИДНЫХ БЛЯШЕК

Подпалов В.П., Балащенко Н.С.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Цель: Исследовать общую площадь каротидных бляшек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ)

I–II степени и возможности ее уменьшения терапевтическим методом.

Материалы и методы: Из обследованной ранее популяции в количестве 3500 человек методом случайных чисел была выбрана группа лиц, которая включала 190 пациентов (94 мужчины и 96 женщин) с АГ I–II степени (100 пациентов с АГ I степени и 90 пациентов с АГ II степени). Обследование включало стандартный кардиологический опросник, измерение артериального давления (АД), электрокардиографию, эхокардиографию, ультразвуковое исследование (УЗИ) брахиоцефальных артерий, определение уровня С-реактивного протеина, креатинина, параметров липидного обмена в сыворотке крови. При выявлении каротидных бляшек пациенты получали на фоне антигипертензивной терапии аторвастатин в дозе 40–80 мг в течение 12 месяцев с контролем параметров липидного обмена.

Результаты: Пациенты с АГ I–II степени, помимо антигипертензивной терапии принимали аторвастатин в дозе 40 мг, что привело к снижению общей площади каротидных бляшек ($0,29 \pm 0,03$ см² против $0,33 \pm 0,03$ см², $p < 0,001$), уровня общего холесте-

на (ОХ) ($4,6 \pm 0,2$ ммоль/л против $6,8 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,001$), уровня липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) ($2,9 \pm 0,2$ ммоль/л против $4,5 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,001$) и уровня триглицеридов ($1,3 \pm 0,1$ ммоль/л против $2,0 \pm 0,2$ ммоль/л, $p = 0,001$). У некоторых пациентов не было выявлено снижения общей площади каротидных бляшек при приеме аторвастатина в дозе 40 мг, несмотря на снижения уровней атерогенных липопротеинов. Данная группа пациентов получала аторвастатин в дозе 80 мг, в результате чего было получено снижение общей площади каротидных бляшек ($0,28 \pm 0,03$ см² против $0,35 \pm 0,05$ см², $p = 0,01$), уровня ОХ ($3,4 \pm 0,2$ ммоль/л против $7,0 \pm 0,7$ ммоль/л, $p = 0,001$), уровня ХС-ЛПНП ($1,6 \pm 0,2$ ммоль/л против $4,1 \pm 1,1$ ммоль/л, $p < 0,05$) и уровня триглицеридов ($0,8 \pm 0,2$ ммоль/л против $1,9 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,001$).

Заключение: Применение аторвастатина в дозе 40–80 мг у пациентов с АГ I–II степени в течение 12 месяцев позволяет не только снизить уровни ОХ, ХС-ЛПНП и триглицеридов, но также уменьшить общую площадь каротидных бляшек.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЫЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Подпалов В.В.¹, Курганович С.А.¹, Севрукевич В.И.¹, Шкет А.П.¹, Деев А.Д.²,
Островский Ю.П.¹

1 ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь
2 ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, Российская Федерация

Цель. Разработать способ прогнозирования 5-летнего выживания пациентов с аортальным стенозом (АС) тяжелой степени, осложненным недостаточностью атриовентрикулярных клапанов.

Методы. Из всех пациентов, проходивших лечение в РНПЦ «Кардиология» (г. Минск) в 2005–2007 гг., в проспективное исследование было включено 198 пациентов с АС тяжелой степени и относительной недостаточностью митрального и трехстворчатого клапанов. Они были разделены на 2 группы: 1-я группа – 46 пациентов, не оперированных по различным причинам; 2-я группа – 152 пациента, которым выполнили протезирование АК в сочетании с пластикой атриовентрикулярных клапанов. Период наблюдения составил 5 лет.

Результаты. Средний возраст 198 пациентов был 59,16 лет, доля мужчин – 67 %. Госпитальная летальность оперированных пациентов составила 0,7%. За 5 лет 35 человек (76,1%) умерло в 1-ой группе пациентов и 28 человек (18,4%) – во 2-ой группе, что было достоверно ниже после поправки на пол и возраст ($p = 0,0001$). С помощью многофакторного регрессионного анализа Кокса была оценена связь значений клинических и эхокардиографических параметров с 5-летним выживанием пациентов. Параметры с наибольшей статистической значимостью в прогнозе

5-летнего выживания были включены в прогностическую регрессионную модель: масса миокарда левого желудочка ($p = 0,086$), систолическое давление в легочной артерии ($p = 0,002$), фракция выброса левого желудочка ($p = 0,018$), пиковый систолический градиент на аортальном клапане ($p = 0,038$), – также были добавлены возраст ($p = 0,012$), пол ($p = 0,189$) и поправочные регрессионные коэффициенты для учета эффекта операции (DF = 10; Wald = 103,7; $p = 0,0001$). Значения профилей факторов риска (ПФР) были сгруппированы в децили. Для каждой децили были рассчитаны соответствующие значения 5-летнего выживания, которое снижалось с ростом значения ПФР. Модель имела чувствительность 87,2% и специфичность 52%. Согласно показателю AUC, определенному при выполнении ROC, не было выявлено достоверных различий при применении модели в сравнительной выборке пациентов.

Выводы. Разработанная прогностическая многофакторная модель путем расчета ПФР позволяет определить вероятность 5-летнего выживания пациентов с тяжелым АС, осложненным недостаточностью атриовентрикулярных клапанов. Валидность модели подтверждена на сравнительной выборке пациентов.

ОБЪЁМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е.М. Позднякова, В.Вл. Якусевич, В.А. Симонов, Н.А. Евсеевич, О.В. Филиппова, В.В. Якусевич

Медицинский университет. Поликлиника № 4 ГБУЗ ЯО КБ№ 1. Ярославль. Россия.

Фибрилляция предсердий (ФП) как важнейший предиктор сердечно-сосудистых катастроф, в первую очередь мозгового инсульта, требует регулярного наблюдения за больными с этой патологией. Объём их необходимого обследования, определяемый существующими стандартами и клиническими рекомендациями, в силу ряда причин не всегда доступен части пациентов в реальной практике.

Цель. Проанализировать медицинскую документацию больных с ФП, посетивших поликлинику по любому поводу в течение одного календарного года и оценить качество диспансерного наблюдения этих больных.

Методы. Ретроспективный анализ 9542 амбулаторных карт больных, посетивших районную поликлинику в 2013 г. с отбором медицинской документации 215 пациентов с диагнозом ФП, обращавшихся в поликлинику с 01 января по 31 декабря 2013 г.

Результаты. Один и чаще раз в год посещали терапевта 184 пациента (85,6%). Промежуток между визитом в 2013 году и предыдущим составлял 1–2 года и более 2 лет у 17 (7,9%) и 9 (4,2%) больных соответственно. Эти пациенты обращались в поликлинику только при выраженном ухудшении состояния, обычно связанного с сопутствующей патологией. Только у 5 человек до визита в 2013 г. по поводу ФП не наблюдались. Еще реже пациенты посещали кардиолога. Только 88 из них (40,9%) осматривались им ежегодно, у 23 (10,7%) больных промежуток между визитами к кардиологу составлял 1–2 года перерыв между осмотрами кардиолога более 2 и более лет и отсутствие в медицинской

документации сведений о посещении этого специалиста отмечено у 57 и 47 больных соответственно. Таким образом, 104 пациента с ФП, т.е. практически половина из 215 больных регулярно не консультируется кардиологом. При этом помимо ФП практически у каждого из отобранных для анализа пациентов имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология. В частности артериальная гипертензия зафиксирована у 208, а признаки хронической сердечной недостаточности у 197 человек.

Всем больным с момента установления диагноза ФП регулярно проводилось электрокардиографическое исследование. Большинству пациентов (199–91,%) выполнена рентгенография легких. Однако обязательное для этой категории суточное мониторирование ЭКГ ни разу не проводилось у значительной части пациентов – в амбулаторных картах имеются сведения о его результатах только у 68 (31,6%) больных. Только у 159 (74,0%) человек имеются данные ЭХО-кардиографии, также обязательной для больных с ФП. При этом ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов выполнено только в 56 случаях. Несмотря на то, что у 53 больных (24,7%) фигурирует диагноз заболеваний щитовидной железы, только 38 (17,3%) из них осмотрены эндокринологом в течение последнего года. За весь период наблюдения УЗИ щитовидной железы выполнено только 43 (20,0%) из них.

Заключение. В реальной амбулаторной практике рекомендуемый объём обследования пациентов выполняется не в полной мере. Причины этого выясняются в проспективной части настоящего исследования.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

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

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

Социальная значимость сахарного диабета 2 типа (СД2) состоит в высокой инвалидизации и смертности больных от сердечно-сосудистых нарушений. Риск коронарной болезни сердца при СД2 возрастает в 2–4 раза, риск инфаркта миокарда в 6–10 раз выше, чем в общей популяции, причем коронарная недостаточность часто диагностируется на стадии тяжелых осложнений из-за атипичного течения. Цель исследования: оценить характер нарушений функции эндотелия у больных СД2 в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) и стабильной стенокардией напряжения I–IIIФК (ССН). Материал исследования: группа I (n = 55) – пациенты с АГ и ССН; группа II (n = 56) – больные СД2 в сочетании

с АГ и ССН. Длительность СД – $6,7 \pm 3,4$ года, длительность АГ – $12,3 \pm 3,5$ лет, давность ИБС – $4,5 \pm 1,2$ года. В группу контроля (n = 20) включены пациенты с нормальными значениями артериального давления без нарушения углеводного обмена. Методы исследования: холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, эхокардиография, дуплексное сканирование плечевой артерии. Проводили клинический анализ циркадного профиля АД, эпизодов ишемии миокарда с оценкой значимости вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ), нарушениями углеводного и липидного обмена. Результаты: во II группе во всех случаях отмечено нарушение ВФЭ, индуцированной

напряжением сдвига: у 72% больных в виде недостаточного вазодилатирующего эффекта; у 16% – в виде отсутствия прироста диаметра ПА; у 12% – в виде патологической вазоконстрикции. Эндотелийзависимая вазодилатация плечевой артерии (ЭЗВД ПА) в группе II ($3,4 \pm 1,1\%$) достоверно ниже по сравнению с аналогичным показателем в группе I (ЭЗВД – $7 \pm 2,2\%$) и в группе контроля (ЭЗВД – $12,2 \pm 2,1\%$). Получена достоверная корреляция ЭЗВД с функциональным классом стенокардии ($r = 0,4215$, $p < 0,04$): у больных ССН III ФК ЭЗВД составила $2,4 \pm 0,3\%$, что достоверно ниже в сравнении с больными ССН I ФК и II ФК, соответственно: $5,2 \pm 0,2\%$ и $4,05 \pm 0,15\%$. Анализ данных ХМ ЭКГ показал, что в группе II эпизоды ишемии миокарда регистрировались у 54 (96,4%) больных, при этом в 10 (17,9%) наблюдениях продолжительность эпизодов ишемии миокарда за сутки (СИМ) превышала

60 мин ($72,6 \pm 3,1$ мин). У 37 (66%) пациентов отмечены периоды безболевого ишемии миокарда (ББИМ), причем у 24 больных выделены как болевые эпизоды ишемии миокарда (БЭИМ), так и эпизоды ББИМ. Отмечена значимая корреляционная связь между степенью компенсации показателей углеводного обмена (уровнем HbA1c%) и уровнем ЭЗВД ($r = -0,583$, $p < 0,05$). Получена отрицательная связь между показателем ЭЗВД и длительностью заболевания сахарным диабетом ($r = -0,38$, $p < 0,05$), стадией артериальной гипертензии ($r = -0,41$, $p < 0,05$).

Считаем, что сочетанное действие метаболических и гемодинамических факторов обуславливает наибольшее повреждающее действие на эндотелий сосудов, способствует прогрессированию атеросклероза, приводит к кардиоваскулярным осложнениям.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Попова А.А., Яковлева И.В., Березикова Е.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Россия

Цель исследования: оценить состояние эндотелиальной функции у мужчин с артериальной гипертензией в различных возрастных группах и с сопутствующей соматической патологией.

Материалы и методы: в исследование включили 39 мужчин (средний возраст $62,3 \pm 4,5$ г.) с артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующей ИБС стенокардией напряжения II–III ФК; 35 мужчин (средний возраст $59,4 \pm 3,8$ г.) с АГ и сахарным диабетом 2-го типа; 58 мужчин (средний возраст $68,6 \pm 4,9$ г.) с АГ и диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II ФК (NYHA). Программа обследования включала: СМАД; ЭКГ; ЭхоКГ; доплерометрическое измерение диаметра плечевой артерии (ПА) в покое и во время пробы с реактивной гиперемией (РГ); оценку толщины комплекса интима/медиа (КИМ), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ); определение сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота (NO) по количеству его метаболитов; определение уровня эндотелина-1, МАУ и оценку состояния системы про- и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови.

Сравнивая характеристики функционального состояния эндотелия сосудов у пациентов с АГ и сопутствующей патологией установлено, что в покое средний диаметр ПА у пациентов с АГ в сочетании с ИБС составил $2,7 \pm 0,22$ мм, что меньше, чем у пациентов с АГ и СД – $2,9 \pm 0,23$ мм и у больных с АГ и диастолической ХСН – $2,9 \pm 0,23$ мм. В фазу РГ отмечалось увеличение диаметра ПА до $2,9$ мм у пациентов с АГ и ИБС,

до $3,0$ мм у больных с АГ и СД, и до $3,5$ мм у больных с АГ и ХСН, что в $1,2$ раза больше по сравнению с первой и второй группами ($p < 0,05$). Самый большой прирост диаметра ПА в фазу реактивной гиперемии был получен у больных с АГ и ХСН – $20,69\%$. Самый маленький прирост диаметра оказался у пациентов с АГ и СД – $3,4\%$.

Наименьший диаметр правой и левой ОСА был у пациентов с АГ и ИБС ($0,55$ см $\pm 0,2$), что в $1,2$ раза и в $1,3$ раза достоверно меньше, чем в группах с АГ и СД ($0,64$ см $\pm 0,3$) и с АГ и ХСН ($0,69$ см $\pm 0,4$) соответственно. Наибольшие значения толщины КИМ были выявлены у пациентов с АГ и ИБС: интима/медиа правой и левой ОСА составила $1,23$ мм и $1,3$ мм соответственно.

Уровень продукции NO у больных с гипертензией, осложненной ХСН – $13,8 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$), что выше, чем у пациентов с АГ в сочетании с ИБС и СД ($11,6 \pm 1,2$ мкмоль/л и $8,5 \pm 0,6$ мкмоль/л соответственно). Измерение концентрации МДА показало, что наибольшие ее значения у больных с АГ и ХСН – $22,3 \pm 0,48$ ммоль/л, а наименьшие – $17,2 \pm 0,28$ ммоль/л – у больных с АГ и СД. Самая высокая АОА достоверно оказалась у пациентов с СД ($3,8 \pm 0,12$ Е/м), а наименьшая ($2,3 \pm 0,13$ Е/м) – у исследуемых с АГ и ХСН ($p < 0,05$).

При этом была выявлена достоверная положительная коррелятивная связь между показателями дисфункции эндотелия сосудов, маркерами окислительного стресса и степенью тяжести артериальной гипертензии.

ВОЗДЕЙСТВИЕ АКУСТИЧЕСКИХ ЧАСТОТ ХРАПА НА ЦИРКАДНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Попова Н.А., Шкарин В.В., Горбунова М.Л.

Кафедра терапии ФПКВ НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования – выявить влияние различных акустических частот при храпе на показатели артериального давления (АД) по данным суточного мониторинга АД.

Материалы и методы. В исследование включены данные по 70 пациентам. Все пациенты на момент обследования страдали обычным храпом. Пациенты не имели клинических проявлений заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы и не получали препаратов, влияющих на уровень АД.

Для обследования пациентов использовались диагностические методы: изучение жалоб, сбор анамнеза, выявление сопутствующих заболеваний и органической патологии, влияющих на развитие артериальной гипертензии, суточное мониторирование АД (СМАД), проводимое по единой методике, аудиозапись звука храпа. Достоверность результатов оценивалась с помощью непараметрических методов, использовались данные кластерного, корреляционного, канонического корреляционного анализов. Результаты и обсуждение. Для исследования взаимосвязей между аудиохарактеристиками храпа и показателями периферической гемодинамики была проведена стратификация пациентов с помощью кластерного анализа. Все пациенты были разделены на 4 группы. Обращает на себя внимание 2-й кластер, куда вошли пациенты самого старшего

возраста и с самой большой продолжительностью и частотой храпа в минуту. Акустический спектр основной частоты (ОЧ) представлен низкочастотными компонентами в диапазоне 290–490 Гц. Пациенты этого кластера имеют самые высокие показатели АД в течение суток, а значения суточных индексов артериального давления систолического (СИСАД) и диастолического (СИДАД) позволяют отнести его представителей к группе non-dippers. В результате проведения разведочного канонического корреляционного анализа была получена высокозначимая связь между СТАД, СИСАД и СИДАД ($p = 0,0294$). Взаимосвязь между ОЧ храпа, показателем СТАД и значениями суточного индекса САД и ДАД в виде поверхности регрессий, описывается следующими уравнениями (1), (2).

Результаты свидетельствуют о самых низких значениях СИСАД при низких акустических частотах храпа и низких значениях СТАД (соответствует изолированной систолической гипертензии) и самых низких значениях СИДАД при низких акустических частотах храпа и любых значениях СТАД. Результаты: ОЗЧ храпа в диапазоне 290–490 Гц влияет на уровень АД в течение суток достоверно и вызывает изменение суточного ритма АД по типу non-dippers и night-peakers по данным СМАД. Как самостоятельный фактор риска для повышения АД может выступать низкочастотный компонент храпа.

$$SIDAD := 23571 - (186125 \cdot STAD) + 583257 \cdot STAD^2 - 905306 \cdot STAD^3 + 696223 \cdot STAD^4 - 212304 \cdot STAD^5 - \frac{46238}{v} + \frac{2,45}{v^2} - \frac{5,68}{v^3} + \frac{5,84}{v^4} - \frac{2,18}{v^5}, \quad (1)$$

где SISAD – СИСАД, v – основная звуковая частота храпа (ОЗЧ), STAD – СТАД.

$$SISAD := 527 - \frac{3928}{STAD} - 179 \cdot \ln v + \frac{228}{STAD^2} + 24 \cdot (\ln v)^2 + \frac{3985 \cdot \ln v}{STAD} - \frac{125,7}{STAD^3} + 0,16 \cdot (\ln v)^3 - \frac{173 \cdot (\ln v)^2}{STAD} + 53,5 \cdot \frac{(\ln v)}{STAD^2}, \quad (2)$$

где SIDAD – СИДАД, остальные обозначения те же.

ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРИКРЕПЛЕННОГО К ПОЛИКЛИНИКАМ Г. ТОМСКА

Попонина Т.М.¹, Свербеева М.Г.², Попонина Ю.С.^{1,2},

1 ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава;

2 ФГБНУ «НИИ кардиологии», г. Томск, Россия

Цель. Изучить эпидемиологию основных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их динамику среди пациентов поликлиник г. Томска.

Материалы и методы. Нами был проведен скрининг прикрепленного к поликлиникам г.Томска населения (914 человек). Критерием включения послужили документированная артериальная гипертензия (АГ). По результатам интервью, а также данных регистров острого инфаркта миокарда и мозгового инсульта была проанализирована частота сердечно – сосудистой смерти, нефатального инфаркта миокарда (ОИМ) и мозгового инсульта (МИ).

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов составил $52,2 \pm 8,2$ года. Распространенность курения в общей популяции составила 31,1%. Мужчины курят чаще, чем женщины (58% и 13,8% соответственно, $p = 0,001$). Пациенты выкуривали $13,7 \pm 7,1$ сигарет в день. Уровень потребления табака статистически значимо был выше среди мужчин, чем среди женщин ($15,0 \pm 7,1$ vs $10,1 \pm 5,6$ сигарет в день, $p = 0,001$). Мужчины начинали курить раньше и отказывались от табакокурения позже, чем пациенты женского пола. Средний возраст начала курения среди мужчин составил $18,8 \pm 3,8$ года, женщин – $21,3 \pm 6,2$ года; возраст отка-

за от курения – $40,8 \pm 11,1$ и $31,2 \pm 11,1$ соответственно ($p = 0,001$). Уровень общего холестерина (ОХС) в среднем составил $5,0 \pm 1,0$ ммоль/л. При анализе данного показателя половых различий не было выявлено. Осведомленность об АГ была статистически значимо выше у пациенток (74,1% против 65,1%, $p = 0,007$). Среди пациентов как мужского, так и женского пола с документированной АГ, получавших гипотензивную терапию, подавляющее большинство имело I достигнутую степень АГ (40,0% и 42,6% соответственно). Эффективный контроль АД (САД менее 140 мм рт. ст.) был достигнут лишь у 29,7% женщин и 18% – мужчин, что в среднем составило 25%. Регулярно принимали гипотензивную терапию 82,8% респондентов. 57% курящих пациентов имели сочетание АГ и избыточной массы тела. Выявлена взаимосвязь между избыточной массой тела и ожирением и высоким нормальным АД в обследованной популяции (71,4% пациентов, $p = 0,001$, коэффициент

взаимной сопряженности Пирсона $K_p = 0,318$). Поражение органов-мишеней в виде гипертрофии левого желудочка встречалось у 56,7% пациентов. На момент обследования 21,5% респондентов имели документально подтвержденную ишемическую болезнь сердца. По данным регистра ОИМ за период 3 года ОИМ развился в 4,3% случаев. Частота нефатального МИ составила 2,3%, частота сердечно-сосудистой смерти – 2,3%. Средняя частота госпитализации по причине обострения ССЗ составила 12,4% в год.

Выводы. Среди пациентов выявлена значительная распространенность основных ФР развития ССЗ. Эффективный контроль АД был достигнут лишь у 25% пациентов. Поражение органов-мишеней в виде ГЛЖ выявлено у 56,7% пациентов с АГ. Полученные результаты отражают особенности реализации популяционной стратегии профилактики на уровне амбулаторного звена здравоохранения Томска.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ПРИКРЕПЛЕННЫХ К ПОЛИКЛИНИКАМ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Попонина Т.М.¹, Свербеева М.Г.² Попонина Ю.С.^{1,2}

1 ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава;
2 ФГБНУ «НИИ кардиологии», г. Томск, Россия

Цель. Для выявления особенностей артериальной гипертонии было проведено обследование населения, прикрепленного к поликлиникам г. Томска и Томской области.

Материалы и методы. В рамках программы Мониторинга артериальной гипертонии было проведено обследование пациентов амбулаторного звена здравоохранения г. Томска и Томской области. В ходе скрининга было обследовано 1631 человек в возрасте 15–75 лет, из них – 588 мужчин и 1043 женщины. Изучалась распространенность и взаимосвязь между основными факторами риска развития сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты. Исследование уровня общего холестерина (ОХС) было проведено у 791 человека. У 43,6% мужчин и 39,7% женщин этот показатель был менее 5 ммоль/л. Гиперхолестеринемия была выявлена у 8,4% мужчин и 10,7% женщин ($p = 0,423$). Распространенность курения составила 56,6% у мужчин и 11,1% у женщин, отказались от курения 18,7% мужчин и 3,7% женщин ($p = 0,001$). В среднем количество выкуриваемых сигарет в день составило $15,9 \pm 6,3$ в день и $9,8 \pm 5,5$ среди мужчин и женщин соответственно ($p = 0,001$). Избыточная масса тела встречалась в 43,2% у мужчин

и в 35,4% у женщин. Ожирением различных степеней страдали 18,9% мужчин и 36,8% женщин ($p = 0,001$). Нормальные значения систолического артериального давления (САД) в пределах 120 мм рт. ст. наблюдались у 40,6% лиц мужского и 39,7% женского пола. Артериальная гипертония различных степеней была выявлена в 35,1% случаях у мужчин и 42% – у женщин ($p = 0,04$). Выявлена статистически значимая связь между частотой избыточной массы тела и повышением САД ≥ 140 мм рт. ст. (86,9%, $p = 0,001$), наличием гиперхолестеринемии (ОХС > 5 ммоль/л) и повышением САД ≥ 140 мм рт.ст. (60,3%, $p = 0,001$), избыточной массой тела и ожирением различных степеней и гиперхолестеринемией (83,1%, $p = 0,001$).

Выводы. Обнаружена значительная распространенность поведенческих факторов риска среди прикрепленного к поликлиникам населения г. Томска и Томской области. Частое сочетание отдельных компонентов метаболического синдрома у пациентов без артериальной гипертонии говорит о высокой потребности пациентов в проведении профилактических мероприятий на уровне поликлинического звена здравоохранения и недостаточной обеспеченности ими.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ОКСБПST) НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Попонина Т.М.¹, Попонина Ю.С.^{1,2}, Марков В.А.^{1,2}

1 ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава;
2 ФГБНУ «НИИ кардиологии», г. Томск, Россия

Цель: изучить **лечебно-диагностические мероприятия** у больных с ОКСБПСТ, госпитализированных в терапевтическое и в кардиологическое отделения, на стационарном и амбулаторном этапах.

Материалы и методы: Нами проведен ретроспективный анализ историй болезни путем сплошной выборки. Анализу были подвергнуты 720 историй болезни больных ОКСБПСТ, которые поступили в течение 2012 г. в кардиологическое отделение ФГБНУ «НИИ кардиологии» и в терапевтическое отделение МАУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи». Были проанализированы клинические данные, объем обследования и лечения на госпитальном этапе, а также прослежена терапия на амбулаторном этапе при проведении телефонного интервью.

Результаты: На догоспитальном этапе 40% пациентов не получали дезагрегантных препаратов, 44% получали только ацетилсалициловую кислоту (АСК), 16% – двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): комбинацию АСК и клопидогрела в нагрузочной дозе. Частота назначения ДАТТ пациентам ОКСБПСТ в терапевтическом отделении была равна 20%, в кардиологическом отделении – 95%. На амбулаторном этапе только 72% пациентов, пролеченных в терапевтическом отделении, получали ДАТТ, в то время как 90% пациентов, выписанных из кардиологического отделения, продолжили прием ДАТТ. В терапевтическом отделении ни одному из пациентов с ОКСБПСТ не были назначены статины, на амбулаторном этапе только 30%, выписанных из терапевтического стационара, получали статины. В карди-

ологическом отделении 92% получали статины, на амбулаторном этапе 83% продолжали прием статинов.

В терапевтическом отделении 96% пациентов с ОКСБПСТ было пролечено нефракционированным гепарином (НФГ), причем всем больным НФГ вводился подкожным способом введения, низкомолекулярные гепарины не были назначены ни одному больному, в то время как 45% больных кардиологического отделения вводился эноксапарин, 55% – НФГ в виде внутривенной инфузии. Лабораторный мониторинг активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) был проведен у всех пациентов, леченных НФГ в кардиологическом отделении. Контроль гепаринотерапии в терапевтическом отделении не был проведен.

Выводы: Ограниченность возможностей терапевтического стационара не позволяет выполнить объем проводимого обследования и лечения больным ОКСБПСТ в соответствии с Национальными рекомендациями. Больных ОКС высокого сердечно-сосудистого риска целесообразно госпитализировать в специализированные кардиологические отделения, где возможно проведение ранней инвазивной стратегии лечения. Врач амбулаторного звена (кардиолог, участковый терапевт) должен рекомендовать долговременный прием (не менее 12 мес) ДАТТ пациентам, перенесшим ОКС (в идеале в виде фиксированной комбинации АСК и клопидогрела). Проведение занятий с пациентами в рамках школ «Помощь сердцу» позволит повысить приверженность пациентов к назначенному лечению.

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ УРАПИДИЛОМ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Попонина Ю.С.^{1, 2}, Каредва С.А.², Попонина Т.М.¹,

1 ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава;
2 ФГБНУ «НИИ кардиологии», г. Томск, Россия

Цель. Изучить эффективность и безопасность назначения урапидила в лечении осложненных гипертонических кризов у больных с артериальной гипертонией (АГ) на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных с АГ с наличием симптомов осложненного гипертонического криза, из них у 15 больных гипертонический криз был ассоциирован с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST, у 10 – с ишемическими и у 5 – с геморрагическими мозговыми инсультами. Средний возраст больных составил 56,4±1,7 лет. Всем пациентам был назначен урапидил в дозе 25 мг внутривенно струйно, при неэффективности урапидил повторно вводился в той же дозе. Оценка эффективности лечения больных осуществлялась путем оценки клинического состояния, мониторинга артериального давления, частоты сердечных сокращений, динамики электрокардиограммы, ядерно-магнитной резонансной компьютерной томографии (ЯМРТ) головного мозга.

Результаты. Степень снижения артериального давления зависела от тяжести состояния пациентов. Выявлено плавное снижение систолического и диастолического АД в среднем на 25–35 мм. рт. ст. от исходного в течение от 2 до 20 минут. Частота сердечных сокращений оставалась стабильной, лишь у 1 пациента было выявлено незначимое увеличение частоты сердечных сокращений. Ни у одного из пациентов не было выявлено гипотонии. Отрицательной динамики электрокардиограммы, ЯМРТ головного мозга не было выявлено ни у одного из пациентов.

Выводы. 1. Степень снижения артериального давления зависит от тяжести состояния пациента.

2. Плавное снижение артериального давления, отсутствие гипотонии, стабильная частота сердечных сокращений свидетельствуют о безопасности и эффективности применения урапидила у больных с осложненными гипертоническими кризами.

ВЛИЯНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Пристром М.С., Семенов И.И., Штонда М.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Целью данной работы явилось изучение особенностей изменения липидного спектра крови и жирнокислотного состава плазмы крови у больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких под влиянием комплексного лечения с включением курса нормобарической гипокситерапии и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Материал и методы. Нами обследовано 100 пациентов с ишемической болезнью сердца (СН ФК II) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ДН I–II).

Половина из этих пациентов входила в основную группу, в которой проводилось комплексное лечение, оставшиеся пациенты входили в состав контрольной группы (получение только медикаментозной терапии).

Жирнокислотный состав плазмы крови определялся методом газовой хроматографии. Липидный спектр крови определялся с помощью иммуноферментного анализа и электрофоретическим методом.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ «STATISTICA 6.0». Сравнение непараметрических данных проводилось с помощью критерия Вилкоксона (Т).

Результаты и обсуждение. При исследовании жирнокислотного состава крови у пациентов в основной группе в процессе лечения наблюдается статистиче-

ски достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (С15:0, С16:0, С18:0, С20:0, С21:0, ($p < 0,05$)) и статистически достоверное увеличение концентрации ненасыщенных жирных кислот (С16:1, С17:1, С18:1n9t, С18:1n9c, С18:2n6c, С18:3n6, С20:1, С22:2 ($p < 0,05$)). У пациентов контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение С14:0, С16:1, С18:0, С21:0 и снижение С16:0, С18:1n9t ($p < 0,05$). Остальные исследуемые показатели были статистически недостоверны.

Изучая липидный спектр крови у пациентов основной группы в процессе лечения выявлено достоверное снижение таких показателей, как: общий холестерин с $6,50 \pm 1,20$ до $5,40 \pm 0,60$ ммоль/л, триглицериды с $1,70 \pm 0,30$ до $1,20 \pm 0,20$ ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности с $4,40 \pm 0,30$ до $3,30 \pm 0,30$ ммоль/л, очень низкой плотности с $0,20 \pm 0,02$ до $0,10 \pm 0,01$ ммоль/л и увеличение липопротеинов высокой плотности с $1,90 \pm 0,50$ до $2,00 \pm 0,10$ ммоль/л. У пациентов в группе контроля в процессе лечения достоверных изменений выявлено не было.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что включение в лечение больных ИБС в сочетании с ХОБЛ комплексного лечения обладает значительным гиполипидемическим действием и способствует нормализации липидного спектра и жирнокислотного состава плазмы крови.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пронин А.Г., Карташева Е.Д.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель исследования: Оценка значимости уровня плазменной концентрации концевого N-отрезка мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) в диагностике тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и выявление закономерности между исследуемым пептидом и другими факторами риска и симптомами тромбоза легочной артерии.

Методы исследования: В НМХЦ ежегодно находится на лечении около 200 больных с подозрением на ТЭЛА. При обследовании по общепринятому алгоритму данная патология подтверждается в 30–35% случаев. Пациенты из этой категории, у которых так же имелась ХСН, вошли в первую группу сравнения: 31 больной, в возрасте 27–86 лет. Мужчин было 19, женщин – 12. Проксимальный уровень локализации

тромботических масс: главная легочная артерия – 39%, долевые – 32%, сегментарные – 29%. Вторая группа, представлена 30 больными с достоверно исключенной ТЭЛА и наличием ХСН стадии 2Б и выше. Возраст пациентов колебался от 35 лет до 91 года. Мужчин было 19, женщин – 11.

Результаты исследования: Уровень NT-proBNP в группе пациентов с ХСН был достоверно выше по сравнению с группой больных с диагностированной ТЭЛА, и составлял 5273 ± 3286 фмоль/мл и 2707 ± 3986 фмоль/мл соответственно, $p < 0,01$. Корреляционный анализ зависимости уровня NT-proBNP от объема поражения легочного русла у больных с ТЭЛА выявил корреляционную зависимость: легочная артерия – $r = 0,44$, долевые – $r = 0,41$, сегментарные – $r = 0,22$. Были проведены попытки выявить и другие корреляции NT-proBNP с по-

казателями клинических, лабораторных, инструментальных данных в обеих группах. Связь удалось выявить только с показателями ЭХО-КГ в группах больных с ХСН и ТЭЛА: СДЛА $r = 0,74$ и $r = 0,45$, размеры ПЖ $r = 0,61$ и $r = 0,62$, размеры ПП $r = 0,18$ и $r = 0,57$, трикуспидальная регургитация $r = 0,5$ и $r = 0,45$, величина ФВ ЛЖ $r = -0,42$ и $r = -0,57$ ($p > 0,05$). В результате проведенного регрессивного анализа выявлено, что существует достоверная разница в пользу ТЭЛА следующих показателей: повышение уровня Д-димера, наличие признаков тромбоза вен нижних конечностей, наличие дисфункции ПЖ по данным ЭХО-КГ, синкопальное состояние, гемофтиз, S1Q3 и отрицательные T в V1-V3 на ЭКГ. NT-proBNP не вошел в их число. Так же не увенчалась успехом попытка выявить закономерность меж-

ду исследуемым белком и совокупностью этих прогностических факторов.

Выводы: У больных с ХСН уровень NT-proBNP достоверно выше чем у пациентов с ТЭЛА на фоне ХСН ($p < 0,01$), однако распределение значений этого маркера в обеих группах находятся в одном диапазоне, что не позволяет считать его специфическим для дифференциальной диагностики ТЭЛА и ХСН. Корреляционный анализ выявил умеренную зависимость уровня мозгового натрийуретического пептида от проксимального поражения легочного русла у больных с ТЭЛА на фоне ХСН, следовательно повышение данного пептида возможно информативно только при тромбоэмболии крупных легочных артерий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель оценить взаимосвязь социальной поддержки и клинико-инструментальных показателей у пациентов с ИБС, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ).

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 мужчин и 254 женщины. Пациенты с ОКС составили 35,4%. Для определения уровней социальной поддержки у пациентов использовали русскоязычную версию шкалы MSPSS. Полностью опросник заполнили 975 (95,8%) пациентов.

Результаты. Средний балл по шкале MSPSS $69,9 \pm 12,4$ баллов. Низкий уровень социальной поддержки наблюдался у 5,7% пациентов, средний уровень у 30,6%, и высокий – у 63,7% пациентов. Для сравнения было выделено две группы пациентов. В первую группу были включены пациенты с низким и средним показателем социальной поддержки, во вторую группу – пациенты с высоким уровнем социальной поддержки.

У пациентов первой группы ОКС диагностировали в 35,6% случаев, что статистически значимо не отличалось от частоты ОКС у пациентов второй группы (33,3%). Среди лиц с высоким уровнем социальной поддержки было 79,1% мужчин и 20,9% женщин, а среди лиц с низким/средним уровнем социальной

поддержки 70,1% и 29,9% мужчин и женщин соответственно ($p = 0,002$). Пациенты первой группы были старше ($60,2 \pm 9,5$ против $57,7 \pm 9,2$ лет, $p = 0,0001$).

Группы не различались по частоте выявления отягощенной наследственности по ССЗ, распространенности курения, злоупотребления алкоголем, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ожирения, гиподинамии, сахарного диабета. У пациентов первой группы чаще выявляли III–IV функциональные классы (ФК) стенокардии напряжения (СН) (49,0% против 40,1%, $p = 0,04$) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) (29,0% против 20,5%, $p = 0,003$). Не было получено статистически значимых различий между группами по показателям липидного спектра крови, величине офисного артериального давления, у них с равной частотой встречался постинфарктный кардиосклероз. Так же группы не различались по показателям эхокардиографии и коронароангиографии.

При проведении мультивариантного логистического анализа социальная поддержка значимо ассоциировалась с полом (ОШ = 0,47 95% ДИ 0,30–0,72) и ФК ХСН (ОШ = 0,59 95% ДИ 0,39–0,90).

Заключение. Среди пациентов с низким или средним уровнем социальной поддержки было меньше мужчин и больше женщин, они были старше, у них чаще встречались более тяжелые ФК СН и ХСН по сравнению с пациентами с высоким уровнем социальной поддержки.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Пырикова Н.В.^{1,2}, Осипова И.В.¹, Зальцман А.Г.², Антропова О.Н.¹, Концевая А.В.³

1 ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия

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

3 ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: оценить динамику состояния здоровья работников железнодорожного транспорта на фоне реализации современных профилактических технологий в течение трех лет. **Материал и методы:** машинисты и помощники машинистов 20–55 лет ст. Барнаул. В 1-й группе (n = 224) с 2010 по 2012 гг. проводились групповое профилактическое консультирование на рабочем месте и углубленное индивидуальное профилактическое консультирование в поликлинике и физкультурно-оздоровительном центре локомотивного депо; 2-я группа (n = 128) находилась под регулярным медицинским наблюдением (предрейсовые осмотры, диспансеризация и медицинская комиссия). Группы были сопоставимы по профессиональным признакам и факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Проводилась оценка динамики временной нетрудоспособности (ВН), первичной заболеваемости, отстранений от работы и профессиональной непригодности работников в 2010 и 2012 гг. (в расчете на 100 работников).

Результаты. Через три года выявлена положительная динамика в 2012 г. в 1-й группе по снижению ВН по ССЗ: числа случаев на 32,8%, числа дней на 34,6%; амбулаторных обращений на 38,3%, дней госпитализации на 34,6%. За три года наблюдения в 2012 г. во 2-й группе возросло число случаев ВН по ССЗ на 18,2%, число дней на 8,7%, амбулаторных обращений по причине ССЗ на 34,6%, дней госпитализации на 11,1%. Первичная заболеваемость артериальной гипертензией (АГ)

в 1-й группе снизилась в 4,5 раза; во 2-й группе – без динамики. В 1-й группе в 2010 г. выявлен 1 случай ишемической болезни сердца (ИБС), в 2012 г. – не выявлено, первичная заболеваемость сахарным диабетом (СД) снизилась в 2,3 раза. Во 2-й группе произошел рост первичной заболеваемости ИБС и СД вдвое. По результатам исследования в 1-й группе в 2010 г. зафиксировано два случая профнепригодности по причине ССЗ, в 2012 г. – не выявлено. Во 2-й группе по причине ССЗ в 2010 г. признан профнепригодным один работник, в 2012 г. тоже один мужчина, т. е. положительной динамики по данному критерию не выявлено. Реализация профилактических технологий у работников 1-й группы привела к тому, что в 2012 г. произошло снижение числа отстранений от рейса по причине повышения АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в 4,5 раза; во 2-й группе положительной динамики не установлено.

Таким образом, в группе, где в течение трех лет дополнительно проводились групповое профилактическое консультирование на рабочем месте и углубленное индивидуальное профилактическое консультирование, по сравнению с контрольной группой, было меньше случаев ВН по ССЗ в 1,7 раза, СД в 4 раза, дней ВН по ССЗ в 1,4 раза, число амбулаторных обращений в 2,7 раза, дней госпитализации в 1,4 раза, случаев первичной заболеваемости АГ в 5,8 раза, СД в 4 раза, отстранений от работы по причине повышения АД и ЧСС в 4 раза; не выявлено случаев ИБС и профнепригодности работников по причине ССЗ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ ПО ИТОГАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ

Пягай Н.Л., Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва, Россия

В 2014 году в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Московской области бесплатной медицинской помощи, с соответствием с приказом Минздрава России № 1006н от 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» в Московской области продолжалось проведение диспансеризации взрослого населения. Из 1003639 человек, прошедших диспансеризацию в 2014 году, 391348 человек (39%) были признаны практически здоровыми (1 груп-

па здоровья), 245887 человек (24,5%) – имеют факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и нуждаются в их коррекции в кабинетах/отделениях медицинской профилактики и центрах здоровья (2 группа здоровья). Из факторов риска ХНИЗ, которые были отмечены у лиц, прошедших диспансеризацию, наиболее распространены повышенный уровень холестерина в крови 12,6%, повышенный уровень артериального давления 13,8%, дефицит в рационе питания овощей и фруктов 18,2%, повышен-

ный уровень глюкозы в крови 5,0%, ожирение 11,7%, низкая физическая активность 15,3% и курение 13,9%. У 366404 человек (36,5%) были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (3 группа здоровья). По результатам диспансеризации среди взрослого населения Московской области в 2014 году впервые выявлено было 210400 заболеваний, из них: новообразования – 1627, в том числе злокачественные новообразования – 1164, из них, органов желудочно-кишечного тракта – 219; трахеи, бронхов и легкого – 68; молочной железы – 414; женских тазовых органов – 143; предстательной железы – 167; почки – 61; – болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы – 3875; – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – 39862, в том числе сахарный диабет – 7763, ожирение – 28496; – болезни нервной системы – 13463, в том числе переходящие транзиторные церебральные ишемические приступы – 1908; подозрение на ранее перенесенное

нарушение мозгового кровообращения было выявлено у 4000 человек; – болезни глаза и его придаточного аппарата – 8375, в том числе, катаракта – 2149, глаукома – 1005, слепота и пониженное зрение – 3879; – болезни системы кровообращения – 84628, в том числе болезни, характеризующиеся повышением артериального давления – 52161, ишемическая болезнь сердца – 16477, цереброваскулярные болезни – 10625; – болезни органов дыхания – 8515, в том числе ХОБЛ – 2353; – болезни органов пищеварения – 23271, – болезни мочеполовой системы – 11884, – прочие заболевания – 14499. Таким образом, диспансеризация отдельных групп взрослого населения позволяет активно выявлять хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития, а также проводить меры, направленные на формирование, сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, предотвращение преждевременной смертности в трудоспособном возрасте и увеличение активного долголетия.

ДИНАМИКА УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Рахимов К.Ф.

Казахский Национальный Медицинский Университет имени Асфендиярова Алматы Республика Казахстан

Цель: изучение динамики концентрации BNP у больных ОКС с подъемом ST в зависимости от локализации поражения, применяемых методов ревазуляризации.

Материалы и методы исследования:

Обследованы 23 больных 40–85 лет с диагнозом ОКС с подъемом ST, без предшествующего инфаркта миокарда и систолической дисфункции в анамнезе, поступивших в первые сутки заболевания. Пациентам, вошедшим в исследование, проводилось определение уровня BNP в первые, на 3-е и 7-е сутки иммуноферментным методом (Architect system, BNP. ABBOTT, USA).

Все исследуемые были поделены на группы в зависимости от локализации поражения (по ЭКГ), метода реперфузионной терапии (системная тромболитическая терапия, транслюминальная баллонная ангиопластика). Определялась динамика BNP в зависимости от величины и локализации ишемического повреждения (ЭКГ) и проводимой реперфузионной терапии.

Контрольную группу составили 20 человек такого же возраста без ишемической болезни сердца.

Результаты: В первые сутки у больных ОКС с подъемом ST средний уровень BNP составил $427,71 \pm 89$ пг/мл. Необходимо отметить, что концентрация BNP у больных с поражением задней стенки ЛЖ исходно была достоверно выше $576,8 \pm 71,92$ пг/мл в сравнении с больными с поражением передней стенки $383,87 \pm 191,12$ пг/мл.

В первые сутки у 8 (34,7%) пациентов развились осложнения: отёк лёгких -2 (8,6%) больных, кардиогенный шок – 2 (8,6%), паркосизм желудочковой тахикардии – у 4 (17,3%) и желудочковая экстрасистолия в виде бигеминии у 2 (8,6%) исследуемых соответственно Средний уровень BNP у этих пациентов составил $623,43 \pm 31,4$ пг/мл.

Уровень BNP независимо от метода реперфузионной терапии к 3-м суткам наблюдения увеличился.

К 7-м суткам во всех группах уровень BNP снизился, причем ангиопластика способствовала достоверно более выраженному снижению показателя.

При проведении анализа исхода ОКС было выявлено, что трансформация в инфаркт миокарда наблюдалась у 15 (65%) пациентов при изначально высоком уровне BNP (619 ± 89 пг/мл) вне зависимости от метода ревазуляризации, а в нестабильную стенокардию у 8 (34%) исследуемых при уровне 416 ± 102 пг/мл.

Выводы:

У пациентов ОКС с высоким уровнем BNP высокая вероятность возникновения сердечно – сосудистых событий в раннем периоде

На фоне реперфузионной терапии ОКС пик концентрации BNP наблюдается на 3-и сутки с последующим уменьшением на 7-е сутки ниже исходного уровня

Динамика снижения BNP значительно выражена в группе больных, которым проводилась баллонная ангиопластика

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН, ВЫПОЛНЕННОЙ В ХОДЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Рахматуллов А.Ф., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: определить электрокардиографические предикторы поздних рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) после радиочастотной абляции (РЧА) легочных вен, выполненной в ходе аортокоронарного шунтирования (АКШ), у больных с пароксизмальной/персистирующей ФП.

Материал и методы. В исследование было включено 155 больных (94 мужчин и 61 женщина) в возрасте от 44 до 68 лет (58 ± 7 лет), которым одновременно выполнялось АКШ и РЧА. По результатам ретроспективного анализа эффективности РЧА через 12 месяцев после операции больных распределили на 2 группы. У 114 больных (73,5%) имело место стабильный синусовый ритм (1-я группа), в том числе у 72 больных (46,5%) без приема антиаритмических препаратов (ААП) и у 41 больного (26,5%) пароксизмы ФП рецидивировали, в том числе на фоне приема ААП (2-я группа). Больным до операции, через 6 и 12 месяцев после РЧА проводили электрофизиологическое исследование сердца (ЭФИ) с помощью чреспищеводной электростимуляции левого предсердия, длительное Холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24–80 часов, запись стандартной ЭКГ.

Результаты. Сравнение электрофизиологических показателей сердца до операции показало их практически идентичность в группах, которые свидетельствуют о повышенной аритмогенной «готовности» предсердий, в частности, об увеличении дисперсии зубца Р (dP), уменьшении показателей эффективного рефрак-

терного периода (ЭРП) предсердий и частотного порога индуцирования аритмии (ЧПИА), т. е. пароксизма ФП. На основании однофакторного корреляционного анализа нами выделены потенциальные факторы риска поздних рецидивов ФП после РЧА. В результате выявлено, что дисперсия зубца Р на ЭКГ в 1-й группе достоверно меньше, а частотный порог индуцирования аритмии достоверно выше, чем во 2-й группе. Сравнение электрофизиологических показателей в группах после операции выявило достоверно ($p < 0,05$) худшие показатели dP, ЭРП предсердий и ЧПИА у больных 2-й группы в сравнении с 1-й группой. Кроме того, в 1-й группе динамика показателей времени восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) и скорректированного ВВФСУ в отличие от 2-й группы после операции достоверно уменьшились. Во время повторного ЭФИ в 1-й группе пароксизмы ФП или не индуцировались, или отмечались неустойчивые эпизоды ФП длительно менее 30 сек и при этом показатель ЧПИА оказался достоверно выше, чем во 2-й группе: $797,7 \pm 121,1$ и $531,8 \pm 81,3$ имп/мин ($p < 0,001$). Также выявлено, что в 1-й группе амплитуда волн фибрилляции (волны f) в основном была выше 0,1 мВ

Выводы. Выявлено, что электрокардиографическими предикторами поздних рецидивов ФП после РЧА в сочетании с АКШ являются: $dP > 40$ мс; ЧПИА < 400 имп/мин; ЭРП предсердий менее 240 мс; $KBVFCU > 525$ мс; амплитуда волн f ниже 0,1 мВ.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Рахматуллов А.Ф., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: изучить влияние тревожно-депрессивных расстройств на кардиоваскулярный прогноз и качество жизни у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП), подвергшихся радиочастотной абляции (РЧА) устьев легочных вен в ходе аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. Обследовано 254 больных (165 мужчин и 89 женщин) в возрасте от 53 до 68 лет (средний возраст $59,4 \pm 4,3$ года), которым в ходе АКШ выполнялась РЧА по поводу пароксизмальной ФП. Больным проводили холтеровское мониторирование ЭКГ, доплер-эхокардиографию и нагрузочную пробу

на велоэргометре. Психологическое тестирование проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до и через 2, 6 и 12 месяцев после операции. По данным шкалы HADS, тревожно-депрессивные расстройства патологического уровня до операции выявлялись у 123 больных (48,4%) и у 131 больного (51,6%) уровень тревоги/депрессии был не выше 7 баллов. Качество жизни больных до и после операции определяли по опроснику SF-36.

Результаты. В течение первых двух месяцев после операции патологические тревожно-депрессивные расстройства выявлялись у 147 больных (57,9%). Из них

у 77,9% больных была клинически выраженная тревога (по шкале HADS ≥ 11 баллов), у 33 больных (14,2%) – клинически выраженная депрессия и у 7,9% больных – смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Важно отметить, что у 75 больных (29,5%) в ранний послеоперационный период отмечались рецидивы ФП. Госпитальная летальность в группе больных, имевших до операции тревожно-депрессивные расстройства, составила 5,7%, а в группе больных без патологических тревожно-депрессивных расстройств – 3,1% ($p < 0,05$). Через 6 месяцев после операции рецидивы ФП выявлялись у 20,9% больных и патологически тревожно-депрессивные расстройства – у 95 больных (37,4%). Сравнение частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий показало, что в группе больных клинически выраженной тревогой/депрессией острый коронарный синдром и/или инфаркт миокарда имел место в 6,9% случаев, ишемический инсульт или транзиторные ише-

мические атаки – в 3,4% случаев, нарушения сердечного ритма, требующие антиаритмической терапии, – в 16,4% случаев. Смертность в течение года у больных с тревожно-депрессивными расстройствами, выписанными домой, составила 2,6%, а при отсутствии патологических тревожно-депрессивных расстройств – 0,8% ($p < 0,01$). В группе больных с патологическими тревожно-депрессивными расстройствами среднее значение шкал, характеризующих физическое здоровье больных, по данным опросника SF-36, было достоверно ниже, чем у больных с допустимым уровнем тревоги/депрессии: $64,5 \pm 6,1$ и $78,3 \pm 6,2$ соответственно ($p = 0,007$).

Выводы. Таким образом, наличие клинически выраженной тревоги/депрессии у больных с пароксизмальной формой ФП, подвергшихся АКШ и хирургической РЧА устьев легочных вен, ассоциируется с неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями и смертностью, низким уровнем качества жизни.

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НОРМАЛЬНЫМ АД

*Резцова Н.В.¹, Анисимова Е.А.², Саркисова О.Л.¹, Мордовин В.Ф.², Карпов Р.С.²,
Рупп Т.М.², Богомолова И.И.¹*

1. ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России,
2. ФГБНУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск, Россия

С целью сравнить состояние цереброваскулярной реактивности (ЦВР) и сосудистого эндотелия обследованы 37 больных ревматоидным артритом (РА) с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ; 1-я группа) и 12 больных с нормальным артериальным давлением (АД; 2-я группа). Группы были сопоставимы по возрасту ($58,7 \pm 6,9$ лет), стажу РА ($12,7 \pm 12,4$ лет), активности и рентгенологической стадии РА. Длительность АГ в 1-й группе составила $15,0 \pm 9,4$ лет, у 26 (70%) больных выявлена АГ 1–2 степени. В обеих группах одинаково часто наблюдали нарушение толерантности к глюкозе, курение, дислипидемию. В 1-й группе по сравнению со 2-й выявлен более высокий уровень общего холестерина $6,29 \pm 1,17$ против $5,48 \pm 0,82$ ммоль/л ($p < 0,05$), чаще фиксировали ожирение – у 12 (32%) против 0 больных ($p < 0,05$). Всем больным выполняли суточное мониторирование АД (СМАД), оценивали эндотелийзависимую (ЭЗВД) и эндотелийнезависимую дилатацию плечевой артерии (ЭНВД). ЦВР оценивали с помощью транскраниальной доплерографии средней мозговой артерии (СМА) с использованием гипероксической (ингаляция 100% кислорода, фаза вазоконстрикции) и гиперкапнической (ингаляция 4% смеси углекислого газа с воздухом, фаза вазодилатации) проб.

По результатам СМАД 1-я и 2-я группы закономерно отличались по уровню АД ($142,9 \pm 10,2/89,2 \pm 11,3$ против $111,0 \pm 8,7/68,4 \pm 6,2$ мм рт. ст., $p < 0,001$). В обеих группах преобладали non-dipper: 46% и 58% соответственно. По результатам гипероксической пробы в среднем по группам не установлено достоверных из-

менений линейных скоростей кровотока (ЛСК) в СМА. Только у 3 (8%) пациентов 1-й группы и 2 (17%) пациентов 2-й группы выявлено адекватное снижение ЛСК в СМА на 20% и более. Недостаточное снижение ЛСК имело место у 31 (84%) и 8 (66%) больных, парадоксальное увеличение на 14–22% – у 3 (8%) и 2 (17%) больных соответственно. Через 2 минуты гиперкапнической пробы наблюдали значимое и сопоставимое увеличение усредненной по времени максимальной скорости кровотока в СМА (TAMAX) с $52,9 \pm 23,4$ до $65,8 \pm 24,7$ см/с ($p < 0,05$) в 1-й группе и с $50,7 \pm 11,5$ до $71,7 \pm 27,8$ см/с ($p < 0,05$). Индекс реактивности составил $1,31 \pm 0,30$ и $1,40 \pm 0,34$ усл. ед. соответственно. Половина пациентов обеих групп имела неадекватную ответную реакцию на гиперкапнию. Усиленная положительная реакция выявлена у 7 (19%) больных 1-й группы и 4 (33%) больных 2-й группы, отрицательная реакция – у 7 (19%) и 2 (17%) больных соответственно. Выявлена высокая и сопоставимая частота нарушения ЭЗВД у 32 (86%) больных 1-й группы и 9 (75%; $p > 0,05$) – 2-й группы. Нарушение ЭНВД встречалось реже: у 9 (24%) и 2 (17%; $p > 0,05$) пациентов соответственно.

Таким образом, по результатам транскраниальной доплерографии СМА у большинства больных РА независимо от уровня АД выявлено нарушение ЦВР на метаболические (гиперкапнический и гипероксический) стимулы и нарушение ЭЗВД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ со стабильной стенокардией В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ ТАКОВОГО

Резванова Ю.А., Адамчик А.С., Кузнецова Е.А., Панченко Д.И.

ГБОУ ВПО КубГМУ, Краснодар, Россия

Цель: Оценить эффективность антиангинальной терапии с включением препарата группы активаторов калиевых каналов никорандил у пациентов со стабильной стенокардией напряжения в сочетании с метаболическим синдромом и без такового при долгосрочном приеме.

Материалы и методы: обследовано 52 больных, в возрасте 56–79 лет, со стабильная стенокардия напряжения ФК II–III, получавших стандартную терапию, включавшую β -блокатор, ацетилсалициловую кислоту, статины, а также препарат группы модуляторов калиевых каналов никорандил в дозе 20 мг 2 раза в сутки. Все пациенты были разделены на 2 группы по 27 и 25 человек, сопоставимые по полу и возрасту. Первая группа пациентов имела стабильную стенокардию в сочетании с метаболическим синдромом (МС), вторая не имела МС. Длительность наблюдения составила 26 недель. Эффективность лечения оценивалась с помощью повторных нагрузочных проб (динамика толерантности к физической нагрузке, динамика признаков ишемии при суточном холтеровском мониторинге ЭКГ и АД), дневников контроля самочувствия пациентов (частота приступов стенокардии), эхокардиографического исследования (параметры ремоделирования и показатели диастолической функции левого желудочка ЛЖ), а также определения высокочувствительного с-рб (вч-срб), глюкозы, липидов крови, оценки инсулинорезистентности (индекс НОМА–IR) до и после 6 месяцев лечения. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Т-критерия Уилкоксона.

Результаты: Концентрация липидов, вч-срб через 26 недель лечения в двух группах достоверно снизилась, хотя разница в снижении концентрации между ними не была статистически значимой ($T = 0,522$ до 1,322, $p > 0,05$). Существенных изменений уровня глюкозы крови, степени выраженности инсулинорезистентности в обеих группах не наблюдалось. Длительный прием препаратов в обеих группах приводил к снижению индекса массы и относительной толщины миокарда ЛЖ на 7,9% ($p < 0,01$) и 7,2% ($p < 0,05$) соответственно. Показатель диастолического кровенаполнения (Е/А) увеличился у пациентов, имевших метаболический синдром на 11,5% ($p < 0,04$), в группе без такового имел тенденцию к увеличению на 9,9% ($p > 0,05$). Антиангинальная терапия у пациентов, взятых в исследование, сопровождалась достоверным урежением приступов стенокардии на 51,9% в группе с МС и на 52,4% в группе без МС, достоверным увеличением пороговой мощности при пробе с физической нагрузкой, субъективным и объективным улучшением клинического состояния и качества жизни больных.

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности комбинированной антиангинальной терапии с включением препарата группы активаторов калиевых каналов никорандила у больных со стабильной стенокардией напряжения как в сочетании с метаболическим синдромом, так и без такового при долгосрочном приеме.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРЕДИКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

Резник Е.В., Солтис С.Ю., Сторожак Г.И.

Кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет, Москва

Цель. Поражение почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН) встречается часто и оказывает неблагоприятное прогностическое влияние. Целью работы стала оценка взаимосвязи поражения почек с предикторами ХСН.

Методы исследования. 175 больным с ХСН I–IV функционального класса (NYHA) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ, метод Симпсона) $< 45\%$ без первичной почечной, аутоиммунной и онкологической патологии проведено комплексное обследование с выявлением предикторов ХСН (в т. ч. наличия артериальной гипертензии (АГ), инфарктов миокарда (ИМ), сахарного диабета (СД), ожирения, дислипидемии, курения, употребления ал-

коголя), определение скорости клубочковой фильтрации (рСКФ, формула СКD-EPI) и экскреции альбумина с мочой (ЭАМ). Пациенты были стабильны на фоне стандартной терапии в соответствии с современными рекомендациями.

Полученные результаты (представлены в виде медианы, в скобках указан интерквартильный разброс). Возраст составил 64,0 (56,0–71,0) лет; ФВ ЛЖ – 30,8 (25,7–37,1) %, 86% мужчин. ХСН на фоне ишемической болезни сердца была у 81% (50% перенесли один, 23% – два, 5% – три ИМ), дилатационной кардиомиопатии – у 9%, АГ – у 10% пациентов. У больных с ХСН ишемической этиологии рСКФ была ниже, чем при ХСН неишемической этиологии [68,2

(55,0–82,5) и 88,2 (65,4–98,6) мл/мин/1,73 м² соответственно, $p = 0,006$]. рСКФ была обратно связана с количеством перенесенных ИМ ($r = -0,33$, $p = 0,005$). 76% пациентов страдали АГ в течение 10 (0–20) лет с максимальными цифрами систолического и диастолического АД 180 (115–200) и 100 (90–110) мм рт. ст. У больных с АГ в анамнезе рСКФ была ниже [66,8 (50,7–85,3) и 82,1 (74,4–97,3) мл/мин/1,73 м², $p = 0,009$], а уровень ЭАМ – выше, чем у пациентов без гипертензивного анамнеза [50,0 (37,0–78,0) и 35,5 (23,6–48,1) мг/24ч соответственно, $p = 0,015$]. Гиперхолестеринемия ($>5,2$ ммоль/л) была выявлена у 45%, гипертриглицеридемия ($>1,7$ ммоль/л) – у 17% больных. Снижение уровня липопротеидов высокой плотности отмечалось у 41% больных и было ассоциировано со снижением рСКФ [50,6 (47,1–59,6) и 60,9 (52,8–68,7) мл/мин/1,73 м² соответственно, $p = 0,044$]. Сахарным диабетом (СД) страдали у 13,5% обследованных больных, причем рСКФ у этих больных была ниже по

сравнению с пациентами без СД [54,8 (43,0–60,9) и 66,6 (50,5–81,6) мл/мин/1,73 м², $p = 0,009$]. Ожирение 1 степени было выявлено у 22%, 2 степени – у 6%, 3 степени – 1%, его абдоминальный тип – у 68% больных. Курение в анамнезе отмечали 57% обследованных, до момента обследования – 37%. Стаж курения составлял 30 (20–38) лет, индекс курящего человека – 15 (0–30) пачек/лет. 24% не скрывали употребления алкоголя с частотой 4 (1–15) дней в месяц. Ассоциации ожирения, курения и употребления алкоголя с поражением почек выявлено не было.

Выводы. Ишемическая этиология, наличие АГ и СД в анамнезе, дислипидемия являются как предикторами развития ХСН, так и предикторами поражения почек при этом заболевании. Своевременные профилактические мероприятия необходимы для предотвращения поражения почек как органов-мишеней при ХСН и замедления прогрессирования кардиоренального синдрома.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Репкина Т.В., Бабушкин И.Е., Карманова Т.Т., Клестер Е.Б., Дуруда Н.В., Кудеярова Т.В.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования. Оценить показатели психологического и соматического здоровья студентов медицинского университета, изучить факторы, влияющие на него.

Методы исследования. В исследование были включены студенты 6 курса Алтайского государственного медицинского университета. Студенты в количестве 68 человек прошли обследование в центре здоровья МБУЗ поликлиники ГБ № 6 г. Барнаула. Обследуемым проведены лабораторные и инструментальные методы обследования: определение уровня общего холестерина, глюкозы в крови, спирометрия, измерение артериального давления, определение процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (пульсоксиметрия), проведен расчет лодыжечно-плечевого индекса, ИМТ (индекса массы тела), анализ ЭКГ сигнала методом дисперсионного картирования с помощью кардиовизора, биоимпедансметрия, определение «возраста легких» по уровню СО₂ в выдыхаемом воздухе с помощью аппарата «смоки лайзер». Проведена оценка психологического статуса с помощью теста Спилбергера-Ханина на предмет выявления уровня реактивной и личностной тревожности и теста Зунга на предмет выявления депрессии. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 20.0 и статистического пакета

SAS, версия 6.12. Все респонденты перед включением подписывали информированное согласие.

Результаты. Нами проанализировано психологическое состояние студентов. Из них 57 лиц женского пола и 11 мужского. Уровень реактивной и личностной тревожности в среднем составил $48,8 \pm 2,78$ и $45 \pm 2,78$ баллов соответственно. Низкая реактивная тревожность (РТ) (менее 30 баллов) не выявлена, умеренная (РТ) (31–45 баллов) у 2 лиц мужского пола и у 7 женского, высокая РТ (более 46 баллов) выявлена у 9 мужчин и 50 женщин. Личностная тревожность имеет место у 100 % обследуемых, из которых 84 % – лица женского пола и 16 % – мужского. По результатам проведенного нами теста самооценки депрессии выяснилось, что легкая депрессия (40–47 баллов) присутствует у 24 из 68 протестированных, у 3 студенток имеет место депрессивное состояние, при котором может потребоваться консультация психотерапевта. В среднем уровень депрессии в баллах по шкале Зунга составил $38,3 \pm 5,33$.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить об отклонениях разной степени в психологическом состоянии студентов-медиков выпускного курса. Депрессивные состояния выявлены у 39,7% протестированных, что выше среднестатистических показателей, приведенных Научным Центром Психических Заболеваний РАМН.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ САМОКОНТРОЛЯ АД ПОСЛЕ ДЕНЕРВАЦИИ ПОЧЕК В ЛЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Рипп Е.Г., Семке Г.В., Фальковская А.Ю., Винайкина У.А., Попов С.В.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии», г. Томск, Россия

Введение. Для оценки эффективности эндоваскулярной денервации почек (ЭДП) требуется не только контроль АД, но и определение прогностических параметров эффективности и оценка безопасности процедуры. Самоконтроль (СК) АД признан экспертами (2013 Guidelines ESH/ESC for the management of arterial hypertension), как метод, превосходящий по диагностической значимости офисный контроль АД. Цель. Поиск предикторов успеха лечения резистентной АГ методом симпатической денервации почек и оценка возможных органопротективных эффектов. Материалы и методы. Все участники исследования дали информированное согласие на процедуру и исследования. Контроль АД проводился ежедневно 46 пациентам в возрасте $53,2 \pm 8,7$ лет с эссенциальной резистентной гипертензией (АД $>160/100$ мм рт. ст., получающие 3-компонентную, включая диуретик, полнодозовую антигипертензивную терапию) по протоколу рекомендаций для измерений АД (ESH/ESC 2009), исходно (и.) и после (п.) ЭСДП на протяжении 30 дней ежедневно ип. 24 недель - 1 день. Измерения регистрировались участником исследования в дневник наблюдения и автоматическую память прибора OMRON. Использовались экстра- и интра-краниальные методы УЗ-исследования во внутренних сонных (ВС), позвоночных (П) и средних мозговых (СМ) артериях (А), где определялись объемная (V_0) и линейные (F) средние скорости (V_m) кровотока, время и индекс ускорения (AcT и AcI) исходно и через 5–10 д. интервалы после ЭСДП. ЭСДП проводилась радиочастотной абляцией

почечных артерий билатерально с использованием трансфеморального доступа (8 точек, под контролем температуры нагрева ткани до целевых $t = 60$ °С, предел мощности 8 ватт, продолжительностью 2 мин). Фармакотерапия не менялась в период наблюдения. Результаты. Динамика и вариабельность «day by day» для САД/ДАД были: 1–5 дней $-24,6/-5,4$ и $14,8/6,1$; 6–10 дней $-22,4/-4,1$ и $11,9/6,7$; 11–15 дней $-14,6/-2,1$ и $11,3^*/5,9$; 16–20 дней $-16,1/-2,4$ и $8,6^*/6,1$ 21–25 дней $-18,6/7,2$ и $9,2^*/6,3$; 26–30 дней $-21,7/9,7$ и $9,9^*/5,9$ мм рт. ст. (* $p < 0,05$). Были найдены значимые коэффициенты корреляции между динамикой АД в течение промежутков времени 0–5 дней и динамикой АД через 24 недели после ЭСДП: $r = 0,72/0,76$ $p = 0,002/0,000$ и вариабельностью «day by day» $-0,71/-0,15$ $p = 0,002/0,07$. Мозговой кровотока был и./п. ЭСДП справа-слева: VoV_m во ВСА $181 \pm 62 - 148 \pm 76/179 \pm 56 - 174 \pm 55$ $p = 0,31 - 0,28$; VV_m в ПА $205 \pm 56 - 194 \pm 58/202 \pm 63 - 210 \pm 74$ мл/мин $p = 0,09 - 0,32$; для СМА FV_m $46,3 \pm 7,2 - 45,3 \pm 11,3$ см/с $p = 0,6 - 0,7$ и AcT $61,9 \pm 15,9/52,1 \pm 8,3$ $p = 0,02$; AcI $9,2 \pm 1,4/10,5 \pm 0,7$ $p = 0,01$.

Выводы: САД по данным СКАД значительно снижалось в первые 10 суток после ЭСДП, что не сопровождалось дефицитом мозгового кровотока. Наблюдались положительные изменения параметров мозгового кровотока, которые свидетельствовали о снижении тонуса стенки артерий. Значимое уменьшение вариабельности при СКАД и корреляция этих параметров с отдаленной динамикой АД имело самостоятельное прогностическое значение для определения показаний для ЭСДП.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЙ РЕЗЕРВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Рипп Т.М., Мордовин В.Ф., Рипп Е.Г., Пекарский С.Е., Семке Г.В., Ситкова Е.С., Винайкина У.А., Карпов Р.С.

ФГБНУ «НИИ Кардиологии», г. Томск, Россия

Целью данного исследования было изучение состояния мозгового кровотока и изменения его цереброваскулярной реактивности (ЦВР) у пациентов с эссенциальной резистентной гипертензией (РГ).

Материалы и методы. Все участники исследования дали информированное согласие для исследования. Верификация эссенциальной РГ проводилась в специализированном отделении артериальной гипертензии НИИ Кардиологии г.Томска. Контроль АД проводился ежедневно по протоколу рекомендаций для самоконтроля (СК) АД (ESH/ESC 2009) 46 пациентам (П) с РГ (исходное АД $>160/100$ мм рт. ст., пациенты получали не менее 3-х антигипертензивных препаратов, вклю-

чая диуретик, в максимально переносимых дозах) и 24 здоровым волонтерам (ЗВ) в возрасте $53,2 \pm 8,7$ лет. Измерения регистрировались участником исследования в дневник наблюдения и автоматическую память прибора OMRON. Использовались экстра- и интра-краниальные методы УЗ-исследования во внутренних сонных (ВС), позвоночных (П) и средних мозговых (СМ) артериях (А), где определялись объемная (V_0) и линейные (F), средние (V_m) и объемные (V_0) скорости кровотока, время и индекс ускорения (AcT и AcI). ЦВР оценивалась по состоянию кровотока в СМА, билатерально, при отсутствии значимой асимметрии кровотока в условиях гипероксии (ингаляции 100% кислорода

не менее 2 мин.). Изисследованияисключалисьпациентыс наличиемванамнезнарушения мозгового кровообращения, коагулопатий или любых заболеваний, сопряженных с васкулитом или васкулопатией. ДляоценкиЦВРиспользовались:индекс реактивности – $IFV_{m_{O_2}} = (Vm_0 - Vm_{O_2}) / Vm_0 * 100$, Коэффициент реактивности – $RC_{O_2} = Vm_{O_2} / Vm_0$, индекс восстановления $IR_{mrec_{O_2}} = Vm_0 / Vm_{rec}$, скорость изменения мозгового кровотока – $SMFVm = (Vm_{O_2} - Vm_0) / 120$, где Vm_0 стартовые параметры максимальной скорости кровотока в СМА, Vm_{O_2} скорость кровотока в период ингаляции кислорода, 120 – время ингаляции в секундах. Фармакотерапия не менялась в период обследования.

Результаты. Группы П. и ЗВ не имели различий антропометрических и гендерных. Мозговой кровотока был у П. и ЗВ: V_{ovoB}

$CA 181 \pm 62 - 148 \pm 76 / 179 \pm 56 - 174 \pm 55 p = 0.31 - 0.28$; $V_{ovPA} 205 \pm 56 - 194 \pm 58 / 202 \pm 63 - 210 \pm 74$ мл/мин $r = 0.09 - 0.32$; для СМА $FVm 46.3 \pm 7.2 - 45.3 \pm 11.3$ см/с $r = 0.6 - 0.7$ и $AcT 61.9 \pm 15.9 / 52.1 \pm 8.3 p = 0.02$; $AcI 9.2 \pm 1.4 / 10.5 \pm 0.7 p = 0.01$. значимые различия ЦВР при гипероксии были найдены между гр. П. и ЗВ: $IFVm_{O_2} 4.3 \pm 3.2\%$ и $17.4 \pm 2.1\%$ $p 0,00$; $RC_{O_2} 1.49 \pm 0.4$ и 0.82 ± 0.12 $p 0,00$; $IVm_{rec_{O_2}} -1.38 \pm 0.05$ and 1.02 ± 0.05 $p 0,00$; $SMFVm - 0.026 \pm 0.001$ and -0.124 ± 0.062 см/с $p = 0.00$ соответственно. П. имели 3 типа реакций ЦВР: нормальную 10,3%, ненормальную/сниженную 37,9% противоположно-направленную 51,7%..

Выводы. У пациентов с эссенциальной РГ были значимо нарушены: вектор направленности, интенсивность, сила и скорость реакций ЦВР по сравнению со здоровыми добровольцами.

СТРУКТУРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Г.МОСКВЫ

Романенко Т.С.¹, Концевая А.В.¹, Фитилев С.Б.²

1 ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава РФ, г. Москва;
2 ГОУ ВПО РУДН, г. Москва

Цель исследования: Провести фармакоэпидемиологический анализ антигипертензивной терапии (АГТ) в реальной практике специализированного кардиологического учреждения г.Москвы.

Дизайн исследования: Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе на базе одного из окружных кардиодиспансеров г.Москвы (КД) из числа пациентов с артериальной гипертензией (АГ), впервые обратившихся в 2010 году к врачу-кардиологу была сформирована первичная выборка участников исследования с последующим заполнением экспертных карт по данным первичной медицинской документации ($n = 1766$). Второй этап представлял собой телефонный опрос через 6 месяцев после первичного приема с заполнением опросников ($n = 1419$).

Результаты: Исходно медикаментозная коррекция АГ была рекомендована всем пациентам, при этом через 6 месяцев антигипертензивные препараты использовали 91,1% из них, $p < 0,001$. Наиболее часто в лечении АГ использовалась схема АГТ с использованием двух препаратов (исходно у 47,2% пациентов, через 6 месяцев – у 39,7%, $p < 0,001$). В абсолютном большинстве случаев респондентам назначалась комбинированная АГТ (83,2%) по сравнению с монотерапией (16,8%). Через 6 месяцев доля лиц, получающих комбинированную терапию, несколько сократилась, а доля пациентов на

монотерапии – увеличилась (67,1%, $p < 0,001$ и 24,0%, $p < 0,001$, соответственно). Отмечается относительно высокая исходная частота назначения фиксированных комбинаций – 28,3%, однако через 6 месяцев наблюдалось снижение доли лиц, принимающих данную форму АГП на 7,4% (до 20,9%, $p < 0,001$). В КД наиболее часто рекомендовались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (68,1%). Несколько реже были назначены бета-адреноблокаторы (БАБ) (63,8%). Диуретики, антагонисты кальция, блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) назначались реже – в 46,1%, 41,2%, 17,3% случаев. Рекомендации по приему препаратов с центральным механизмом действия получили лишь 3,9% пациентов. Через 6 месяцев лидирующее положение продолжали занимать иАПФ (в 63% случаев, $p < 0,01$) и БАБ (57,8%, $p < 0,001$). Однако произошло снижение частоты приема всех групп препаратов на 5–8%, за исключением БРА, частота приема которых практически не изменилась.

Заключение: Рекомендации по медикаментозной терапии АГ пациентам КД соответствуют современным рекомендациям, хотя пациенты не всегда придерживаются полученных рекомендаций. Данный факт свидетельствует о необходимости активного внедрения образовательных и мотивационных технологий, повышающих приверженность пациентов к АГТ.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНОГО С ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СЕРДЦА

Романова Г.Р., Макарьянц Б.Л., Костина О.Н.

ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА России, г. Саров Нижегородской обл.

Больной Ю., 1974 г.р., госпитализирован в реанимационное отделение 20.01.15 г. с жалобами: на небольшую слабость, боли в сердце и за грудиной отрицает на момент осмотра. 19.01.15 г. с 10 час. утра возникла сжимающая боль за грудиной с иррадиацией в оба плеча в течение часа умеренной интенсивности, повысилось АД до 160/90 мм. рт. ст., принимал гипотензивные - боль купировалась, в дальнейшем боль не повторялась, на ЭКГ от 20.01.15 г. – острый Q инфаркт миокарда передней стенки, положительные маркеры некроза.

Из анамнеза – частые ангины, пневмония, в 2007 г. дебют с признаками застойной недостаточности кровообращения, впервые установлена дилатационная кардиомиопатия, перманентная фибрилляция предсердий, с февраля 2010 г. – прогрессирующее ухудшение состояния – нарастающая застойная недостаточность кровообращения, фатальные нарушения ритма, 12.08.2010 г. в ФНЦ ТИО выполнена ортотопическая трансплантация сердца, в дальнейшем наблюдение в поликлинике по месту жительства, состояние вполне удовлетворительное все эти годы, стабильная гемодинамика, регулярный ритм, контроль АД, вернулся к трудовой деятельности.

На 3-и сутки острого инфаркта миокарда больной переведен в ПОМЦ г. Нижнего Новгорода, где проведены эндомиокардиальная биопсия миокарда 22.01.15 г. – морфологическая картина острого клеточного отторжения, соответствующего IА по классификации Стендфордского центра, селективная коронарография.

На коронарограммах определяется левый тип коронарного кровоснабжения. Выявлены органические изменения, расположенные в:

- стволе левой коронарной артерии – без изменений;
- передней нисходящей артерии – стеноз 70–80 % в проксимальном сегменте;
- огибающей артерии – изменений не найдено;
- правой коронарной артерии – выражена слабо, изменений не найдено.

Эвакуация контрастного вещества из коронарных артерий не нарушена.

Заключение: Состояние после трансплантации сердца от 2010 г. Однососудистое гемодинамически значимое поражение коронарного русла. Стеноз ПНА 70-80 % (тип А).

С учетом длительности инфаркта миокарда более 72 часов, отсутствия расширения зоны инфарктирования по данным ЭКГ и лабораторного исследования, стабильность гемодинамики, на момент обследования реваскуляризация миокарда (КБА и стентирование ПНА) не показана, ведение и лечение по стандарту ведения больных с острым инфарктом миокарда, включая иммунодепрессанты (програф + майфортин) в обычной дозировке, тромболитическая терапия не проводилась, ввиду позднего обращения больного за медицинской помощью > 12 часов. Согласно Национальным рекомендациям планируется проведение реваскуляризации миокарда с имплантацией стента с лекарственным покрытием через месяц.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ, ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко А.О., Шукин Ю.В.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель. Выявить гемодинамические, гемостазиологические показатели и генетические полиморфизмы, ассоциированные с риском развития ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий, оцениваемого по шкале CHA₂DS₂VAS-с.

Методы исследования. В исследование включено 100 пациентов с ишемической болезнью сердца и постоянной формой фибрилляции предсердий, средний возраст – 62±7,6 лет. Все пациенты были разделены на три группы: 1 группа – пациенты, набравшие 1 балл, 2 группа – пациенты, набравшие 2 балла, 3 группа – пациенты, набравшие 3 и более баллов по шкале CHA₂DS₂VAS-с. Всем пациентам проводилась трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, исследовались показатели гемостаза (АДФ-агрегация тромбоцитов, фибриноген, антитромбин, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), активированный тромбином ингибитор фибринолиза (АТИФ)) и генетические полиморфизмы CYP2C9 R450, VKORC1 C1173T, G3730A и PAI-1 5G/4G.

Полученные результаты. С увеличением риска развития ишемического инсульта по шкале CHA₂DS₂VAS-с

ассоциировалось повышение уровня антитромбина (R = 0,27; p = 0,01), повышение агрегационной активности тромбоцитов (R = -0,37; p = 0,0002); повышение концентрации АТИФ (R = 0,42; p = 0,0001); увеличение размера левого предсердия (R = 0,5; p = 0,00001), уменьшение величины максимальной скорости изгнания крови из ушка левого предсердия (ПСК) (R = -0,32; p = 0,002) и присутствие генотипа CYP2C9*1 (R = 0,42; p = 0,00002). При проведении дискриминантного анализа показателями, вносящими наибольший вклад в прогнозирование риска были АТИФ (F-критерий Фишера = 12,9) и генотип CYP2C9*1 (F-критерий Фишера = 6,1).

Выводы. У больных с фибрилляцией предсердий при увеличении риска развития инсульта по шкале CHA₂DS₂VAS-с отмечается увеличение активности антикоагулянтной системы и степени агрегации тромбоцитов, а также снижение активности фибринолитической системы наряду с ухудшением гемодинамики в УЛП и присутствием генотипа CYP2C9*1.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Рубаненко О.А.¹, Фатенков О.В.¹, Дуляков Д.В.², Хохлунов С.М.², Фильчагова И.В.¹

1 ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

2 ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

По данным популяционных исследований распространенность фибрилляции предсердий (ФП) в Европе и Российской Федерации составляет около 2%. В раннем периоде операций коронарного шунтирования (КШ) ФП является частым осложнением, способным повлечь за собой нарушения гемодинамики, тромбоз предсердий и тромбоэмболические осложнения, развитие и прогрессирование сердечной недостаточности.

Цель исследования. Выявить наиболее достоверные предикторы возникновения фибрилляции предсердий в послеоперационном периоде у пациентов, подвергшихся КШ.

Пациенты и методы исследования. Обследовано 223 больных, находящихся на лечении в кардиохирургических отделениях и перенесших оперативное вмешательство в 2013–2014 гг. Пациентам проведены стандартные исследования, в том числе холтеровское мониторирование, эхокардиография, ультразвуковое триплексное сканирование артерий брахиоцефального ствола и нижних конечностей, коронарография.

Результаты. Среди больных, перенесших операции КШ, 167 мужчин и 56 женщин. Из них 43 (19,4%) пациента с впервые возникшим пароксизмом ФП в по-

слеоперационном периоде, среди которых 30 (69%) мужчин и 13 (31%) женщин. Средний возраст составил $65 \pm 4,8$ лет. Средний размер левого предсердия – $45,7 \pm 3,5$ мм. В группе пациентов с пароксизмом ФП преобладали пациенты, перенесшие трех- и четырехсосудистое КШ (63%). Среди больных с ФП отмечается множество сопутствующей патологии. В анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) у 33 (76%) человек, из них 10 (24%) человек перенесли ИМ повторно. Гипертонической болезнью страдают 42 человека (97%); нарушения ритма по типу экстрасистолии имеются у 7 человек (17%). Сахарный диабет среднетяжелого и тяжелого течения, а также нарушение толерантности к глюкозе наблюдаются у 9 человек (20%). Аневризма ЛЖ – у 9 человек (20,7%). Заболевания лёгких, в частности хронический бронхит курильщика – у 10 человек (22%); заболевания почек (хронический пиелонефрит) – у 8 человек (18%), заболевания щитовидной железы – у 4 человек (9%).

Выводы. Предвестниками возникновения ФП являются возраст пациентов (более 60 лет), увеличенный диаметр левого предсердия, коморбидная патология, а также хирургические факторы (количество шунтов).

СИНТЕЗ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ (TGF- β_1 И FGF-2) В СТЕНКЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

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

1 ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Великий Новгород. Россия

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

Цель исследования: изучить синтез основного фактора роста фибробластов (FGF-2) и трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β_1) в различных слоях стенки брюшной аорты крыс линии Вистар при хроническом холинергическом стрессе в эксперименте.

Материал и методы исследования. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г). Моделирование хронического холинергического стресса (ХХС) – 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Затем под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям.

При иммуногистохимическом исследовании использовались мышинные моноклональные антитела к TGF- β_1 (TB21) в разведении 1/100, кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400. В качестве оптически плотной метки, визуализирующей продукт иммуногистохимической реакции, использовался диаминобензидин. TGF- β_1 и FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения проводили шкалирование выраженности экспрессии факторов роста фибробластов: 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 исследования показали, что достоверных различий по экспрессии TGF- β_1 во всех слоях стенки брюшной аорты при ХХС по сравнению с контрольной серией не наблюдалось. В адвентициальном слое брюшной аорты при моделировании ХХС не наблюдалось различий по экспрессии TGF- β_1 и FGF-2, однако, в эндотелии выработка FGF-2 была в 4 раза больше, чем выработка TGF- β_1 ($\chi^2 = 9,712$, $p < 0,002$). В меди брюшной аорты экспрессия FGF-2 также была

в 5 раз больше, чем экспрессия TGF- β_1 (40 баллов и 8 баллов, соответственно $\chi^2 = 7,278$, $p < 0,007$), при этом необходимо отметить, что синтез TGF- β_1 во все слоях не отличался от контрольной серии.

Таким образом, при ХХС происходит значительное увеличение выработки FGF-2 в эндотелии и в меди брюшного отдела аорты, что, вероятно, играет роль как в фиброгенезе в стенке аорты, так и влияет на регуляцию механизмов фиброгенеза в организме в целом.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И АДИПОКИНЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ НАЛИЧИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Рудакова Д.М., Ефремушкина А.А., Номоконова Е.А.

КГБУЗ Алтайская краевая клиническая больница, Барнаул
Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования – изучить содержание адипокинов у больных с метаболическим синдромом при наличии или отсутствии ИБС.

Материалы и методы: Обследовано 82 мужчины в возрасте 39–72 лет. Первую группу составили 42 мужчины с хроническими формами ИБС и ГБ в сочетании с метаболическим синдромом, а во вторую вошли 40 мужчин с ГБ и наличием метаболического синдрома. Показатели липидного обмена определяли с помощью энзиматического колориметрического метода. Содержание ХСЛПНП определяли по формуле Фривальда. Концентрация ФНО- α , СРБ, ИЛ-6, апелина-12 и sE-селектина определялась в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Все пациенты обследованы для подтверждения или исключения ИБС общепринятыми методами – клинически, записью ЭКГ, проведением нагрузочных проб, ЭХОКГ и коронароангиографией.

Результаты и обсуждения: Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту, полу, ИМТ. Наличие

метаболического синдрома подтверждено в соответствии с рекомендациями ВНОК (2009 г). В изучаемых группах уровни СРБ, ФНО- α и ИЛ-6 были выше у пациентов с ИБС, чем с изолированной ГБ ($p < 0,001$), что подтверждает роль данных маркеров в патогенезе коронарного атеросклероза. Концентрация sE-селектина была достоверно выше при наличии ИБС ($p < 0,001$), доказывая роль хронического системного воспаления в развитии атеросклероза. Уровень кардиопротективного белка-апелина превышал значения у больных с изолированной ГБ в сравнении с группой с ИБС ($p < 0,001$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с ИБС уровень маркеров воспаления секретируется в гораздо большем количестве, подтверждая хроническое системное воспаление в развитии атеросклероза, что может быть использовано в клинической практике для подтверждения наличия коронарного атеросклероза при ожирении.

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ТАХИАРИТМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО ДАННЫМ О СРАБАТЫВАНИЯХ ИМПЛАНТИРОВАННЫХ СИСТЕМ

*Рычков А.Ю., Дюрягина Е.Л., Дубровская Э.Н., Ярцева И.А., Харац В.Е., Колунин Г.В.,
Кузнецов В.А.*

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень

Цель: Изучить частоту возникновения и факторы, способствующие появлению угрожающих жизни желудочковых тахикардий, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), на основе анализа мотивированных срабатываний ИКД и СРТ-Д.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ данных о диспансерном наблюдении 199 пациентов: 25 женщин и 174 мужчин (средний возраст 56 ± 11 лет). У 151 больных диагностирована ИБС у 48

неишемическая кардиомиопатия. 104 ИКД и 94 СРТ-Д были имплантированы для первичной ($n = 168$) и вторичной ($n = 31$) профилактики внезапной кардиальной смерти (ВКС). Анализировался период до 36 месяцев после имплантации. За время наблюдения умерли 31 (16%) больных. Данные о желудочковых тахикардиях оценивались по эндограмме из памяти прибора. Частота появления первого эпизода тахикардии оценивалась методом кривых Каплана-Майера с конечной

точкой мотивированное срабатывание и сравнивалась по критерию Log rank.

Результаты: В течение первых трех лет наблюдения мотивированные срабатывания функции ИКД зарегистрированы у 33 (17%) пациентов. По данным регистрации эндограммы причиной срабатываний явились фибрилляция желудочков у 9 и частая желудочковая тахикардия у 24 пациентов. Первое срабатывание в виде антитахикардической стимуляции зарегистрировано у 9 пациентов, из них у двух в последующем наблюдались мотивированные шоки. В остальных 24 случаях шок был первым срабатыванием. Сопоставление групп пациентов, имевших тахиаритмии, приводившие к срабатыванию ИКД ($n = 33$), и без зарегистрированных во время наблюдения устойчивых желудочковых тахиаритмий и мотивированных срабатываний, ($n = 166$) показало, что группы не различались по полу, возрасту, диагнозу основного заболевания, функциональному классу ХСН по NYHA, средней фракции

выброса левого желудочка, наличие в анамнезе устойчивых желудочковых аритмий и фибрилляции предсердий, частоте летальных исходов. При анализе кривых Каплана-Майера выявлены различия в категориях типа профилактики (первичная и вторичная) ВКС (Log rank $p = 0.017$) и вида имплантированной системы (Log rank $p = 0.028$). Кумулятивная частота мотивированных срабатываний была 7% за 12 месяцев, 12% за 24 месяца и 17% за 36 месяцев в группе первичной профилактики и 16%, 30%, и 36%, соответственно, в группе вторичной профилактики, а также 12%, 22%, и 26% в группе пациентов с ИКД и 4%, 10%, и 14% с СРТ-Д. Регрессионный анализ Кокса не выявил влияния типа профилактики на различие в группах с разным типом устройств.

Выводы: Устойчивые желудочковые тахиаритмии, приводящие к срабатыванию имплантированных систем, чаще регистрируются у пациентов группы вторичной профилактики ВКС и у пациентов с имплантированным ИКД без функции СРТ.

ПРЕДИКТОРЫ СМЕРТНОСТИ В СВЯЗИ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Савина Н.М., Шохина Е.Е., Сеничкина А.А.

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: выявление предикторов смерти, обусловленной прогрессированием ХСН, по данным 5-летнего наблюдения больных с ИБС и острым ИМ в анамнезе.

Материал и методы: в исследование были включены 150 больных с ИБС (59,0% мужчин), имевших в анамнезе ИМ и клинически выраженную ХСН после выписки из кардиологического стационара Центральной клинической больницы УД Президента РФ. В течение календарного года до включения в исследование у всех больных была госпитализация по поводу острого ИМ. Больные, перенесшие в текущую госпитализацию хирургические коронарные вмешательства, в исследование не включались. Период включения больных в исследование – 2008–2009 гг. Средний возраст наблюдаемых больных составил 74,6 лет (от 60 до 83 лет). АГ страдали 85,5% больных. Высокая частота АГ выявлялась как у мужчин, так и у женщин (81,1% и 90,7% соответственно; $p = 0,103$). ФК III–IV по классификации NYHA имели 89,2% больных, у мужчин установлено более тяжелое течение ХСН ($p = 0,041$). Систолическая дисфункция ЛЖ по данным ЭхоКГ выявлена у 77,7% больных. Хроническая аневризма ЛЖ имела у 19,4% больных. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программы SPSS 17.0. Связь возможных факторов риска с неблагоприятным исходом оценивали в модели пропорциональных рисков Кокса. Многофакторный анализ выполняли пошаговым методом с первоначальным включением переменных, наиболее тесно связанных с неблагоприятным исходом.

Результаты: за период наблюдения прогрессирование ХСН явилось причиной смерти у 35 (23,3%) больных, при этом гендерные различия не установлены ($p = 0,130$). Преобладающее большинство (68,0%) среди умерших составили больные старше 75 лет. Гендерные и возрастные различия в терапии ХСН, в том числе комбинированной нейрогормональной терапии, не установлены. В группе умерших больных частота назначения ингибиторов АПФ (95,8%), β -адреноблокаторов (76,7%), диуретиков (93,0%), сердечных гликозидов (10,1%), а также комбинированной нейрогормональной терапии (37,4%) не различалась в сравнении с группой больных, завершивших наблюдение. Антагонисты альдостерона (54,6%) чаще использовались в лечении умерших больных ($p = 0,005$). Целевые дозы ингибиторов АПФ были достигнуты у 69,6%, β -адреноблокаторов – у 38,9% умерших больных.

Независимыми предикторами смерти в связи с прогрессированием ХСН по данным многофакторного регрессионного анализа оказались: IV ФК ХСН (ОШ 3,48, 95%ДИ 1,44–6,75; $p = 0,004$), ФВ ЛЖ <35% (ОШ 2,77, 95%ДИ 1,44–5,32; $p = 0,002$), ХБП (ОШ 2,53, 95%ДИ 1,23–5,02; $p = 0,009$), анемия (ОШ 2,86, 95%ДИ 1,50–5,57; $p = 0,002$).

Выводы: по данным 5-летнего наблюдения больных с ХСН и острым ИМ в анамнезе, смертность в связи с прогрессированием ХСН составила 23,3%. Высокий риск неблагоприятного исхода у больных IV ФК ХСН, с низкой ФВ ЛЖ (<35%), наличием ХБП и анемии.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: МЕСТО И РОЛЬ В НЕЙСЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Садреева С.Х., Зинатуллина Д.С.

ГБОУ ВПО СамГМУ МЗ РФ, Самара

Многочисленные исследования подтверждают, что болезни сердечно-сосудистой системы являются основными причинами высокой заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения экономически развитых стран. Россия демонстрирует драматический подъем смертности от ССЗ. Профилактика ССЗ и АГ во всех странах мира является приоритетной задачей здравоохранения. Главная цель лечения и их профилактики – раннее выявление заболеваний, факторов риска, максимально возможное снижение риска развития осложнений и смертности. В национальных клинических рекомендациях большое значение отводится оценке общего ССР, степень которого зависит от величины АД, наличия или отсутствия сопутствующих ФР, поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний. В проведении профилактических мероприятий важны раннее выявление модифицированных ФР ССЗ и АГ, адекватная терапия предотвратимых заболеваний и осложнений, снижение риска сердечно-сосудистой катастрофы.

Двадцатилетний опыт развития общеврачебной практики и семейной медицины в Самарской области, материалы проведенных исследований, подтвердили целесообразность активного участия в программах профилактики медицинских работников со средним профессиональным образованием. В их задачи включались: выявление ФР ССЗ и АГ, их коррекция; проведение индивидуальных и групповых консультаций; обучение населения и различных целевых групп формам и методам самоконтроля за здоровьем (АД, ЧСС, МТ, сахара крови, холестерина и т. д.); проведение занятий в обучающих профилактических программах – ШАГ;

укрепление здоровья и личной профилактики; формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций и здоровые – берегающих технологий; создание мотивации на ведение здорового образа жизни и предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья; контроль заболеваний и их прогрессирования, развития осложнений, утраты работоспособности; участие в мониторинге здоровья прикрепленного населения; проведение социологических исследований среди пациентов по вопросам профилактики ССЗ; определение удовлетворенности и потребности в профилактической помощи; обеспечение информационной поддержки населению по вопросам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

При проведении диспансеризации определенных групп населения, в которой реализуется стратегия высокого риска ССЗ, предполагающая совершенствование системы раннего выявления лиц с высоким суммарным ССР, коррекции у них ФР, обеспечения диспансерного наблюдения – роль сестринского персонала возрастает. Особенно это важно в участии медицинских сестер в скрининговых (от англ. screening – «просеивание») программах, которые направлены на первичный отбор лиц, требующих углубленного обследования; оптимизацию выбора методов и сроков их дообследования; формирование групп пациентов повышенного риска развития сердечно-сосудистой патологии. Скрининговые программы экономичнее обычных медицинских осмотров. Применение скрининговых систем дает качественно новые сведения о состоянии здоровья больших контингентов практически здоровых лиц и о заболеваемости населения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Саидмуродова Ф.Л., Хурсанов Н.М.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить качество жизни пожилых больных с изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ).

Методы исследования. Обследовано 28 больных ИСАГ в возрасте от 60 до 74 лет, среди них женщин – 16, мужчин – 12. 11 больных имели I тип, 17 – II тип ИСАГ. По клиническому течению у 14 пациентов наблюдались лабильная и у 14 – стабильная формы (классификация А.З.Цфасман и Н.Х.Хамидов). Контрольную группу составили 20 лиц, сопоставимые по возрасту и полу. Критериями включения больных в исследование были: систолическое артериальное давле-

ние (САД) > 140 мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) < 90 мм.рт.ст., возраст старше 60 лет. В исследовании не включались: больные с гипертонической болезнью и симптоматическими артериальными гипертензиями, выраженными нарушениями функции печени и почек, декомпенсированным сахарным диабетом, острыми нарушениями коронарного и мозгового кровообращения. Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника MOSSF-36. Опросник заполнялся респондентами самостоятельно по шкалам: физическая активность (PF), ролевое функционирование (RP), интенсивность боли (BP), общее восприятие здоровья

(GH), жизнеспособность (VT), социальная активность (SF), психическое здоровье (MH), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE).

Полученные результаты. При анализе полученных данных установлено, что у больных с ИСАГ по сравнению с контрольной группой отмечалось снижение показателей КЖ по всем шкалам здоровья. Пациенты в основном жаловались на сердцебиение (69%), перебои в работе сердца (56%), слабость (56%), утомляемость при умственной нагрузке (38%), повышенную раздражительность (25%), головную боль (59%),

снижение настроения (41%). Физические компоненты качества жизни при сравнительном анализе у больных с ИСАГ были на 33,5 баллов ниже, чем в контрольной группе (48,9 баллов). Психологические компоненты качества жизни по сравнению с контрольной группой также были снижены на 18,7 баллов.

Вывод. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, у больных с ИСАГ пожилого возраста отмечаются снижение показателей качества жизни, которые отрицательно влияют на течение и прогноз заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ

Сейтмагамбетова С.А., Жолдин Б.К., Шарафутдинова С.К., Талипова И.Ж., Кушимова Д.Е., Курманалина Г.Л.

ЗКГМУ им. М. Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Цель: провести анализ эффективности, безопасности и переносимости терапии Амлессой (периндоприл 8 мг и амлодипин 10 мг) при однократном приеме в день (в течении 3 месяцев) у больных с артериальной гипертензией II–III ст, не достигшие целевого уровня АД при предшествующей терапии.

Методы исследования: наблюдались амбулаторные больные с артериальной гипертензией II–III ст. В исследовании участвовали 22 пациента (50% мужчин и 50% женщин) в возрасте от 42 до 70 лет. Критерием целевого уровня считали АД

<140/90 мм.рт. ст. Исходно и при каждом визите (0,1 и 2 визитах) измеряли АД, а также исходно и при 2-ом визите проводили СМАД (использовали монитор ВРLab ООО «Петр Телегин»), определяли уровень креатинина, глюкозы, триглицеридов, АЛТ, АСТ.

Полученные результаты: Исходно у наблюдаемых больных на фоне предшествующей терапии в среднем значения САД и ДАД составил $170,2 \pm 5,6$ и $100,1 \pm 6,8$ мм.рт. ст. соответственно.

В дневные часы исходно средние колебания САД были выше от 145 до 185 мм.рт. ст., значения ДАД от 82 до 108 мм.рт. ст. (в 53% случаях). В ночные часы среднее САД повышалось от 135 до 141 мм.рт. ст. Среднее ДАД от 77 до 89 мм.рт. ст. (у 55 % больных).

У 14 (66,7%) больных до лечения наблюдалась высокая вариабельность АД, вариабельность САД составила от 59 до 100%, ДАД – от 54 до 96%. На фоне лечения амлессой вариабельность САД составило менее 50% у 13 (61,9%) больных.

Индекс времени САД (ИВСАД) и ДАД (ИВДАД) исходно превышал 67% за сутки (11 больных-52,3%), что указывало на недостаточный контроль уровня АД. На фоне терапии амлессой – у 3 пациентов ИВСАД и ИВДАД остались выше 50%, что требовало дополнительной антигипертензивной терапии, у остальных меньше 50%.

При 1 визите наблюдалось снижение АД до целевых показателей и ниже и сохранялось и при 2-ом визите.

Для оценки безопасности лечения проводились биохимические исследования, статистически значимых изменений не отмечено. Среди нежелательных явлений – кашель отмечался у 1 больного, был расценен реакцией на периндоприл и отек голени также у 1 больного, расценен как реакция на амлодипин. При отмене препарата кашель и отек исчезли.

Выводы. Комбинированный пролонгированный препарат Амлесса (периндоприл 8 мг + амлодипин 10 мг) позволяет достичь целевого уровня давления у больных с неэффективной предшествующей антигипертензивной терапией.

МОТИВАЦИЯ ДОСТИЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.

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

Мотивация достижения – одна из разновидностей мотивации деятельности, связанная с потребностью индивида добиваться успеха и избегать неудачи.

Цель: диагностировать мотивацию достижения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: в 2014 г проводилось анкетирование пациентов кардиологического стационара. Для измерения мотивации достижения применялась модификация теста-опросника А. Мехрабиана, предложенная М.Ш. Магомед-Эминовым. Тест, предназначен

ный для диагностики двух обобщенных устойчивых мотивов личности: мотива стремления к успеху и мотива избегания неудачи, имел две формы: мужскую (форма А) и женскую (форма Б) и состоял из ряда утверждений, касающихся определенных сторон характера, а также мнений и чувств по поводу некоторых жизненных ситуаций. На основе подсчета суммарного балла оценивался, какой из этих двух мотивов у испытуемого доминирует. Учитывались клинические, демографические, социальные характеристики пациента.

Результаты: В опросе приняло участие 70 пациентов: 40 (57,1%) мужчин и 30 (42,9%) женщины, 58 (82,9%) пенсионного возраста, 12 (17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. 62 (88,6%) поступили экстренно, 8 (11,4%) планово, впервые в году 46 (65,7%), повторно 24 (34,3%). 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. В мотивации достижения у 2 (2,9%) обследуемых доминирует стремление к успеху (165–210 баллов), у 54 (77,1%) доминирует стремление избежать неудачи (76–164 балла). У 2 (2,9%) сумма баллов оказалась в пределах 30–75 и никакого определенного вывода о доминировании друг над другом мотивации достижения успехов или избегания неудач сделать нельзя. 12 (17,1%) пациентов не ответили на тест.

Выводы: У большинства пациентов с сердечно-сосудистой патологией доминирует стремление избежать неудачи, что свидетельствует о потребности в преодолении препятствий и требует дальнейшего изучения взаимосвязи мотивации достижения с наличием конкретной сердечно-сосудистой патологии и ее лечением.

УРОВЕНЬ С – ПЕПТИДА КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Серебренников В.Н., Шкловский Б.Л., Паценко М.Б.

ФГБУ «ЗЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, г. Красногорск, РФ

Цель: Исследования последних двух десятилетий показали, что С – пептид, являющийся продуктом расщепления проинсулина, играет важную физиологическую роль в различных типах клеток; установлена его метаболическая активность, его роль в становлении атеросклероза и сердечно – сосудистых заболеваний. Целью настоящего исследования являлось изучение уровня С – пептида как предиктора ИБС у больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования: обследованы 102 пациента в возрасте 48–62 лет (медиана возраста 54 года), страдающих СД 2 типа в течение 1–10 лет (медиана длительности заболевания – 5 лет). Оценивали антропометрические параметры; углеводный и липидный обмен; уровень инсулина, С – пептида. В зависимости от уровня С – пептида (норма 0,81–3,25 нг/мл) пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 54 пациента с повышенным уровнем С – пептида ($\geq 3,25$ нг/мл), во 2 – группу 48 пациентов с нормальным уровнем С – пептида ($< 3,25$ нг/мл). По уровню глюкозы, ИРИ и С-пептида были рассчитаны индексы инсулинорезистентности (ИР) – НОМА (Matthews D., 1985) и Caro (Caro F., 1991). Также проводился расчет индекса НОМА-2 -С-пептид, который рассчитывался с помощью компьютерной программы НОМА-2 Calculator по показателям гликемии натощак и С-пептиду (Levy JC et al., 1998). Состояние сердечно – сосудистой системы оценивали по наличию и тяжести течения артериальной гипертензии (АГ) и ИБС (стенокардии напряжения). Данные представлены в виде: медиана (25 –й процентиль; 75-й процентиль).

Полученные результаты: у большинства пациентов (91,5%) ИМТ превышал норму. В группе с гипер С – пептидемией (1 группа) ИМТ, ОТ/ОБ были достоверно выше чем у больных с нормальным уровнем С – пептида: в 1-й группе ИМТ 32,0 (28,8; 36,1); во 2-й группе ИМТ 28,5 (26,7; 30,8) кг/м². При оценке показателей липидного спектра крови установлено, что у больных первой группы уровень ТГ, ЛПОНП и индекс ТГ/ЛПВП был выше чем во второй группе. При этом медианна уровня триглицеридов в 1 группе была выше в 1,2 раза в сравнении со 2 – й группой (медиана 2,49 и 1,93 ммоль/л соответственно). При использовании корреляционного анализа индексов инсулинорезистентности (НОМА, Caro, НОМА-2) установлена достоверная связь НОМА-2-С-пептид с ИМТ ($r = 0,34$; $p < 0,001$), ОТ ($r = 0,38$; $p < 0,001$), ТГ ($r = 0,34$; $p < 0,001$) и индексом ТГ/ЛПВП ($r = 0,25$; $p < 0,01$). Корреляция индекса НОМА с ИМТ, ОТ и ТГ оказалась ниже. При анализе частоты встречаемости артериальной гипертензии и ИБС у обследованных больных выявлены значимые различия. В первой группе АГ и ИБС встречались в 1,4 раза чаще, чем во второй группе (1 группа – 92,6% и 38,9%; 2 группа – 68,3% и 28,6% соответственно).

Выводы: уровень С – пептида и индекс НОМА – 2 С-пептид более точно выявляют наличие инсулинорезистентности, достоверно коррелируют с гипертриглицеридемией и повышают сердечно – сосудистый риск. Исследование уровня С – пептида может использоваться у больных сахарным диабетом 2 типа для раннего выявления риска сердечно – сосудистых заболеваний.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФАКТОРОВ РИСКА С ДИНАМИКОЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Серова Е.Н., Сергеева М.В., Чербаева О.Г.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Ранее, доклиническое выявление патологических сдвигов основных параметров гемодинамики особенно актуально у лиц, имеющих факторы риска (ФР). Проведение активной ортостатической пробы (АОП) способствует выявлению скрытых и более выраженному проявлению имеющихся нарушений сердечно-сосудистой системы (ССС).

Цель исследования. Изучить динамику артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) при АОП у лиц молодого возраста с ФР и без них.

Материалы и методы. Обследованы 19 здоровых молодых людей в возрасте от 20 до 32 лет, из них 14 мужчин и 5 женщин. Проводили сбор анамнеза на предмет курения и отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Измеряли рост, вес, рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле Quetelet. Уровень глюкозы венозной плазмы натощак (ГВПН) определяли гексокиназным методом с использованием анализатора AU2700-gluc Beckman Coulter, Англия. Систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), электрокардиограмму (ЭКГ) регистрировали в горизонтальном положении и на 5-ой минуте АОП. САД и ДАД измеряли на плечевой артерии методом Н. С. Короткова, мм рт ст. ЧСС определяли по ЭКГ (электрокардиограф CARDIOVIT AT-2, производства Schiller, Швейцария). Рассчитывали среднединамическое АД (СДД) в горизонтальном положении и на 5-ой мин АОП по общепринятой формуле, а также должную величину СДДд = $0,37 \times \text{СДДисх} + 69,06$, где СДДисх – среднединамическое давление в положении лежа. Реакцию на ортостаз считали гипертензивной

при превышении фактически имеющегося СДД на 5-ой мин по сравнению с его должным значением. Сдвиги параметров гемодинамики вычисляли как разность СДДд и СДД на 5-ой мин ортостаза. По всем показателям рассчитывали средние арифметические и их стандартные отклонения ($M \pm SD$) с использованием пакета программ Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Показатели уровня ГВПН у всех обследованных лиц не превышали действующих критериев нормы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1999) и Американской диабетической ассоциации. Избыточный вес, курение и отягощенную наследственность по ССЗ относили к ФР. В зависимости от количества выявленных ФР были выделены 4 подгруппы: без ФР (0 ФР), с одним ФР (1 ФР), с двумя ФР (2 ФР), с тремя ФР (3 ФР). Исходное АД во всех подгруппах не превышало 139/89 мм рт ст.

Прирост ЧСС на 5-ой мин АОП в подгруппах с различным количеством ФР не превышал 30 уд в мин, что является критерием нормальной реакции. СДД на 5-ой мин не превышало СДДд в подгруппах с 0, 1, и 2 ФР, однако, разница между СДДд и СДД уменьшалась с увеличением количества ФР и составила $16,5 \pm 2,2$; $9,84 \pm 1,3$; $3,2 \pm 0,8$ мм рт ст для групп с 0, 1 и 2 ФР соответственно. В подгруппе с 3 ФР СДД на 5-ой мин ортостаза ($108,3 \pm 1,1$ мм рт ст) превышало СДДд ($106,4 \pm 0,9$ мм рт ст), что расценивалось как гипертензивная реакция на ортостаз.

Выводы. Увеличение количества ФР ассоциируется с более выраженными сдвигами гемодинамики при АОП. Комплексная оценка динамики СДД при АОП и ФР может способствовать раннему выявлению нарушений регуляции ССС у лиц молодого возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНОТЕРАПИИ ПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПЕРЕД КОРРЕКЦИЕЙ ПОРОКОВ КЛАПАНОВ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИК.

Сигаева О.М.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва.

Цель. Оценить эффективность и осложнения монотерапии прямыми антикоагулянтами в раннем послеоперационном периоде у пациентов после ЧКВ стентирования коронарных артерий перед оперативным вмешательством на клапанах левых отделов сердца в условиях ИК.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 55 пациентов с пороками митрального

и/или аортального клапана сердца и со стабильной ИБС 2–4 ФК. У всех пациентов по данным коронароангиографии подтверждены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, требующее первым этапом выполнения стентирования пораженных сосудов, вторым (в сроки от 1 до 6 дней) – хирургической коррекции клапанов сердца. Все пациенты начинают получать антиагрегантную терапию и непрямые антикоагулянты

на следующие сутки после второго этапа хирургического лечения – имплантации механического ИКС, а до того момента, в день стентирования и до первых суток после операции на клапанах сердца, – прямые антикоагулянты под контролем АЧТВ. Среднее время наблюдения составило 7 дней. Первичной конечной точкой данного анализа считались все случаи развития «больших кардиальных событий»: тромбоза стента, инфаркта миокарда, транзиторных ишемических атак, внезапной сердечной смерти. Так же конечной точкой стали большие и малые кровотечения в раннем послеоперационном периоде по поводу кровотечений.

Результаты: В течение семи дней после оперативного вмешательства смертность составила 1,8 %. Доля кровотечений составило 3,6 % ИМ в раннем п/о периоде наблюдалось у 0%. Транзиторных ишемических атак 0%. Тромбозов стентов 1,8%.

Выводы: Монотерапия прямыми антикоагулянтами в раннем послеоперационном периоде при контроле уровня гемостаза является безопасным методом ведения больных после стентирования коронарных артерий перед коррекцией клапанов левых отделов сердца в условиях ИК.

СУБКЛИНИЧЕСКИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ НАЛИЧИИ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Симерзин В.В., Фатенков О.В., Черенова С.Г., Рубаненко О.А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель исследования. Оценить ремоделирование артерий брахиоцефального ствола (БЦС) у лиц молодого возраста с семейной гиперхолестеринемией (СГХС) при отсутствии клинической симптоматики.

Материалы и методы. У 34 больных с СГХС в возрасте от 20 до 40 лет с уровнем общего холестерина (ОХС) $\geq 7,5$ ммоль/л и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $\geq 4,9$ ммоль/л в соответствии с Нидерландскими и Британскими критериями устанавливался клинический диагноз СГХС. Всем пациентам наряду со стандартным исследованием (в том числе определением липидного профиля, С – реактивного белка, фибриногена, эхокардиографии) проводилось ультразвуковое сканирование артерий БЦС.

Результаты. Выявлено, что у всех пациентов с СГХС, несмотря на отсутствие заболеваний сердечно – сосудистой системы, при проведении триплексного сканирования БЦС диагностировался атеросклеротический процесс различной степени выраженности (комплекс интима-медиа более 0,9 мм у 37%, атеросклеротические бляшки от 20 до 45% – у 63%).

Выводы. Наряду с клиническим и лабораторным анализом необходимо проводить ультразвуковое исследование артерий БЦС с целью ранней верификации атеросклеротического поражения у лиц в возрасте от 20 до 40 лет для диагностики субклинического атеросклероза

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ УБИДЕКАРЕНОНОМ

Сичинава Л.Б.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Оценить изменения эхокардиографических показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II–III функционального класса (ФК), перенесших инфаркт миокарда под влиянием терапии убидекареноном. **Материалы и методы:** В исследование было включено 120 больных с ХСН II–III ФК, после перенесенного инфаркта миокарда. Больных рандомизировали в 2 группы: 1 группа – пациенты, получавшие стандартную оптимально подобранную терапию и дополнительно убидекареноном (Кудевита®) в течение 3 месяцев по 120 мг в день; 2 группа – получавшие только оптимально подобранную стандартную терапию. Для оценки постинфарктного ремоделирования левого желудочка проводили эхокардиографическое исследование исходно, через 3 и 12 месяцев. **Результаты:** Увеличение индекса конечного диастолического объема (иКДО) левого желудочка более 75 мл/м² выяв-

лено у 24 (47,1%) пациентов 1 группы, и у 26 больных (49,1%) 2 группы. При проведении попарного сравнения показателей в зависимых выборках (исходные данные против данных через 3 и 12 месяцев) было выявлено, что значимые различия получены только у больных 1 группы ($p < 0,05$ для критерия Вилкоксона и критерия Friedman ANOVA). Так через 3 месяца терапии у пациентов 1 группы значение иКДО уменьшилось, достигнув 65,67 (56,54; 77,94) мл/м² ($p < 0,05$), и только у 15 больных (29,4%) – превышало 75 мл/м². У пациентов 2 группы через 3 месяца лечения иКДО не отличался от исходного, составив 71,86 (58,55; 89,83) мл/м² ($p > 0,05$), а у 24 больных (45,3%) – был более 75 мл/м². Изменения индекса конечного систолического объема левого желудочка (иКСО) у пациентов, включенных в исследование, имели аналогичный характер. Так у пациентов 1 группы иКСО исходно составил 24,87 (19,28;

35,43) мл/м², а под влиянием терапии через 3 месяца – 22,12 (16,74; 30,98) мл/м² (p<0,05). Во 2 группе исходные значения иКСО были определены как 25,54 (18,00; 33,18) мл/м² и через 3 месяца не отличались значимым образом, составив 25,12 (17,38; 33,74) мл/м² (p>0,05). В целом медианные значения иКСО не превышали нормальных значений, однако, верхняя квартиль значений иКСО во 2 группе через 3 месяца превышала 31,0 мл/м². Кроме того у 12 пациентов 2 группы иКСО превысил 35 мл/м², что свидетельствует о неблагоприятном течении процессов постинфарктного ремоделирования. У пациентов 1 группы фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) исходно составляла 60,00 (54,00; 67,00) %, через 12 месяцев – 64,00 (56,00; 70,00) %. ФВЛЖ во 2 группе исходно – 63,00 (56,00; 69,00) %,

через 12 месяцев – 62,00 (55,5; 68,5) %. Индекс левого предсердия (иЛП) исходно у пациентов 1 группы составил 21,62±2,17 мл/м², в динамике 22,30±2,22 мл/м². Во 2 группе 21,80±2,14 мл/м² и 23,29±2,47 мл/м² соответственно. Индекс относительной толщины стенок исходно и через 3 месяца в 1 группе составил 0,41 (0,37;0,46) и 0,42 (0,37;0,48) соответственно, а у пациентов 2 группы практически не изменялся 0,42 (0,34;0,48) и 0,42 (0,35;0,48).

Выводы: Назначение убидекаренона дополнительно к препаратам основной группы при лечении пациентов с ХСН II–III ФК, перенесшим инфаркт миокарда, приводило к положительной динамике эхокардиографических показателей.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С УЧЕТОМ ПОЛА

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Сокаева З.Т., Заболотских Т.Б.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель: сравнительная оценка липидкорректирующего эффекта и влияния на уровень СРБ различных вариантов гиполипидемической терапии: монотерапии статином и его фиксированной комбинации с эзетимибом у мужчин и женщин с метаболическим синдромом.

Методы исследования. В исследование включены 172 пациента с МС, медиана возраста 59 (52–67) лет. Всем пациентам был назначен симвастатин (Зокор, MSD) 20 мг/сутки. Через 1 месяц лечения пациентов, достигших целевого уровня (ЦУ) холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) < 2,5 ммоль/л (10 мужчин и 19 женщин) исключали из последующего анализа гиполипидемического эффекта проводимой терапии. Больные, не достигшие ЦУ ХС ЛПНП (71 мужчин и 72 женщины), были рандомизированы в 2 группы: в 1-ой группе (32 мужчины и 34 женщины) дозу симвастатина увеличивали до 40 мг/сут., во 2-ой группе (39 мужчин и 38 женщин) монотерапию симвастатином 20 мг/сут. заменяли на фиксированную комбинацию симвастатина 20 мг/сут. и эзетимиба 10 мг/сут. (препарат Инеджи, MSD). Всем пациентам исходно, через 2 и 6 месяцев определяли общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ). ХС ЛПНП рассчитывался по формуле Фридвальда.

Результаты исследования. Применение симвастатина 40 мг/сут. способствовало достижению ЦУ ХС ЛПНП достоверно чаще у мужчин (81,2%), чем у женщин (55,9%) (p<0,05). Комбинированная терапия обеспечивала достижение ЦУ ХС ЛПНП достоверно

чаще у женщин, чем у мужчин: 33 (86,8%) против 25 (64,1%) (p = 0,04). Применение симвастатина 40 мг/сут. у мужчин приводило к достоверному снижению ОХС на 24,1%, ХС ЛПНП – на 33,7%, ТГ – на 22,6% и увеличению ХС ЛПВП на 16,5% (p < 0,05). У женщин терапия симвастатином 40 мг/сут. сопровождалась уменьшением уровней ОХС на 23,5%, ХС ЛПНП – на 33,2%, ТГ – на 18,4%, увеличением ХС ЛПВП на 15% (p < 0,05). При использовании инеджи у мужчин имело место снижение уровня ОХС на 24,7%, ХС ЛПНП – на 34,7%, ТГ – на 25,5%, а также увеличение ЛПВП на 16,8% (p < 0,001). У женщин комбинированная терапия сопровождалась выраженными позитивными изменениями всех показателей липидного спектра: снижением уровня ОХС на 26,1%, ХС ЛПНП – на 38,8%, ТГ – на 26 %, и увеличением ХС ЛПВП на 18% (p < 0,05). При этом применение комбинированной терапии у женщин приводило к более значимым изменениям всех параметров липидного спектра в сравнении с мужчинами (p < 0,05). У мужчин и женщин монотерапия статином способствовала уменьшению уровня СРБ на 25,4% и 24,9% (p < 0,05), а применение инеджи – на 26,5% и 27,5% соответственно (p < 0,05).

Выводы. Применение фиксированной комбинации статина и эзетимиба у женщин оказалась более эффективной, чем у мужчин в отношении достижения ЦУ ХС ЛПНП. Противовоспалительный эффект разных вариантов лечения был сопоставим как у мужчин, так и у женщин.

АГРЕГАЦИЯ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ АТОРВАСТАТИН И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Скорятина И.А., Медведев И.Н.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

В цивилизованном обществе все шире распространяется сердечно-сосудистая патология, являющаяся одной из наиболее частых причин инвалидизации и ранней смертности населения. Серьезное место в ее структуре занимает артериальная гипертония (АГ), сочетающаяся с дислипидемией (Д), неизбежно приводящие к нарушениям функционально-структурных характеристик всех форменных элементов крови, что требует разработки подходов к их быстрой коррекции.

Цель работы: выяснить возможности комплексного воздействия аторвастатина и немедикаментозной терапии на агрегационные свойства форменных элементов крови у больных АГ с Д. Работа выполнена на 59 больных АГ 1–2 степени, риск 3 с Д I б типа, среднего возраста. Группа контроля представлена 26 здоровыми людьми аналогичного возраста. Применены стандартные методы оценки агрегации тромбоцитов, эритроцитов и нейтрофилов. Всем больным назначались гиполипидемическая диета, дозированные физические нагрузки и аторвастатин 10 мг на ночь. Регистрация показателей проводилась в исходе, через 6, 12, 18, 52 и 104 недели терапии. Статистическая обработка результатов осуществлялась t-критерием Стьюдента.

На фоне лечения отмечено быстрое ослабление исходно усиленной агрегационной способности эритроцитов и снижение количества самих агрегатов через 6 нед. наблюдения. Это сопровождалось через 6 нед.

лечения ослаблением до уровня контроля исходно усиленной агрегации тромбоцитов. Так у наблюдаемых пациентов в эти сроки наиболее активным индуктором сохранялся коллаген ($33,2 \pm 0,11$ с). Второе место по скорости развития АТ принадлежало АДФ. Чуть позднее возникла АТ с ристомицином и H_2O_2 , еще позднее с тромбином и адреналином. Длительность АТ с сочетаниями индукторов на фоне терапии также достоверно увеличивалась. Наиболее ранняя АТ к концу наблюдения возникала под действием сочетания АДФ+коллаген. При этом, комбинация адреналина и коллагена вызвала агрегацию через $29,1 \pm 0,10$ с, а под влиянием АДФ и адреналина она наступала через $34,6 \pm 0,03$ с. Это сопровождалось постепенным сокращением числа свободно перемещающихся в крови тромбоцитарных агрегатов на фоне уменьшения включения в них тромбоцитов, достигая уровня показателей контроля к 6 нед. наблюдения.

У пациентов на фоне 6 нед. лечения найдено снижение до уровня контроля исходно усиленной агрегации нейтрофилов со всеми примененными индукторами: на лектин на 56,0%, на конканавалин А на 32,2%, на фитогемагглютинин на 37,1%.

Прием аторвастатина на фоне немедикаментозной терапии пациентами с АГ и Д нормализует агрегационные возможности их эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов.

АССОЦИАЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И АРТЕРИОСКЛЕРОЗА С КОСТНОЙ МАССОЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Алиханова Н.А., Скрипникова И.А., Абилова Э.С., Мурашко Л.М., Новиков В.Е.,
Ткачева О.Н.

ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России, Москва

Данные экспериментальных и клинических исследований подтверждают, что у бессимптомно дебютирующих атеросклероза (АС), артериосклероза (АСК) и остеопороза (ОП) есть общие звенья патогенеза, приводящие к развитию манифестных осложнений. Для того чтобы оценить ассоциацию между ОП, АС и АСК чаще используют суррогатные маркеры этих заболеваний – сосудистую кальцификацию или жесткость сосудистой стенки и низкую минеральную плотность кости (МПК). В последнее время появляется все больше препаратов, одновременно влияющих на атероматоз, сосудистую ригидность и МПК, поэтому изучение взаимосвязи этих параметров позволит определить новые лечебные стратегии для замедления изменений в сосудах и костной ткани.

Целью исследования: изучить связь признаков субклинического АС и сосудистой жесткости с МПК у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: В одномоментное исследование включено 100 женщин в возрасте 45–75 (ср. возраст $57,51 \pm 8,45$). Критериями не включения в исследование являлись: клинические проявления атеросклероза, состояния вызывающие вторичный остеопороз, препараты, влияющие на костный метаболизм и параметры сосудистой жесткости. Толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ), наличие и количество атеросклеротических бляшек, и степени стеноза сонных артерий исследовались с помощью дуплексного сканирования. Исследование скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), индекса аугментации

(ИА) проводилось методом апplanationной тонометрии (SphygmoCor). МПК измерялась с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Delphi W, Hologic, USA). Диагноз «остеопения» устанавливали согласно критериям ВОЗ при T-критерии от -1 до -2,4 SD, «остеопороз» – менее -2,5SD. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ Statistical Analysis System (USA).

Результаты и обсуждение: Остеопения выявлена у 39%, остеопороз у 26% пациенток. Низкая МПК, большее количество атеросклеротических бляшек и ИА ассоциировались с продолжительностью менопаузы. У женщин с низкой костной массой (остеопенией или

ОП) отмечено большее количество АБ ($p < 0,05$) и степень стеноза сонных артерий была выражена сильнее ($p < 0,05$). ИА ($p < 0,001$) обратно коррелировал с МПК позвоночника (L1-L4) и проксимального отдела бедра, а СРПВ ($p < 0,05$) обратно коррелировала с МПК только в области L1-L4. Различий в ТКИМ у пациентов с низкой и нормальной МПК обнаружено не было.

Выводы: Выявлена отрицательная связь между признаками субклинического АС, АСК и показателями МПК, что может косвенно свидетельствовать о наличии единых патогенетических механизмов снижения костной массы и изменения состояния артериальной стенки у женщин в постменопаузальном периоде.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У СПОРТСМЕНОВ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

А.В. Смоленский, А.В. Михайлова, О.И. Беличенко, А.Ю. Татарникова, А.Б. Мирошников

НИИ спортивной медицины, Кафедра спортивной медицины ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма (ГЦОЛИФК)», г. Москва

По данным эпидемиологических исследований, распространенность АГ в Российской Федерации у лиц 15 лет и старше составляет 39,5%, что свидетельствует примерно о 40 млн больных АГ. У женщин АГ выявляется чаще, чем у мужчин (40,4% и 37,2% соответственно). Несмотря на то, что распространенность АГ в спортивной популяции значительно ниже, чем среди населения в целом, но в ряде видов спорта с высоким объемом изометрических нагрузок, доминирующих в скоростно-силовых видах спорта распространенность повышенного АД и увеличение массы миокарда левого желудочка выше, чем в аэробных циклических видах спорта.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности АГ у спортсменов в зависимости от характера физических нагрузок в тренировочной и соревновательной деятельности.

Материалы и методы. В исследование был включен 231 спортсмен восьми спортивных специализаций: бокс, борьба, тяжелая атлетика, легкая атлетика – бег на средние дистанции, велоспорт, велоBMX, парусный спорт, пятиборье; возраст спортсменов от 18 до 32 лет (средний возраст 22 года), спортивная квалификация от I взрослого разряда до мастера спорта. Всем обследованным спортсменам наряду с осмотром проводилась

стандартная ЭКГ покоя, двухкратное измерение АД, трансторакальная эхокардиография, велоэргометрия. Спортсменам в высоком нормальном АД и повышенным уровнем АД проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты. Среди обследованных 231 спортсмена распространенность повышения АД составила 5,6% (13 человек), преимущественно повышение уровня АД наблюдалось у спортсменов, в тренировке которых доминировали статические нагрузки высокой мощности в сочетании с аэробными нагрузками умеренной или высокой интенсивности. Из 13 спортсменов с повышенным уровнем АД верифицированным по данным суточного мониторирования АД у 7 спортсменов была выявлена как пограничная гипертрофия миокарда левого желудочка (ГМЛЖ), так и ГМЛЖ с индексом массы миокарда $139,4 \pm 12,2$ г/м², что и послужило основанием для назначения гипотензивной терапии ингибитором ангиотензин превращающего фермента (АПФ) – эналаприлом в дозе 5 мг/сут.

Выводы. Распространенность АГ у спортсменов составила 5,6%. Результаты трехмесячного лечения привели к достоверному снижению суточных показателей АД, однако мы не наблюдали регресса гипертрофии миокарда у спортсменов.

ДИСРЕГУЛЯЦИЯ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, КАК ПРЕДИКТОР ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Собирова М.М., Олимов Н.Х.

Межрайонный кардиологический центр Пенджентского района Согдийской области. Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить степень нарушений экстракардиальной (центральной) регуляции сердечного ритма и выявить связь с летальным исходом у боль-

ных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ).

Методы и материал исследования. Базовым измеряемым параметром является длительность R-R интер-

вала. 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 $4,0 \times 10^3 \dots 4,0 \times 10^4$ 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 δRR – 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 ОКС в отличие от выживших, наблюдается снижение показателей системных связей формирующих ЭКР со стороны ЦНС и вариабельности сердечного ритма (β и σ) 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.

РОЛЬ ГИПЕРАКТИВАЦИИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Собирова М.М., Олимов Н. Х

Межрайонный кардиологический центр Пенджентского района Согдийской области. Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОвСЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение нарушения ритма и проводимости у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ), в зависимости от вегетативной активности.

Методы и материал исследования. 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 ОКСПСТ, 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-й, отмечались такие нарушения ритма, как частая экстрасистолия, политопная желудочковая экстрасистолия, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. Нарушения АВ проводимости, наоборот, в 1,8 раза чаще развивались в 3 группе, по сравнению с 1 группой. Группа с преобладанием нормотонической регуляции занимала промежуточное положение по ча-

стоте 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 предупредить развитие аритмий.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИИ

Г.Н. Соболева, И.Е. Карпова, А.А. Федорович.

ФГБУ РКНПК, Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, г. Москва, Россия.

Микрососудистая стенокардия (МСС), ранее описываемая как Кардиальный синдром Х, в настоящее время выделяется в рекомендациях Европейского общества кардиологов (2013 г.) как одна из форм стабильной стенокардии. Этот диагноз выставляется при наличии приступов стенокардии, преимущественно напряжения, неизменных/малоизмененных коронарных артериях (КА) по данным коронароангиографии (КАГ) и верификации ишемии миокарда по данным визуализирующих методов. Частота выявления неизменных/малоизмененных коронарных артерий у больных с диагнозом «ИБС» составляет от 10 до 40%. Клиническая картина МСС отличается рефрактерностью к терапии нитратами, низким качеством жизни и определенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Подбор терапии для этой группы больных осуществляется эмпирически, в зависимости от степени воздействия различных классов препаратов на частоту приступов стенокардии. Мы предприняли новый подход в выборе оптимального медикаментозного препарата в лечении МСС – под контролем лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) и капилляроскопии (ККС) сосудов кожи, являющейся моделью микроциркуляции (МЦ) в миокарде, и качества жизни по шкале SAQ.

Цель работы: Оценить характер воздействия антиангинальных препаратов на показатели микроциркуляции сосудов кожи и качество жизни у больных МСС с целью выбора оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы: в исследование включено 27 больных с МСС (2 м/2 ж), проводились острые лекарственные тесты (ОЛТ) в течение 3–7 сут. с изосорбид 5-мононитратом, никорандилом, биспрололом, дилтиаземом, амиофиллином, с оценкой эффективности лечения и динамики показателей МЦ по данным ККС и ЛДФ. Выбор эффективного препарата у каждого пациента с МСС осуществлялся после проведения всех тестов на основании совокупности показателей (клинического состояния, частоты приступов стенокардии и показателей ЛДФ и ККС).

Результаты: В 74% случаев выбранные в ОЛТ препараты демонстрировали наиболее благоприятное влияние на динамику показателей МЦ по данным ЛДФ: изосорбида 5-мононитрат продемонстрировал статистически значимое увеличение дилататорного микроциркуляторного резерва. Никорандил приводил к увеличению количества резервных капилляров. Биспролол достоверно улучшал миогенный тонус преартериол, количество функционирующих и резервных капилляров. На фоне приема дилтиазема наблюдалось статистически значимое улучшение нейрогенного тонуса. Амиофиллин демонстрировал улучшение миогенного тонуса и количества функционирующих и резервных капилляров. Спустя 3 месяца подобранная терапия с учетом исходных показателей ЛДФ привела к улучшению всех показателей анкеты качества жизни SAQ.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В КОМБИНАЦИИ С АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ У МУЖЧИН ЗАПОЛЯРЬЯ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕРВОЙ-ВТОРОЙ СТАДИИ ДЛЯ СИНХРОНИЗАЦИИ ЦИРКАДНЫХ РИТМОВ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Соловьева К.Б., Долбин И.В.

Поликлиника войсковой части 2542, Воркута, Россия
Городская клиническая больница 38, Нижний Новгород, Россия

Цель. Оценить динамику частоты рассогласования циркадных ритмов систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) по данным суточного мониторирования АД (СМАД) у мужчин Заполярья с гипертонической болезнью (ГБ) I–II стадии: исходно на «чистом фоне» и через 12±3 месяцев на фоне перорального приема мелатонина в дозе 1,5 мг в сутки за 40 минут перед сном в течение 2 месяцев в комбинации с антигипертензивной терапией (АГТ).

Методы исследования. Обследовано 65 мужчин с ГБ I–II стадии (44 (67,7%) мужчины имели I стадию ГБ и 21 (32,3%) – II стадию), проживающих в Заполярье

в течение 2 и более лет, средний возраст 39,6±7,4 лет, средний северный стаж – 16,05±7,03 лет. Всем обследуемым дважды выполняли СМАД, по данным которого выявляли пациентов, имеющих рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД. При этом исходно СМАД проводили без медикаментозного фона и повторно – через 12±3 месяцев: пациентам, имеющим синхронные циркадные ритмы САД и ДАД – на фоне АГТ; пациентам, имеющим рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД – на фоне перорального приема мелатонина в дозе 1,5 мг в сутки за 40 минут перед сном в течение 2 месяцев в комбинации с АГТ. АГТ проводилась

в режимах монотерапии (рамиприл 5–10 мг в сутки, лозартан 50–100 мг в сутки) и комбинированной терапии (лозартан 50–100 мг в сутки, амлодипин 5–10 мг в сутки; лозартан 50–100 мг в сутки, амлодипин 5–10 мг в сутки, моксонидин 200–400 мкг в сутки; лозартан 50–100 мг в сутки, амлодипин 5–10 мг в сутки, индапамид ретард 1,5 мг в сутки) в индивидуально подобранных дозах. Оценивали динамику частоты рассогласования суточных ритмов САД и ДАД на фоне комбинации мелатонина и АГТ через 12±3 месяцев.

Результаты. Исходно частота рассогласования циркадных ритмов САД и ДАД выявлена у 26 из 65 (40%), через 12±3 месяцев – у 8 из 65 (12,3%) мужчин с ГБ I–II стадии. В динамике частота данного феномена снизилась на 27,7% по сравнению с данными исходного СМАД. При этом на фоне перорального приема

мелатонина в течение 2 месяцев в комбинации с АГТ синхронизация суточных ритмов САД и ДАД достигнута у 18 из 26 (69,2%) пациентов с ГБ I–II стадии, имеющих рассогласование циркадных ритмов САД и ДАД по данным исходного СМАД.

Выводы. Рассогласование суточных ритмов САД и ДАД у мужчин с ГБ I–II стадии, длительно проживающих в Заполярье, является проявлением внутреннего десинхроноза, обусловленного артериальной гипертензией и воздействием климато-географических условий данного региона на сердечно-сосудистую систему. Таким образом, применение хронобиотика мелатонина в дозе 1,5 мг в сутки (за 40 перед сном) курсами длительностью в 2 месяца в комбинации с АГТ у мужчин Заполярья с ГБ I–II стадии целесообразно в целях синхронизации суточных ритмов САД и ДАД.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДОВ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО ОТДЕЛА ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ТИПАХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Сприна Г.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

На 44 препаратах сердец детей первых трех лет жизни со сложными типами его врожденных пороков изучены сосуды в области предсердно-желудочкового узла (ПЖУ), одноименного пучка, его ножек. Использован комплекс методов, направленных на выявление проводящей системы сердца (ПСС), сосудов, ее питающих и дренирующих. Для исследования кровоснабжения предсердно-желудочкового отдела ПСС применялись инъекция артерий и вен сердца рентгеноконтрастными и окрашенными массами, рентгенография, макромикроскопическое препарирование, просветление, гистологические методы. Микроциркуляторное русло предсердно-желудочкового отдела ПСС представляется возможным разделить на три области: ПЖУ и окружающую его зону, одноименный пучок, ножки предсердно-желудочкового пучка. В области ПЖУ и в одноименном пучке выявлены мелкие артерии, артериолы, капилляры. Установлена выраженная вариабельность характера ветвления и распределения ветвей артерии ПЖУ. Обнаружено возникновение из артерии ПЖУ крупных ветвей: к межпредсердной перегородке (при дилатации полостей предсердий), к задней стенке правого предсердия и миокарду синусной части межжелудочковой перегородки (при тетраде Фалло), к задней стенке единого предсердия (отсут-

ствие межпредсердной перегородки), необычных ветвей (аневризма перепончатой части межжелудочковой перегородки. Отмечена связь между положением желудочковой части предсердно-желудочкового пучка и сосудами, ее кровоснабжающими. При ее левостороннем положении (тетрада Фалло), питающие ветви первой передней перегородочной артерии смещены к левой стороне межжелудочковой перегородки. При сложных типах врожденных пороков сердца для сосудов предсердно-желудочкового отдела ПСС характерна однотипность изменений с сосудами рабочего миокарда. Выявлена выраженная извитость ветвей артерии ПЖУ, что, по – видимому, способствует снижению силы пульсового толчка, установлению соответствия между количеством крови и объемом сосудистого русла. Увеличивается количество артериоло – артериолярных анастомозов в перегородках сердца, в том числе, в области локализации частей ПСС. Мелкие кровеносные сосуды в предсердно-желудочковом пучке, его ножках извиты. Отмечен феномен «гофрирования» стенок артериол. Степень выраженности изменений микроциркуляторного русла предсердно-желудочкового отдела ПСС зависит от тяжести ВПС, продолжительности жизни ребенка, наличия сопутствующих заболеваний.

АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТЕ

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет; КГБУЗ Городская больница № 4, г. Барнаул, Россия

Цель: проанализировать факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) и выявить взаимосвязь с активностью системного воспалительного процесса и кардиоваскулярным риском у женщин с ревматоидным артритом.

Материалы и методы: В исследование включены 50 женщин. Средний возраст 55,8 лет (32;74). Диагноз ревматоидный артрит (РА) установлен на основании критериев ACR/EULAR 2010 г. Средний возраст начала РА 47 лет (30;73). Средняя продолжительность РА составила 8,8 лет (1;31).

Результаты: У 100% пациентов страдающих РА, имелись факторы риска (ФР) ССЗ. Среднее число факторов риска (ФР) приходится на 1 пациента – 7,4 (2;13) в возрасте $55 \pm 9,5$ лет. После 55 лет, на каждые 10 лет, число ФР увеличивается в 1,9 раза ($p < 0,05$). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1.

По частоте встречаемости ФР: Снижение физической активности 94%; артериальная гипертензия 92%; абдоминальное ожирение (ОТ) 80%; нерациональное питание 78%; тревога, депрессия 68% (до 55 лет чаще в 1,7 раза ($p < 0,05$), но более выраженные после 55 лет (коэф 6;11). Повышенный уровень общего холестерина (ОХС) 66%; ранний семейный анамнез ССЗ 64%; менопауза до 50 лет у 56%, ожирение 52%; нарушение сна 32%; патология беременности 32%; курение 6%; гипергликемия 4%; алкоголь 2%.

Среди поражений органов – мишеней ГЛЖ 90%; кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс 1,4) 46%, стеноз сосудов нижних конечностей (0,8) 8%.

Среди ассоциированных клинических состояний ХБП – 44%, ИБС у 40% пациентов, ТИА у 18%.

Повышенное СОЭ у 94% (37,2 (16;70) мм/ч); СРБ у 92% (19,2 (0;86,0) мг/л); РФ 94% (111,1 (0; 602) мг/л); АЦЦП (антитела к циклическому цитрулиновому пептиду) 54% (211 (100; 426) е/мл); ОХС у 66%; средний уровень 5,1 (3,1; 10,2) ммоль/л.

Общий риск ССО, в том числе с применением шкалы SCORE: очень высокий и высокий (41%;39%), низкий и средний риски по 10%.

Имеется корреляция между уровнем общего холестерина и лабораторными маркерами системного воспаления при РА: СОЭ ($r = 0,32$, $p < 0,05$), СРБ ($r = 0,26$), серопозитивность по ревматоидной фактору ($r = 0,24$, $p < 0,05$).

Заключение: Таким образом у пациентов с РА имеется увеличение риска сердечно-сосудистых осложнений (80%) которое определяется большим количеством ФР (в среднем 7,4), при среднем возрасте $55 \pm 9,5$ лет, атеросклеротическим поражением сосудов (54%), и патогенетическими механизмами развития самого заболевания, факторы риска коррелируют с активностью системного воспалительного процесса, что необходимо дополнительно учитывать при оценке кардиоваскулярного риска у пациентов с РА.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница № 4 г. Барнаул, Россия

Цель: оценить влияние системного воспаления и факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на артериальную гипертензию у женщин с РА.

Материалы и методы: 1-я группа с ревматоидным артритом (РА) ($n = 100$), 2-я (группа сравнения) без него ($n = 100$). Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010). Группы были сопоставимы по возрасту: 1-я – 32 (55,3) 77, 2-я – 32 (55,5) 78, ($p < 0,005$). Средняя продолжительность РА составила – 6 (108) 372 месяца. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета программ «Statistica» v. 6.1.

Результаты: У пациентов с РА артериальная гипертензия (АГ) выявлена в 72%, при этом у 17% она впервые; во 2-й группе АГ установлена лишь у 44% ($p < 0,05$). Уровни АД у пациентов с РА: САД 100 (140) 212 \ ДАД 60 (80) 120 мм рт ст, во 2-й группе САД 98 (129) 173 \ ДАД 56 (79) 109 мм рт ст ($p < 0,05$). У пациентов с РА в 38% повышение АД было впервые зафиксировано после установления диагноза, у 34%-до РА; в 36% случаев они регулярно принимают гипотензивную терапию.

У пациентов с РА и АГ следующие ФР встречались чаще, чем у женщин без РА:

снижение физической активности на 10% (94 и 84%), абдоминальное ожирение (ОТ) на 18% или в 1,3 раза (84 и 66% соответственно), тахикардия в 2,5 раза (69 и 27%), повышенный уровень ОХС в 1,3 раза (64 и 49%), нарушение сна в 1,5 раза (31 и 20%), гипергликемия в 2,6 раза (13 и 5%).

Среди поражения органов мишеней и ранних маркеров атеросклероза: ГЛЖ у пациентов с РА встречалась чаще в 1,5 раза (67 и 46%), кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно плечевой индекс $> 1,3$) в 6,5 раз (39 и 6%, $p < 0,05$), стеноз сосудов нижних конечностей (ПЛИ $< 0,9$) регистрировалось лишь у пациентов с РА у 11% женщин (11 и 0%).

Заключение и выводы: АГ значительно чаще в 1,6 раз встречается у женщин с РА и можно предполагать, что РА влияет на развитие АГ (до РА 34%, после 38%) ($p < 0,05$). Кроме того, она ассоциирована с наличием традиционных факторов риска: снижение физической активности ($p < 0,05$), тахикардия ($p < 0,05$), повышенный уровень ОХС ($p < 0,05$), нарушение сна ($p < 0,05$),

гипергликемия ($p < 0,05$) и поражением органов мишеней (ГЛЖ, $p < 0,05$), и ранних маркеров атеросклероза (лодыжечно-плечевой индекс $> 1,3$, $p < 0,05$).

АГ при РА характеризуется более высокими цифрами САД\ДАД ($p < 0,05$).

Таким образом АГ при РА имеет более высокий риск ССО и неблагоприятное прогностическое значение, что требует более детального изучения и профилактических вмешательств.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская больница № 4 г. Барнаул, Россия

Цель: оценить влияние системного воспаления и факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на развитие артериальной гипертензии (АГ) у женщин в зависимости от давности ревматоидного артрита.

Материалы и методы: в исследование включены 100 женщин, 31% ранним РА, длительностью менее 1 года. Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев РА ACR/EULAR (2010). Сопоставимы по возрасту: при раннем РА 32 (54,8) 76 лет, остальном РА 32 (55,3) 77 лет. Средняя продолжительность раннего РА 4 (6,6) 10 месяцев; 2 (11,2) 31 лет. Больные были серопозитивны по ревматоидному фактору (РФ) 72%, при раннем РА (75%). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1.

Результаты: У пациентов ранним РА артериальная гипертензия (АГ) выявлена 78% (РА 72%), при этом она установлена впервые (18 и 17% соответственно, одновременно с постановкой диагноза). Уровни АД у пациентов ранним РА: САД 100 (141) 179\ДАД 60 (80) 120 мм рт ст, РА: САД 100 (140) 212\ ДАД 60 (81) 112 мм рт ст, ($p < 0,05$). У пациентов ранним РА в 2 раза чаще фиксировалось повышение АД (после 62% и 34% соответственно), до установления диагноза (51% и 32%); хотя обе группы одинаково регулярно принимают гипотензивную терапию (в 34% и 36% случаев) ($p < 0,05$).

У пациентов ранним РА и АГ следующие ФР встречались чаще чем у женщин с РА: стресс\депрессия на 20% или в 1,7 раза (51 и 31), нарушение сна на 18% или в 1,7 раза (44 и 26% соответственно), тревога на 8% или в 1,2 раза (55 и 47%).

Среди поражения органов мишеней и ранних маркеров атеросклероза: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у пациентов ранним РА встречалась 75% в 1,1 раза чаще, (РА 67%) ($p < 0,05$). Частота встречаемости маркеров хронического иммунно-воспалительного процесса при РА и АГ: СОЭ ранним РА в 1,3 раза встречается чаще (100,80%), СРБ на 10% (70,60%) ($p < 0,05$).

Заключение и выводы: Таким образом, АГ при раннем РА имеет следующие особенности: в два раза чаще фиксировалось повышение АД, при этом в 1,2 раза чаще после установления диагноза РА ($p < 0,05$). Можно предполагать, что РА влияет на развитие АГ (до РА 51%, после 62%) ($p < 0,05$). Кроме того, она ассоциирована с наличием ФР: тревога ($p < 0,05$), нарушение сна ($p < 0,05$) и поражением органов мишеней (ГЛЖ 75%, 67%) ($p < 0,05$).

Вклад хронического иммунно-воспалительного процесса в развитие АГ прослеживается чаще при раннем РА ($p < 0,05$).

Артериальная гипертензия при раннем РА требует ранней диагностики и профилактических вмешательств, с адекватным контролем воспалительной активности и факторов риска.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Столярова В.В., Лежанкина Н.Ю., Костина М.В., Карякина Т.Н.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт, кафедра госпитальной терапии, г. Саранск, Россия

Цель работы: изучение variability сердечного ритма (BCP) после радиочастотной аблации (РЧА) правого перешейка у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: показатели BCP (SDNN, SDDSD, ДХ, RMSSD, Mean, Mo, ВПР, ИВР, Aмо%, ИН) исследовали у больных ($n = 10$; 6 мужчин и 4 женщи-

ны, средний возраст 55 лет) с пароксизмальной ФП до операциивне пароксизма и на 2 и 7 сутки после операции. Показатели BCP оценивали и в сравнении с группой здоровых людей ($n = 10$).

Результаты исследования. Исходно выявлено достоверное снижение BCP по сравнению с группой здоровых лиц, уменьшение SDNN на 25% и преобладание

влияния симпатической нервной системы (СНС), о чем свидетельствовало увеличение $\text{Ato}\%$ на 179%, Ato/Dx на 299%, ИИ на 243%, а также снижение влияния парасимпатической нервной системы (ПНС) на миокард (уменьшение RMSSD на 61%, $\text{Rpp50}\%$ на 9,5%, дельта X на 37%).

На 2 сутки после РЧА наблюдалось уменьшение ВСР: снижение SDNN на 14% ($p < 0,001$) и на 57% ($p < 0,02$) по сравнению с группой здоровых лиц и с исходным уровнем соответственно, усиление влияния СНС (достоверное увеличение Ato/Dx на 226%, ИИ на 265% по сравнению с исходными показателями) и снижение влияния ПНС (уменьшение RMSSD на 52%, Дельта X на 17%, увеличение ВПР на 370% по сравнению с группой здоровых лиц, уменьшение RMSSD на 85%, увеличение ВПР на 233% по сравнению с исходным уровнем).

На 7 сутки после РЧА регистрировалось позитивные изменения: увеличение ВСР по сравнению с исходными значениями и с результатами на 2 сутки: рост SDNN на 209% ($p < 0,05$) и 369% ($p < 0,05$) соот-

ветственно. Выявлено снижение влияния СНС на миокард (уменьшение $\text{Ato}\%$ на 72% и на 61% по сравнению с исходным уровнем и на 2 сутки после РЧА), уменьшение $\text{Ato}\%$, Ato/Dx на 28%, ИИ на 34% в сравнении со 2 сутками после РЧА. Также регистрировалось усиление влияния ПНС – увеличение RMSSD на 114% и 134%, по сравнению с исходным уровнем и показателями после РЧА, снижение ВПР на 48%.

Выводы. У больных с пароксизмальной формой ФП по сравнению со здоровыми людьми регистрируется снижение ВСР со снижением влияния на сердце ПНС и повышением влияния СНС. На 2 сутки после РЧА выявлены ухудшения показателей ВСР, повышенные симпатические влияния при одновременном снижении парасимпатических. На 7 сутки после РЧА наблюдается улучшение показателей ВСР: увеличение SDNN , снижение влияния СНС и повышение – ПНС по сравнению с исходными показателями и с результатами на 2 сутки после РЧА.

СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ТОНУСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Гомова И.С.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Цель: оценить состояние сосудистого тонуса у пациенток с артериальной гипертонией (АГ) на фоне моно- и комбинированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы: в исследование включено 48 женщин с ГБ I–II ст., 1–2 степени, с длительностью заболевания не более 5 лет. Средний возраст пациенток составил $\text{Me} - 38,0$ лет (25%;75%:32,0;42,0 лет). Всем пациенткам помимо рутинного обследования проводили суточное мониторирование артериального давления (СМ АД) на аппарате «CardioTens» («Meditech Ltd», Венгрия) и дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий (БЦА) на аппарате «Logiq 5 Expert» (General Electric, USA) с исследованием толщины комплекса интимы-медиа (тКИМ) и индекса резистентности общих сонных артерий (RI OCA). Эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) плечевой артерии определяли стандартным способом по методу D.Celermajer et al. Прирост диаметра плечевой артерии менее 11% через 60 сек. после окклюзии от исходного уровня считали эндотелиальной дисфункцией. Все исследования проводили до лечения и через 14 недель на фоне антигипертензивной терапии. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (USA).

Результаты: После обследования методом простой рандомизации 20 пациенткам (1 группа) назначили бисопролол в начальной дозе 5 мг в сутки (Конкор, «Такэда»), 28 женщинам (2 группа) – бисопролол 5 мг в сутки в сочетании с нифедипином SR/GITS (Нифекард XL, «Сандоз») 30 мг в сутки. Контроль самочувствия

и гемодинамических параметров осуществляли ежедневно. В случае отсутствия должного гипотензивного эффекта дозу препаратов увеличивали вдвое и в конце периода наблюдения (через 14 недель) в 1 группе 16 пациенток получали 10 мг бисопролола и 5–5 мг бисопролола в сутки, во 2 группе 20 пациенток получали нифекард XL 30 мг в сочетании с бисопрололом 5 мг в сутки и 8 женщин нифекард XL 30 мг в сочетании с бисопрололом 10 мг в сутки. На фоне антигипертензивной терапии в обеих группах пациенток все показатели СМ АД нормализовались к концу периода наблюдения. Исследование ЭЗВД выявило у 10 женщин (50%) в 1 группе и у 8 пациенток (29%) 2 группы изменения, характерные для дисфункции эндотелия. После 14-недельной антигипертензивной терапии в 1 группе улучшение показателей ЭЗВД было отмечено у 3 женщин ($p = 0,089$), во 2 группе – у 6 пациенток ($p = 0,041$). По данным дуплексного сканирования БЦА признаки субклинического атеросклероза выявлялись с одинаковой частотой в обеих группах (15% и 14% соответственно). На фоне терапии не произошло значимых изменений со стороны БЦА (1 группа до лечения $\text{Me RI OCA} 0,66$ (25%;75%: 0,63;0,73), $\text{Me тКИМ} 0,7$ мм (25%;75%: 0,7;0,8 мм), 1 группа на фоне лечения $\text{Me RI OCA} 0,67$ (25%;75%: 0,65;0,72), $\text{Me тКИМ} 0,7$ мм (25%;75%: 0,7;0,8 мм), $p > 0,05$; 2 группа до лечения $\text{Me RI OCA} 0,66$ (25%;75%: 0,64;0,75), $\text{Me тКИМ} 0,7$ мм (25%;75%: 0,6;0,8 мм), 2 группа на фоне лечения $\text{Me RI OCA} 0,69$ (25%;75%: 0,61;0,73), $\text{Me тКИМ} 0,7$ мм (25%;75%: 0,6;0,8 мм), $p > 0,05$).

Выводы: несмотря на незначительную продолжительность АГ у трети пациенток выявлялись признаки субклинического атеросклероза БЦА и дисфункция эндотелия по данным ЭЗВД плечевой артерии. При сопоставимом антигипертензивном эффекте, комбини-

рованная терапия бисопрололом в сочетании с нифедипином SR/GITS у большего числа пациенток приводит к улучшению функционального состояния сосудистого эндотелия.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Стрюк Р.И.¹, Висков Р.В.², Семенцов Д.П.², Казунина Н.А.¹, Привалов А.Н.¹

1 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, 2 ГКБ № 36 ДЗ, Москва

Цель: выявить факторы, влияющие на прогноз течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных, находящихся на лечении в специализированном региональном сосудистом центре.

Материалы и методы: В исследование были включены 129 больных (23 ж., средний возраст 62,6 лет и 106 м., средний возраст 55,6 лет) с подтвержденным клинической картиной, данными ЭКГ и повышением уровня кардиоспецифических ферментов ОИМ. Всем пациентам при поступлении в стационар была выполнена коронароангиография (КАГ) и стентирование инфаркт-зависимой коронарной артерии. Медикаментозная терапия проводилась в соответствии с МЭСами для больных ОИМ. У всех больных анализировали осложнения ИМ на госпитальном этапе и в зависимости от их наличия все пациенты были разделены на 2 группы: 1 гр. составили больные ИМ с осложненным течением заболевания и 2 гр. – без осложнений.

Результаты: Осложнения ОИМ на госпитальном этапе встречались у каждого третьего пациента (43 чел., 33,3%) и у 17 из них были тяжелыми, угрожающими жизни – фибрилляция желудочков (5 чел.), кардиогенный шок и отек легких (4 чел.), рецидив ИМ (3 чел.), полная поперечная блокада сердца (3 чел.), острая аневризма левого желудочка (2 чел.). Анализ данных анамнеза показал, что перенесенный ранее ИМ у пациентов 1 гр. имел место в 2,5 раза чаще (25,6%), чем во 2 гр. (9,3%), признаки ХСН II ФК и выше при поступлении встречались в 2 раза чаще (26,1% против 13,9%). В тоже время, в обеих группах с одинаковой

частотой регистрировались СД 2 типа (29,4 % и 25,9% соответственно) и факт курения (41,2% и 48,1% соответственно), АГ была у всех пациентов. Существенную роль в развитие осложнений внесло время госпитализации от начала симптомов. Так, почти половина пациентов 1 гр. (47,1%) были госпитализированы в сроки от 4 до 6 часов, в то время как 44,0 % во 2 гр. были доставлены в стационар в сроки 2–4 часа от начала развития симптомов заболевания. По данным КАГ у пациентов 1 гр. чаще встречались многососудистые варианты поражения коронарных артерий, что в двух случаях потребовало установки 2 и более стентов, а 2 пациентам была рекомендована операция АКШ. Обращает внимание, что в 1 гр. по сравнению со 2 гр. существенно преобладала передняя локализация ИМ (76,5 % против 47,3%), и у двух больных 1 гр. имел место циркулярный ИМ. По данным ЭХО-КГ достоверные признаки нарушения сократимости миокарда в виде акинезии соответствующих отделов были выявлены у подавляющего большинства больных 1 гр. (82,3 %) и менее чем у половины (45,7%) больных 2 гр., хотя глобальная сократимость (ФВ %) у пациентов обеих групп достоверно не отличалась.

Выводы: прогностически неблагоприятными факторами осложненного течения ОИМ на госпитальном этапе являются поздняя госпитализация, наличие в анамнезе перенесенного ИМ и симптомов застойной ХСН, многососудистое атеросклеротическое поражение коронарных артерий и передняя локализация ИМ.

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Тавкаева Д.Р., Маянская С.Д.

Казанская государственная медицинская академия, Казань

Цель исследования: сравнить показатели вариативности суточного ритма у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией без безболевого ишемии миокарда (ББИМ) и с чередованием болевых и безболевых эпизодов ишемии миокарда (ББИМ II типа) по данным ХМ ЭКГ.

Материалы и методы. Обследовано 66 человек в возрасте 42–60 лет со стенокардией напряжения (СН) различного функционального класса (ФК), из них – 36 человек – с типичным болевым синдромом и эпизодами ББИМ (мужчин – 25, женщин – 11) и 30 человек (мужчин – 18, женщин – 12) с типичным болевым синдромом, без эпизодов ББИМ.

Диагноз ставился с учетом клинико – анамнестических, инструментальных методов исследования. Верификация диагноза осуществлялась с помощью проб с физической нагрузкой (велоэргометрия (ВЭМ) или стресс – эхокардиография (стресс-ЭхоКГ)). Всем больным проводилось ХМ ЭКГ.

Результаты. При анализе частоты сердечных сокращений (ЧСС) наблюдалась тенденция к учащению ритма у больных с эпизодами ББИМ. В обеих группах больных со стабильной стенокардией отмечалось уменьшение ЦИ, что свидетельствовало о ригидности суточного циркадного профиля ЧСС при ИБС.

Суммарная эктопическая активность в группе пациентов с ББИМ – выше более чем в 2 раза по сравнению с группой сравнения. Среди преобладающих нарушений ритма отмечалась частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. Сочетание нескольких видов нарушений ритма у больных с безболевыми эпизодами ишемии миокарда в 3 раза превышала аналогичный показатель в группе с типичным болевым синдромом.

По данным ХМ ЭКГ, временные показатели суточной ВРС (SDNN и SDANN) сохранялись на уровне, превышающем 50 мсек, однако при сравнении паци-

ентов со стабильной стенокардией, наличие эпизодов ББИМ способствовало достоверному снижению SDNN и SDANN и, тем самым, увеличению симпатикотонических влияний ВНР. Снижение гMSSD соответствовало уменьшению значений высокочастотных колебаний (HF) и увеличению баланса в сторону симпатических влияний у больных с эпизодами ББИМ

При анализе спектральных показателей ВНР – отмечалось достоверное снижение быстрых, высокочастотных волн, что отражает уменьшение парасимпатических влияний на ВРС у больных с ББИМ. Отмечалось достоверное увеличение соотношения LF/HF, что свидетельствовало о повышении симпатической активности в целом у пациентов с болевой и ББИМ.

Выводы. У пациентов со стабильной стенокардией и эпизодами ББИМ наблюдается снижение ВРС в виде уменьшения временных показателей по данным ХМ – ЭКГ и сдвигом баланса в сторону низкочастотного компонента, характеризующем превалирование симпатической активности ВНС во время ББИМ, что, по-видимому, отражается на частоте аритмий у этой группы больных.

ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, СИСТЕМЫ КОАГУЛЯЦИИ И ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА НА РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Тайжанова Д.Ж., Вистерничан О.А., Жолдыбаева Е.В., Тарлыков П.В.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель исследования: изучить роль показателей липидного обмена, факторов коагуляции и генов системы гемостаза на развитие рестеноза после стентирования.

Методы исследования: В исследование включены 94 мужчины казахской национальности 40 до 65 лет, после стентирования. Больные были разделены на 2 группы: I группа – 45 человек с развившимся рестенозом, II группа – 49 человек без признаков рестенозирования. Объектами исследования являлись образцы ДНК, выделенные из клинического материала от пациентов обеих групп, а также показатели липидного обмена и развернутой коагулограммы. Силу ассоциации анализируемых признаков определяли с помощью величины отношения шансов (от).

Полученные результаты: в I группе до проведения стентирования уровень холестерина достоверно выше, чем во II группе и в среднем составляет 5,5 ммоль/л ($p=0,012$), уровни триглицеридов и липопротеидов в I группе так же достоверно выше, чем во II группе и в среднем составляют 1,7 ммоль/л и 0,56 ммоль/л соответственно ($p=0,001$). При оценке липидного обмена у больных через год после стентирования установлено, что в I группе уровень триглицеридов достоверно выше, чем во II группе, и в среднем составляет 1,7 ммоль/л в I группе и 1,5 ммоль/л во II группе ($p=0,004$). 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 ($p=0,0001$). Так же выявлена гиперхолестеринемия в I группе по сравне-

нию со II группой и в среднем составляет 5,5 ммоль/л и 4,8 ммоль/л соответственно ($p=0,0001$). При оценке факторов коагуляции у больных до проведения стентирования, явления гиперкоагуляции в I группе отмечались у 7 пациентов (15%), а во II группе у 5 больных (11%). Статистически значимыми являются показатели фибриногена, которые в I группе составили в среднем 4,8, а во II группе 4,0 ($p=0,001$). Статистически значимой разницы ПТИ между двумя группами выявлено не было. В течение года после проведения стентирования уровень ПТИ достоверно выше, чем во II группе, и в среднем составляет в I группе 100% и 90% во II группе ($p=0,0001$). Уровень фибриногена в I группе так же достоверно выше и в среднем составляет 5 ммоль/л, во II группе – 4 ммоль/л ($p=0,0001$).

Статистически значимая ассоциация с риском развития рестеноза установлена в полиморфизме гена FGB rs1800790 (OR -2.1, $p=0,009$) и в полиморфизме гена THBD (OR -1.7, $p=0,01$). Указанные гены оказывают влияние на факторы коагуляции. Полиморфизм гена FGB связан с заменой нуклеотида гуанин (G) на аденин (A). Носители варианта A имеют достаточно высокий риск образования тромбов.

Выводы: констатация указанных нарушений в системе коагуляции, липидного обмена и выявление носительства указанных генотипов может служить маркерами рестенозирования коронарных артерий после стентирования у лиц казахской национальности.

ИНТЕРВАЛ QT У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

Тайжанова Д. Ж., Романюк Ю. Л.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Казахстан

Цель исследования: оценить характер интервала QT на электрокардиограмме у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типов.

Материал и методы исследования: Нами были интерпретированы электрокардиограммы и проанализирована медицинская документация (история болезни, выписной эпикриз) 37 больных сахарным диабетом (СД); из них - у 26 больных 2 тип (70%) и у 11 больных (30%) 1 тип. Интервал QT определяли по формулам Базетта: $QT_d = k\sqrt{RR}$, где k – эмпирически найденный коэффициент, который составляет 0,37 для мужчин и 0,40- для женщин; $QT_c = QT / \sqrt{RR}$; для ЧСС ниже 60 или выше 90 ударов в минуту по формуле Фредерика $QT_c = QT / RR^{1/3}$.

Результаты исследования: Удлинение интервала QT по формуле Базетта с использованием коэффициента было выявлено почти у каждого 3 больного (27% случаев), из них 80% больных СД 2 типа и 20% больных 1 типа. При ручном измерении интервала QT по формуле $QT_c = QT / \sqrt{RR}$ удлиненный интервал QT имеется у 19 % больных. При использовании компьютерной программы по вычислению интервала QT по этой же формуле, удлинение интервала QT выявлено в 22% случаев. При оценке интервала QT по формуле Фредерика, у лиц с удлиненным интервалом QT и тахикардией, интервал больше нормы выявлен у 2 (29%) из 7 лиц.

Во время проводимого анализа возникли трудности в оценке полученных результатов, что выражается в разной частоте выявления удлиненного интервала QT при подсчете разными формулами. В этой связи нами проведена сравнительная оценка информативности полученных результатов.

У лиц с брадикардией и тахикардией оценка интервала QT по формуле $QT_c = QT / \sqrt{RR}$ часто дает неточную оценку QT, что делает нецелесообразным применение этой формулы. У 2 % здоровых людей при ЧСС более 90 в минуту интервал QT_c превышает 480 мс. В исследуемой группе у 19 % (7) больных зафиксирована тахикардия, что связано с развитием автономной кардиальной нейропатии. Использование этой формулы приемлемо лишь в диапазоне ЧСС 60–90 ударов в минуту.

Получены разные результаты при использовании компьютерной программы и ручного измерения для подсчета интервала QT.

Следует отметить, что при подсчете интервала QT по формуле Базетта с использованием коэффициента, все обследованные с констатированным удлинением интервала QT оказались лицами женского пола.

Таким образом, наиболее информативной формулой подсчета интервала QT у больных с сахарным диабетом 1 и 2 типов является $QT_d = k\sqrt{RR}$, её применение не зависит от частоты сердечных сокращений.

ПРИМЕНЕНИЕ БИПРОЛА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Тайжанова Д.Ж., Курманова А.Т., Молодовская Н.В., Туремуратова Д.Т.,
Абдыгалимова А.Ш.

Карагандинский государственный медицинский университет, городская больница № 1, Караганда, Казахстан

Цель исследования: Оценить эффективность препарата бисопролола – бипрола при лечении пациентов с артериальной гипертензией, имеющих ожирение.

Материал и методы исследования: В исследование включены 36 пациентов с артериальной гипертензией I и II степени в возрасте от 45 до 65 лет, госпитализированных в стационар в связи с нестабильным уровнем артериального давления (АД). В 1 группу включены пациенты с артериальной гипертензией (АГ) и индексом массы тела, соответствовавшей ожирению II степени. Во 2 группе – пациенты с АГ, имеющие нормальный индекс массы тела. В условиях стационара пациенты находились в течение 10–12 дней. Начальная доза бипрола в обеих группах составила 5 мг в сутки. При недостаточной антигипертензивной эффективности и отсутствии побочных эффектов на 10-й день дозу бипрола увеличивали до 10 мг/сутки. В последующем проводили ежедневный контроль достижения целевых уровней АД. Проводили биохимический анализы,

электрокардиографию (ЭКГ), при необходимости эхокардиографию.

Результаты исследования: В 2 группе на фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика показателей суточного САД (с $156,7 \pm 12,9$ мм.рт.ст. до $116,3 \pm 10,3$ мм.рт.ст., $p < 0,001$), ДАД (с $94,9 \pm 8,7$ мм.рт.ст. до $72,0 \pm 7,0$ мм.рт.ст., $p < 0,001$) и ЧСС (с $79,5 \pm 8,1$ уд/мин до $64,6 \pm 7,2$ уд/мин, $p < 0,01$). Существенно снижались также дневные показатели САД ($p < 0,001$) и ДАД ($p < 0,001$). Указанные значения были достаточно стабильными к 3-й неделе терапии у 83% пациентов. Увеличение дозы препарата потребовалось у трети пациентов. В 1 группе достоверное снижение уровней суточного САД и ДАД отмечалось только к 4-й и 5-й неделе терапии. При этом через две недели терапии увеличена доза бипрола у 56% пациентов и к 4-й неделе лечения назначена комбинированная терапия 33,3% пациентам. Снижение было достоверным для дневного ДАД ($p < 0,05$). Динамика лабораторных пока-

зателей исходно и через 4 недели лечения бипроломне выявила ухудшения метаболического профиля: уровни холестерина, триглицеридов, ЛПНП оставались стабильными в обеих группах.

Таким образом, на фоне лечения препаратом биспролола – бипроломцелевые уровни АД стабильно достигнуты у большинства пациентов, не страдающих

ожирением. При этом у трети пациентов с артериальной гипертензией на фоне ожирения потребовалась комбинированная терапия с препаратом из другой группы. Отмечен благоприятный метаболический профиль безопасности бипролола на показатели липидного обмена.

ВЛИЯНИЕ ПРОМЫШЛЕННЫХ АГЕНТОВ И КУРЕНИЯ КАК ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН

Тараненко Л.А., Малютина Н.Н.

ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России», Пермь, Россия

Цель. Изучение влияния химических факторов производства (метанол и формальдегид) на развитие патологии углеводного и липидного обменов у стажированных женщин.

Методы исследования. Объект исследования – женщины периода перименопаузы, со стажем работы более 10 лет ($n = 724$). Среди них выделили основную группу № 1 – контактирующие с метанолом и формальдегидом на рабочем месте: 1а подгруппа – курящие ($n = 62$), б подгруппа – не курящие ($n = 249$). Группа сравнения № 2 – женщины, не работающие в контакте с вредными и опасными производственными факторами: 2а подгруппа – курящие ($n = 77$), б подгруппа – не курящие ($n = 336$). Группы были сопоставимы по возрасту и стажу работы. Изучались показатели липидного спектра и углеводного обменов (уровень глюкозы и инсулина, сыворотки крови, рассчитывался индекс НОМА) общепринятыми методами. В основной группе 75% женщин работали в контакте с метанолом и формальдегидом с превышением ПДК. Максимальная кратность превышения средней сменной концентрации формальдегида составляет в 2,4 раза, метанола в 1,62 раза, максимальная разовая доза метанола в 3,4 раза.

Полученные результаты. Доказано, что у курящих женщин на химическом производстве патология

углеводного и липидного обменов встречается чаще, чем в группе сравнения. Повышенный уровень глюкозы сыворотки крови в 1а подгруппе встречался у 67%, в б у 46% женщин. Относительный риск (RR) в 1а подгруппе равен 3,51 этиологическая доля (EF) = 1,53, в б подгруппе RR = 1,83 (EF = 0,79); повышенный индекс НОМА в 1а подгруппе RR = 1,69 (EF = 0,70) – у 72% работниц, в б подгруппе RR = 1,09 (EF = 0,19) – у 48%. По липидному спектру, в основной группе, выявлено снижение уровня ЛПВП и увеличение индекса атерогенности (ИА). Относительный риск снижения уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у курящих работниц химического производства составил RR = 2,92 (EF = 0,98) – у 73% работниц, в б подгруппе RR = 1,44 (EF = 0,53) – у 48%; по ИА RR = 2,79 (EF = 0,98) – у 72% работниц, в б подгруппе RR = 1,36 (EF = 0,47) – у 48%.

Выводы. Выявленные риски развития дислипидемии и нарушения углеводного обмена у женщин периода перименопаузы, которые работают в контакте с метанолом и формальдегидом в условиях производства могут рассматриваться как маркеры профессионально обусловленного метаболического синдрома. Доказан высокий риск метаболического синдрома у курящих женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

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

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

Своевременное прогнозирование электрической нестабильности сердца (ЭНС), которая является ключевой в развитии угрожающих жизни аритмий, и определение подходов к лечебной тактике, снижающей риск сердечной смерти, представляет особую значимость. Цель: изучить динамику показателей сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), вариабельности сердечного ритма (ВРС) и данных холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) у больных ИБС, возможности коррекции

ЭНС бета-адреноблокаторами (БАБ) и кораксаном. Материал и методы: 80 больных ИБС /64 мужчин и 16 женщин/, средний возраст – $52,3 \pm 4,5$ лет. В 1-й группе ($n = 43$) к стандартной терапии (аспирин, статины, при необходимости – нитраты, ингибиторы АПФ) назначен селективный БАБ (конкор, средняя доза – 7,5 мг), во 2-й группе ($n = 37$) добавлен ивабрадин (кораксан, средняя доза – 7,5 мг). Выполнялись электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрия, эхокардиография, ЭКГ высокого разрешения

(ЭКГ-ВР), анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) и турбулентности синусового ритма (ТСР). Результаты: назначение конкора к стандартной терапии позволило снизить ЧСС от $75,1 \pm 7,3$ до $63,1 \pm 5,6$ уд/мин, на фоне кораксана снижение ЧСС от $79,2 \pm 8,1$ до $62,6 \pm 4,7$ уд/мин. Исходно при ХМ ЭКГ в группах продолжительность эпизодов ишемии миокарда за сутки (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и безболевой (БИМ) ишемии миокарда сопоставимы. Достоверное уменьшение СИМ через 6 мес в группе с кораксаном: от $36,2 \pm 3,3$ до $10,3 \pm 2,1$ мин, $p < 0,05$; уменьшение СИМ выявлено и в 2-й группе – от $35,1 \pm 2,3$ до $21,2 \pm 2,2$ мин. Количественный анализ ЭКГ-ВР в группе с кораксаном показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS от $122,4 \pm 1,2$ мс до $109,4 \pm 1,3$ мс, продолжительности низкоамплитудных сигналов LAN Fd от $43,2 \pm 2,1$ мс до $23,3 \pm 2,4$ мс, $p < 0,05$, частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) снизилась от $37,8\%$ до $10,8\%$, в группе с БАБ также отмечали снижение частоты ППЖ от $39,5\%$ до $23,2\%$. В группе с конкором

отмечены изменения показателей ВРС, свидетельствующие об ослаблении симпатического влияния на синусовый ритм – увеличение SDNN на $9,5\%$, уменьшение LF/HF на $18,5\%$, $p < 0,05$. На фоне кораксана регистрировали не только изменение SDNN (от $25,3 \pm 1,6$ мс до $37,3 \pm 2,9$ мс), но и значимое увеличение rMSSD на $12,8\%$. Терапия конкором сопровождалась уменьшением числа лиц с началом турбулентности сердечного ритма $TO > 0\%$ до $15,2\%$, на фоне кораксана – до 21% .

Таким образом, включение конкора и кораксана в комплексную терапию больных ИБС наряду с контролем ЧСС при достоверном уменьшении продолжительности ишемии за сутки и количества эпизодов ишемии позволило снизить частоту регистрации ППЖ, улучшить показатели ВРС и ТСР. Полученная в исследовании неоднозначная направленность вегетативных изменений в регуляции синусового ритма подтверждает необходимость комплексного подхода с учетом различных составляющих электрической нестабильности сердца для определения неблагоприятного прогноза.

ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ШОКОМ.

Тауешева З.Б., Гусеинова З.К., Илькевич И.В., Алимбаева Ж.Г., Нурғалиева Ж.С.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганда, Республика Казахстан.

Цель исследования: Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у больных внебольничной пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком.

Материалы и методы: Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы обследовано 455 человек с диагнозом внебольничная пневмония, в возрасте 27 до 78 лет. Диагноз был выставлен на основании комплексного исследования пациентов включающим, сбором анамнеза, осмотра, а так же проведенного лабораторно-инструментальных методов исследования. Всем больным проводилось суточное мониторирование артериального давления, запись ЭКГ в 12- отведениях, эхокардиография.

Результаты исследования: Для выявления характера и степени функциональных изменений сердечно-сосудистой системы в результате клинического исследования выявлены различные изменения в виде снижения артериального давления на 7–12 мм. рт. ст. систолического и 10–15 мм. рт. ст. диастолического давления на 1–2 сутки госпитализации у $78,3\%$ больных. У 20% больных поступили в состоянии коллапса и $1,7\%$ наблюдались обморочные состояния. По данным ЭКГ у 100% больных выявлена тахисистолия с частотой сердечных сокращений более 110 ударов в минуту, причем у 60% больных с диагнозом внеболь-

ничная пневмония были выявлены нарушения ритма, в виде предсердных (20%) и желудочковых (40%) экстрасистол, фибрилляций предсердий в 10% случаев.

Нужно отметить, что выявленные тахисистолии более 110 ударов в минуту, снижение артериального давления, наличие желудочковых экстрасистол, фибрилляции предсердий были отмечены у больных с тяжелой степенью тяжести внебольничной пневмонии осложнившееся инфекционно – токсическим шоком, дыхательной недостаточностью. Тяжесть состояния больных усугублялось низким социальным статусом, пожилым возрастом больных, наличием сопутствующих заболеваний в виде ишемической болезни сердца, перенесенным ранее нарушением мозгового кровообращения. Несмотря на проводимое лечение, у $12,4\%$ на фоне развившегося инфекционно – токсического шока развилась остановка дыхания и сердечной деятельности.

Вывод: При тяжелом течении внебольничной пневмонии осложнившимся инфекционно-токсическим шоком, развиваются нарушения ритма, усугубляющие гемодинамику и повышающие риск летального исхода, что требует ранней медикаментозной корректировки нарушений сердечного ритма у больных с тяжелой степенью внебольничной пневмонией.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗЕ И В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Тауешева З.Б., Гусейнова З.К., Жиренбаева Ш.А., Татубаева Ж.Е., Сагнаева А.С.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганда, Республика Казахстан.

Цель исследования: Оценить состояние сердечно-сосудистой системы при субклиническом гипотиреозе и в сочетании с железодефицитными состояниями.

Материалы и методы: Проведено обследование 66 больных с субклиническим гипотиреозом в возрасте от 25 до 55 лет ($\pm 4,5$). Пациенты были разделены на две группы 38 человек составили I А группу с диагнозом субклинический гипотиреоз (СГ) и 28 больных II группы с СГ с железодефицитной анемией. Диагноз был верифицирован на основании данных клинико-лабораторных исследований. Оценка сердечно-сосудистой системы (ССС) проводилась по результатам суточномониторирования АД, холтеровского мониторирования, данных ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты исследования: При осмотре состояния сердечно – сосудистой системы I А группы с СГ проводилась аускультация сердца АД, пульс, нарушение ритма. При этом артериальная гипертензия отмечалась в данной группе у 12 (31,5%) пациентов, нужно отметить степень АД не превышала I и II, нормальное артериальное давление в 14 (36,8%) и гипотензия в 12 (31,5%) случаях. Нарушения сердечного ритма и проводимости по данным аускультации, ЭКГ, ЭхоКГ отмечено не было. При подсчете в изучаемой группе частоты сердечных сокращений и пульса выявлена умеренная тахикардия не превышающая ($82 \pm 2,3$) в 10 (26,3%),

брадикардия с ЧСС ($62 \pm 5,4$) наблюдалась в 18 (47,3%) и ЧСС в пределах нормы ($75 \pm 3,2$) наблюдалась в 10 (26,3%). При осмотре II группы (СГ+ЖДА) с оценкой состояния сердечно – сосудистой системы (АД, пульс, нарушение ритма), констатировано, что артериальная гипотензия встречалась у 22 (73,3%) пациентов, гипертензия у 2 (6,6%) пациентов и нормальное артериальное давление у 6 (20%) пациентов. Нарушения ритма и проводимости по данным опроса и инструментальных данных не было. Тахикардия в данной группе отмечалась в 26 (86,6%) случаев и составила ($84,5 \pm 4,5$) в минуту, брадикардия с ЧСС ($62 \pm 5,4$) наблюдалась в 2 (6,6%) и ЧСС в пределах нормы ($75 \pm 3,2$) наблюдалась в 2 (6,6%).

При сравнительном анализе в группах достоверные различия определились в группах по уровню систолического, диастолического давления, где $U=118,0$, $p < 0,027^*$; $U=135$, $p < 0,020^*$.

Вывод: Анализ результатов исследования сердечно-сосудистой системы указывает на ведущую роль тиреоидных гормонов в регуляции сердечно-сосудистой системы. При этом железодефицитная анемия при данных состояниях усугубляет не только клиническое состояние обследованных, но и показатели деятельности сердечно-сосудистой системы.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Э.Н. Ташкенбаева, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, Ф.Ш. Камилова, А.О. Лаханов, Г.М. Ходжиметова

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан, Самарканд

Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) основана на особенностях патогенеза и морфологии ишемической болезни сердца. Служба скорой помощи использует разработанные международными и национальными ассоциациями кардиологов унифицированные схемы ведения больных с подозрением на ОКС. Прогноз и лечебная тактика строится на основании основных методов оценки ОКС - анамнестические данные, объективный осмотр, ЭКГ.

Целью исследования явилось оказание экстренной медицинской помощи больным ОКС на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 276 больных ОКС обратившихся в 3-ю подстанцию скорой помощи города Самарканд. Диагноз ОКС верифицировался на основании ЭКГ данных – изменений с подъемом и без

подъема сегмента ST при наличии ангинозной боли в грудной клетке в течение 20 минут и более которые не купировались нитроглицерином и давали иррадиацию в шею нижнюю челюсть и левую руку. Нормальное ЭКГ у больных с симптомами характерными для ОКС не исключало его наличие.

Результаты. Из 276 больных с ОКС, у 88 (31,9%) больных отмечалось ОКС с подъемом ST. Результаты лечения больных ОКС полностью зависело от действия врача на догоспитальном этапе, и одним из основных этапов оказания помощи явилось немедленное облегчение боли и предотвращение угрозы остановки сердца. С этой целью больным сублингвально использовалась аэрозоль нитроглицерина каждые пять минут. В случае сохранения боли в грудной клетке и систолического артериального давления не ниже 90 мм. рт. ст. подключа-

ется изокет 0,1–10,0 в/в в виде инфузии. Для купирования боли и предотвращения кардиогенного шока вводится морфин гидрохлорид 0,1–1,0 в/в на физиологическом растворе натрия хлорида. В качестве реперфузионной терапии на догоспитальном этапе используется аспирин 325 мг, клопидогрель 300 мг, а также гепарин в/в капельно. Использование тромболитической терапии на догоспитальном этапе способствовало снижению летальности и трансформации ОКС в острый инфаркт миокарда.

Таким образом, анализ последовательности выезда кардиологических бригад на базе подстанций СМП положительно влияет на качество их работы, что позволяет постоянно повышать уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала, внедрять в практику работы бригады лечебно-диагностические методы, апробированные в Самаркандском Филиале РНЦЭМП.

ПРОГНОЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ДОСТАВКИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАР

Э.Н. Ташкенбаева, С.А. Арипов, Р.З. Мирзаев, Г.А. Абдиева, С.Р. Юсупова, А.О. Лаханов, Г.М. Ходжиметова

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан, Самарканд

Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается главной причиной смертности в большинстве экономически развитых стран.

Летальность при инфаркте миокарда (ИМ) в среднем составляет 14,7% но она значительно возрастает при развитии осложнений, особенно в старших возрастных группах больных. По данным других авторов, летальность при ИМ колеблется от 15 до 20%. Непосредственной причиной смерти при ИМ являются такие осложнения, как отек легких в сочетании с кардиогенным шоком (22–35%), синдром полиорганной недостаточности (15–37%), разрыв миокарда (15–16%), первичные аритмии и фибрилляция желудочков (12–13%), изолированный отек легких (7–21%), изолированный кардиогенный шок (12–16%), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) (9–11%). Летальность при ИМ, осложненном отеком легких, достигает 25%, истинным кардиогенным шоком – 90%, при неосложненном течении ИМ не превышает 7–10%

Целью исследования явилось проведение анализа клинико-морфологических признаков развития осложнений у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от срока доставки больных в Самаркандский филиал РНЦЭМП.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование историй болезни 349 больных с подтвержденным диагнозом ОИМ, госпитализированных в Самаркандский филиал РНЦЭМП за период

2013–2014 года. Количество мужчин составило 213 (61%) больных, женщин 136 (39%). Средний возраст больных ОИМ составил 64,6±4,8 г.

С повторным ИМ поступило 54 (15,6%) из числа поступивших больных с ОИМ; с зубцом Q – 246 (70,5%), без зубца Q – 49 (13,9%). Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от срока госпитализации в Самаркандский Филиал РНЦЭМП: 1-ю гр. составили 188 (54,2%) больных с ОИМ госпитализированных скорой медицинской помощью в первые 6 ч. от начала заболевания; 2-ю – 95 (27,1%) госпитализированных до 12 ч. от начала заболевания; 3-ю гр. – 66 (18,7%) сроком госпитализации позже 24 ч.

Как показали результаты исследования у 3-х (1,7%) больных из первой группы развился кардиогенный шок. В этой же группе больных доставленных в начале болезни летальных исходов не наблюдалось. У больных второй группы сроком госпитализации до 12 часов у 6 больных наблюдалось развитие кардиогенного шока. В группе больных доставленных в сроке более суток у 29 (15,3%) больных развилась острая левожелудочковая недостаточности и в одном случае нарушение ритма.

Таким образом, своевременное оказание специализированной неотложной помощи на догоспитальном этапе лечения и ранняя госпитализация больных ОИМ способствует уменьшению частоты осложнений заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ ДОНАТОРОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ташкенбаева Э.Н., Арипов С.А., Мирзаев Р.З., Абдиева Г.А., Камилова Ф.Ш., Лаханов А.О., Ходжиметова Г.М.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Узбекистан, Самарканд

Целью исследования явилось оценка уровня мочевой кислоты (МК) в функциональной взаимосвязи с оксидом азота (NO) в крови, при терапии больных ишемической болезни сердца (ИБС) с назначением L-аргинина.

Материалы и методы. В исследование включены 48 больных (29 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст $55,6 \pm 4,8$ года) с диагнозом ИБС со стабильной стенокардией (СС) II–III функционального класса.

Больные были распределены на две группы: 1 группа составили 23 пациента, которые получали традиционную терапию; 2 группу составили 25 пациентов, которым назначили курс стандартного лечения L-аргинина. Биохимические исследования проводили до и после лечения. Изучали содержание сыворотки крови и суточной мочи МК, глюкозы, креатинина и скорость клубочковой фильтрации (СКФ).

В мембранах эритроцитов определяли уровень стабильных метаболитов NO_x , эндотелиальную синтетазу NO (eNOS), НАДФН-нитраредуктазу (НР), пероксинитрита (ONOO^-). Контрольную группу для биохимических исследований составили 20 условно здоровых лиц (добровольцев) сопоставимого возраста и пола ($52 \pm 6,9$ года-10 мужчин и 10 женщин).

Результаты и обсуждения. До проводимого лечения у больных СС по сравнению с контролем отмечено выраженное увеличение в крови МК – на 31,5% ($P < 0,001$) и креатинина – на 41,7% ($P < 0,001$) на фоне сохранения СКФ и экскреции с мочой МК. Анализ полученных результатов наблюдений показал, что в мем-

бранах эритроцитов уровень стабильных метаболитов NO_x оказался значительно ниже контрольных данных – на 32,5% ($P < 0,001$), что можно полагать связано с угнетением активности eNOS- на 50,3% ($P < 0,001$), экспрессии активности НР – на 137,9% ($P < 0,001$) и чрезмерно высоким содержанием пероксинитрита (ONOO^-) – на 160,1% ($P < 0,001$).

Введение L-аргинина в схему стандартной терапии больным СС характеризовалось повышением по сравнению с группой традиционного лечения (1 гр.) экскреции с мочой МК, что, несомненно было связано с увеличением СКФ и как следствие этого возможно связано со снижением выведение из организма избыточного количества МК и креатинина, которое одновременно проявлялось уменьшением их в крови. Восстановление нарушенного баланса в организме МК и креатинина сопровождалось существенным возрастанием в мембранах эритроцитов уровня NO_x , активностью eNOS, снижением экспрессии активности НР и уровня ONOO^- , восстановление до контрольных значений содержания глюкозы в крови.

Выводы. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что L-аргинин достоверно снижает уровень в крови МК, который является одной из основных причин выраженного нарушения эндотелиальной дисфункции, развития СС. Кроме того, L-аргинин увеличивает СКФ и выведение из организма МК, способствует уменьшению в крови глюкозы, что имеет принципиальное значение при лечении больных со СС и МС.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ДИАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММ РАСПОЗНАВАНИЯ ПАТТЕРНОВ

Терентьева Е.В., Терентьева Н.Г., Зарецкий М.В.

ФГОУ ВПО МГТУ им. Г.И. Носова, Магнитогорск, Россия

Программы распознавания паттернов (pattern recognition) широко вошли в повседневную жизнь, но в медицине они до сих пор не получили широкого распространения. В нашем исследовании был предложен новый программный продукт для улучшения ультразвуковой оценки степени стенозирования сосуда. В настоящее время стеноз сосуда определяется с учетом изменения доплерографических параметров кровотока, а также и при непосредственной оценки сужения сосуда по диаметру или площади поперечного сечения. Процент стеноза, определяемый по площади, является более информативным, так как учитывает геометрию бляшки и превышает численное значение стеноза по диаметру в среднем на 10–20%. Недостатком метода определения стеноза по изменению площади, является необходимость ручного обведения контура сосуда. Последнее требует дополнительной затраты времени врача и определенного навыка. Нами был предложен новый программный продукт «ЧИС 1» позволяющий в автоматическом режиме осуществить обрисовку внутреннего контура сосуда, с последующим определени-

ем площади поперечного сечения в заинтересованной зоне, и расчета степени стеноза. Целью данного исследования явилось проведение анализа оптимизации процесса диагностики достигнутой благодаря применению «ЧИС 1»

Материалы и методы исследования: Программный продукт был использован при проведении ультразвукового исследования брахицефалических артерий на базе МУЗ «Городская больница № 3» г. Магнитогорска. Общее количество пациентов проходивших обследование за период 2013–2014 гг. составило 788 человек (средний возраст пациентов около 65 лет, 536 женщин и 252 мужчины). Из них была выделена группа с атеросклеротическим поражением сосудов, с формированием атеросклеротических бляшек в области бифуркации ОСА – 315 чел. В половине группы врач-исследователь использовал предложенный нами программный продукт, и обрисовка внутреннего контура сосуда происходила автоматически. В другой половине (156 человек), обрисовка внутреннего контура сосуда проводилась врачом-исследователем вручную. Определялся объем

времени потраченный на обследование одного пациента.

Результаты исследования: По результатам исследования было выявлено, что в группе пациентов, при обследовании которых врач пользовался предложенной программой, время исследования было меньше на 6,97%. В абсолютных единицах это составило 2,78 минуты. А общее количество времени сэкономленного

при исследовании всей группы пациентов составило 442 минуты (7.36 часов).

Выводы: Использование нового программного продукта позволяет ускорить процесс исследования пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов, тем самым снизить зрительную физическую и эмоциональную нагрузку на врача.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И КИСЛОРОДЗАВИСИМЫЙ МЕТАБОЛИЗМ НЕЙТРОФИЛОВ У МУЖЧИН С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОЖИРЕНИЕМ

Тимганова Е.В., Кратнов А.Е., Добровская Т.Д., Работнова Л.А., Новосёлова О.С.

Государственный Медицинский Университет, Ярославль, Россия

Показано, что хроническая сердечная недостаточность характеризуется наличием окислительного стресса, одним из факторов развития которого могут быть нейтрофилы, являющиеся важным источником активных форм кислорода.

Цель исследования – изучение ремоделирования сердца и кислородзависимого метаболизма нейтрофилов (НФ) у мужчин с периферическим ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 85 мужчин в возрасте от 30 до 63 лет (средний возраст $46,3 \pm 7,5$ года) без ишемической болезни сердца. Для диагностики степени периферического ожирения рассчитывался индекс массы тела (ИМТ). Ожирение встречалось у 66 (77,6%) обследованных пациентов, из них у 43 (65,2%) выявлялась I степень ожирения (ИМТ $30-34,9$ кг/м²), у 18 (27,3%) – II степень ожирения (ИМТ $35-39,9$ кг/м²), у 5 мужчин (7,5%) – III степень ожирения (ИМТ $35-39,9$ кг/м²). У 42 (49,4%) обследованных пациентов выявлялась артериальная гипертензия. Достоверного различия по количеству случаев артериальной гипертензии у пациентов с ожирением (53%) и без ожирения (36,8%) выявлено не было. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Philips «En Visor C». С целью изучения внутриклеточной метаболической активности НФ использовался спонтанный и стимулированный фитогемагглютинином тест восстановления нитросинего тетразолия, определение в фагоцитах активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода.

Результаты. Нарушения диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) выявлялись у 44 (51,8%)

мужчин, структурное ремоделирование ЛЖ было диагностировано у 37 (43,5%) обследованных. У пациентов с ожирением диастолическая дисфункция ($56,1\% > 36,8\%$) и ремоделирование ЛЖ ($48,5\% > 26,3\%$; $p = 0,08$) встречались чаще. Увеличение степени ожирения сопровождалось ростом случаев диагностики диастолической дисфункции и ремоделирования ЛЖ, максимальное количество которых наблюдалось при III степени ожирения. Выявлено, что у пациентов с наличием диастолической дисфункции ЛЖ была выше внутриклеточная активность миелопероксидазы ($11 \pm 13,2 > 6,7 \pm 6,5$ SED; $p = 0,06$). Достоверное увеличение активности миелопероксидазы в НФ также наблюдалось у пациентов с ремоделированием ЛЖ ($11,8 \pm 14,2 > 6,7 \pm 6,3$ SED; $p = 0,02$), что сопровождалось тенденцией к повышению содержания пероксида водорода ($54,1 \pm 23,5 > 46,4 \pm 22,7$ ед. опт. пл.) и снижению активности каталазы ($316,5 \pm 111,4 < 325,7 \pm 119,2$ мкат/л; $p = 0,09$) в фагоцитах. Утяжеление степени геометрической модели левого желудочка сопровождалось увеличением активности миелопероксидазы в НФ, активность которой у мужчин с концентрической гипертрофией была выше, чем у пациентов с наличием концентрического ремоделирования миокарда ЛЖ ($14,1 \pm 19,9 > 11,1 \pm 12,2$ SED).

Выводы. Увеличение степени периферического ожирения у мужчин приводит к росту частоты развития диастолической дисфункции и ремоделирования миокарда ЛЖ, что сопровождается повышением активности миелопероксидазы в НФ, повышая вероятность развития окислительного стресса.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТОЧНОЙ ЭЛАСТАЗЫ ПРИ ОПИЙНОМ ПОРАЖЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тойынбекова Р.Ж., Бейсенбекова Ж.А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Республика Казахстан

Цель исследования: изучить состояние экзокринной функции поджелудочной железы при опийной интоксикации в зависимости от длительности потребления опия. Специфичность и чувствительность

эластазного теста составляет до 98%, что значительно превосходит чувствительность всех других функциональных тестов, применяющихся для оценки экзокринной функции поджелудочной железы.

Методы исследования.

Проведено клиническое исследование 139 больных, потребляющих психоактивное вещество группы опия. Возраст обследованных опиоманов составил от 18 до 45 лет. Пациенты были обследованы в период наркотической ремиссии. Контрольную группу составили 30 человек в возрасте 18–45 лет, не страдающих каким-либо заболеванием, не состоящих на диспансерном учете.

Для исследования особенностей поражения поджелудочной железы, в зависимости от продолжительности опишной интоксикации больные были разделены на 3 группы. 1 группа (63 пациента) – больные с продолжительностью наркотизации до 5 лет. 2 группа (48 больных) – потребители опия с продолжительностью наркотизации от 5 до 10 лет. 3 группа (28 больных) – с длительным сроком наркотизации (свыше 10 лет).

Количественное определение эластазы-1 в сыворотке крови констатировано, что при длительности интоксикации до 10 лет выявлено достоверное повышение

уровня фермента в сыворотке крови. Максимальный уровень фермента был обнаружен у больных опишной наркоманией при продолжительности заболевания от 5 до 10 лет. У пациентов 1 группы уровень сывороточной эластазы-1 был в пределах физиологической нормы.

Выводы.

Наркомания сопровождается поражением экзокринной части поджелудочной железы. Поражение обусловлено токсическим влиянием опия на ацинарные клетки органа.

Клиническая симптоматика при вовлечении поджелудочной железы в патологический процесс при опиомании скудная. Ферментная оценка, позволяющая диагностировать нарушение экзокринной функции поджелудочной железы на ранних стадиях, имеет доминирующее значение.

Изучение энзимов крови у потребителей опия позволило установить, что наиболее информативным является определение уровня эластазы-1 в сыворотке крови.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

Толтыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Гофман Е.А., Деев А.Д.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России

Цель исследования: изучение роли клинико-анамнестических данных в оценке отдаленного прогноза жизни больных с хронической ИБС в рамках регистра ПРОГНОЗ ИБС.

Материалы и методы: В регистр был включен 641 пациент (500 м. и 141 ж.) из Московского региона, последовательно поступившие в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг в плановом порядке с направительным диагнозом «ИБС», которым во время госпитализации была выполнена КАГ. Диагноз ИБС не был подтвержден у 100 из 641 больного. Жизненный статус в 2010 г был установлен у 551 пациента (86%), которые и были включены в анализ выживаемости. Средний срок наблюдения составил 3,9 года (0,76–6,52). Первичной комбинированной конечной точкой (ПКТ) являлись все случаи смерти от любых причин и нефатальных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, ТИА). Вторичная комбинированная конечная точка (ВКТ) включала помимо случаев смерти от любых причин и нефатальных сердечно-сосудистых событий, проведение реваскуляризации любого сосудистого бассейна (АКШ, ТБКА, каротидная эндартерэктомия, реваскуляризация артерий нижних конечностей), возобновление симптомов стенокардии, госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС и ХСН. Статистический анализ данных проводился в системе SAS версия 6.12. Для тестирования прогностической значимости факторов применялись t-тест Стьюдента, критерий Фишера, асимптотический критерий хи-квадрат Вальда. Для оценки частоты событий применялись регрессионная модель пропорционального риска Кокса и параметрические модели выживаемости. Поскольку пол и возраст значимо влияют на про-

гноз ИБС, данные признаки независимо учитывались при анализе всех других переменных.

Результаты: Риск развития ПКТ повышалось: курение в анамнезе – ОР 2,1 ($p = 0,01$), перенесенный ИМ – ОР 1,6 ($p = 0,04$), нестабильное течение ИБС в анамнезе – ОР 1,8 ($p = 0,02$), диагноз ХСН в анамнезе ОР 2,1 ($p = 0,004$), жалобы на одышку при поступлении – ОР 1,9 ($p = 0,01$), жалобы на отеки при поступлении – ОР 2,6 ($p = 0,03$), прием диуретиков до госпитализации – ОР 1,9 ($p = 0,008$), прием нитратов до госпитализации – ОР 1,8 ($p = 0,03$), прием ИАПФ до госпитализации ОР 1,7 ($p = 0,04$), назначение диуретиков при выписке – ОР 1,7 ($p = 0,03$). С более благоприятным прогнозом коррелировала сохранная трудоспособность – ОР 0,51 ($p = 0,01$) и нормальный ИМТ – ОР 0,36 ($p = 0,01$). Риск развития ВКТ повышалось наличие приступов стенокардии при поступлении – ОР 2,3 ($p = 0,0005$), перенесенный ИМ – ОР 1,3 ($p = 0,047$), прием АСК до госпитализации – ОР 1,6 ($p = 0,009$), прием нитратов до госпитализации – ОР 1,9 ($p = 0,0001$), а также назначение при выписке АСК – ОР 2,8 ($p = 0,002$), нитратов – ОР 2,3 ($p = 0,0001$), статинов – ОР 1,6 ($p = 0,02$). Риск смерти от всех причин повышали: перенесенный ИМ и инсульт (в 2,3 и 2,8, раза, $p < 0,01$ и $p < 0,05$), сахарный диабет (в 6 раз, $p < 0,01$), курение (в 2,8 раз, $p < 0,01$), симптомы ХСН, включая одышку, отеки, потребность в назначении диуретиков (в 2–3 раза, $p < 0,05$); наличие приступов СтС покоя (в 2 раза, $p < 0,05$).

Заключение: Наибольшее неблагоприятное прогностическое значение имели перенесенный ИМ, симптомы ХСН, характер течения стенокардии (прогрессирующая или покоя), наличие СД, курение, факт назначения диуретиков и нитратов до госпитализации,

что подтверждает важную роль тщательного сбора анамнеза и физикального осмотра больного в стратифика-

ции риска больных ИБС в силу их информативности, простоты и минимальной стоимости.

ЗНАЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Толтыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Гофман Е.А., Мазаев В.П., Деев А.Д.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России

Цель исследования. Изучение роли поражения ОС ЛКА по данным КАГ в стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных регистра ПРОГНОЗ ИБС.

Материалы и методы. В анализ включены данные 641 пациента из регистра ПРОГНОЗ ИБС, проживавших в Московском регионе, последовательно поступавших в плановом порядке в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг с направительным диагнозом ИБС, которым была проведена КАГ. Длительность наблюдения составила в среднем 3,9 лет. В анализ прогностической значимости включались данные 551 пациента с установленным жизненным статусом. Нами был проведен анализ для поражения ОС ЛКА различной выраженности (<30%, 30–50%, >50%). Первичная комбинированная КТ (ПКТ) включала все случаи ОС, случаи фатальных и нефатальных ССО (ИМ, ОНМК). Вторичная комбинированная КТ (ВКТ) включала все случаи смерти, смерть от ССЗ, нефатальный ИМ, нефатальный МИ/ТИА, процедуры реваскуляризации любого сосудистого бассейна (АКШ, ТБКА, каротидная эндактерэктомия, реваскуляризация артерий нижних конечностей). Статистический анализ данных проводился в системе SAS версия 6.12. Для тестирования прогностической значимости факторов применялись t-тест Стьюдента, критерий Фишера, дисперсионный анализ для выявления значимых различий в количественных показателях, асимптотический критерий хи-квадрат Вальда). Анализ выживаемости Кокса проведен с поправкой на пол и возраст, значимо влияющих на прогноз.

Результаты. Наличие стенозов коронарных артерий $\geq 50\%$ было выявлено при КАГ у 473 из 551 пациентов. У 14% (78 из 551) пациентов оказались неизмененные коронарные артерии и у 54 из них диагноз ИБС был снят. Среди 519 (86% из 551) пациентов с изменениями в коронарных артериях преобладали поражения двух (20%) или трех (47%) бассейнов. У 48% больных имело место поражение ≥ 3 -х магистральных КА. Поражение ствола ЛКА более 30% имели 77 пациентов (13%), из них 40 имели стеноз $\geq 50\%$. Риск развития ПКТ достоверно повышалось наличие стеноза ствола ЛКА любой значимости – ОР 3,1 ($p = 0,0001$), стеноз 30–50% – ОР 2,3 ($p = 0,01$), стеноз $>50\%$ – ОР 4,2 ($p = 0,0001$). Частота развития ВКТ так же достоверно увеличивалась при наличии стеноза ствола ЛКА любой значимости ОР 3,3 ($p = 0,0001$), 30–50% – ОР 2,7 ($p = 0,0001$), $>50\%$ – ОР 4,3 ($p = 0,0001$). Риск смерти от всех причин достоверно повышался при стенозе ствола ЛКА любой значимости ОР 3,5 ($p = 0,0001$), 30–50% – ОР 2,6 ($p = 0,0175$), $>50\%$ – ОР 4,9 ($p = 0,0001$). Высокая смертность среди пациентов со стенозом ОС ЛКА 30–50% и $>50\%$ (21,6% и 27,5% соответственно), подтверждает правомерность учета поражения ОС ЛКА, традиционно считающегося гемодинамически незначимым, в стратификации риска у пациентов с ХИБС.

Заключение. Поражение основного ствола ЛКА любой степени значимости у пациентов с ХИБС повышало риск развития ПКТ, ВКТ и достоверно ухудшало выживаемость, что подтверждает высокую прогностическую значимость данного вида поражения коронарного русла.

РОЛЬ ДАННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС

Толтыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Воронина В.П., Дмитриева Н.А., Лукина Ю.В., Деев А.Д.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России

Цель исследования: изучение роли данных инструментальных методов исследования в оценке отдаленного прогноза жизни больных со стабильно протекающей ИБС в рамках регистра ПРОГНОЗ ИБС.

Материалы и методы: В анализ были включены данные инструментальных (ЭКГ покоя, ЭХО-КГ и ПДФН) и клинических исходов 551 пациентов

с установленным жизненным статусом, проживавших в Московском регионе, последовательно поступивших в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг в плановом порядке с диагнозом «ИБС», которым во время госпитализации была выполнена КАГ. Средний срок наблюдения составил 3,9 года (0,76–6,52). Статистический анализ данных проводился в системе SAS

версия 6.12. Для тестирования прогностической значимости признаков применялись t-тест Стьюдента, критерий Фишера, асимптотический критерий хи-квадрат Вальда. Для оценки частоты событий применялись регрессионная модель пропорционального риска Кокса и параметрические модели выживаемости. Пол и возраст независимо учитывались при анализе всех других переменных. Первичной комбинированной конечной точкой (ПКТ) являлись случаи смерти от любых причин и нефатальных сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, ТИА). Вторичная комбинированная конечная точка (ВКТ) помимо вышеперечисленных включала проведение реваскуляризации любого сосудистого бассейна, возобновление симптомов стенокардии, госпитализации по поводу ухудшения течения ИБС и ХСН.

Результаты. Риск развития ПКТ повышали: наличие на ЭКГ покоя рубцовых изменений ОР – 2,2 ($p = 0,0007$), тахикардии – ОР 2,7 ($p = 0,02$), нарушений ритма – ОР 1,8 ($p = 0,04$), по данным ЭХО-КГ – дилатация желудочков – ОР 1,8 ($p = 0,02$), стенозы клапанов – ОР 2,95 ($p = 0,0015$), диастолическая дисфункция – ОР 2,5 ($p = 0,008$), нарушение локальной сократимости – ОР 2,0 ($p = 0,003$); развитие горизонтальной депрессии ST при ПДФН – ОР 2,25 ($p = 0,04$), боль, возникающая во время пробы с нагрузкой, потребовавшая приема нитра-

тов – ОР 2,1 ($p = 0,03$), и количество отведений, в которых наблюдалась депрессия $ST \geq 3$ – ОР 3,9 ($p = 0,009$). Риск развития ПКТ снижали возможность выполнения ПДФН – ОР 0,6 ($p = 0,049$) и сохранная ФВ – ОР 0,292 ($p = 0,008$). Частоту развития ВКТ повышали: рубцовые изменения на ЭКГ 1,493 (1,126–1,980) $p = 0,0053$, положительный результат ПДФН на ишемию ОР 13,235 (1,809–96,847) $p = 0,0110$, косонисходящая депрессия сегмента ST при проведении ПДФН – ОР 2,2 ($p = 0,01$), горизонтальная депрессия сегмента ST при проведении ПДФН – ОР 1,5 ($p = 0,046$), низкая ТФН – ОР 2,9 ($p = 0,0039$) и средняя ТФН – ОР 2,1 ($p = 0,04$). Так же повышали риск ВКТ наличие диастолической дисфункции ЛЖ – ОР 1,9 ($p = 0,007$) и нарушение локальной сократимости – ОР 1,5 ($p = 0,009$) по данным ЭХО-КГ.

Заключение. Наибольшее неблагоприятное влияние на прогноз оказали рубцовые изменения на ЭКГ покоя, расширение полостей сердца, нарушение локальной сократимости ЛЖ, наличие стенозов клапанов по данным ЭХО-КГ. Высокая прогностическая значимость данных ЭКГ покоя и ЭХО-КГ позволяет использовать их для стратификации риска развития ССО у пациентов с ХИБС и определения показаний к проведению инвазивных диагностических процедур.

МОДЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ АГ У ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЗАПОЛЯРЬЯ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Толстова Е.А.

ГКУ ЯНАО «Научный центр изучения Арктики», г. Надым, Россия

Наряду с уже установленными факторами риска важно определение роли вегетативной нервной системы (ВНС) в развитии АГ. Повышение симпатической активности не только неблагоприятно влияет на течение болезни, но и повышает риск смерти больных с АГ. Отдельные исследования указывают на большее прогностическое значение состояния ВНС в развитии АГ, чем повышенной массы тела и курения (Подпалов В.П. и соавт., 2006).

Целью исследования было изучить прогностическую ценность отдельных факторов риска и вклад нарушений функционирования ВНС в развитие АГ у пришлых жителей Заполярья.

Объект и методы. Нами было обследовано 86 чел. из числа пришлых жителей пос. Се-Яха, расположенного на берегу Обской губы (70° с.ш., 72° в.д.), из них 26 больных АГ. Учитывались следующие факторы риска: возраст, пол, физическая активность, курение, повышенный порог вкусовой чувствительности к соли, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, низкая физическая активность.

Состояние ВНС оценивалось с помощью кардиоинтервалографии и активной ортостатической пробы (АОП). Вегетативный тонус оценивался согласно Баевскому Р.М. и соавт.

Результаты. Полученные в результате обследования данные были обработаны с помощью кластерного анализа и метода Пирсона. Были определены неблагоприятные варианты вегетативной регуляции по отношению к гипертонической болезни: для вегетативного тонуса – симпатикотония и выраженная ваготония, для вегетативного обеспечения деятельности – недостаточное и избыточное.

Для построения модели развития АГ использовалась нелинейная логит-регрессия с пошаговым включением переменных по методу максимального правдоподобия. В полученной модели наибольший регрессионный коэффициент был присвоен возрасту старше 50 лет (3,74), второй по величине – нарушению вегетативного обеспечения деятельности (3,14), третий – избыточной массе тела (2,72).

Диагностическая эффективность модели – 76,3%. С учетом регрессионных коэффициентов она согласуется с мерой значимости по частоте встречаемости факторов риска среди больных АГ и условно здоровых лиц.

При попытке построить модель с учетом всех значимых для исследованной группы факторов риска оказалось, что в достоверность влияния на прогноз каждого из факторов резко снижается.

Заключение. При прогнозировании развития АГ на основании только факторов риска, описанных в российских Рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии (2004 г.) и значимых для изученной группы, модель не достигла адекватного уровня чувствительности. При включении

в модель фактора нарушения вегетативной регуляции ее чувствительность повысилась в 1,47 раза и стала пригодной для использования. При этом нарушение вегетативного обеспечения деятельности у пришлых северян вышло на второе место по прогностической значимости, обойдя избыточную массу тела.

ВЕРоятность БЕССИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

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

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

Цель: Оценить вероятность наличия перенесенного бессимптомного инсульта у больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне сахарного диабета 2 типа в амбулаторной практике.

Материал и методы: В исследование включены 20 пациентов, средний возраст $65,3 \pm 5,2$ года с диагнозами ГБ, сахарный диабет (СД) 2 типа, ИБС. Всем больным проведены общеклинические методы исследования. С целью выявления очагов перенесенного бессимптомного инсульта (наличие характерных постинсультных кист) больным проводилась компьютерная томография головного мозга. Для клинического определения вероятности и частоты амбулаторных «немых» инсультов у больных ГБ с СД или без него проводили оценку признаков по сумме баллов (от 1 до 3 баллов). Учитывали следующие клинические признаки: наличие ГБ (1 балл), степень АГ 1 (1 балл), степень АГ 2 (2 балла), степень АГ 3 (3 балла). Продолжительность ГБ 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 ГБ 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. Учитывали 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.

Результаты. 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 «немом» инсульта. Результаты оценки показали, что у больных первой группы высокую вероятность перенесенного амбулаторного инсульта имел 1 пациент, умеренную – 4, низкую – 5 пациентов. Во второй группе высокую вероятность перенесенного инсульта имели 6 чел., умеренную – 3, низкую – 1 чел. «Немые» инсульты у пациентов с ГБ и СД 2 типа случаются в 8 раз чаще, чем у больных с ГБ без СД. При этом у больных ГБ с сопутствующим СД 2 типа на 50% возрастает риск высокой вероятности бессимптомного инсульта, чем у пациентов без СД.

Заключение. Предлагаемый способ позволяет с наибольшей точностью прогнозировать вероятность перенесенного бессимптомного инсульта у больных ГБ на фоне СД 2 типа, что имеет важное профилактическое значение.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ В АССОЦИИИ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Уклистая Т.А., Полунина О.С., Гусейнов Г.Т., Уклистая Е.А.

ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, Астрахань

В последние годы в качестве одной из составляющих механизмов коморбидности в кардиореспираторной системе рассматривается генетическая предрасположенность.

Цель исследования. Изучить у больных при сочетании хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и ишемической болезни сердца (ИБС) эхокар-

диографические параметры в зависимости от генетических полиморфизмов.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных ХОБЛ в сочетании с ИБС. Допплерэхокардиографию выполняли на ультразвуковом анализаторе «Vivid 7», GE Vingmed Ultrasound AS, Норвегия. Методом ПЦР определяли полиморфизм двух генов провоспалительных цитокинов: G-308A фактора некроза опухоли- α (TNF- α), C+3953T интерлейкина-1 β (IL-1 β) и двух генов ренин-ангиотензиновой системы: I/D ангиотензинпревращающего фермента (ACE), A1166C рецептора ангиотензина II типа I (AGT2R1).

Результаты исследования. Носители генотипа СТ по полиморфизму C+3953T гена IL-1 β имели более высокие показатели размеров левого предсердия ($p = 0,001$), среднего давления в легочной артерии ($p = 0,002$), общего легочного сопротивления ($p = 0,002$) и более низкие показатели фракции выброса левого желудочка ($p = 0,048$) по сравнению с носителями генотипа СС. У больных, имеющих генотип GA по полиморфизму G-308A гена TNF- α , отмечены более высокие размеры левого предсердия ($p = 0,044$), конечного систолического размера ($p = 0,019$) и конечного систолического объема левого желудочка ($p = 0,025$), а так же более низкие показатели его фракции выброса ($p = 0,029$) по сравнению с больными с генотипом GG.

У пациентов с II генотипом по полиморфизму I/D гена ACE значения показателей толщины межжелудочковой перегородки, правого предсердия, толщины передней стенки правого желудочка, среднего давления в легочной артерии, индекса массы миокарда левого желудочка были статистически значимо ниже по сравнению с пациентами с генотипами ID и DD ($p = 0,021$, $p = 0,013$, $p = 0,017$, $p = 0,010$, $p = 0,005$ и $p = 0,019$, $p = 0,021$, $p = 0,025$, $p = 0,001$, $p = 0,022$, соответственно). Показатели толщины задней стенки левого желудочка и конечного диастолического размера правого желудочка у больных с генотипом II были ниже, чем у лиц с генотипом ID ($p = 0,029$ и $p = 0,028$, соответственно). Показатели толщины передней стенки правого желудочка и среднего давления в легочной артерии в группе больных, имеющих генотип AA по полиморфизму A1166C гена AGT2R1, были выше, чем в группе больных с генотипами AC ($p = 0,017$, $p = 0,046$, соответственно). У лиц с генотипом AA значения индекса массы миокарда левого желудочка были выше, чем у пациентов с генотипом AC ($p = 0,042$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможной роли полиморфизма генов провоспалительных цитокинов и ренин-ангиотензиновой системы наряду с другими факторами в процессах ремоделирования сердца при сочетании у больных ХОБЛ и ИБС.

ОСОБЕННОСТИ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА ТКАНЯМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

Усенко А.Г., Усенко Г.А., Козырева Т.Ю., Величко Н.П., Ницета О.В., Паруликова Л.В.,
Демин А.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель работы: изучить величину утилизации кислорода тканями (КУКТ) у больных эссенциальной артериальной гипертензией II ст (АГ-II) в зависимости от особенностей психосоматического статуса (ПСС) и схемы антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы исследования. Группа мужчин-пациентов ($n = 868$), средний возраст $54,2 \pm 1,8$ лет была разделена на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Группа контроля – здоровые мужчины ($n = 485$). Изучали время простой сенсомоторной реакции (ПСМР), коэффициент выносливости кисти (КВк, %), влияние симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов вегетативной нервной системы (ВНС), содержание трийодтиронина, инсулина, кортизола и альдостерона в сыворотке крови, потребление- (PO_2) и коэффициент использования кислорода (КИО $_2$), рассчитывали индекс атерогенности (ИА) и коэффициент УКТ (КУКТ) по разнице содержания кислорода в артериализированной и венозной крови руки, до- и через 6 и 12-месяцев АГТ с учетом- и без учета особенностей ПСС.

Результаты. Особенности ПСС у ВТ/Х и ВТ/С до АГТ – превалирование SNS-отдела ВНС и ВТ, а у ВТ/Ф и М – PSNS, активность РААС и ВТ + депрессивность (D) (легкой степени). У Х и С содержание T_3 и кортизола было выше, а инсулина и альдостерона ниже, чем у Ф и М. У Ф и М-пациентов, МОД, ИА и жировая масса тела были выше, а PO_2 , КИО $_2$, КУКТ, ПСМР и КВк ниже, чем у Х и С, особенно у ВТ/Ф и М-пациентов. Величина КУКТ, ПСМР, КВк снижалась в ряду: $X > C > \Phi > M$. У НТ-лиц – без тревожности и D, а выраженность сдвигов была ниже, чем у ВТ-лиц, и ближе к значениям таковых у здоровых лиц соответствующего темперамента. АГТ, направленная на блокаду SNS и тревожности у Х и С, а также РААС и депрессивности у Ф и М, особенно ВТ, более эффективно и на 6 месяцев раньше приближала уровень утилизации кислорода тканями к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности, чем другие схемы АГТ.

Выводы. 1. Высокотревожные пациенты, особенно Ф и М, являются группой высокого риска по низкой утилизации кислорода тканями в сочетании с высоким инд. атерогенности.

2. В отличие от других схем, лечение, направленное на купирование особенностей ПСС, на 6 месяцев

раньше и более существенно приближало коэффициент утилизации кислорода тканями и функциональную ак-

тивность ЦНС (по ПСМР, КВк) к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

ГЛОБАЛЬНАЯ СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

*Усенко А.Г., Усенко Г.А., Иванов С.В., Козырева Т.Ю., Величко Н.П.,
Нищета О.В., Демин А.А.*

Новосибирский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: установить различия в сократительной функции сердца у больных артериальной гипертензией II (АГ-II) с различным темпераментом и тревожностью.

Методы исследования. С 1998 по 2009 гг в условиях поликлиники обследовано 485 здоровых и 688 больных АГ-II мужчин трудоспособного возраста ($54,2 \pm 1,8$ лет). Длительность АГ не превышала $11,4 \pm 1,4$ лет. Посредством психологических тестов группы были разделены на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности. Учитывали показатели артериальной гемодинамики, а также превалирование симпатического (SNS) и парасимпатического (PSNS) отделов ВНС, содержание в сыворотке крови кортизола, альдостерона, трийодтиронина и тироксина (T_3 и T_4), инсулина. Посредством ДЭхоКГ определяли конечные систолические и диастолические размеры и объемы (КСР, КДР, КДО и КСО), ударный (УОК) и минутный (МОК) объемы крови, фракцию выброса (ФВ,%) и укорочения (ФУ,%), толщину задней стенки левого желудочка (ТЗ-СЛЖ), и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), массу – и индекс массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ, ИММЛЖ), а также величину коэффициента соотношения скорости потока крови в фазу быстрого (Е) и медленного (А) диастолического наполнения ЛЖ (Е/А).

Результаты. У Х и С превалировал тонус SNS, а у Ф и М – PSNS отдела ВНС. Функциональное напряжение сердечно-сосудистой системы (ССС) у Х и С было выше, чем у Ф и М, а у ВТ-лиц было выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Содержание в крови кортизола, T_3 и T_4 снижалось, а альдостерона и инсулина увеличивалось в последовательном ряду: Х – С – Ф – М. Величины КДР, КСР, КДО, КСО, ММЛЖ, ИММЛЖ увеличивались ($X < C < F < M$), а ФВ и ФУ снижались в той же последовательности, что и содержание альдостерона. У ВТ-лиц содержание кортизола и альдостерона, T_3 и T_4 , а также ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ, ИММЛЖ были выше, а инсулина ниже, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Соотношение Е/А достоверно снижалось в ряду: $X > C > M > F$ (ВТ-лиц: $0,87 > 0,76 > 0,70 > 0,66$ и НТ-лиц: $0,99 > 0,87 > 0,80 > 0,75$). Такие различия трактовались, как более выраженное снижение диастолической функции у лиц с более высоким содержанием альдостерона в крови – Ф и М, особенно ВТ. Выводы: 1. Особенность течения АГ-II у Ф и М-пациентов заключалась в превалировании PSNS и РААС (альдостерон), а у Х и С SNS отдела ВНС и ГГНС (кортизол), что сочеталось с более низкой диастолической функцией сердца, особенно у ВТ-пациентов, по сравнению с НТ-лицами, соответствующего темперамента.

СКОРОСТЬ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАМЕНТА И ТРЕВОЖНОСТИ

*Усенко А.Г., Усенко Г.А., Козырева Т.Ю., Иванов С.В., Величко Н.П., Нищета О.В.,
Паруликова Л.В., Демин А.А.*

НГМУ ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: установить различия Т-КИМ артерий у лиц с различным темпераментом и тревожностью, и разработать схему антигипертензивной терапии (АГТ) в целях оптимального ремоделирования Т-КИМ у пациентов.

Методы исследования. В период с 1998 по 2009 гг обследована группа работающих здоровых и больных АГ-II мужчин ($54,0 \pm 1,8$ лет), совместимых по основным показателям. Длительности заболевания АГ: $11,4 \pm 1,4$ лет. Посредством психологических тестов ММИЛ, Спилберга-Ханина, Айзенка группы были разделены

на лиц с превалированием холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента, с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем личностной и реактивной тревожности. Методом ультразвуковой диагностики определяли Т-КИМ общей сонной- (ОСА) и плечевой артерии (ПА). Ранее нами было установлено, что АГ у Х и С развивалась с превалированием симпатического, а у Ф и М – парасимпатического отдела ВНС. У Х и С, по сравнению с Ф и М, содержание кортизола в сыворотке крови было выше, а инсулина и альдостерона ниже. Соотношение

«тревога-депрессия» у Х и С было 1/2, а у Ф и М 2/1. Поэтому, в течение 12 месяцев больным назначались препараты АГТ без сочетания и с сочетанием: бета-адреноблокатор (БАБ) + гипотиазид + анксиолитик (Ах) (сибазон) для Х и С-пациентов и И-АПФ + гипотиазид + антидепрессант (Ад)(коаксил) для Ф и М, (исключая трициклические). Водителям Ах и Ад не назначали, а НТ-лица в Ах и Ад не нуждались. Уровень высокой тревожности у ВТ снижали на 10–12 баллов.

Результаты. Толщина КИМ ОСА, ПА достоверно возрастала в том же последовательном ряду, что и увеличение содержания альдостерона и инсулина: $X < C < Ф < М$. Иначе говоря, с более высоким уровнем альдостерона и инсулина в крови у Ф и М выраженность гипертрофии оболочек артерий оказалась выше, чем у Х и С. Причем, у ВТ-лиц Т-КИМ была выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. В процессе 12-месячного лечения препаратами АГТ, Т-КИМ указанных артерий у ВТ (НТ) - пациентов снижалась, но даже через год лечения не достигала таковой у здоро-

вых ВТ (НТ) - лиц соответствующего темперамента. Вместе с тем, у Х и С-пациентов, принимавших лечение по схеме «БАБ + диуретик + Ах», и Ф и М, по схеме «И-АПФ + диуретик + Ад» через 6 месяцев лечения Т-КИМ уже была такой, какой она оказалась через год лечения без коррекции тревожности, гиперсимпатико- и симпатикотонии.

Выводы: 1. Содержание альдостерона, инсулина и Т-КИМ общей сонной артерии и плечевой артерии имеют тесную связь: чем выше содержание гормонов, тем выше Т-КИМ. Величина последней снижается в последовательном «темпераментальном» ряду: $М > Ф > С > Х$.

2. Лечение, направленное на снижение тревожности и гиперсимпатикотонии у Х и С, а также (депрессивности), и превалирования РААС (по альдостерону) у Ф и М-пациентов, в отличие от других схем, на полгода раньше, а через год более существенно приближает Т-КИМ к таковой у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

ДИАМЕТР АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Усенко А. Г., Усенко Г. А., Иванов С. В., Козырева Т. Ю., Величко Н. П., Ниццета О. В., Демин А. А.

Новосибирский государственный медицинский университет ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: определить диаметр артерий у пациентов с различным темпераментом и уровнем тревожности, страдающих АГ-II, а также разработать оптимальную схему лечения в целях приближения диаметра артерий к таковому у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

Материал и методы исследования. В период с 1998 по 2009 гг обследованы работающие здоровые и больные АГ-II мужчины ($54,0 \pm 1,8$ лет). Посредством психологических тестов ММИЛ, Спилберга-Ханина, Айзенка, Люшера группы были разделены на лиц с холерическим (Х), сангвиническим (С), флегматическим (Ф) и меланхолическим (М) темпераментом, с высоким (ВТ) и низким (НТ) уровнем тревожности. Методом реоэнцефалографии определяли венозный отток, а ультразвуковой диагностики – диаметр общей сонной – (ОСА) и плечевой артерий (ПА). У Х и С АГ развивалась с превалированием симпатического, а у Ф и М – парасимпатического отдела ВНС, содержание кортизола у Х и С было выше, а альдостерона и инсулина ниже, чем у Ф и М. Соотношение «тревога-депрессия» у Х и С было 2/1, а у Ф и М 1/2. Поэтому, Ах + бета-адреноблокатор + диуретик назначались Х и С (схема № 1), а Ад + ингибитор АПФ + диуретик – Ф и М (схема № 2). Другие получали лечение без учета коррекции указанных выше психосоматических особенностей. ВТ снижали на 10–12 баллов. Диаметр ОСА и ПА исследовали в течение 3, 6, 9 и 12 месяцев лече-

ния препаратами АГТ Ах и Ад водителям и НТ – не назначали.

Результаты. До лечения диаметр ОСА и ПА снижался в ряду: $Х > С > Ф > М$. У ВТ-лиц диаметр артерий и венозный отток из сосудов мозга – ниже, чем у НТ-лиц. Вероятно, указанное различие обусловлено высокими толщиной КИМ сосудов и централизацией кровотока у ВТ-лиц, по сравнению с НТ соответствующего темперамента. В процессе лечения препаратами АГТ диаметр изучаемых артерий увеличивался. Это сочеталось с повышением температуры пальцев рук и стоп. Прием препаратов по схеме № 1 (для Х и С), и схемы № 2 (для Ф и М) позволил на 6 месяцев раньше достичь тех результатов, которые были достигнуты только через год лечения без учета психосоматических особенностей пациентов. Кроме того, через год лечения по указанным схемам диаметр ОСА и ПА, а также уровень венозного оттока по сосудам мозга был существенно ближе к таковым у здоровых ВТ (НТ) - лиц соответствующего темперамента.

Выводы. 1. С повышением содержания альдостерона и инсулина тесно связано увеличение Т-КИМ. особенно у ВТ/Ф и ВТ/М.

2. В отличие от других схем лечения, блокада тревожности и гиперсимпатикотонии у Х и С, и тревожной депрессивности и активности РААС у Ф и М более эффективно и на 6 месяцев раньше снижает толщину Т-КИМ у больных АГ мужчин

ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 И СОДЕРЖАНИЯ ЛИПИДОВ ОТ ВАРИАНТА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Усенко Г.А., Васендин Д.В., Усенко А.Г., Колодин Д.Л., Величко Н. П., Ницета О.В., Козырева Т.Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы – установить зависимость между содержанием липидов крови, активностью ЛПФЛА2 и уровнем осложнений у больных артериальной гипертензией с различным темпераментом и уровнем тревожности на фоне эмпирической (Э) и целенаправленной (Ц) антигипертензивной терапии (АГТ).

Методы исследования. Группа больных (n = 416) и здоровых (n = 422) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на лиц холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Исходя из психосоматического статуса у Х и С ЦАГТ была направлена на блокаду активности симпатического отдела ВНС, а Ф и М – на блокаду ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Вариант АГТ, противоположный ЦАГТ – ЭАГТ. У ВТ лиц купировали депрессивность и высокую тревожность. В сыворотке крови определяли активность и массу липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 (ЛПФЛА2), содержание общего холестерина (ОХС) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), а также и число лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Результаты: Как на фоне Э так и Ц-АГТ содержание ЛПВП снижалось, а содержание ОХС, активность и масса ЛПФЛА2 повышались в темпераментальном ряду: ВТ (НТ) Х-С-Ф-М. Через 24 месяца лечения, в отличие от ЭАГТ, на фоне ЦАГТ значения показателей и число лиц с осложнениями в группах было таким же, как в группах здоровых ВТ (НТ) лиц соответствующего темперамента. У ВТ/Ф и М самые высокие – содержание ОХС, активность и масса ЛПФЛА2 сочеталось с самой высокой долей лиц, перенесших осложнения АГ, особенно на фоне ЭАГТ.

Выводы. 1. У пациентов и здоровых лиц активность и масса ЛПФЛА2 повышались в ряду ВТ (НТ) Х-С-Ф-М. 2. Чем выше активность и масса ЛПФЛА2, тем выше содержание ОХС и доля лиц с осложнениями АГ, особенно в группах ВТ/Ф и ВТ/М пациентов на фоне эмпирической АГТ. 3. На фоне целенаправленной АГТ активность и масса ЛПФЛА2, содержание ОХС, ЛПВП и уровень ОНМК (ОИМ) такой же, как в группах ВТ (НТ) здоровых лиц соответствующего темперамента. 4. Высокий уровень осложнений на фоне эмпирической АГТ, по сравнению с Ц-АГТ, указывает на внедрение лечения по Ц-АГТ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ ЛИПОПРОТЕИН-АССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 И СОДЕРЖАНИЕМ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Усенко Г. А., Васендин Д.В., Усенко А. Г., Забара В.И., Величко Н. П., Ницета О. В., Козырева Т. Ю.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы – установить зависимость между содержанием липидов крови, уровнем осложнений и активностью ЛПФЛА2 у больных АГ с различным темпераментом и уровнем тревожности

Методы исследования. Группа больных (n = 416) и здоровых (n = 422) мужчин (54,2±1,8 лет), была разделена на лиц холерического (Х), сангвинического (С), флегматического (Ф) и меланхолического (М) темперамента с высокой (ВТ) и низкой (НТ) тревожностью. Депрессия легкой степени отмечена у ВТ/Ф и ВТ/М. В сыворотке крови определяли активность и массу липопротеин-ассоциированной фосфолипазы А2 (ЛПФЛА2), содержание общего холестерина (ОХС), суммарной фракции липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП), а также высокой (ЛПВП), плотности, триглицеридов (Тг), рассчитывали индекс атерогенности (ИА) и число лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

и острый инфаркт миокарда (ОИМ) в условиях низкой приверженности больных к лечению.

Результаты: У ВТ/Ф и М самое низкое содержание ЛПВП и самое высокое, среди обследуемых лиц, содержание липидов атерогенных фракций (Тг, ОХС, ЛПНП+ЛПОНП) сочеталось с самой высокой активностью и массой ЛПФЛА2, а также наличием самой высокой доли лиц, перенесших осложнения АГ. Соотношение лиц, перенесших осложнения в группах ВТ/Х и ВТ/С к таковым у ВТ/Ф и ВТ/М составило 1: 2.

Выводы. 1. Чем выше активность и масса ЛПФЛА2, тем выше содержание липидов атерогенных фракций и осложнений в группе больных АГ.

2. Из всех обследуемых лиц, пациенты групп ВТ/Ф и ВТ/М отличаются самыми высокими – активностью и массой ЛПФЛА2, содержанием липидов атерогенных фракций и осложнениями АГ. Они – группы высокого риска тяжелого течения АГ на фоне эмпирической АГТ.

3. У пациентов ВТ/Ф и ВТ/М самая высокая предрасположенность к сочетанию АГ с атеросклеротическим поражением коронарных сосудов.

4. У пациентов ВТ/Ф и ВТ/М, несмотря на лечение число лиц, перенесших острый инфаркт миокарда в два раза выше, чем в группах ВТ/Х и ВТ/С пациентов на фоне одноименной терапии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ЛЕПТИНА, РАСТВОРИМОЙ ИЗОФОРМЫ РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Учасова Е.Г.¹, Груздева О.В.¹, Белик Е.В.¹, Дылева Ю.А.¹, Каретникова В.Н.^{1,2}, Кузьмина А.А.¹, Шурыгина Е.А.¹, Паличева Е.И.^{1,2}

1 ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Кемерово;
2 ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Кемерово.

Цель работы: оценить уровни лептина, ОВ-R, ИЛ-6, С-реактивного белка (СРБ) и их взаимосвязь у пациентов с ИМ с наличием и отсутствием СД 2 типа в динамике госпитального периода.

Материалы и методы. Обследовано 135 пациентов с острым ИМ в возрасте 59–69 лет. Было сформировано 2 группы, первая состояла из 95 больных острым ИМ, вторая – из 40 больных ИМ и СД 2 типа. Контрольную группу составили 30 человек без заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз острого ИМ устанавливался согласно рекомендациям ВНОК 2007 г. На 1-е и 12-е сутки развития ИМ в сыворотке крови определяли концентрацию лептина и ОВ-R, ИЛ-6 иммуноферментным методом, содержание СРБ оценивали с использованием стандартных тест-систем фирмы Thermo Fisher Scientific. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. В обеих группах пациентов на 1-е и на 12-е сутки госпитализации наблюдалось увеличение концентрации лептина и ОВ-R по сравнению со здоровыми лицами, причем у пациентов с ИМ с СД 2 типа выявлены более высокие значения данных показателей по сравнению с пациентами без СД 2 типа. У пациентов обеих групп в 1-е сутки ИМ содержание ИЛ-6 и СРБ возрастало, к 12-е сутки заболевания концентрации ИЛ-6 и СРБ снижались, но уровня контроля не достигали, при этом у пациентов с ИМ без СД 2 типа уровни ИЛ-6 и СРБ на протяжении всего срока наблюдения были выше, чем у пациентов с СД 2 типа. При прове-

дении корреляционного анализа для пациентов как без СД 2 типа, так и с СД 2 типа обнаружены отрицательные корреляционные зависимости между концентрацией лептина и активностью сердечной фракции креатинфосфокиназы (КФК) ($R = -0,45$ $p = 0,001$ и $R = -0,43$ $p = 0,02$ соответственно), между уровнем лептина и ОВ-R ($R = -0,65$ $p = 0,0001$ и $R = -0,62$ $p = 0,0003$ соответственно); прямые связи между уровнем СРБ и активностью КФК-МВ ($R = 0,42$ $p = 0,03$ и $R = 0,38$ $p = 0,027$), концентрацией ИЛ-6 и активностью как КФК-МВ ($R = 0,38$ $p = 0,01$ и $R = 0,56$ $p = 0,001$), так и общей активностью КФК ($R = 0,41$ $p = 0,04$ и $R = 0,48$ $p = 0,001$ соответственно), уровнем ИЛ-6 и концентрацией СРБ ($R = 0,29$ $p = 0,04$ и $R = 0,38$ $p = 0,03$ соответственно). У пациентов без СД 2 типа выявлена положительная корреляция активности КФК-МВ и ОВ-R ($R = 0,38$ $p = 0,03$). В группе пациентов с СД 2 типа обнаружены прямые связи между концентрацией ИЛ-6 и уровнем лептина ($R = 0,39$ $p = 0,001$), концентрацией СРБ и ОВ-R ($R = 0,39$ $p = 0,003$) и отрицательная связь между ИЛ-6 и ОВ-R ($R = -0,55$ $p = 0,002$).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о повышенной продукции лептина, растворимой изоформы рецептора к лептину и провоспалительных факторов в острый период ИМ как у пациентов с СД 2 типа, так и у пациентов без диабета, наличии патогенетических взаимосвязей между уровнем лептина и маркерами некроза миокарда. Лептин можно рассматривать как дополнительный маркера воспаления при развитии ИМ.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ушакова С.Е., Александров М.В., Будникова Н.В., Новичкова Е.А., Пайкова А.С.
Шлакова Н.М.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия
ОБУЗ ГКБ № 3, поликлиника № 3, Иваново

Реабилитация пациентов, перенесших инфаркт миокарда, является актуальной проблемой амбулаторной медицины. Представлены результаты ретроспек-

тивного обследования 80 пациентов, наблюдавшихся после перенесенного инфаркта миокарда в условиях территориальных поликлиник г. Иваново. Данная груп-

па больных не могла с целью реабилитации посещать специализированные кардиологические учреждения из-за тяжести состояния и выраженной коморбидной патологии. Целью исследования была оценка фармакотерапии, которую получали пациенты в рамках реабилитации после перенесённого инфаркта в условиях территориальных поликлиник. Средний возраст группы – $71 \pm 4,7$ года, мужчины составили 52,5%.

При анализе медикаментозной терапии выявлено, что дезагреганты (в основном сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем) назначались 42 пациентам (52,5 %). Бета-адреноблокаторы получал 41 больной (51,3 %). Статины были рекомендованы 42 пациентам (52,5 %). Нитраты получали 5 пациентов (6,3 % от общего числа пациентов, 15,1% от числа имевших диагноз стенокардии). Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) были назначены 32 пациентам (40 % от общего числа больных, 95% от числа пациентов, имевших диагноз хронической сердечной недостаточности (ХСН)). Рамиприл применялся в 56,3% случаев, периндоприл в 40,6 % случаев, зофеноприл в 3,1 %. Блокаторы рецепторов к ангиотензину получали 8 пациентов (10 % от общего числа больных, 4,9 % от числа пациентов с ХСН), основным представителем был лозартан. Тиазидные и петлевые диуретики назначались 6 пациентам (7,5 % от общего числа больных, 12,2 % от числа пациентов с ХСН). Фуросемид применялся в 30% случаев, гипотиазид в 15% случаев,

торасемид 50% случаев. Спиринолактон был назначен 7 пациентам (8,8 %), 6 из которых имели ХСН.

Таким образом, для лечения основного заболевания и сопутствующей патологии 21,3% больных получали 4 препарата, 46,8% больных – 5 препаратов, 27,9% больных 6 и более препаратов. При выборе фармакотерапии врачи территориальных поликлиник следовали Рекомендациям по лечению больных стенокардией и ХСН, перенёвших инфаркт миокарда. Практически все пациенты с ХСН получали ИАПФ или блокаторы рецепторов к ангиотензину. Однако комплексную терапию из сочетания ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем, статинами и бета-адреноблокаторами принимали только 37,5% пациентов. Не всем пациентам были рекомендованы диуретики при II А и II Б стадиях ХСН. Кроме того, были выявлены недостаточные дозировки диуретиков и нерациональные схемы их приема. Часть пациентов не получала статины, пульсурежающие препараты, которые были показаны, но не могли быть назначены с учетом противопоказаний и наличия сопутствующей патологии. Одной из проблем подбора фармакотерапии оказалась низкая приверженность пациентов рекомендациям врача. Следовательно, существует ряд проблем медикаментозного лечения пациентов, перенесших инфаркт миокарда и проходящих реабилитацию в условиях территориальной поликлиники.

ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Пекарский С.Е., Баев С.Е., Семке Г.В., Рунн Т.М.

Научно-исследовательский институт кардиологии, г.Томск, Россия

Цель: исследовать связь эффективности ренальной денервации с исходным состоянием водно-солевого обмена и его динамикой через 6 месяцев после вмешательства у больных резистентной артериальной гипертензией (РАГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы: ренальная денервация (РД) почечных артерий проведена у 32 больных истинной РАГ в сочетании с СД 2 типа (детали протокола опубликованы на сайте ClinicalTrial.gov, номер NCT01499810). Радиочастотную абляцию почечных артерий (РЧА ПА) осуществляли через трансфеморальный доступ в 6–8 точках с каждой стороны под контролем температуры в точках контакта 60° с мощностью 8Вт. Исходно и через 6 месяцев после РД всем пациентам проводились измерения офисного, 24-часового АД, доплерография почечных артерий, оценка состояния углеводного обмена (HbA1c, базальная гликемия) и почечной функции (протеинурия, креатинин сыворотки крови, расчётная СКФ (по формуле MDRD), объём суточной мочи, содержание К и Na в суточной моче). В среднем пациенты принимали 4 (от 3 до 5) антигипертензивных препарата. Гипотензивная и сахароснижающая терапия оставались стабильными в течение всего периода на-

блюдения. К настоящему времени 6-месячный период закончили 27 пациентов (**средний возраст $59,3 \pm 7,9$ лет** (от 43 до 75 лет), 14 мужчин).

Результаты: Осложнений от вмешательства в виде повреждений почечных артерий и потребности в гемодиализе не было ни у одного пациента. Через 6 месяцев отмечено значимое снижение офисного и 24-ч систолического (САД) и диастолического АД ($-23,7/-11$ мм рт. ст. и $-12,8/-8$ мм рт. ст., соответственно). Число респондеров (со снижением САД более 10 мм рт. ст. от исходных значений) составило 67% ($n = 18$) по данным офисных измерений и 56% больных по результатам СМАД ($n = 15$). Исходно респондеры отличались не только более высокими средними значениями офисного и 24-ч САД ($181,5 \pm 23,5$ vs. $162,8 \pm 12,5$, $p = 0,01$ и $169,1 \pm 19,1$ vs. $151,1 \pm 12,1$ мм рт. ст., $p = 0,01$, соответственно), но и более низкими средними показателями суточного диуреза (1383 ± 380 vs. 1860 ± 480 мл/сутки, $p = 0,03$). При этом снижение 24-часового САД через 6 месяцев после РД имело корреляционную связь с увеличением натрийуреза ($r = -0,69$, $p = 0,006$).

Выводы: показано, что состояние водно-солевого обмена у больных резистентной АГ в сочетании с сахарным диабетом 2 типа играет значимую роль в прогно-

зировании эффективности ренальной денервации. Так, более низкий уровень суточного диуреза, свидетельствующий о подключении почечного компонента повышения АД с задержкой жидкости и повышением объема циркулирующей крови, является предиктором положи-

тельного ответа на ренальную денервацию. При этом существенное значение в реализации гипотензивного эффекта ренальной денервации у данной категории больных имеет усиление натрийуреза, как отражение снижения симпатического тонуса.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Фатенков О.В.¹, Дупляков Д.В.², Хохлунов С.М.², Рубаненко О.А.¹, Халилова Р.М.¹, Кириченко Н.А.¹

1 ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
2 ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Цель исследования. Определить сочетание острого коронарного синдрома (ОКС) и фибрилляции предсердий (ФП) среди больных кардиологического профиля.

Методы исследования. Обследовано 1152 пациентов с ОКС, находящихся на стационарном лечении в СОККД с 2013 по 2014 гг. Среди них выявлено 170 больных с ФП. Больным выполнялись общеклинические исследования, в том числе эхокардиография и коронарография.

Результаты. Среди пациентов выявлено 52% мужчин и 48% женщин. Средний возраст составил 68±4,5 лет. При анализе электрокардиограмм выявлено 42% больных с подъемом сегмента ST, 58% – без подъема сегмента ST (25% – с депрессией ST, у 33% – без изменений на электрокардиограмме). Средний балл по шкале GRACE составил 128±35 баллов. 17% пациентов – с персистирующей формой ФП, 35% с постоянной формой ФП, 48% с пароксизмальной формой ФП. При этом у 48% больных ФП возникла в стационаре впервые, с трансформацией в пароксизмальную или пресистирующую формы. При анализе эхокардиограмм выявлено 52% больных с увеличением диаметра левого

предсердия больше 40 мм и 19% больных с фракцией выброса левого желудочка менее 45%. Нарушение регионарной сократимости выявлено у 72% больных. По данным коронарографии поражение правой коронарной артерии выявлено у 32 пациентов (19%), передней межжелудочковой ветви – у 26 человек (15,3%), огибающей артерии – у 15 (9%). Стентирование проведено 75 больным (44%). По шкале CHA₂DS₂Vasc средний балл составил 2,6±0,7, по шкале HASBLED – 2,1±0,8. Антикоагулянты непрямого действия (варфарин, ривароксабан, дабигатран) назначены 88% пациентам. Тройная антитромбоцитарная терапия в преобладающем большинстве (78%) сопровождалась сочетанием ацетилсалициловой кислоты, клопидогреля и варфарина

Выводы. Среди пациентов с острым коронарным синдромом выявлено 15% больных с фибрилляцией предсердий. Отмечается преобладание пароксизмальной формы аритмии. Фибрилляция предсердий ассоциируется с тромбозмболическими осложнениями, что в сочетании с острым коронарным синдромом увеличивает риск неблагоприятного исхода.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МИОПЕРИКАРДИТАМИ

Фатенков О.В.¹, Дупляков Д.В.², Хохлунов С.М.², Рубаненко О.А.¹, Фузейникова К.А.¹, Кириченко Н.А.¹

1 ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
2 ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

Частота миоперикардитов составляет менее 1% в общей популяции. Главными причинами являются острые вирусные, бактериальные инфекции и системные аутоиммунные заболевания.

Цель. Дать клиническую характеристику больным с миокардитами и перикардитами в реальной кардиологической практике.

Методы исследования. Среди 6978 пациентов выявлено 65 больных с миоперикардитами. Больным выполнялись общеклинические исследования, в том числе магнитно – резонансная томография сердца.

Результаты. Среди пациентов выявлено 61,5% мужчин и 38,5% женщин. Средний возраст составил 44 года. 32,4% с диагнозом подострый миокардит, 27%

с экссудативным перикардитом, 12,8% с острым миокардитом, 10,9% с перенесенным миокардитом, 8,8% с миоперикардитом, 5,4% с хроническим миокардитом, 2,7% с хроническим перикардитом. Причиной возникновения данной патологии у 90,7% явилась вирусная инфекция, 7,8% бактериальная инфекция, у 1,5% системные аутоиммунные заболевания. У 25% выявлен лейкоцитоз, у 77,8% – ускоренное СОЭ, у 59,9% – увеличение острофазовых белков (фибриногена, С-реактивного белка), у 31,7% повысилось количество кардиоспецифических ферментов (КФК, КФК-МВ, ЛДГ, тропонинов Т и I). Фибрилляция предсердий возникла у 15,4% больных, дилатационная кардиомиопатия у 10,8%, тампонада сердца у 14%. Нестероидные проти-

вовоспалительные средства назначены 87,2% больных, глюкокортикостероиды – 36,3%, диуретики – 21,1%. Пункцию перикарда выполняли 13,8% больным.

Заключение. Среди больных миоперикардитами преобладали мужчины, при этом причиной возник-

новения заболевания в преобладающем большинстве являлась вирусная инфекция. У пациентов отмечалась выраженная воспалительная реакция, что требовало назначения специфической терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Фатенков О.В.¹, Дупляков Д.В.², Хохлунов С.М.², Рубаненко О.А.¹, Гурина А.А.¹, Кириченко Н.А.¹

1 ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
2 ГБУЗ СОККД, Самара, Россия

За последние 30 лет частота и уровень смертности от инфекционного эндокардита (ИЭ) не уменьшились и, несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении данной патологии, сохраняется плохой прогноз и высокая летальность.

Цель. Провести клинико-лабораторный анализ у пациентов с ИЭ.

Материал и методы. Ретроспективно проанализировано 42 истории болезни пациентов с ИЭ, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом диспансере в 2012–2014 гг. Пациентам проводилось общеклиническое исследование, посев крови.

Результаты. Ранее заболевание поражало молодых пациентов с предшествовавшим и четко определенным (главным образом, ревматическим) клапанным поражением (19%), на данном этапе ИЭ встречается среди старшей возрастной группы (старше 40 лет – 62%). Гендерные различия показали преобладание мужчин (81%). В ходе исследования первичный ИЭ встречался у 59,5% пациентов, вторичный – 40,5%, из которых рецидив ИЭ отмечался у 18% больных. По течению

ИЭ: острый – 36%, подострый – 64%. Связь заболевания с предшествовавшими инфекциями позволила выявить: пневмонии – в 17% случаев, септический очаг (нагноившиеся гематомы или инфильтраты мягких тканей) – в 9%, заболевания полости рта (хронический тонзиллит, периодонтит) – в 7%, неясной этиологии – в 60%. ИЭ с поражением аортального клапана (АК) составило 57%, митрального клапана (МК) – 24%, трикуспидального клапана (ТК) – 7%, МК и АК – 9,5%, МК и ТК – 2,5%. Протезирование клапанов проведено 88% пациентов. Осложнение в виде острого коронарного синдрома – у 17%, из которых летальный исход отмечался в 5% случаев. В результате посева выявлен *Staphylococcus* у 24% больных, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* – в 5% случаев каждый.

Выводы. Клиническое течение инфекционного эндокардита и септическое состояние пациентов диктует необходимость проведения первичной и вторичной профилактики заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС И ОЖИРЕНИЕМ ПЕРЕД ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА

Феофанова Т.Б., Нестерова В.Е.

ФГБНУ «НИИ питания», Москва

В последние годы неуклонно растет число больных ИБС и ожирением, которым показана хирургическая реваскуляризация миокарда. В то же время, существует проблема снижения эффективности хирургического лечения, в основе которой лежит развитие хронической сердечной недостаточности, прогрессирующим атеросклерозом с вовлечением нативных артерий, развитием рестенозов. С другой стороны сопутствующее ожирение влияет на выраженность клинических проявлений ИБС, резко увеличивает риск периоперационных осложнений, летальность в раннем и позднем послеоперационном периоде. В связи с этим процент пациентов, получивших хирургическое лечение, крайне низкий. Таким образом, существует когорта пациентов, которым хирургическое лечение ИБС показано, однако может быть проведено только после диетологических

мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска атерогенеза и снижение массы тела.

Цель работы – разработка системы диетологического подхода на основе комплексной оценки клинико-метаболического статуса пациентов с ИБС и выраженным ожирением, направленных на комплексную подготовку к хирургической реваскуляризации миокарда. Материалы и методы. В отделении сердечно-сосудистой патологии обследовано 30 пациентов с ИБС и ожирением II–III степени, нуждающихся в хирургической реваскуляризации миокарда. Всем пациентам в условиях стационара проводилась оценка клинического, нутриметаболического статуса (анализ питания в домашних условиях, биоимпедансометрия первично и в динамике, исследование основного обмена), базисная фармакотерапия. Средний возраст пациентов составил $47,9 \pm 2,67$ лет, масса тела при поступлении

160,21±5,33 лет. Диетотерапия представляла собой назначение на 14 дней лечения специализированного антиатерогенного рациона пониженной калорийности, разработанного с учетом данных нутриметаболизма статуса обследованных пациентов. Энергетическая ценность составила 1650–1900 ккал в сутки; уменьшено количество натрия, животных жиров, рафинированных углеводов, холестеринсодержащих продуктов и экстрактивных веществ.

Результаты. Масса тела при выписке составила 150,35±4,88 кг. В амбулаторных условиях пациенты придерживались подобранной фармакотерапии и индивидуального рациона питания. Через 2 месяца ди-

етотерапии масса тела составила 138,35±4,28 кг, что позволило 68% пациентов провести реваскуляризацию миокарда. Остальным пациентам рекомендовано дальнейшее снижение массы тела с наблюдением в динамике. Осложнений диетотерапии выявлено не было.

Выводы. Разработан специализированный рацион с энергетической ценностью 1650–1900 ккал в сутки, соответствующий данным нутриметаболизма статуса пациентов с ИБС и ожирением II–III степени. Коррекция массы тела у пациентов с ИБС и ожирением II–III степени позволила увеличить процент хирургической реваскуляризации миокарда.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А. Курбанов Н.А. Цой И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести анализ непосредственных результатов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных ИБС со сниженной сократительной способностью левого желудочка.

Материалы и методы: За период с 1 января 2013 года по 1 декабря 2014 года в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии РСЦК чрескожные коронарные вмешательства были выполнены у 1266 больных с различными формами ИБС. ЧКВ у больных ИБС со сниженной сократительной способностью левого желудочка были выполнены у 151 (11,9%) больных. Критерием исключения из исследования явились эхо-негативные пациенты, а также больные в анамнезе которых, имелись ранее перенесенные операции реваскуляризации сроком более 1 года (АКШ и/или ЧКВ). В исследование были включены 138 пациентов со сниженной фракцией выброса ЛЖ (ФВ – менее 45%) определенным методом эхокардиографии сердца. У 138 больных было проведено 161 ЧКВ. У 21 больного ЧКВ было выполнено в 2 этапа, а у одного в 3 этапа.

Пациенты мужского пола составили – 80,4% (111), а женского – 19,6% (27). Возраст пациентов колебался от 35 до 78 лет, и средний их возраст составил 58,9±8,6 лет. Из общепринятых факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия – у 79,7%, (110) пациентов, гиперлипидемия – у 75,36% (104) больных; сахарный диабет у 34,7% (48) больных. Фракция выброса ЛЖ колебалась от 18% до 45%, и в среднем составила 37,6±5,6%. Чрескожные коронар-

ные вмешательства в 42,9% (69) случаев были выполнены у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда; в 41,6% (67) случаев при стабильной стенокардии напряжения II–IV ФК, и в 15,5% (25) случаев при прогрессирующей стенокардии напряжения.

Результаты: В нашем исследовании частота ангиографического успеха при ЧКВ у больных сниженной сократительной способностью левого желудочка составила 89,4% (144), непосредственный успех процедуры составил 85,7% (138), а клинический успех – в 89,4% (144). Частота развития осложнений составила 8,1% (13) случаев; из них в диссекция коронарной артерии развилась в 69,2% (9) случаев; окклюзия боковой ветви в 15,4% (2) и еще в 15,4% (2) случаев развился феномен «no-reflow». Частота развития больших коронарных осложнений (острый инфаркт миокарда, летальный исход, аортокоронарное шунтирование) составила – 1,2% (2); в обоих случаях развился не Q-волновой инфаркт миокарда. Причинами развития нефатального инфаркта миокарда в 1 случае явилась окклюзия боковой ветви, а в 1 случае – диссекция коронарной артерии.

Заключение: Таким образом, анализ нашего опыта показывает, что чрескожные коронарные вмешательства у больных со сниженной сократительной способностью миокарда являются эффективным и безопасным методом реваскуляризации миокарда. Частота клинического успеха на госпитальном этапе наблюдения составила 89,4% (138) случаев, а частота развития больших коронарных осложнений – 1,2% (2).

АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС СО СНИЖЕННОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Фозилов Х.Г., Абдуллаев Т.А. Курбанов Н.А. Цой И.А., Ахматов Я.Р.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить ангиографическую семиотику поражения коронарного русла у больных ИБС со сниженной сократительной способностью левого желудочка подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материал и методы: За период с 1 января 2013 года по 1 декабря 2014 года в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии РСЦК диагностическая коронарография с последующим стентированием коронарных артерий было выполнено у 138 больных. Пациенты мужского пола составили – 80,4% (111), а женского – 19,6% (27). Возраст пациентов колебался от 35 до 78 лет, и средний их возраст составил $58,9 \pm 8,6$ лет. Из общепринятых факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия – у 79,7%, (110) пациентов, гиперлипидемия – у 75,36% (104) больных; сахарный диабет у 34,7% (48) больных. Фракция выброса ЛЖ колебалась от 18% до 45%, и в среднем составила $37,6 \pm 5,6\%$.

Результаты: При изучении ангиографической семиотики поражения коронарного русла однососудистое поражение было выявлено у 43 (31,2%) больных, двухсосудистое – у 45 (31,9%), и поражение трех эпикардиальных артерий – у 51 (36,9%) больных. Всего у 138 пациентов было поражено 343 артерий, что в среднем составило 2,4 артерии в расчете на 1 пациента. Наиболее часто поражения локализовались в ПМЖВ – 130

(37,9%); в ПКА – 71 (20,7%); в ОВ – 62 (18,1%); ВТК ОВ – 28 (8,2%); в ДВ – 18 (5,2%); в ЗМЖВ – 14 (4,1%); в промежуточной артерии – 6 (1,7%) и 4 (1,2%) в ЗБВ. Гемодинамически значимое ($\geq 50\%$) поражение ствола ЛКА выявлено в 10 (2,9%) случаях. Всего в 343 коронарных артериях было поражено 389 сегментов. Тотальная хроническая окклюзия была выявлена в 73 сегментах; функциональная окклюзия – в 15; стенозы от 75% до 99% – в 195 сегментах, и стенозы от 50 до 74% были выявлены в 106 сегментах венечного русла. По морфологии стенозирующего атеросклеротического поражения (по классификации АСС/АНА) распределились следующим образом: стенозы типа А составили – 7,2% (28); стенозы типа В – 48,3% (188) и стенозы типа С – 44,5% (173).

Выводы: Таким образом, у больных ИБС со сниженной сократительной способностью левого желудочка подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам наиболее часто встречались трехсосудистые поражения коронарного русла – 36,9% (51), при этом из трех основных эпикардиальных артерий атеросклеротические изменения чаще были выявлены в ПМЖВ – 37,9% (130). Поражения ствола ЛКА было выявлено в 2,9% (10) случаев. Наиболее часто встречались стенозы типа В – 48,3% (188) атеросклеротических поражений.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Хашиева Л.А., Гарина И.А., Шлык С.В., Разумовский И.В., Прокопенко С.В., Линник А.С.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону, Россия.

Цель. Изучение изменений факторов ангиогенеза (фактор роста фибробластов (bFGF) и эндостатина) у здоровых лиц, пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и пациентов с АГ и гипертонической нефропатией (ГНП).

Материалы и методы. Обследовано 99 пациентов: 1 группа – 76 пациентов с АГ и ГНП, 2 группа – 12 пациентов с АГ, 3 группа – 11 здоровых добровольцев. **Все пациенты проходили клинико-лабораторное и инструментальное обследование в рамках принятых стандартов обследования пациентов с АГ и ХБП.** Все обследования проводились утром до приема препаратов. Определение эндостатина и уровня bFGF ($n = 99$): выполнялось методом количественного иммуноферментного сэндвич-анализа для количественного определения в плазме крови – R and D Systems (США). Нормальные значения для bFGF в плазме составляют не более 13,5 пг/мл. Нормальные значения для эндостатина в ЭДТА-плазме составляют не более 0,26 нг/мл. Расчет статистических данных проводили при помощи программы «Statistica 6».

Результат. Нами получено, что уровни фактора роста фибробластов и эндостатина значительно отличаются у больных по сравнению со здоровыми людьми. Необходимо отметить, что фактор роста фибробластов у здоровых колебался в пределах от 0,89 до 0,91 пг/мл, а у лиц с повышенным артериальным давлением был выше в десятки раз и колебался в пределах от 6,53 до 19,57 пг/мл. При сравнении группы пациентов с АГ и пациентов с АГ с ГНП, уровень фактора роста фибробластов был выше у пациентов с патологией почек при $p < 0,05$. Эндостатин также статистически значимо увеличивался у пациентов с повышенным уровнем артериального давления, и имел максимальные значения в группе АГ и ГНП. Известно, что повреждение внеклеточного матрикса почечной ткани ведет к активации эндостатина.

Вывод. У больных АГ и ГНП уровень эндостатина и фактора роста фибробластов выше, чем у здоровых и пациентов с артериальной гипертензией, его значение увеличивается по мере прогрессирования хронической болезни почек.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Хашиева Л.А., Шлык С.В., Разумовский И.В., Гарина И.А.

Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-на-Дону, Россия.

Цель. Изучить изменения показателей микроциркуляторного русла (МЦР) исходно и после воздействия функциональных проб у пациентов с артериальной гипертензией и сочетанием артериальной гипертензии и хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы. В настоящем исследовании приняло участие 165 человек. Были сформированы две группы: первая – 100 пациентов, страдающих АГ, вторая – 65 пациентов, страдающих АГ и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с АГ составил $64,11 \pm 5,8$ лет, средний возраст пациентов с АГ и ХОБЛ – $67,4 \pm 7,8$ года ($p > 0,05$). По уровню АД обе группы пациентов были сопоставимы. Так САД и ДАД в первой группе составили в среднем $169,21 \pm 7,76$ мм рт. ст. и $95,51 \pm 4,14$ мм рт. ст., во второй – $155,13 \pm 5,24$ мм рт. ст. и $89,47 \pm 4,16$ мм рт. ст. Изучения МЦР проводили с использованием аппарата «Минимакс-доплер-К» датчиком 20 МГц.

Результат. Максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости (Vas) среди пациентов первой группы варьировала от 0,06 до 1,53 см/с и составила в среднем по группе $0,544 \pm 0,038$ см/с, причем она достоверно не отличалась от пациентов второй группы, у которых максимальная систолическая ско-

рость кровотока варьировала от 0,07 до 1,74 см/с и составила $0,667 \pm 0,15$ см/с. У пациентов с АГ в ответ на холодное воздействие на 1й, 3й и 5й минутах происходила вазодилатация, максимальные значения которой достигались к 5й минуте (в среднем по группе 8,8%), следовательно, реакция в ответ на холодное воздействие у пациентов с АГ слабая, изменения объемной скорости кровотока от исходной не более чем на 10%. У пациентов второй группы максимальные значения вазодилатации достигаются также к 5й минуте, в среднем по группе 6,4%, ($p < 0,05$). В пробе с РГ среди пациентов с АГ наблюдается прирост кровотока, который в среднем по группе составил 17,9%, и к 3-й минуте от начала пробы он начал снижаться до 11,6%, практически не изменившись на 5й минуте 10,44%. Среди пациентов с АГ и ХОБЛ прирост кровотока в среднем по группе составил лишь 14,4%, к 3й минуте от начала пробы он начал снижаться до 10,3%, не изменившись на 5й минуте 9,74%.

Вывод. Пациенты с АГ и ХОБЛ имеют нарушенную реакцию МЦР в ответ на функциональные пробы, которая проявляется в виде медленного и неадекватного ответа на раздражители.

ВЛИЯНИЕ РЕКСЕТИНА НА ВАРИАНТЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Халикова Н.А., Хурсанов Н.М.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить влияние антидепрессанта рексетина (пароксетин) на типы гипертрофии левого желудочка у пожилых больных гипертонической болезнью с аффективными расстройствами

Методы исследования. В исследование были включены 34 больных эссенциальной артериальной гипертензией I–III стадии. У 6 из них диагностирована I-ая, у 18 II-ая и у 10 III-ая степень тяжести в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ 1999 г. по уровню АД. При поступлении всем больным наряду с общеклиническими проводили и исследования психологического статуса. Для выявления и оценки выраженности аффективных расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Критериями включения в исследование были: систолическое артериальное давление (АД) ≥ 140 мм.рт. ст., диастолическое АД ≥ 90 мм.рт. ст., возраст 60–74 лет, сумма баллов по подшкалам HADS ≥ 8 . Из исследования исключались больные с вторичными артериальными гипертензиями, острыми нарушениями мозгового

и коронарного кровообращения, выраженными нарушениями сердечного ритма и проводимости, сердечной недостаточностью II–III степени. Рексетин назначался на фоне получаемой гипотензивной терапии в среднесуточной дозе 15 мг. Морфофункциональные показатели сердца определялись методом эхокардиографии до и после 8-недельного курса лечения. Изучали следующие показатели: конечный диастолический размер (КДР) и конечный диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), толщину задней стенки (ТЗС) ЛЖ в диастолу и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), индекс массы миокарда (ИММЛЖ). Геометрическую модель ЛЖ оценивали по массе миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и относительной толщине стенок (ОТС). По полученным данным констатировали типы гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ): ИММЛЖ > 125 г/м² для мужчин и > 110 г/м² для женщин, эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (ЭГЛЖ) – увеличение ИММ г/м² ЛЖ, ОТС ЛЖ

<0,45. Статистическую обработку проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6,0.

Полученные результаты. Исходно при оценке типов ГЛЖ преобладали больные КГЛЖ (44,1%) и нормальной моделью сердца; ЭГЛЖ встречалась в 20,6 % случаев. К концу курса лечения отмечалось увеличение доли пациентов с нормальной моделью сердца (41,2%)

и ЭГЛЖ (32,3%) за счёт уменьшения количества больных КГЛЖ.

Вывод. Назначение рексетина пожилым больным гипертонической болезнью с коморбидными аффективными расстройствами способствует более адаптивному типу ремоделирования миокарда левого желудочка сердца.

ВЛИЯНИЕ КАНДЕСАРТАНА ЦИЛЕКСЕТИЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Срождинова Н.З., Абдуллаева Г.Ж., Шакирова Н.Ш., Хафизова Л.Ш.

Республиканский Специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить антигипертензивную эффективность и влияние на суточный профиль артериального давления (АД) краткосрочной терапии кандесартаномцилексетил (Касарк, «Артериум» Украина) у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 20 больных мягкой и умеренной АГ (I–II степень АГ, ЕОГ/ЕОК 2013) в среднем возрасте 51,4±9,8 лет. Всем больным измерялось офисное АД, проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), оценивались параметры суточного профиля АД. Дозу кандесартанацилексетил титровали начиная с 8 мг 1 раз в сутки, через 2 недели терапии, больным, не достигшим целевого уровня АД по офисному измерению, доза увеличивалась до 16 мг в сутки. Результаты представлены в М±SD.

Результаты: До начала терапии систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) составило 149,5±1,6 мм рт.ст. и 93,0±0,9 мм рт.ст. соответственно. Через 2 недели монотерапии кандесартаном в дозе 8 мг/сут САД снизилось до 131,8±3,2 мм рт.ст., $p = 0,000$, ДАД – до 85,5±2,2 мм рт.ст., $p = 0,000$, степень снижения САД составила 11,6±1,8%, ДАД – 8,1±2,2%, при этом целевые значения АД достигли 6 больных (30%). К концу 4 недели терапии от-

мечалось дальнейшее достоверное снижение САД и ДАД: 121,3±2,4 мм рт.ст., ($p = 0,000$) и 78,0±1,3 мм рт.ст., ($p = 0,000$), степень снижения САД составила 18,6±1,3%, ДАД – 16,1±1,3%, целевого уровня АД достигли 18 больных (90%). Средняя доза препарата к концу исследования составила 13,6±0,8 мг в сутки. По данным СМАД также отмечено достоверное снижение среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей САД и ДАД, однако к концу терапии достижение целевых показателей суточного профиля АД (ЕОГ/ЕОК 2013) выявлено по среднесуточному САД (от 140,7±2,4 мм рт.ст. до 128,63±3,1 мм рт.ст., $p = 0,03$), среднедневному САД и ДАД (от 142,40±2,4 мм рт.ст. до 127,8±3,4 мм рт.ст., $p = 0,03$; от 93,2±1,9 мм рт.ст. до 81,6±2,5 мм рт.ст. соответственно, $p = 0,008$).

Заключение. 4-недельная краткосрочная монотерапия кандесартаномцилексетил больных мягкой и умеренной АГ показала высокую антигипертензивную эффективность с достижением целевого АД у 90% больных при офисном измерении АД. К концу 4-й недели терапии при достоверном снижении показателей суточного профиля АД, отмечена нормализация среднедневного и среднесуточного САД и среднедневного ДАД. Вероятно, для полной нормализации показателей суточного профиля АД на монотерапии кандесартаном необходимо более длительное наблюдение.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Харитоновна Я.Е., Сукманова И.А., Желтова И.Н

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», г. Барнаул, Россия

Актуальность: В настоящее время у лиц моложе 45 чаще диагностируются различные формы ИБС, требующие хирургического лечения, но наличие неуправляемых факторов риска способствует прогрессированию заболевания, необходимости применения повторных вмешательств, утрате трудоспособности.

Методы исследования: Представляем клинический случай неуклонно прогрессирующего течения ИБС у молодой пациентки с трудно коррегируемыми факторами риска.

Полученные результаты: Пациентка Х, 1985 г.р. (28 лет), проступила в АККД 31.12.14 г. Клинически – стенокардия напряжения на уровне III ф.к. Из анамнеза: клиника стенокардии у с 14 лет, в 19 лет (в 2004 г) впервые обратилась к кардиологу, выставлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения 2 ф.к. ВПС: двухстворчатый аортальный клапан, стеноз аортального клапана, надклапанный аортальный стеноз. Дислипидемия ПА тип (максимальный уровень ОХС- 19,3, ЛПНП- 18,22, ТГ- 1,8 моль/л). По КАГ- стеноз ПКА- до 80%. От опе-

ративного лечения отказалась. Терапия: аспирин 125 мг, аторвастатин 80 мг, бета-блокаторы, нитраты. На фоне терапии клиника стенокардии сохранялась на уровне 1 ф.к., уровень ОХС не снижался ниже 14,2 ммоль/л. Через 6 месяцев произведена замена аторвастатина на розувастатин в дозе 20 мг в комбинации с омакором 2000 мг/сут, без значимого эффекта. После проведения 3 процедур плазмофереза – снижение уровня ОХС до 7,5 ммоль/л, через 4 месяца уровень ОХС вырос до 15,1 ммоль/л. В 2009 г в связи с клиническим ухудшением – прогрессирование стенокардии, проведено протезирование аортального клапана механическим протезом «ATS Medical», пластика восходящей аорты заплатой из ксеноперикарда и МКШ ПКА в дистальной трети. После выписки клиники стенокардии не было. Принимала всю рекомендованную терапию в том числе аторвастатин 40 мг/сут. С середины октября 2014 г. – возобновление стенокардии. Anamnesis vitae: С раннего детства был выставлен диагноз множественные фиброксантомы. Mensis с 12 лет, регулярные. Семейный анамнез отягощен по материнской линии: в 51 год матери проведено стентирование коронарной артерии, максимальный ОХС 7,0 ммоль/л. При поступлении

в стационар: АД 110/70 мм. рт. ст. ИМТ- 24 кг/м². В анализе крови: ОХС- 14,6, ТГ- 1,4, ЛПВП- 0,78, ЛПНП- 11,9 ммоль/л, об. аполипопротеин А1-101,04 мг/дл; аполипопротеин В- 330,13 мг/дл; отношение apoВ/АпоА1-3,27 ед; липопротеин (а) - 155,39 мг\дл. По данным ЭКГ синусовый ритм, нарушение процессов реполяризации по передней стенке ЛЖ. По ЭХО-КГ – без патологии. На фоне лечения ангинозные боли не рецидивировали, пациентка выписана. Кроме бета-блокаторов, антикоагулянтов и дезагрегантов, назначен аторвастатин 40 мг + эзетимиб.

Выводы: Таким образом, причина раннего возникновения и прогрессирования ИБС у данной пациентки связана с первичной гиперлипидемией ПА типа. Значительное повышение apoВ и соотношение apoВ/apoА1 является независимым фактором и дальнейшего течения ИБС. Хирургическое лечение при выраженной дислипидемии приводит чаще всего к временному клиническому эффекту. Основным методом лечения является постоянная борьба с дислипидемией с помощью комбинированной медикаментозной терапии в сочетании с диетой и сеансами плазмофереза.

ВАЗОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ВАЛЬСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Хафизова Л.Ш.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить антигипертензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 37 больных ЭГ I–III степени (ВОЗ/МОГ, 2007 г.) мужского и женского пола. Средний возраст составил 47,68±10,03 лет, средняя длительность заболевания 6,05±4,09 лет. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ($\Delta D\%$) плечевой артерии. Оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования. Степень микроальбуминурии (МАУ), креатинин сыворотки крови определяли ферментативным методом биохимическим анализатором «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD.

Всем больным в качестве антигипертензивной терапии назначался индапамид в дозе 2,5 мг/сут (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) и вальсартан в дозе от 80–160 мг/сут (Нортиван, «Гедеон Рихтер», Венгрия).

Результаты исследования. На фоне трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном по данным офисного измерения АД отмечен хороший антигипертензивный эффект. САД снизилось до 20,64±7,41% (от 157,03±13,51 мм.

рт. ст. до 124,06±8,75 мм.рт. ст., $p = 0,000$). Снижение ДАД составило 18,94±8,02% (от 98,11±7,39 мм. рт. ст. до 79,22±6,97 мм.рт.ст, $p = 0,000$). При этом целевые значения САД и ДАД достигли у 87,1% и 84,6% больных соответственно. Улучшение ЭЗВД свидетельствовало о вазопротекции, $\Delta D\%$ достигло 9,90±4,07% против 7,37±3,99%, однако полного его восстановления не наблюдалось. КИМ сонных артерий уменьшилось до 0,81±0,19 мм против 1,11±1,45 мм, $p = 0,000$. МАУ уменьшилась до 20,62±15,82 мг/л против 24,33±31,11 мг/л на исходе ($p = 0,003$). Креатинин уменьшился до 83,97±10,61 мкмоль/л против 85,12±13,58 мкмоль/л на исходе ($p = 0,011$). СКФ увеличилась до 91,65±23,63 мл/мин/1,73 м² против 80,95±22,49 мл/мин/1,73 м² на исходе ($p = 0,000$), что свидетельствовало о нефропротективной эффективности терапии.

Переносимость терапии оценивалась как хорошая, каких-либо побочных эффектов при приеме препаратов не наблюдалось.

Выводы: В процессе трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном отмечена высокая антигипертензивная эффективность при хорошей переносимости. Комбинированное применение индапамида с вальсартаном способствовало улучшению ЭЗВД, КИМ, снижению МАУ, креатинина, увеличению СКФ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ВАЛЬСАРТАНОМ И ЛЕРКАНИДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хафизова Л.Ш.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить сравнительную гипотензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном (И+В) и индапамида с лерканидипином (И+Л) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 75 больных ЭГ I–III степени мужского и женского пола. Средний возраст составил $45,11 \pm 13,09$ лет. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартному протоколу. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ($\Delta D\%$) плечевой артерии. Степень микроальбуминурии (МАУ), креатинин сыворотки крови определяли ферментативным методом биохимическим анализатором «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания).

Все больные были разделены на 2 группы: I группе назначалась комбинированная терапия индапамида (2,5 мг) с вальсартаном (80–160 мг в сутки), II группе – индапамид (2,5 мг) с лерканидипином (в дозе 5–10 мг в сутки).

Результаты исследования. К концу терапии в I группе степень снижения САД составила

$20,64 \pm 7,41\%$ против $20,78 \pm 5,78\%$ во II группе ($p > 0,05$), ДАД – $18,94 \pm 8,02\%$ против $20,02 \pm 6,67\%$ во II группе ($p > 0,05$). При этом в I группе целевое САД (< 140 мм рт. ст.) было достигнуто у 87,1%, ДАД (< 90 мм рт. ст.) – у 84,6%, САД и ДАД одновременно – у 86,5% больных, а во II группе – у 89,5%, 86,8% и 84,2% больных, соответственно. Не выявлено преимуществ органопротективного влияния исследуемых групп препаратов. Наибольшее снижение степени снижения ИММЛЖ составило в I группе: $16,89 \pm 11,47\%$ против $11,28 \pm 10,00\%$ во II группе ($p > 0,05$). Вазопротективная эффективность терапии выражалась в улучшении ЭЗВД, к концу терапии в I группе достигла $9,90 \pm 4,07\%$, против $11,26 \pm 4,12\%$ во II группе ($p > 0,05$). Восстановление ЭЗВД отмечалось во II группе. МАУ снизилась в I группе до $20,62 \pm 15,82$ мг/л и $16,22 \pm 16,73$ мг/л во II группе.

Выводы: В процессе трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном и индапамидом с лерканидипином отмечена высокая антигипертензивная эффективность обеих режимов комбинированной терапии при хорошей переносимости, способствовало регрессии ГЛЖ, улучшению ЭЗВД, МАУ.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ АТИПИЧНЫХ БОЛЯХ В СЕРДЦЕ

Хаханова М.А.¹, Поварова Т.В.¹, Романова Н.А.², Паршина С.С.²

1 НУЗ Дорожная клиническая больница, Саратов, Россия,

2 ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И.Разумовского, Саратов, Россия

Цель: диагностика острого коронарного синдрома (ОКС) и определение риска сердечнососудистых осложнений при маломанифестной форме заболевания.

Методы исследования: анализ истории болезни пациента с ОКС.

Полученные результаты. Больной Г, 47 лет, поступил в ПИТ кардиологического отделения с жалобами на неопределенные боли в области грудной клетки, левом плечевом суставе, иррадиирующие в нижнюю челюсть, усиливающиеся в положении лежа, общую слабость, потливость, сердцебиение, появившиеся через 2 ч после физической нагрузки, повышены АД до 170/80 мм рт. ст. Из анамнеза установлены редкие эпизоды повышения давления до 150 и 90 мм рт. ст. в течение 3 лет, лечение не получал. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (АГ); спортсмен; не курит. ИМТ 33 кг/м^2 (ожирение I степени). Границы сердца в норме; тоны приглушены; пульс 90 в 1 мин.; АД 120/90 мм рт. ст. Общие анализы крови и мочи – без патологии. Тропонин отрицательный; КФК и МВ

КФК в норме; холестерин (ХЛ) общий 3,8 ммоль/л; триглицериды 2,23 ммоль/л; ХЛ ЛПВП 0,9 ммоль/л; ХЛ ЛПНП 1,9 ммоль/л; индекс атерогенности 3,2. ЭКГ 29.08.14: синусовая тахикардия, ЧСС 97 в 1 мин.; незначительная элевация сегмента ST в I, AVL, V5, V6. ЭКГ 1.09.14: появился симметричный отрицательный зубец T в AVF. ЭКГ 8.09.14: зубец T в AVF изоэлектричный. Допплерэхокардиография: незначительно выраженный атеросклероз аорты. Гипертрофия левого желудочка небольшой степени с нарушением диастолической функции миокарда. Рентгенография органов грудной клетки: патологии нет. Рентгеноскопия желудка: рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы I ст. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: основной ритм – синусовый, средняя ЧСС – 73 удара в 1 мин. Одиночные предсердные экстрасистолы. Ишемические изменения не зарегистрированы. Субмаксимальная ЧСС не достигнута при проведении 3 проб с физической нагрузкой. Мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий (МСКТ

КА): индекс коронарного кальция – 81; тип кровоснабжения миокарда – правый; в устье правой межжелудочковой А бляшка протяженностью (П) 7 мм, степенью стеноза (СС) 40% по диаметру (Д), 22% по площади (ПЛ); в проксимальном сегменте – 2 эксцентрически расположенные бляшки, одна – П 7 мм, СС 50% по Д, 39% по ПЛ, вторая – П 9 мм, СС 45% по Д, 25% по ПЛ; в устье общей А эксцентрическая бляшка П 2 мм, СС 35% по Д, 20% по ПЛ, ниже – кальцинированная эксцентрическая бляшка П 3 мм, СС 40% по Д, 28% по ПЛ; на границе среднего и дистального сегментов правой коронарной А эксцентрическая некальциниро-

ванная бляшка П 5 мм, СС 65% по Д, 48% по ПЛ; зона гипокинезии и нарушения сократимости в верхушечном сегменте.

Выводы: 1. Комбинация неярко выраженных факторов риска (нелеченая АГ с отягощенной наследственностью, ожирение I степени, дислипидемия в виде гипертриглицеридемии) нуждаются в ранней первичной профилактике сердечнососудистых осложнений. 2. При проведении дифференциального диагноза нетипичного болевого синдрома в грудной клетке необходимо использовать современные скрининговые методики, в частности, МСКТ КА.

ОЦЕНКА ПОНИМАНИЯ НЕКОТОРЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

Холмогорова Г.Т.

ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России, Москва

Цель: изучить понимание некоторых наиболее употребительных медицинских терминов больными ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

Материал и метод: Проанкетировано 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГНИЦ ПМ, 15 мужчин и 25 женщин. Средний возраст мужчин – 61,5₋16,55 лет, женщин – 58,7₊10,02 лет, с высшим или средним образованием. Им было предложено раскрыть значение, их собственное понимание 16 медицинских терминов, наиболее часто встречающихся при беседе с врачом и в научно-популярной литературе. Тестировались следующие термины: здоровье; болезнь; стенокардия; холестерин; стресс; профилактика; гиперхолестеринемия; гипертония; диета; инфаркт; атеросклероз; ишемическая болезнь сердца; гиподинамия; тахикардия; факторы риска; кардиореабилитация. Все ответы оценивались нами с помощью оригинальной методики, по 5-ти балльной системе в соответствии с эталоном.

Результат: Выявлен очень низкий уровень понимания предложенных терминов. Средний балл по всем терминам был от 1,7₊1,10 до 3,2₊1,57 у мужчин, и от 1,9₊1,51 до 3,1₊1,08 у женщин. Понимание терминов «здоровье» 2,6₊1,06 М, 2,4₊0,92 Ж и «болезнь» 2,3₊0,96 М, 2,2₊1,00 Ж сводилось, в основном, к физическому и эмоциональному восприятию: «ничего не болит, хорошее состояние, радость, счастье», в противоположность: «плохое самочувствие, болевые синдромы, беда, катастрофа, ужас». Оценки 2,3₊1,49 и 2,4₊1,38 за термин «стенокардия» почти одинаковые у М и Ж. Большинство пациентов понимают это термин только как «болезнь сердца, неправильная работа сердца, перебои в сердце». Термин «холестерин» все практически понимают как «бляшки», «отложения в сосудах», «вредное вещество в крови», оценка 1,7₊1,10 М, 2,0₊1,12 Ж. Термин «стресс» также получил почти одинаковую оценку у М 2,3₊1,03, и у Ж 2,2₊1,07. Большинство понимают его как «нервное напряжение, потрясение, возбужденное состояние», некоторые наоборот «депрессия, безразличие». Немного

лучше понимание термина «профилактика» – «здоровый образ жизни, мероприятия по предупреждению заболевания», однако «наблюдение у врачей-специалистов, лечение». М-2,7₊1,16, Ж 3,0₊1,21. Наибольшие затруднения вызвал термин «гиперхолестеринемия», где большинство респондентов отвечали – «не знаю, много чего-то», средний балл -1,8₊1,66 М, 1,9₊1,51 Ж. Лучшее знание термина «гипертония», 3,2₊1,57 М, 3,1₊1,36 Ж. Термин «диета» правильно понимают мужчины, описывая его как, «образ жизни, упорядоченное питание по рекомендации врачей», 3,8₊1,70. Женщины этот термин чаще понимали как «ограничение пищи, исключение продуктов», 3,1₊1,08. Термин «инфаркт миокарда» расшифровывали только как «болезнь сердца», оценка 2,6₊1,55 М, 2,2₊1,12 Ж. Ключевой термин «атеросклероз» довольно часто расшифровали как «болезнь суставов», но большинство – «плохая память, потеря памяти, паралич». Оценки 1,9₊1,30 М, 2,4₊1,36 Ж. Большие затруднения вызвало понимание термина «ишемическая болезнь сердца», подавляющее большинство отвечало: «не знаю», «болезнь сердца». Оценки 2,3₊1,33 у М и 2,0₊1,31 у Ж. Термин «гиподинамия» часто путают с гипотонией, но «малоподвижный образ жизни» встречается и у М 2,3₊1,87 и у Ж 2,5₊1,92. «Тахикардия» для большинства – «нарушения в работе сердца, замирание сердца», иногда «замедленный ритм сердца». М 2,6₊1,68, Ж 3,0₊1,65. «Факторы риска» многие понимают правильно и перечисляют их, но «тромбы, виды возможных осложнений, жизнь тяжёлая». Оценки одинаковые – 2,5₊1,64 М, 2,5₊1,64 Ж. «Кардиореабилитация» – для одних «восстановление работоспособности сердца, восстановительный процесс, период», но для других «лечение сердца, реанимация больных». Оценки 2,6₊1,73 М, 2,8₊1,70 Ж.

Результат: Большинство кардиологических больных имеет неправильное представление об истинном значении медицинских терминов. Они просто не понимают, или понимают по-своему, что им говорят врачи. Вероятнее всего именно в этом заключается невыполнение или неправильное выполнение назначений вра-

ча, нежелание изменять свой образ жизни. Раз человек не понимает сказанного, то у него не могут выработать-

ся новые убеждения, а, следовательно, и установки на изменение поведения.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хохлова Л.Н., Чегодаева Л.В., Кочеткова Н.В.

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

В последние годы во многих развитых странах наблюдается неуклонный рост числа новых случаев терминальной почечной недостаточности. Констатация стойкого ухудшения функции почек диктует необходимость применения комплекса терапевтических мероприятий, направленных не только на торможение её нарастания, но и на предупреждение осложнений, в том числе сердечно-сосудистых.

Цель: изучение прогностического значения нарушения функции почек как фактора риска сердечно-сосудистой смерти у больных с артериальной гипертензией.

Методы исследования. Нами был проведён анализ результатов лабораторных исследований у 202 больных с артериальной гипертензией. Все больные находились на лечении в отделении терапии № 1 ГБУЗ «Республиканская клиническая больница № 13» г. Саранска. Больные были разделены на 3 группы. Первая группа, 67 больных, с диагнозом: Артериальная гипертензия II ст., высокий риск, ХСН I ст. Вторая группа (69 чел.) с диагнозом: Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск, ХСН II ст., осложнённой ОНМК; третья группа – 66 больных с диагнозом: Артериальная гипертензия III ст., очень высокий риск, ХСН II ст. Сахарный диабет 2 типа, ср.ст. тяжести.

Результаты. Наличие микроальбуминурии было выявлено во всех трёх группах. В первой группе микроальбуминурия наблюдалась у 78% (n = 52) больных.

Во второй группе наличие микроальбуминурии выявлено у 81% (n = 56) пациентов. Наибольшее количество больных с микроальбуминурией зарегистрировали в третьей группе что составило 94% (n = 62). Креатинин, мочевины плазмы крови были повышены только в группе больных с сахарным диабетом. Также во всех трёх группах наблюдалось снижение скорости клубочковой фильтрации менее 90 мл/мин/1,73 м.

Выводы. 1. У большинства обследуемых больных выявлена микроальбуминурия, что является ранним основным признаком почечного поражения и ассоциировано со значительным увеличением вероятности необратимого ухудшения функции почек. 2. Нарушение функции почек отмечается у каждого четвертого пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, однако специфические «почечные» факторы сердечно-сосудистого риска, которые выходят у этих больных на первый план и определяют прогноз, остаются мало известными широкой врачебной аудитории. Таким образом, на сегодняшний день приходится признать о неэффективности не только нефро, но и кардиопротективного лечения у пациентов с нарушенной функцией почек. Очевидно, что преодолеть эти негативные тенденции возможно путем своевременной диагностики болезней почек, раннего назначения патогенетического и нефропротективного лечения, широких и эффективных профилактических мероприятий.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ И АПОЛИПОПРОТЕИНОВ

Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Эшпулатов А.С., Бекметова Ф.М., Шек А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте влияние розувастатина и аторвастатина на уровень липидов и биомаркеров липидного обмена (аполипопротеины) при трёхмесячном лечении у больных нестабильной стенокардией.

Методы исследования: в сравнительное рандомизированное перекрёстное открытое исследование были включены 74 пациента с нестабильной стенокардией в возрасте 35–74 лет, с уровнем ХС ЛПНП > 100 мг/дл. Половине пациентов в случайном порядке назначали лечение аторвастатином в дозе 20 мг/сут, которую через 1 месяц при отсутствии достижения целевого уровня (ХС ЛПНП < 100 мг/дл) увеличивали до 40 мг/

сут; другая половина получала розувастатин 10 мг/сут, с увеличением её до 20 мг/сут, при отсутствии эффекта через 1 месяц. Протокол исследований включал: стационарное лечение (9–10 дней) и этап амбулаторного наблюдения после выписки больного из стационара – 3 месяца. Липидный спектр – общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП) плотности, маркеров атеросклероза аполипопротеины (Апо) А и В, высокочувствительный С-реактивный белок (вчС-РБ) определяли на биохимическом автоанализаторе «Randox» (Великобритания) исходно и после лечения. Базисная терапия включала: антикоагулянты (гепарин

или клексан) в остром периоде (100%), антиагреганты (100%), бета-адреноблокаторы (бисопролол, 100%), при необходимости нитраты (95%) и ингибиторы АПФ (95%).

Результаты. Трёхмесячное лечение аторвастатином в титруемых дозах 20–40 мг/сут (I группа) и розувастатином 10–20 мг/сут (II группа) сопровождалось сопоставимым действием на снижение уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ; целевой уровень ХС ЛПНП < 100 мг/дл был достигнут в 56% и 60% случаев, соответственно. Однако, повышение уровня ХС ЛПВП ($P < 0,05$) при лечении розувастатином обусловило более выраженное снижение коэффициента атерогенности ($P < 0,01$) по сравнению с I группой. Уровень Апо В снизился на

8,9% ($p < 0,05$) в I и на 10,6% ($p < 0,05$) во II группе. Одновременно, лечение розувастатином сопровождалось повышением уровня Апо А на 16% ($P < 0,01$) и более выраженным снижением соотношения Апо В/Апо А – на 25% ($p < 0,001$) по сравнению с аторвастатином. Оба изучаемых препарата в титруемых дозах снизили концентрацию вЧС-РБ ($p < 0,001$) при трёхмесячном применении у больных нестабильной стенокардией.

Выводы. Увеличение концентрации ХС ЛПВП, антиатерогенного Апо А и снижение соотношения Апо В/Апо А при трёхмесячном лечении розувастатином, расширяет возможности его применения в клинической практике, особенно у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ФЛАТЕРОН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хошимов Ш.У., Кан Л.Э., Ахмедова Ш.С., Бекметова Ф.М., Шек А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – изучение гипOLIПИДЕМИЧЕСКОГО эффекта нового отечественного препарата «Флатерон» (сумма из шести индивидуальных флавоноидов) при раздельном и комбинированном применении с симвастатином у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 60 больных стабильной стенокардией напряжения III функционального класса по классификации Канадского общества кардиологов. В первую группу (флатерон) набрано 20 пациентов, из них 10 мужчин (50%) и 10 женщин (50%), средний возраст составил $59,0 \pm 11,2$ лет. Во вторую группу (комбинированное применение флатерона и симвастатина – 10 мг/сут) набрано 20 пациентов, из них 6 мужчин (30%) и 14 женщин (70%), средний возраст составил $60,3 \pm 8,2$ лет. В третью группу (симвастатин – 20 мг/сут) набрано 20 пациентов, из них 6 мужчин (30%) и 14 женщин (70%), средний возраст составил $55,6 \pm 8,4$ лет. Оценивались показатели содержания общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП) плотности на биохимическом автоанализаторе «Randox» (Великобритания) исходно и через 3 месяца лечения.

Полученные результаты. В первой группе исходно ОХС составил $226,0 \pm 42,3$ мг/дл, ТГ $155,6 \pm 55,2$ мг/дл, ХС ЛПВП $48,2 \pm 9,5$ мг/дл, ХС ЛПНП $146,6 \pm 39,0$ мг/дл.

После 3 месяцев приёма флатерона ОХС снизился на $10,4 \pm 46,2$ мг/дл и составил $215,6 \pm 53,3$ мг/дл, ТГ снизились на $23,0 \pm 53,8$ мг/дл и составили $132,6 \pm 56,2$ мг/дл, ХС ЛПНП снизился на $4,1 \pm 39,2$ мг/дл и составил $142,5 \pm 42,4$ мг/дл, однако, данные изменения не носили достоверного характера. Во второй группе ОХС исходно составил $243,4 \pm 38,9$ мг/дл, ТГ $192,6 \pm 52,9$ мг/дл, ХС ЛПВП $47,9 \pm 9,0$ мг/дл, ХС ЛПНП $157,1 \pm 38,4$ мг/дл. Через 3 месяца приёма комбинации симвастатина с флатероном ОХС снизился на $44,5 \pm 42,6$ мг/дл и составил $198,9 \pm 34,3$ мг/дл ($P < 0,001$), ТГ снизились на $65,2 \pm 55,5$ мг/дл и составили $127,4 \pm 34,8$ мг/дл ($P < 0,001$), отмечалась тенденция к повышению уровня ХС ЛПВП с $47,9 \pm 9,0$ до $49,7 \pm 10,6$ мг/дл, чего не отмечалось в 3 группе. ХС ЛПНП снизился на $33,4 \pm 43,0$ мг/дл и составил $123,7 \pm 26,8$ мг/дл ($P < 0,001$). В третьей группе лечение симвастатином сопровождалось достоверным снижением: уровня ОХС ($181,8 \pm 31,0$ мг/дл, $P < 0,001$), ХС ЛПНП ($106,0 \pm 25,3$ мг/дл, $P < 0,001$) и КА ($3,2 \pm 1,0$, $P < 0,01$). Пациенты отмечали хорошую переносимость при приёме флатерона, каких либо диспептических нарушений отмечено не было.

Выводы. Флатерон хорошо переносится и может быть рекомендован в качестве дополнительного средства, позволяющего снизить дозу симвастатина и потенцировать их антиатеросклеротическое действие.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ И АПОЛИПОПРОТЕИНОВ

Хошимов Ш.У., Ахмедова Ш.С., Эшуплатов А.С., Бекметова Ф.М., Шек А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте влияние розувастатина и аторвастатина на уровень липидов и биомаркеров липидного обмена (аполипопротеины) при трёхмесячном лечении у больных нестабильной стенокардией.

Методы исследования: в сравнительное рандомизированное перекрёстное открытое исследование были включены 74 пациента с нестабильной стенокардией в возрасте 35–74 лет, с уровнем ХС ЛПНП > 100 мг/дл. Половине пациентов в случайном порядке назначали лечение аторвастатином в дозе 20 мг/сут, которую через 1 месяц при отсутствии достижения целевого уровня (ХС ЛПНП < 100 мг/дл) увеличивали до 40 мг/сут; другая половина получала розувастатин 10 мг/сут, с увеличением её до 20 мг/сут, при отсутствии эффекта через 1 месяц. Протокол исследований включал: стационарное лечение (9–10 дней) и этап амбулаторного наблюдения после выписки больного из стационара – 3 месяца. Липидный спектр – общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП) плотности, маркеров атеросклероза аполипопротеины (Апо) А и В, высокочувствительный С-реактивный белок (вЧС-РБ) определяли на биохимическом автоанализаторе «Randox» (Великобритания) исходно и после лечения. Базисная терапия включала: антикоагулянты (гепарин или клексан) в остром периоде (100%), антиагреганты

(100%), бета-адреноблокаторы (бисопролол, 100%), при необходимости нитраты (95%) и ингибиторы АПФ (95%).

Результаты. Трёхмесячное лечение аторвастатином в титруемых дозах 20–40 мг/сут (I группа) и розувастатином 10–20 мг/сут (II группа) сопровождалось сопоставимым действием на снижение уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ; целевой уровень ХС ЛПНП < 100 мг/дл был достигнут в 56% и 60% случаев, соответственно. Однако, повышение уровня ХС ЛПВП ($P < 0,05$) при лечении розувастатином обусловило более выраженное снижение коэффициента атерогенности ($P < 0,01$) по сравнению с I группой. Уровень Апо В снизился на 8,9% ($p < 0,05$) в I и на 10,6% ($p < 0,05$) во II группе. Одновременно, лечение розувастатином сопровождалось повышением уровня Апо А на 16% ($P < 0,01$) и более выраженным снижением соотношения Апо В/Апо А – на 25% ($p < 0,001$) по сравнению с аторвастатином. Оба изучаемых препарата в титруемых дозах снизили концентрацию вЧС-РБ ($p < 0,001$) при трёхмесячном применении у больных нестабильной стенокардией.

Выводы. Увеличение концентрации ХС ЛПВП, антиатерогенного Апо А и снижение соотношения Апо В/Апо А при трёхмесячном лечении розувастатином, расширяет возможности его применения в клинической практике, особенно у больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ЛИПИДЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Хурсанов Н.М., Саидмуродова Ф.Л., Ахунова Х.Н.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить влияние мелаксена – экзогенного мелатонина на уровень липидов крови у больных изолированной систолической артериальной гипертонией (ИСАГ) пожилого возраста.

Методы исследования. Обследованы 28 больных ИСАГ в возрасте от 60 до 74 лет, среди них женщин – 16, мужчин – 12. 11 больных имели I тип, 17 – II тип ИСАГ. По клиническому течению у 14 пациентов наблюдалась лабильная и у 14 – стабильная формы (классификация А.З.Цфасман и др.). Больные были разделены на основную (n-15) и группу сравнения (n-13). Все пациенты после включения в исследование продолжали ранее получаемую терапию. В основной группе, на фоне получаемых гипотензивных препаратов, больным назначался мелаксен в дозе 3 мг 1 раз в сутки (в 21 часов). До начала и после 8-недельного курса лечения пациентам проводилось общеклиническое обследование. Состояние липидов крови изучалось биохимическим анализатором CardioChek производства компании Polymer Technology System (США). Определяли следующие показатели: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой (ХС ЛПВП) и холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП, триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА).

Полученные результаты. В основной группе к концу курса лечения у больных отмечалась положительная динамика со стороны показателей липидного состава крови. Уровень ОХС снизился на 13,6%. ХС ЛПНП на 13%, ТГ на 23%, ИА на 21,9%. Содержание ХС ЛПВП повысился на 4,4%. В контрольной группе пациентов по истечении 8 недель существенной динамики со стороны показателей липидного спектра не отмечено. ОХС до лечения – 5,25 ммоль/л, после лечения – 5,27 ммоль/л; ХС ЛПНП соответственно 3,28 и 3,29 ммоль/л; ХС ЛПВП 1,24 и 1,23 ммоль/л; ТГ 1,24 и 1,22 ммоль/л. Аналогичная ситуация просматривалась и со стороны ИА, который повысился с 3,26 до 3,28.

Вывод. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что при назначении мелаксена в среднетерапевтической дозе больным ИСАГ пожилого возраста отмечается хороший гипохолестеринемический эффект. Учитывая то, что с возрастом возрастает атерогенная направленность липидов крови, данный эффект препарата может иметь важное прогностическое значение у данной категории больных.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хусаинова Л.Н., Муталова Э.Г., Садилова Р.И., Мустафина О.А., Мингазетдинова Л.Н.

Башкирский Государственный Медицинский Университет, Институт биологии и генетика РАН, г. Уфа, Россия.

Велика роль факторов риска и генетической мутации у пациентов высокого риска инфаркта миокарда (ИМ). (Mazzilli et al., 2012).

Цель: оценить ассоциации генов-кандидатов с медиаторами воспаления и показателями гемостаза в клинико-патогенетических механизмах дисфункции эндотелия.

Материал и методы. В исследование включено 660 мужчин ИМ. Группу сравнения представили 600 практических здоровых лиц. В стационаре проводилось стандартное общеклиническое обследование с включением активности кардиоспецифических ферментов. Определяли иммунноферменты MCP-1, VEGF как триггеры эндотелиальной дисфункции, молекулы адгезии VCAM, ICAM, p-селектин, провоспалительные цитокины TNF- α , IL-1 β , ассоциации полиморфных генов: молекулы адгезии (селектин, L, E, P; иммуноглобулины ICAM, VCAM, PECAM), хемокин CCL2 (MCP-1), фактор роста (VEGFA) и ферменты (NOS3, DDAN1).

Результаты: у 60,9% больных отмечена артериальная гипертония, по ЭКГ у 26,8% определен трансмуральный ИМ. У всех больных имелось снижение ФВ (43,6 \pm 0,89%). Клеточно-цитокиновый комплекс лимфоцитов периферической крови показал значимое повышение уровня TNF- α ($p = 0,001$), выявлена высокая корреляционная связь с уровнем КФК-МВ ($r = 0,48; p = 0,01$) и болевым синдромом ($r = 0,32; p = 0,048$). Отмечено значимое повышение VCAM-1 (948,1 \pm 46,344 г/мм, при контроле 748,33 \pm 65,12 мг/мм, $p = 0,042$); VEGF в 4,4 раза как маркера гиперкоагуляции и ангиогенеза, снижение уровня MCP

+ на 40,8% как показателя снижения реакции нейтрофилов и Т-клеточного звена иммунитета при ишемии миокарда. Результаты анализа распределений частот генотипов и аллелей по полиморфизмам в группе сравнения и больных ИМ с АГ установлено значимое снижение частоты генотипа PECAM1*V/V (50,34% и 39,89 \pm 3,62%, $p = 0,029$) и значимое повышение аллеля *L (27,4 \pm 1,85% и 34,7 \pm 2,49; $p = 0,020$), снижение частоты генотипа VEGFA *D/*D (30,64 \pm 2,43% и 20,1 \pm 2,88%, $p = 0,009$). У больных ИМ без АГ по сравнению с контролем статистически значимо увеличена частота генотипа SELE*C/*C (39,35% и 29,23%, $p = 0,03$), CCL2*G/*G (MCP-1) до 15,08% (при контроле 6,05%, $p = 0,004$) и аллеля *G (35,32% против 25,965, $p = 0,002$). Частота VEGFA *D/*D также чаще встречалась у больных ИМ с наличием АГ генотипы PECAM1 *V/*V, VEGFA *D/*D и аллель *V становятся протективными маркерами риска развития острого инфаркта миокарда, а без АГ статистически значимо увеличена частота генотипа PECAM1*V/*V до 48,55% (против 37,07%, $p = 0,038$). SELE*T/*T (28,35% и 15,82% соответственно, $p = 0,003$) и аллель *T (47,64% и 36,86%, $p = 0,003$), частота генотипа VEGF*D/D, где носители генотипов SELE*T/*T, CCL2*G/*G и аллелей *T и *G имеют повышенный риск развития ИМ даже без АГ.

Выводы: У больных ИМ в сочетании с АГ и без АГ чаще встречаются генотипы, ассоциированные с иммунным воспалением, эндотелиальной дисфункцией, адгезией тромбоцитов.

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Хушвактова З.О.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Эндоотелин-1 (ЕТ-1), выделяется активированными эндотелиальными клетками, его содержание увеличивается в сыворотке крови через 3–4 часа после начала острого инфаркта миокарда (ИМ), достигая пика в течение 24 часов и остается повышенным в течение 48 часов. Сохраняющийся высокий уровень ЕТ-1 в дальнейшем говорит о неблагоприятном сердечно-сосудистом прогнозе.

Цель: Проанализировать динамические изменения содержания ЕТ-1 у пациентов, перенесших ИМ.

Материал и методы: В исследование было включено 37 пациентов, в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст 60,8 \pm 8,7), перенесших ИМ, из них 25 мужчин, 12 женщин. Диагноз ИМ был верифицирован согласно общепринятым критериям. Всем пациентам было вы-

полнено стандартное обследование, в т. ч. диагностическая коронароангиография (КАГ). На 14-е сутки ИМ, через 3 месяца и 1 год определяли содержание ЕТ-1 в сыворотке крови. Статистические данные представлены в виде медианы (Ме) и интерквартильного размаха [25%; 75%].

Результаты: Содержание ЕТ-1 составило: на 14 сутки ИМ – 0,43 [0,27; 1,26] фмоль/мл, через 3 месяца – 0,94 [0,51; 2,86] фмоль/мл, через 1 год – 1,18 [0,77; 1,18] фмоль/мл, что превышало референсные значения на всех сроках наблюдения. Отмечается значимое увеличение содержания ЕТ-1 при сравнении на 14 сутки vs 3 месяца ($p = 0,03$) и 14 сутки vs 1 год ($p = 0,04$). Известно, что ЕТ-1 является маркером эндотелиальной дисфункции, которая усугубляется при

наличии атеросклеротического поражения коронарных артерий, в связи с чем, нами был проанализирован уровень ЕТ-1 у больных с однососудистым (49%) и многососудистым (51%) поражением коронарных артерий. Содержание ЕТ-1 при однососудистом поражении составило: на 14 сутки ИМ – 0,33 [0,26;0,42] фмоль/мл, через 3 месяца – 0,58 [0,43;1,02] фмоль/мл, через 1 год – 1,14 [0,77;1,85] фмоль/мл. Содержание ЕТ-1 при многососудистом поражении составило: на 14 сутки ИМ – 1,25 [0,76;2,52] фмоль/мл, через 3 месяца – 1,22 [0,56;3,48] фмоль/мл, через 1 год – 1,18 [0,76;2,55] фмоль/мл. Выявлено значимое различие содержания ЕТ-1 в группе пациентов с многососудистым пораже-

нием при сравнении с однососудистым на 14 сутки ИМ ($p = 0,02$), в дальнейшем показатели ЕТ-1 сравнимы по значению в обеих группах, что возможно связано с большой частотой рестенозов в группе с однососудистым поражением коронарных артерий (56%) по сравнению с многососудистым (26%).

Выводы: Содержание ЕТ-1 у пациентов, перенесших ИМ через 3 месяца и 1 год увеличивается по сравнению с ее содержанием на 14 сутки ИМ. Содержание ЕТ-1 у пациентов с ИМ на 14 сутки заболевания выше в случае многососудистого поражения коронарных артерий, что скорее всего связано с более выраженной эндотелиальной дисфункцией в данной группе.

КОЛЕБАНИЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Царева Ю.О., Шварц Ю.Г.

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

Цель исследования. Изучить колебания секреции тиреотропина (ТТГ), свободного трийодтиронина (ТЗсв) в течение дня у пациентов ишемической болезнью сердца, артериальной гипертонией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при наличии фибрилляции предсердий и без нее.

Материалы и методы. В исследование включено 80 госпитализированных пациентов с ИБС и АГ, ХСН 1–3 ФК. У 50 пациентов фибрилляция предсердий, 30 – без нарушений ритма. Средний возраст 63,8 лет. Проводилось лабораторное определение уровня ТТГ, ТЗсв и кортизола сыворотки крови, взятой дважды в сутки (в 8.00 и 18.00). Перед забором крови, также утром и вечером измеряли уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоту сердечных сокращений (ЧСС). Для оценки степени колебаний уровня гормонов и гемодинамических показателей в течение дня определяли разницу между утренними и вечерними значениями и выражали ее в % от утреннего измерения.

Результаты. Обнаружено, что у всех исследуемых пациентов секреция ТТГ имеет определенный ритм и имеет более высокие значения утром и низкие вечером, при этом не выходящие за пределы нормы. В группе пациентов с ФП диапазон колебаний ТТГ в течение дня значимо меньше, чем в группе без нарушения ритма ($p < 0,1$). Для трийодтиронина подобных закономерных колебаний не получено. Напротив, отмечена тенденция к инверсии ритма секреции ТЗсв. с более высокими значениями вечером у всех пациентов. Что

касается колебаний гемодинамических показателей, то различия между группами были статистически незначимыми. Отмечалась тенденция к несущественному повышению вечернего САД в группе пациентов с аритмией. Колебания диастолического АД были несколько шире у пациентов без нарушения ритма.

Также выявлено, что чем меньше длительность заболевания гипертонией у пациентов (менее 5 лет), тем у них наблюдается значимо более узкий интервал колебаний ТТГ ($p = 0,02$), и ТЗсв. ($p = 0,04$). Кроме того, у пациентов с низкими ФК ХСН (I–II), обнаружен более узкий диапазон колебаний ТТГ в сравнении с пациентами с III ФК недостаточности кровообращения, при этом данные изменения не зависели от наличия фибрилляции предсердий.

Выводы. При нормальных исходных уровнях тиреоидных гормонов выявлены определенные особенности их циркадных ритмов у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Отмечена связь колебаний ТТГ и ТЗсв. с длительностью заболевания гипертонией, функциональным классом ХСН, кроме того, диапазон колебаний ТТГ и ТЗсв. достоверно связан с наличием у пациентов ФП.

Возможно, связь изменений колебаний ТТГ и ТЗсв. с наличием ФП, АГ и ХСН обусловлена тем, что именно при этих патологических состояниях нейро-эндокринные механизмы имеют наиболее важное значение. Дальнейшие исследования помогут оценить возможную роль данных изменений в прогнозировании повторных срывов ритма у подобных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чегодаева Л.В., Хохлова Л.Н., Куркина Н.В.

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

Поражение почек при артериальной гипертензии (АГ) рассматривается в ряду типичных вариантов поражения органов мишеней – таких, как сердце, сосуды и мозг.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей поражения почек у пациентов с различной степенью артериальной гипертензии с наличием и отсутствием метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 78 больных с артериальной гипертензией I–III степени в возрасте 46–70 лет, 35 женщин и 43 мужчины. Пациенты были разделены на две группы: А – с отсутствием (n – 36) и Б – с наличием (n – 42) метаболического синдрома.

Обследование включало суточное мониторирование артериального давления, анализ мочи на микроальбуминурию, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) почек по формуле Кокрофта-Голта.

Полученные результаты. У большинства больных с метаболическим синдромом отмечены нарушения функции почек. Так, у 26% больных с I степенью АГ обнаружены изменения скорости клубочковой фильтрации, причем у 4% отмечалась гиперфильтрация и у 22% – снижение СКФ. У 38% пациентов со II степенью АГ отмечалось изменение СКФ (из них у 8% – гиперфильтрация и у 30% – снижение СКФ). У 62% больных с III степенью АГ отмечалось снижение скорости клубочковой фильтрации и у 12% – гиперфильтрация.

У пациентов с АГ без метаболического синдрома изменения функции почек были выявлены в меньшем числе случаев: соответственно; у 12% больных с I степенью АГ отмечалось снижение СКФ, у 22% больных со II степенью АГ отмечалось изменение СКФ, из них у 4% – гиперфильтрация и у 18% – снижение СКФ. И, наконец, у 38% больных с III степенью АГ отмечалось снижение СКФ и у 6% больных – гиперфильтрация. Микроальбуминурия была выявлена у 18% больных с I степенью АГ без метаболического синдрома и у 38% больных с МС; у 26% больных со II степенью АГ без МС и у 78% больных с МС; у 82% больных с III степенью АГ без МС и у всех пациентов с МС.

В результате исследования выявлено наличие гиперфильтрации у большего количества больных с МС, по сравнению с больными без МС, соответственно у 24% больных с МС и у 10% больных без МС.

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией с наличием метаболического синдрома отмечаются более ранние изменения в почках, начиная с первой стадии заболевания, выражающиеся наличием микроальбуминурии и снижением скорости клубочковой фильтрации, по сравнению с больными артериальной гипертензией без метаболических нарушений. Таким образом, больные с МС особенно склонны к развитию гипертонического нефроангиосклероза и нуждаются в хорошей нефропротекции.

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И АНТИРЕМОДЕЛИРУЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ЛЕРКАНИДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Шакирова Н.Ш.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить антигипертензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии индапамида с лерканидипином у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 38 больных ЭГ I–III степени (ВОЗ/МОГ, 2007 г.) мужского и женского пола. Средний возраст составил 51,13±11,27 лет, средняя длительность заболевания 7,09±5,15 лет. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ($\Delta D\%$) плечевой артерии. Оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий методом дуплексного сканирования. Степень микроальбуминурии (МАУ), креатинин сыворотки крови определяли ферментативным методом биохимическим анализатором «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле MDRD.

Всем больным в качестве антигипертензивной терапии назначался индапамид в дозе 2,5 мг/сут (Индап, Pro.Med.CS, Чешская Республика) и лерканидипин

в дозе от 5–10 мг/сут (Леркамен, «Berlin Chemie Menarini Group»).

Результаты исследования. На фоне трехмесячной комбинированной терапии индапамида с вальсартаном по данным офисного измерения АД отмечен хороший антигипертензивный эффект. САД снизилось до 20,78±5,78% (от 159,08±10,65 мм.рт. ст. до 125,66±7,90 мм.рт. ст., p = 0,013). Снижение ДАД составило 20,31±5,97% (от 100,16±3,84 мм.рт. ст. до 79,74±5,69 мм.рт.ст, p = 0,024). При этом целевые значения САД и ДАД достигли у 89,5% и 86,8% больных соответственно. Улучшение ЭЗВД свидетельствовало о вазопротекции, $\Delta D\%$ достигло 11,26±4,12%, против 7,71±3,28% до полного его восстановления. КИМ сонных артерий уменьшилось до 0,98±0,24 мм против 1,01±0,275 мм, p = 0,021. МАУ уменьшилась до 19,27±24,63 мг/л против 30,21±32,54 мг/л на исходе (p = 0,039).

Переносимость терапии оценивалась как хорошая, каких-либо побочных эффектов при приеме препаратов не наблюдалось.

Выводы: В процессе трехмесячной комбинированной терапии индапамида с лерканидипином отмечена

высокая антигипертензивная эффективность при хорошей переносимости. Комбинированное применение

индапамида с лерканидипином способствовало улучшению ЭЗВД, КИМ, снижению МАУ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДА С ЛЕРКАНИДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шакирова Н.Ш.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить сравнительную гипотензивную и органопротективную эффективность трехмесячной комбинированной терапии индапамида с лерканидипином (И+Л) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 38 больных ЭГ I–III степени мужского и женского пола. Средний возраст составил $51,13 \pm 11,27$ лет. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартному протоколу. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали с помощью теста с реактивной гиперемией по приросту диаметра ($\Delta D\%$) плечевой артерии. Степень микроальбуминурии (МАУ), креатинин сыворотки крови определяли ферментативным методом биохимическим анализатором «Daytona TM» фирмы «Rendox» (Великобритания).

Всем больным в качестве антигипертензивной терапии назначался индапамид в дозе 2,5 мг/сут (Индап, Про.

Med.CS, Чешская Республика) и лерканидипин в дозе от 5–10 мг/сут (Леркамен, «BerlinChemieMenariniGroup»).

Результаты исследования. К концу терапии САД снизилось до $20,78 \pm 5,78\%$ (от $159,08 \pm 10,65$ мм.рт.ст. до $125,66 \pm 7,90$ мм.рт.ст., $p = 0,013$). Снижение ДАД составило $20,31 \pm 5,97\%$ (от $100,16 \pm 3,84$ мм.рт.ст. до $79,74 \pm 5,69$ мм.рт.ст., $p = 0,024$). При этом целевые значения САД и ДАД достигли у 89,5% и 86,8% больных соответственно. Снижение степени снижения ИММ-ЛЖ составило $12,04 \pm 9,37$ ($p = 0,008$). Вазопротективная эффективность терапии выражалась в улучшении ЭЗВД, к концу терапии $11,26 \pm 4,12\%$, против $7,71 \pm 3,28\%$ ($p > 0,041$). МАУ уменьшилась до $19,27 \pm 24,63$ мг/л против $30,21 \pm 32,54$ мг/л на исходе ($p = 0,039$).

Выводы: В процессе трехмесячной комбинированной терапии индапамида с лерканидипином отмечена высокая антигипертензивная эффективность комбинированной терапии при хорошей переносимости, способствовало регрессии ГЛЖ, улучшению ЭЗВД, МАУ.

ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ВСЕМИРНОМУ ДНЮ СЕРДЦА (29 СЕНТЯБРЯ 2014 Г.), КАК ЧАСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Шалягин Ю.Д., Иванова Е.С., Афанасьева Е.А.

Филиал по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», Москва, Россия

Сегодня очевидно, что снижение высокой смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни в России возможны прежде всего за счет профилактики и контроля основных неинфекционных заболеваний. Популяционная стратегия профилактики, цель которой – оздоровление образа жизни всего населения, играет первостепенную роль в профилактике неинфекционных заболеваний. Одной из форм пропаганды среди населения мер профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни являются акции – проведение широкого круга мероприятий, посвященных Всемирным и Международным Дням по охране здоровья и борьбе с заболеваниями, установленным Всемирной организацией здравоохранения и другими общественными и профессиональными медицинскими организациями с целью привлечения внимания правительств и других административных структур, некоммерческих организаций, средств массовой информации и населения к актуальным пробле-

мам охраны здоровья. При этом к участию в борьбе за снижение заболеваемости, за формирование, сохранение и укрепление здоровья, наряду с медицинскими работниками, привлекаются и другие заинтересованные ведомства. По решению Всемирной федерации сердца (WorldHeartFederation) ежегодно 29 сентября отмечается Всемирный День сердца. Основная областная акция, которая проводилась для населения и медицинских работников Филиалом по медицинской профилактике ГАУЗМО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», выполняющим функции Московского областного центра медицинской профилактики, в городе Дубна, включала обследование взрослого и детского населения на наличие факторов риска неинфекционных заболеваний специалистами Центров здоровья для взрослых и для детей, проведение других врачебных консультаций и исследований (экспресс-диагностика уровня глюкозы в крови, денситометрия, измерения артериального давления), а также науч-

но-практическую конференцию для медицинских работников. В акции приняли участие более 500 человек.

Всего в проведении мероприятий, посвященных Всемирному дню сердца, в Московской области приняли участие 35 муниципальных образований. Для врачей и среднего медицинского персонала проведено 98 конференций, 51 семинар, 28 совещаний. Всего в данных мероприятиях приняли участие 6939 человек. Информация в СМИ: на радио – 20 эфиров, телевидении – 27 передач, в прессе – 43 публикации. В мероприятиях для населения приняли участие 39637 человек.

Распространено 10237 санитарно-просветительских материалов. Всемирная федерация сердца ежегодно проводит мониторинг мероприятий, посвященных Всемирному дню сердца, которые проводятся во всем мире, публикуя отчеты о них на своем сайте в сети Интернет. Отчет о проведении Всемирного дня сердца в Московской области опубликован на сайте федерации по адресу: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/world-heart-day/reports/countries/country/russian-federation/>.

КОЭФФИЦИЕНТ ДИСПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – СУЩЕСТВЕННЫЙ ПРЕДИКТОР ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р.

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

Цель: изучить взаимосвязи коэффициента диспропорциональности (КД) массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) с показателями физикального, инструментального исследования, биохимического исследования крови у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Обследована группа из 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 (ВНАД) 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 анкетирование, антропометрию (окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бёдер (ОБ), индекс массы тела (ИМТ)), измерение АД, определение числа сердечных сокращений (ЧСС), биохимическое исследование крови (содержание глюкозы, общего холестерина, триглицеридов, креатинина), электрокардиографию и эхокардиографию. Клиренс креатинина определяли по формуле Кокрофта–Гаулта. Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле [R.V.Devereux, N.Reichek, 1977], должную ММЛЖ – по формуле [Simone G. et al., 1998]. По отношению фактической ММЛЖ к должной рассчитывали КД. Гипертрофию левого желудочка оценивали по признаку Соколова–Лайона и индексу ММЛЖ > 110 г/м². Индивидуальные степени риска развития осложнений АГ в ближайшие 10 лет у пациенток с ВНАД и АГ

оценивали в соответствии с рекомендациями ВНОК (2010). Корреляционные связи по Спирмену и модель множественной линейной регрессии (МЛР) считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Обнаружены значимые ($p < 0,05$) корреляционные связи КД ММЛЖ с возрастом ($r = 0,21$; $p < 0,05$), ОТ ($r = 0,39$; $p < 0,001$), ОТ/ОБ ($r = 0,39$; $p < 0,001$), ИМТ ($r = 0,34$; $p < 0,001$), ЧСС ($r = -0,20$; $p < 0,05$), содержанием триглицеридов ($r = 0,40$; $p < 0,05$), клиренсом креатинина ($r = 0,26$; $p < 0,05$), суммарным количеством поражений органов-мишеней ($r = 0,48$; $p < 0,001$), степенью риска ($r = 0,24$; $p < 0,05$).

Оценка вклада КД ММЛЖ и некоторых показателей (возраст, ОТ, ОТ/ОБ, ИМТ, уровень АД) в вариабельность степени риска развития осложнений АГ была изучена методом МЛР. Получено уравнение с высокосignificantным ($p < 0,001$) коэффициентом детерминации $R^2 = 63,2\%$, в котором КД ММЛЖ оказался существенным ($p < 0,001$) предиктором повышения степени риска. При последующем пошаговом отборе наиболее значимых ($p < 0,05$) признаков получено уравнение ($R^2 = 63,2\%$, $p < 0,001$), в котором КД ММЛЖ ($b = 0,01$; $p < 0,001$) оказался на 2-м месте [после диастолического АД ($b = 0,04$; $p < 0,01$)] среди изученных факторов, влияющих на повышение степени риска развития осложнений АГ в ближайшие 10 лет.

Вывод. Коэффициент диспропорциональности массы миокарда левого желудочка – существенный предиктор повышения степени риска развития осложнений артериальной гипертензии в ближайшие 10 лет у женщин репродуктивного возраста.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Шарафетдинов Х.Х.^{1,2}, Юдочкин А.В.¹, Плотникова О.А.¹, Алексеева Р.И.¹,
Пилипенко В.В.¹, Сенцова Т.Б.¹, Ворожко И.В.¹

1 ФГБНУ «НИИ питания»,

2 ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) с основными компонентами метаболического синдрома (МС) у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: в исследование включено 111 женщин репродуктивного возраста (средний возраст 27,9±0,7 года). Согласно критериям диагностики МС (ВНОК, 2009), все обследованные были разделены на две однотипные по возрасту группы: основную группу – женщины с МС (n = 52, средний возраст по группе 28,5±1,1 лет), группу сравнения – женщины репродуктивного возраста без МС (n = 59, средний возраст по группе 27,5±0,8 лет). Всем обследованным проводилось антропометрическое исследование с измерением роста, определением массы тела, индекса массы тела (ИМТ) кг/м², окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), соотношения ОТ/ОБ, количества жировой массы (кг) и процента жировой массы тела. Исследование биохимических показателей в сыворотке крови включало определение содержания общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП), триглицеридов (ТГ), мочевой кислоты. Оценка состояния углеводного обмена и чувствительности тканей к инсулину проводилась с помощью орального глюкозотолерантного теста. Инсулинорезистентность (ИР) рассчитывалась с использованием индекса НОМА-IR. Содержание инсулина, С-пептида, лептина и глобулина связывающего половые гормоны (ГССПГ)

определялось с использованием стандартных наборов. Уровень hsCRP определяли с помощью латексной иммунотурбиметрии.

Результаты: проведенный корреляционный анализ выявил наличие достоверной положительной взаимосвязи между уровнем hsCRP в сыворотке крови и исследуемыми антропометрическими показателями: массой тела, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ ($r = 0,755$, $r = 0,766$, $r = 0,772$, $r = 0,708$, $r = 0,563$, соответственно, $p < 0,001$), а также содержанием жира в кг и % ($r = 0,787$, $r = 0,791$ соответственно, $p < 0,001$). Результаты исследования показали наличие положительной взаимосвязи между уровнем hsCRP в сыворотке крови и уровнем ТГ, мочевой кислоты, глюкозы после нагрузки, инсулина натощак, С-пептида натощак и после нагрузки, лептина, индексом НОМА-IR, ($r = 0,539$, $r = 0,657$, $r = 0,473$, $r = 0,639$, $r = 0,375$, $r = 0,542$, $r = 0,436$, $r = 0,628$, соответственно, $p < 0,001$); а также отрицательную корреляционную связь между hsCRP и ХС ЛПВП ($r = -0,414$ соответственно, $p < 0,001$). Не выявлено достоверной взаимосвязи между hsCRP и уровнем общего ХС и ХС ЛПНП, глюкозой крови натощак, уровнем инсулина после нагрузки.

Заключение: полученные результаты могут быть основанием для использования уровня высокочувствительного СРБ для формирования групп риска в популяции женщин репродуктивного возраста с целью разработки персонализированных подходов к лечению и профилактики МС и сердечно-сосудистых заболеваний.

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АНДРОГЕНАМИ У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКОМ

Шарвадзе Г.Г., Мамедов М.Н.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. г. Москва. Россия

Цель исследования. Оценка влияния заместительной гормональной терапии (ЗГТ) андрогенами на основные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с гипогонадизмом (ГПГ) и высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материалы и методы. В исследование были включены 40 мужчин в возрасте 30–59 лет с ГПГ и высоким ССР по шкале SCORE (5% и более). Пациенты были распределены на 2 группы: основная группа (ОГ) получала тестостерон по стандартной схеме. Продолжи-

тельность исследования составила 30 недель. До и после исследования у всех мужчин была проведена оценка эректильной функции и динамика общего (ОТС) и свободного тестостерона (СВТС) в крови. Наряду с этим оценены изменения АД, окружности талии, показателей липидного спектра и глюкозы, а также уровня суммарного ССР.

Результаты. ЗГТ у мужчин с ГПГ и высоким ССР у всех пациентов в ОГ привела к увеличению концентрации ОТС на 30% и СВТС на 57%, что сочеталось

с достоверным улучшением эректильной функции на 12%. На фоне ЗГТ уровень АД снизился на 10%, тогда как в контрольной группе этот показатель практически не изменился. В обеих группах на протяжении 30 недель средние показатели уровня ХС ЛВП и глюкозы не подверглись существенному изменению. Курсовая терапия тестостероном привела к достоверному снижению уровня общего ХС на 11%, ХС ЛНП на 12%, уровень триглицеридов снизился на 22% ($p < 0,01$), в контрольной группе изменения отсутствовали. Известно, что объем талии (ОТ) является важным индикатором абдоминального ожирения (АО), терапия с приме-

нием тестостерона привела к снижению ОТ в среднем на 1,7 см. В целом, ГЗТ уменьшила риск суммарного ССР на 30%, что достоверно значимо по сравнению, как с исходными показателями, так и с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, курсовая ЗГТ с применением препаратов тестостерона у мужчин с ГПП, ФР ССЗ и высоким ССР, приводит к нормализации уровня тестостерона, улучшению эректильной функции и позитивно влияет на основные ФР ССЗ и уровень суммарного ССР.

ДИНАМИКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И АГ НА ФОНЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У МУЖЧИН С ГИПОГОНАДИЗМОМ И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКОМ.

Шарвадзе Г.Г., Мамедов М.Н.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. г. Москва. Россия

Цель исследования. Оценка влияния заместительной гормональной терапии (ЗГТ) андрогенами на основные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин с гипогонадизмом (ГПП) и высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Материалы и методы. В исследование были включены 40 мужчин в возрасте 30–59 лет с ГПП и высоким ССР по шкале SCORE (5% и более). Пациенты были распределены на 2 группы: основная группа (ОГ) получала тестостерон по стандартной схеме. Продолжительность исследования составила 30 недель. До и после исследования у всех мужчин была проведена оценка эректильной функции и динамика общего (ОТС) и свободного тестостерона (СВТС) в крови. Наряду с этим оценены изменения АД, окружности талии, показателей липидного спектра и глюкозы, а также уровня суммарного ССР.

Результаты. ЗГТ у мужчин с ГПП и высоким ССР у всех пациентов в ОГ привела к увеличению концентрации ОТС на 30% и СВТС на 57%, что сочеталось с достоверным улучшением эректильной функции на 12%. На фоне ЗГТ уровень АД снизился на 10%, тогда

как в контрольной группе этот показатель практически не изменился. В обеих группах на протяжении 30 недель средние показатели уровня ХС ЛВП и глюкозы не подверглись существенному изменению. Курсовая терапия тестостероном привела к достоверному снижению уровня общего ХС на 11%, ХС ЛНП на 12%, уровень триглицеридов снизился на 22% ($p < 0,01$), в контрольной группе изменения отсутствовали. Известно, что объем талии (ОТ) является важным индикатором абдоминального ожирения (АО), терапия с применением тестостерона привела к снижению ОТ в среднем на 1,7 см. В целом, ГЗТ уменьшила риск суммарного ССР на 30%, что достоверно значимо по сравнению, как с исходными показателями, так и с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, курсовая ЗГТ с применением препаратов тестостерона у мужчин с ГПП, ФР ССЗ и высоким ССР, приводит к нормализации уровня тестостерона, улучшению эректильной функции и позитивно влияет на основные ФР ССЗ и уровень суммарного ССР.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СИСТОЛА ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Шарифова Н.Д., Хурсанов Н.М.

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель. Изучить показатели величины длительности и дисперсии интервала QT у больных хронической сердечной недостаточностью с коморбидной депрессией.

Материал и методы исследования. Обследовано 22 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–III функциональных классов (ФК) по классификации ХСН РОССН (2002), с ишемической

болезнью сердца и гипертонической болезнью в возрасте 60 до 74 лет (средний возраст 67,5–1,8 лет). Длительность заболевания 8,2±1,5 года. Среди них женщин было 11, мужчин-19. Контрольную группу составили 20 пациентов с ХСН без аффективных расстройств. Достоверных различий по возрасту между группами не было. Психологический статус больным определяли

шкалой депрессии Бека (BDI). Критериями включения в исследование были: возраст >60 лет, ХСН I–III ФК, Сумма баллов по шкале BDI>19. В исследование не включены: больные с нарушениями ритма и проводимости сердца, пороки сердца, декомпенсированный сахарный диабет. Для измерения длительности интервала Q-T регистрировали ЭКГ в покое, синхронно в 12 общепринятых отведениях при скорости записи 50 мм/с. В каждом возможном отведении (но не менее 9) максимальную (Q-Tmax) и минимальную (Q-Tmin) длительность интервала Q-T и предшествующий им интервал R-R измеряли в 3 последовательных циклах с расчётом средних значений показателя. Коррекцию интервалов Q-T с учётом ЧСС проводили с использованием формулы H.Bazzet ($Q-T_c = Q-T/\sqrt{R-R}$). Корректированная дисперсия интервала Q-T (dQTc) определялась как разница между максимальным и минимальным среди отведений Q-T.

Полученные результаты. При изучении электрокардиографических параметров реполяризации

(QTc,dQTc) у больных ХСН с коморбидными депрессивными расстройствами в отличие от контрольной группы были получены статистически значимые различия данных показателей. Анализируя параметры скорректированного интервала QT (QTc), нами было выявлено увеличение данного значения в среднем на 73 мс в группе больных ХСН с коморбидными депрессивными расстройствами $601,4 \pm 6,0$ против $528,4 \pm 13,7$ мс ($p < 0,001$). Дисперсия скорректированного интервала QT (dQTc) также была достоверно выше в группе больных ХСН с аффективными расстройствами, и составили $70,8 \pm 0,7$ мс против $64,3 \pm 0,6$ мс ($p < 0,001$). Увеличенная dQTc, у больных ХСН I–III ФК является маркером электрической нестабильности миокарда, которая ассоциирована с коморбидными депрессивными расстройствами.

Выводы: У больных ХСН с коморбидной депрессией наблюдалось удлинение интервалов QTc и dQTc, что свидетельствует об ухудшении процессов реполяризации желудочков.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩЕГО АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ ЛЕРКАМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Шарова В.Г., Шатунов А.А., Андреева Н.С., Замяткина О.В., Кожаса А.П.,
Веденьева В.В., Рябченко С.В.*

КГМУ, Курск, Россия

Цель: изучить влияние леркамена и амлодипина на частоту возникновения нежелательных явлений (НЯ) при длительной монотерапии больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого возраста в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Методы исследования: В исследование было включено 36 больных (20 мужчин и 16 женщин) в возрасте 60–75 лет (средний возраст составляет $66,4 \pm 2,1$). Средняя длительность АГ составила $15,6 \pm 2,8$ и СД – $10,4 \pm 1,9$ лет. Систолическое артериальное давление (САД) колебалось от 150 до 180 мм рт. ст., диастолическое (ДАД) – от 90 до 110 мм рт. ст. За две недели до исследования отменялись ранее назначенные блокаторы кальциевых каналов (БКК).

Леркамен (лерканидипин) и амлодипин назначались в дозе 10–30 мг 1 раз в сутки в зависимости от площади тела в виде монотерапии на протяжении трех месяцев, поочередно по месяцу. У больных, ранее получавших БКК, было зафиксировано хотя бы одно из следующих НЯ: головные боли, головокружение, приливы к лицу, отеки голеней, крапивница. АД и НЯ определялись исходно, а также при визитах через 1, 2, 4, 6, 8, 10 и 12 недель терапии. Пациенты заполняли дневник, в котором отмечали НЯ.

Полученные результаты: при обследовании не было выявлено клинически значимых различий между мужчинами и женщинами по уровню САД, ДАД и ЧСС. Терапия амлодипином к концу 2-х недель приводила к появлению отеков на ногах (у 80–85% пациентов), приливы к лицу, головной боли (у 50–55% больных),

головноекружение зафиксировано примерно у ¼ части больных. САД колебалось в пределах $142,7 \pm 12,1$ мм.рт.ст., ДАД – $84,3 \pm 6,8$ мм.рт.ст. ЧСС в ходе исследования поддерживалось на уровне $73,4 \pm 9,6$ в минуту. Терапия леркаменом сопровождалась достоверным уменьшением частоты НЯ, по сравнению с приемом амлодипина. Частота отеков снизилась на 36,6%, головной боли на 44,4%, приливы к лицу на 45,6%, головокружений на 18%. При переводе на начальную терапию амлодипином частота НЯ почти вернулась к исходному уровню. За время 4-х недельной терапии леркаменом достоверно не изменял ЧСС. САД составило $139,4 \pm 9,6$ мм.рт.ст., ДАД – $81,4 \pm 5,9$ мм.рт.ст. Никто из пациентов не выбыл из проводимой терапии. Данное исследование подчеркивает, что лечение леркаменом сопровождается меньшей частотой НЯ, по сравнению с амлодипином. Лучшая переносимость препарата зависит от его содержания не в плазме крови, а в артериальной стенке, что позволяет ему действовать постепенно, а с другой стороны он быстро выводится из плазмы, что обеспечивает его лучшую переносимость.

Выводы: леркамен и амлодипин обеспечивают значимый 24-часовой антигипертензивный эффект у больных АГ пожилого возраста в сочетании с СД. Гипотензивное действие леркамена характеризуется равномерностью на протяжении суток, значительно уменьшаются НЯ, что позволит уменьшить число пациентов, которые отказываются от лечения препаратами той же группы.

ОКСИДАНТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ФЕНОТИПА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шестовицкий В.А., Гринштейн Ю.И

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

Цель: изучить цитологические и хемилюминесцентные показатели фагоцитирующих клеток бронхиального смыва у больных с эозинофильным и неэозинофильным воспалительным фенотипом бронхиальной астмы (БА) и при нейтрофильном фенотипом хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: В исследование включены 25 больных БА с эозинофильным фенотипом воспаления, 36 больных БА с неэозинофильным фенотипом воспаления и 53 больных ХОБЛ с преимущественным нейтрофильным фенотипом воспаления. Материалом для цитологического и хемилюминесцентного исследования фагоцитирующих клеток служила индуцированная мокрота и жидкость бронхиального смыва, полученная посредством бронхоальвеолярного лаважа. Воспалительный фенотип БА определяли по количественному представительству эозинофилов с 3-х кратным их превышением при эозинофильном воспалении: $8,7 \pm 3,2\%$ в индуцированной мокроте и $15,8 \pm 1,6\%$ в бронхиальном смыве против $2,7 \pm 0,4\%$ в индуцированной мокроте и $5,4 \pm 1,2\%$ в бронхиальном смыве при неэозинофильном фенотипе воспаления ($P < 0,001$). Воспалительный фенотип ХОБЛ определяли по количественному представительству нейтрофилов: соответственно $69,8 \pm 2,0$ в индуцированной мокроте и $73,5 \pm 2,6$ в бронхиальном смыве.

Хемилюминесцентную активность фагоцитирующих клеток определяли на аппаратно-програм-

ном комплексе, включающем Chemiluminometer 3604 (СКТБ «Наука», г. Красноярск). Изучали спонтанную хемилюминесценцию (СпХЛ) и стимулированную зимозаном хемилюминесценцию (СтХЛ).

Результаты: В стадии купированного обострения при достижении клинически контролируемого течения заболевания получены статистически достоверные различия в группах больных БА с эозинофильным и неэозинофильным фенотипами воспалительного процесса, а также в группе больных ХОБЛ с преимущественно нейтрофильным фенотипом. Показатели хемилюминесцентной активности фагоцитирующих клеток в группе больных с эозинофильным воспалением была достоверно выше показателей в группе больных с неэозинофильным воспалением как в СпХЛ: 5770 ± 705 против 3279 ± 495 , так и в СтХЛ: 7990 ± 1102 против 3940 ± 108 . Еще более высокие хемилюминесцентные показатели были получены у больных ХОБЛ с преимущественно нейтрофильным воспалением: 10049 ± 1828 в СпХЛ и 10751 ± 1354 в СтХЛ соответственно.

Выводы: выявленные различия в цитологических и хемилюминесцентных показателях воспалительного процесса в дыхательных путях позволяют в особо сложных случаях дополнительно диагностировать эозинофильный и неэозинофильный фенотип воспаления при БА, нейтрофильный фенотип при ХОБЛ, провести коррекцию и повысить эффективность лечения этих заболеваний.

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В АСПЕКТЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шилова М.А.

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Диагностика и установление причин внезапной сердечной смерти является приоритетной задачей врачей судебно-медицинских экспертов и патологоанатомов. И если в возрастной группе старше 40 лет нозологическая верификация причины смерти не вызывает трудностей, то внезапная сердечная смерть лиц молодого возраста (до 39 лет) диктует необходимость иного подхода к поиску звеньев танатогенеза.

Цель исследования: изучить основные механизмы наступления внезапной сердечной смерти и патологию сердца у лиц с ДСТ.

Методы исследования: антропометрический, патоморфологический, патогистологический, судебно-химический.

Полученные результаты. Были исследованы случаи ВСС лиц до 39 лет за 5 лет (2009–2013 гг.), всего 1013 случаев, что составило 7% во всей структуре ВСС. При анализе всех случаев смерти было установлено, что ВСС в группе до 39 лет составляют мужчины – 78%, средний возраст которых составил 26 лет. В ходе судебно-медицинского вскрытия было установлено, что среди всех умерших признаки ДСТ наблюдались в 93% ($n = 942$ случая), среди которых также превалировал мужской пол. Основными внешними признаками ДСТ был крупные – астенический тип конституции, патология грудины и позвоночника и сочетание мелких стигм – плоскостопие, диастема, арахнодактилия и др. Основным синдромом, формирующим развитие терминальных симптомокомплексов, являлся кардио-

скулярный (98%). Патология сердца у лиц с ДСТ была обусловлена нарушением его формообразования – «капельное» сердце с увеличением продольных размеров (n-687), гипоплазия сердца с массой ниже 280 г (n-893), перекрут или частичный перекрут сердца (n-24). Основная патология выявлялась при исследовании полостей сердца: пролапс митрального клапана, недостаточность трикуспидального клапана и клапанов аорты, фиброз пристеночного и клапанного эндокарда, наличие множественных аномальных хорд различной локализации. Патология аорты была представлена гипоплазией со снижением диастаза (n-461), коарктация аорты (n-3), аневризмой дуги и восходящего отдела (n-17). При патогистологическом исследовании аорты выявлялись признаки фрагментации, истончение, разрыхление эластических волокон аорты, кистозный медионекроз, разрыхление эндотелиального слоя. Патология коронарных артерий была представлена аномальным отхо-

ждением, патологическими изгибами и формированием аневризм. Основными причинами смерти в группе лиц с признаками ДСТ явились различные формы аритмий, провоцируемые физической нагрузкой (33%), острая коронарная недостаточность (51%), острая сердечно-сосудистая недостаточность с отеком легких, геморрагический шок при разрывах аневризм аорты, гемотампонада сердца при разрыве аневризм коронарных артерий, синуса Вальсальвы.

Выводы. ДСТ является основной патологией, формирующей высокий риск ВСС в группе лиц молодого возраста. Основным синдромом – кардиоваскулярный с патологией сердца и крупных сосудов, составляет ведущее звено в развитии терминальных состояний ВСС – аритмий, разрывов аневризм сосудов, острой коронарной недостаточности и острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ПАТОЛОГИЯ СОСУДОВ В АСПЕКТЕ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Шилова М.А.

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Установлено, что среди причин внезапной смерти патология сердечно-сосудистой системы занимает главенствующую позицию. Нозологическая структура причин внезапной сердечной смерти в возрастной группе старше 40 лет стандартна и укладывается в различные формы ИБС, последствия артериальной гипертензии, эндокринной патологии и тромбоэмболические осложнения. Особую сложность вызывают случаи ненасильственной смерти лиц молодого возраста (до 39 лет), где причиной смерти является патология сосудов, не диагностированная при жизни.

Цель: изучить патологию сосудов различного калибра и причины внезапной смерти у лиц молодого возраста.

Методы исследования: секционный, антропометрический, патоморфологический, патогистологический, судебно-химический.

Полученные результаты. Исследовано 619 случаев внезапной смерти лиц молодого возраста, средний возраст которых составил 27,4 года среди мужчин (458 случаев – 74%) и 36,8 лет среди женщин (161 случай – 26%). До наступления смерти умершие считались практически здоровыми и не наблюдались у врачей.

Основными причинами внезапной смерти в 346 случаях (56%) была установлена патология сердца – кардиомиопатия, пороки сердца, внезапная сердечная смерть (мгновенная), и различные виды терминального аритмического симптомокомплекса. Наступлению смерти, как правило, предшествовала выраженная психоэмоциональная нагрузка и употребление слабоалкогольных напитков (пиво, энергетические напитки), концентрация этанола не превышала 1,5‰ (легкая степень алкогольного опьянения).

Среди сосудистой патологии (273 случая – 44%) причинами смерти явились разрывы аневризм сосудов

головного мозга, нетравматические базальные субарахноидальные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему, разрыв синуса Вальсальвы, гемотампонада сердца при разрыве врожденной аневризмы коронарных артерий, острая коронарная недостаточность вследствие без признаков стенозирования, тромбоз аномально расположенных и отходящих коронарных артерий, разрыв аневризмы дуги аорты и грудного отдела с развитием геморрагического шока. Во всех случаях наступлению смерти предшествовала физическая нагрузка. При морфометрическом и патогистологическом методах были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани, проявляющиеся внешними (астеническая конституция, патология грудины, позвоночника и др.) и внутренними стигмами. Патология эластического каркаса сосудов, нарушение структуры сосудистой стенки и формообразования сосудов при ДСТ превращает сосуд в емкостный и способствует формированию аневризм с последующим разрывом при провоцирующих факторах.

Таким образом, секционное исследование ВС в группе до 39 лет показало, что в 98% случаев наблюдается диспластикозависимая патология с выраженными дегенеративными изменениями сосудистой стенки, которая формирует высокий риск разрыва сосудов и наступление смерти в условиях провоцирующих факторов, что диктует необходимость прижизненной диагностики данной патологии для коррекции образа жизни и профилактики внезапной смерти молодых лиц.

ПРЕИМУЩЕСТВА ХРОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАХТОВОГО ТРУДА В ЗАПОЛЯРЬЕ

Шипицына Н.В., Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И., Губин Д.Г., Пошинов Ф.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень. МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», п. Ямбург.

Цель: изучить особенности хронотипов артериального давления (АД) и метод хронотерапии (ХТ) лизиноприлом у больных с артериальной гипертонией 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Материал и методы. Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, из них группу наблюдения составили 93 больных работников заполярной вахты, группу сравнения – 64 пациента, постоянно проживающих в условиях умеренного климата (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, значениям офисного САД, ДАД. Диагноз АГ верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008–2010 гг). Проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипов (ХТП) АД по классификации P. Gugini (1992 г.). Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне (или на 3–4 день отмены гипотензивных препаратов) и на фоне хронотерапии или обычного лечения (ОЛ) лизиноприлом в дозе 5–10 мг/сутки в течение года.

Результаты: В тюменской группе значимо чаще регистрировались «МЕЗОР АГ», соответственно, 53,1% против 36,6% по САД ($p = 0,0420$) и 41,9% и 60,9% по ДАД ($p = 0,0206$), «амплитудная АГ» по САД 23,4% против 2,2% ($p = 0,0001$) и незначимо по ДАД 15,6% против 6,5% ($p = 0,0661$). В северной группе определялись значимо чаще «аперiodическая АГ» (23,7% против 6,3%, $p = 0,0046$ по САД, 25,8% против 7,8%, $p = 0,0049$

по ДАД), явная тенденция к большей частоте фазовых нарушений ритмов САД («фазовая АГ» – 8,6% против 0%, $p = 0,0172$, «МЕЗОР-фазовая АГ» – 6,5% против 0%, $p = 0,0392$) и «изонормотонии» – 12,9% против 4,69% ($p = 0,0875$). Хронотерапевтическая коррекция лечения в условиях заполярной вахты способствовала значимому повышению истинной нормотонии по САД/ДАД до 75,4/63,2% ($p = 0,0001/0,0001$), на фоне уменьшения атипичных ХТП АД. ХТП САД/ДАД «аперiodическая АГ» значимо снизились с 16,3%/16,8% до нуля ($p = 0,0019/0,0016$), а частоты ХТП «изонормотония» с 12,3%/12,3% до 1,8%/3,5% ($p = 0,0306/0,0843$). Обычный прием лизиноприла привел к росту фазовых нарушений МЕЗОР нормотензивных суточных ритмов «аллонормотония» с 0% до 13,9%, $p = 0,0233$ для САД и с 0% до 5,6%, $p = 0,1543$ для ДАД. Выводы: В условиях заполярной вахты чаще имели место низкоамплитудные и фазовые нарушения ритма как при нормальном значении МЕЗОРа суточного ритма, так и при его повышении, что свидетельствует о неустойчивости и малой мощности суточной ритмики АД. Хронотерапия АГ в условиях заполярной вахты, по сравнению с традиционным лечением, позволила быстрее нормализовать уровень АД, нормализовать показатели суточного ритма АД, уменьшить дозы препаратов, улучшит переносимость лечения, повысить приверженность лечению.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПРОИЗВОДНЫХ МЕТИЛКСАНТИНОВ

Шмырева М.В., Скоробогатова Л.Н., Ванькова Л.В., Назаркина М.Г., Кочеткова Н.В., Горшенина Е.И., Чегодаева Л.В., Хохлова Л.Н., Куркина Н.В.

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

Цель работы: изучение частоты и характера нарушений ритма сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне приема метилксантинов.

Методы исследования: клинико-anamnestический, холтеровского мониторирования ЭКГ, спирография.

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 г.) выглядит следующим образом: II – 7 больных (35%), III – 5 больных (25%), IV – 8 больных (40%).

В обследуемой группе больных 13 человек получали производные метилксантинов, а 7 человек не получали. Среди больных, получавших производные метилксантинов, 6 человек получали только эуфиллин; 6 – получали эуфиллин и теопэк; 1 – получал только теопэк.

Полученные результаты. Среди больных, получавших производные метилксантинов, наджелудочковые нарушения ритма (100%) встречались чаще, чем желудочковые (84,6%). В структуру наджелудочковых нарушений ритма входили пароксизмальные наджелудочковые тахикардии – у 5 больных (38,5%), пароксизмы фибрилляции предсердий – у 1 больного (7,7%). Анализируя нарушения ритма у больных, не получавших производные метилксантинов, было выяснено, что

наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма встречались с одинаковой частотой (по 71,4%). Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия регистрировалась у 1 пациента (14,3%), пароксизмы фибрилляции предсердий – у 1 больного (14,3%), полиморфная желудочковая экстрасистолия – у 3 больных (42,8%), парная полиморфная желудочковая экстрасистолия – у 1 больного (14,3%); неустойчивая желудочковая тахикардия у 1 больного (14,3%). Наджелудочковые аритмии у больных, получавших производные метилксантинов, встречались чаще (в 100% случаев), чем в группе больных, не получавших производные метилксантинов (в 71,4% случаев). Желудочковые нарушения ритма незначительно чаще встречались в первой группе

(84,6%), чем во второй (71,4%). При анализе зависимости назначения производных метилксантинов от степени тяжести ХОБЛ, было выявлено, что среди больных, не получавших производные метилксантинов, большая часть пациентов с IV степенью тяжести ХОБЛ (6 больных) и 1 больной со II степенью тяжести ХОБЛ; а среди больных, получавших производные метилксантинов, преобладали пациенты со II степенью тяжести ХОБЛ (6 больных) и III степенью тяжести (5 больных), а с IV степенью тяжести ХОБЛ было только 2 больных.

Выводы: У больных ХОБЛ метилксантины незначительно повышают риск сердечных тахиаритмий, преимущественно наджелудочковых.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шмырева М.В., Скоробогатова Л.Н., Ванькова Л.В., Назаркина М.Г., Кочеткова Н.В., Горшенина Е.И., Чегодаева Л.В., Хохлова Л.Н., Куркина Н.В.

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

Цель работы: изучение частоты и характера нарушений ритма сердца у больных ХОБЛ и сопутствующей стабильной стенокардией.

Методы исследования: клинико-анамнестический, холтеровское мониторирование ЭКГ, спирография.

Под наблюдением находилось 20 больных ХОБЛ, поступивших в стационар с обострением заболевания. Обследовалось 17 мужчин (85%) и 3 женщины (15%). Структура больных по степени тяжести ХОБЛ согласно классификации GOLD (пересмотр 2013 г.): II – 7 больных (35%), III – 5 больных (25%), IV – 8 больных (40%). В первую группу больных с ХОБЛ и сопутствующей стабильной стенокардией II–III ФК входили 7 человек, во вторую группу больных с ХОБЛ без сопутствующей ИБС были включены 6 человек.

Полученные результаты: В первой группе больных наджелудочковые нарушения ритма незначительно преобладали над желудочковыми нарушениями ритма (100% и 86% соответственно). Среди наджелудочковых аритмий встречались пароксизмальная наджелудочковая тахикардия у 3 больных (42,8%) и пароксизмы фибрилляции предсердий у 2 больных (28,6%). Среди желудочковых нарушений ритма с одинаковой частотой встречались полиморфная желудочковая экстрасистолия и парная желудочковая экстрасистолия (по 3 больных – 42,8%); кроме того у 2 больных (28,6%) регистрировалась пароксизмальная желудочковая тахикардия. Во второй группе (у больных с ХОБЛ без

сопутствующей ИБС) наджелудочковые нарушения ритма значительно преобладали над желудочковыми нарушениями ритма (100% и 66% соответственно). Среди наджелудочковых аритмий у 1 больного (16,6%) была зафиксирована пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Из желудочковых нарушений ритма была отмечена полиморфная желудочковая экстрасистолия у 3 больных (50%) и парная желудочковая экстрасистолия у 2 больных (33,3%). Было выявлено, что у больных с ХОБЛ и сопутствующей стабильной стенокардией чаще встречались желудочковые нарушения ритма (86%) по сравнению с группой больных без сопутствующей ИБС (66%).

Кроме того, у первой группы в отличие от второй группы были выявлены аритмии самых высоких градаций: пароксизмы фибрилляции предсердий, пароксизмальная желудочковая тахикардия. Статистическая достоверность этих данных не была получена ($p > 0,05$). Сравнивая две группы в зависимости от степени тяжести ХОБЛ, было выявлено, что у первой группы чаще встречалась IV степень тяжести ХОБЛ (у 5 больных), чем у второй группы (у 3 больных), а по II и III степеням тяжести ХОБЛ эти группы однородны.

Выводы: Стабильная стенокардия вызывает тенденцию к увеличению риска пароксизмальных наджелудочковых тахикардий, пароксизмальной фибрилляции предсердий и неустойчивой пароксизмальной желудочковой тахикардии у больных ХОБЛ.

ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Шодикулова Г.З., Курбанова Г.З.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в последние годы вызывает большой интерес, что обусловлено увеличением численности пациентов с данной патологией. Важное место в этой проблеме занимает пролапс митрального клапана (ПМК) как клиническое проявление (НДСТ). Популяция ПМК колеблется от 1,8% до 38%. Важным фактором в формировании осложнений является скрыто развивающаяся ишемия и гипоксия в тканях, клапанах сердца. В этих условиях может активироваться ангиогенез, который состоит из процессов пролиферации, миграции эндотелиальных клеток и формирования васкулогенеза. К эндогенным регуляторам ангиогенеза относятся матриксные металлопротеиназы (ММП), в частности ММП-2 и ММП-9.

В связи с вышеизложенным целью исследования было – оценить в сыворотке крови у пациентов с ПМК уровень основных маркеров прогноза прогрессирования НДСТ.

В популяционное обследование включено 108 лиц, в том числе 47 (43,5%) мужского и 61 (56,5%) женского пола в возрасте от 15 до 25 (19,9±1,42) лет с этиологическими признаками первичного (идиопатического, врожденного) ПМК. Диагноз устанавливали на основании классификации Т.И.Кудриной, подтверждали данными ЭхоКГ. У всех обследованных определяли содержание ММП-2, ММП-9, TIMP-1 и TIMP-2. В 1 группу обследования включили 52 (48,1%) пациентов с ПМК

с регургитацией I степени, а во 2 группу 56 (51,9%) пациентов со II степенью регургитации.

Анализ полученных результатов показал, что у пациентов 2 группы содержание ММП-2 и ММП-9 существенно превышает данные 1 группы и контроля на 9,5 ($p<0,05$) – 15,9 ($p<0,02$)% и 8,3 ($p<0,02$) – 12,8 ($p<0,02$)% соответственно. Следовательно, повышение экспрессии ММП-2 и ММП-9 происходит адекватно возрастной в крови пациентов уровня содержания TIMP-2 и снижение TIMP-1. У пациентов 2 группы содержание TIMP-2 по сравнению с 1 группой и контролем повышено на 23,6 ($p<0,001$) и 35,9 ($p<0,001$)%, а TIMP-1, наоборот, снижено на 8,2 ($p<0,05$) и 13,8 ($p<0,01$)% соответственно.

Таким образом, адекватный ангиогенез является детерминирующим фактором при формировании сосудистой патологии и ангиогенеза, маркеров про- и антиангиогенеза, сигнализирующих о дисфункции эндотелия, имеет диагностическую и прогностическую значимость, позволяет разработать тактику лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с врожденным ПМК обусловленным НДСТ. Увеличение в сыворотке крови про- и антиангиогенных факторов у пациентов со 2 степенью ПМК в совокупности позволяет рекомендовать их как перспективных маркеров не только для оценки степени развития ангиогенеза, но и прогноза прогрессирования НДСТ.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ И СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Шодикулова Г.З., Ибадова О.А.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у больных с врожденным пролапсом митрального клапана (ПМК) относится к сложным вопросам в современной клинике внутренних болезней. Это обусловлено многообразием клинических проявлений со стороны различных органов и систем и в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы. Среди важных причин прогрессирования НДСТ у больных с врожденным ПМК рассматривают развитие дисфункции эндотелия (ДЭ). Причиной ДЭ на молекулярном уровне является нарушение локальной продукции оксида азота (NO) и повышенный окислительный стресс.

Целью исследования была оценка параметров функции эндотелия и активности некоторых ферментов антиоксидантной системы в зависимости от степени тяжести НДСТ у больных с врожденным ПМК.

В популяционное обследование включено 108 лиц, в том числе 47 (43,5%) мужского и 61 (56,5%) женского пола в возрасте от 15 до 25 (19,9 ± 1,42) лет с этиологическими признаками (идиопатическим, врожденным) ПМК. В группы (гр) обследования включены 52 (48,1%) пациентов с ПМК с регургитацией I степени

(16 мужчин и 25 женщин) – 1 гр. и 56 (51,9%) пациентов (20 мужчин и 25 женщин) со II степенью регургитации – 2 гр.

В 1й группе пациентов в сыворотке крови отмечался увеличение экспрессии и содержания пероксинитрита (ONO_2^-), активности индуцибельной NO-синтазы (iNOS) в сравнении с данными в контроле на 21,1 и 19,7% ($p<0,05$) на фоне высокой активности ферментов антирадикальной защиты – супероксидсмутазы (СОД) и каталазы (КТ) – на 26,8 и 33,3% ($p<0,02$ и 0,01). Вместе с тем, такие показатели, характеризующие функцию эндотелия – NO, эндотелиальной NO-синтазы (eNOS), и эндотелина – 1 (ЭТ-1), а также процессы ангиогенеза – фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и его рецепторы – (VEGFR-2) были в пределах контрольных значений.

Так, у пациентов 2 гр. в сыворотке крови уровень NO оказался выше, чем в контроле – на 34,4% ($p<0,01$). Несмотря на то что активность фермента eNOS была ниже – на 18,7% ($p<0,05$), в этой группе пациентов показатели в крови iNOS, ONO_2^- и ЭТ-1 были выше, чем в контроле на 36,4% ($p<0,01$), 45,1% ($p<0,001$) и 23,0% ($p<0,05$.) соответственно. Одновременно высокими

были показатели, характеризующие процессы ангиогенеза – VEGF и VEGFR-2 – на 27,4 и 23,1% ($p < 0,02$ и $0,05$). У пациентов 2 гр. показатели активности ферментов актирадикальной защиты СОД и КТ были в пределах контрольных значений, но существенно ниже на

28,3 и 29,5% ($p < 0,02$ и $0,01$), чем у пациентов в 1 гр. соответственно. Исходя из полученных данных можно предположить, что высокая концентрация NO в сыворотке крови пациентов 2 гр. обусловлена активацией iNOS, так как фермент eNOS был угнетен.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Штонда М.В., Пристром М.С., Семенов И.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Разработка и внедрение в клиническую практику немедикаментозных методов восстановительной медицины, основанных на стимуляции компенсаторных и регуляторных возможностей организма для повышения эффективности лечения заболеваний высокого сердечно-сосудистого риска является актуальной.

Цель исследования: оценить эффективность нормобарической гипокситерапии (НБГ) в медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

Методы исследования. В исследование включено 26 пациентов (15 мужчин и 11 женщин) с артериальной гипертензией I–II степени стабильного течения и метаболическим синдромом (критерии IDF, 2005), средний возраст которых составил 48,3 (95% ДИ 42,0–56,0) лет. Все пациенты получали гипотензивную медикаментозную терапию согласно клиническим протоколам. В комплексе медицинской реабилитации применяли 12-дневный курс НБГ в циклично-фракционированном режиме. Оценку эффективности НБГ проводили с использованием суточного мониторинга АД на основе анализа динамики среднесуточных значений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), пульсового АД (ПАД), индекса времени гипертензии по САД и ДАД (ИВ САД, ИВ ДАД), вариабельности АД (ВАР САД, ВАР ДАД), степени ночного снижения АД (СНС САД, СНС ДАД). Оценку суммарного сердечно-сосудистого риска осуществляли с использованием online калькуляторов по шкале ProcamMonica с поправочными коэффициентами для

России. Для статистического анализа использовали пакет прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты исследования. Применение метода НБГ позволило статистически значимо снизить среднесуточные показатели САД с 143,4 (95% ДИ 139,5–147,3) до 126,8 (95% ДИ 122,9–130,6) мм рт. ст. (Wilcoxon test, $z = 3,05$, $p = 0,002$); ДАД с 83,4 (95% ДИ 79,7–86,9) до 74,6 (95% ДИ 72,1–77,1) мм рт. ст. (Wilcoxon test, $z = 3,18$, $p = 0,001$); ПАД с 59,04 (95% ДИ 56,3–61,8) до 51,8 (95% ДИ 49,6–54,0) мм рт. ст. (Wilcoxon test, $z = 2,86$, $p = 0,004$); ИВ САД с 35,7% (95% ДИ 26,6–44,8) до 20,2% (95% ДИ 12,8–27,6) (Wilcoxon test, $z = 2,83$, $p = 0,004$) и ИВ ДАД с 35,7% (95% ДИ 26,6–44,8) до 20,2% (95% ДИ 12,8–27,6) (Wilcoxon test, $z = 2,27$, $p = 0,023$); ВАР САД с 16,4 (95% ДИ 12,6–20,1) до 13,6 (95% ДИ 10,9–16,3) мм рт. ст. (Wilcoxon test, $z = 2,59$, $p = 0,009$). Удельный вес пациентов, относящихся к категории найт-пикер уменьшился с 19,2% до 3,8% по САД и с 19,2% до 0% по ДАД. Также уменьшился удельный вес лиц, относящихся к категории овердиппер с 7,7% до 3,8% по СНС САД и с 26,9% до 23,1% – СНС ДАД. Применение НБГ позволило значимо снизить риск развития фатального и не фатального сердечно-сосудистого заболевания у 38,5% пациентов ($\text{Chi-square test } \chi^2 = 8,5$, $p = 0,036$), оцениваемого по шкале ProcamMonica.

Таким образом, применение НБГ способствует повышению эффективности антигипертензивной терапии и снижению сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СЛУЖАЩИХ В СИСТЕМЕ МВД

Щербакова О.Н., Якушин С.С.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Рязанской области», Рязань

Прогрессивное увеличение частоты сахарного диабета в настоящее время обосновывает необходимость его контроля как в популяции в целом, так и особенно у пациентов с артериальной гипертензией. В связи с чем, целью работы является выявление сахарного диабета 2 типа и нарушения толерантности к глюкозе

при скрининговом обследовании сотрудников МВД, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) для улучшения ранней диагностики и оптимизации лечения.

Материалы и методы: На базе госпиталя МСЧ МВД России по Рязанской области за период с августа по ноябрь 2014 г. случайным методом, без учета по-

ловой принадлежности было отобрано 50 пациентов с гипертонической болезнью I–II стадии. Критериям включения в группу было наличие гипертонической болезни, отсутствие сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе в анамнезе. По половому признаку группа поделилась следующим образом: женщин – 4 (8%), мужчин – 46 (92%). Средний возраст которых составил 43,98 лет. Всем пациентам проводились антропометрические методы, эхокардиография, дуплексное сканирование дуги аорты. Состояние углеводного обмена оценивалось по гликотриаде: гликозилированный гемоглобин (HbA1c), глюкоза плазмы натощак (ГПН), тест толерантности к глюкозе. Также проводилось биохимическое исследование крови, рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕPI, определялся индекс массы тела. При постановке диагноза сахарный диабет использовались следующие критерии: HbA1c $\geq 6,5\%$, ГП натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и тест толерантности к глюкозе по 2чГПН- $1 \geq 7,0$, $2 \geq 11,1$ ммоль/л. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных пакетов программ Statistica 6.0.

Результаты: При скрининговом обследовании пациентов были выявлены нарушения углеводного обмен-

на в 32% случаев, из которых у половины был впервые диагностирован сахарный диабет 2 типа. У пациентов с ГБ и нарушением углеводного обмена в 37,5% случаев отмечалась избыточная масса тела, а у 62,5% уже ожирение I–II степени. Больше половины (в 68%) пациентов этой группы имели значимое снижение клубочковой фильтрации почек. Также, у них наблюдались изменения липидного профиля крови: в 56% выявлена гиперхолестеринемия, в 75% повышение уровня ЛПНП, утолщение комплекса интимы медиа было выявлено у 44%.

Выводы: У больных гипертонической болезнью, работающих в системе МВД, нами была выявлена высокая распространенность сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе. Большинство пациентов из группы с нарушением обмена глюкозы имели повышенный индекс массы тела, соответствующий ожирению I–II степени. Обращает на себя внимание, что у большинства этих больных была выявлена хроническая болезнь почек (ХБП), причем уже III стадии. Скрининговая диагностика у всех больных с гипертонической болезнью должна быть методом как ранней диагностики сахарного диабета, так определяющим фактором для выявления ХБП.

ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ

Эркабоев Ш.М., Амиркулов Б.Д., Курбанов Р.Д.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить качество жизни больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) после радиочастотной катетерной абляции.

Материал и методы исследования. В исследование включены 66 больных с диагнозом АВУРТ в варианте slow-fast. Среди них мужчин – 19 (28,8%), женщин – 47 (71,2%), средний возраст составил $40,4 \pm 2,21$ лет (Me 40 лет; IQR 31,0–52,5).

Процедуры ВС ЭФИ (внутрисердечное электрофизиологическое исследование) и РЧА проводились по стандартной методике. Все этапы исследования выполнялись последовательно в ходе одной операционной сессии с использованием электрофизиологического комплекса «Элкарт II» (компания «Электропульс», Томск, Россия).

Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey – MOS SF-36) [Ware J., 1992].

Результаты. Нами выявлено, что АВУРТ оказывает негативное влияние на возможность выполнения различных физических нагрузок (снижение PF по сравнению с показателем контрольной группы на 23,7%), на повседневную ролевую деятельность (RP – на 40,6%), на возможность заниматься повседневной деятельностью (BP – на 36,4%), что отражало снижение субъективной оценки пациентами своего здоровья (GH – на 38,3%). Через три месяца после РЧА из показателей физического компонента здоровья КЖ отме-

чалось достоверное повышение шкалам PF – на 13,7%, RP – на 24,3% по сравнению с уровнем до лечения, BP (на 11,0%) и GH (на 8,2%) также повысились, но недостоверно. Через 6 месяцев после абляции улучшились параметры ролевого физического функционирования (на 48,6%), физического функционирования (на 25,5%) и общего состояния здоровья (19,7%). Показатель BP хотя и повысился (на 13,8%), но не достоверно. Через 12 месяцев мы наблюдали существенное улучшение КЖ по всем параметрам физического компонента здоровья, которые не отличались от таковых у лиц контрольной группы.

При анализе составляющих психологического компонента здоровья наблюдалось снижение жизненной активности (VT – на 26,1%), эмоционально-ролевого функционирования (RE – на 31,5%), социального функционирования (SF – на 22,9%) и психологического здоровья (MH – на 19,5%). Уже через три месяца после РЧА все показатели психологического компонента КЖ достоверно повысились по сравнению с уровнем до лечения и приблизились значениям группы клинического сравнения.

Выводы. У пациентов с АВУРТ отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на 38,6%), так и психологического (на 24,8%) компонентов здоровья.

Применение радиочастотной абляции при АВУРТ в варианте slow-fast оказалось эффективным в 93,0%

случаев. Значительное улучшение физического (на 20,8%) и психологического (на 15,8%) компонентов качества жизни наблюдается через 3 месяца после РЧА

медленной части АВС, а через 6 месяцев эти показатели не отличаются от аналогичных характеристик группы клинического сравнения.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ

Эркабоев Ш.М.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить качество жизни больных синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ) после радиочастотной катетерной абляции.

Материал и методы исследования. В исследование включены 82 больных синдромом WPW. Среди них мужчин – 56 (68,3%), женщин – 26 (31,7%), средний возраст составил 33,9±12,5 лет (Me 32,0 года; IQR 23,8–39,0).

Процедуры ВС ЭФИ (внутрисердечное электрофизиологическое исследование) и РЧА проводились по стандартной методике. Все этапы исследования выполнялись последовательно в ходе одной операционной сессии с использованием электрофизиологического комплекса «ЭлкартII» (компания «Электропульс», Томск, Россия).

Для оценки качества жизни пациентов использовали короткую версию опросника здоровья (MOS 36-Item Short-Form Health Survey – MOS SF-36) [Ware J., 1992].

Результаты. Анализ параметров физического компонента здоровья показал, что при синдроме ВПУ наблюдается достоверное снижение физического (PF – на 27,2%) и ролевого (RP – на 43,0 %) функционирования, компонента боли (BP – на 38,4 %). Все это снижало субъективную оценку пациентами общего состояния здоровья (GH – на 40,3%). Через три месяца после РЧА все показатели физического компонента здоровья КЖ достоверно повысились (PF – на 12,1%, RP – на 24,5%; BP – на 10,3%; GH – на 8,7%) по сравне-

нию с уровнем до лечения. Через 6 месяцев наиболее значимое улучшение отмечалось в плане ролевого физического функционирования (на 48,6%), физического функционирования (на 25,3%) общего состояния здоровья (20,5%) и интенсивности боли (на 14,7%).

При изучении психологического компонента здоровья выявлено снижение показателя жизненной активности (VT – на 27,1%), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием пациентов (RE- на 31,3%), социальное функционирование (SF- на 22,6%) и психологическое здоровье (MH – на 23,2%). Уже через три месяца после РЧА нами установлено статистически значимое повышение всех показателей психологического компонента КЖ по сравнению с уровнем до лечения. При изучении КЖ через 12 месяцев после абляции установлено, параметры приблизились значениям группы клинического сравнения.

Выводы. У пациентов с синдромом ВПУ отмечается снижение качества жизни, проявляющееся низкими показателями как физического (на 37,2%), так и психологического (на 26,1%) компонентов здоровья.

Применение радиочастотной абляции при синдроме ВПУ оказалось эффективным в 93,3% случаев. Значительное улучшение физического (на 13,5%) и психологического (на 17,2%) компонентов качества жизни наблюдается через 3 месяца после РЧА, а через 12 месяцев эти показатели приблизились к аналогичным показателям группы клинического сравнения.

ВНУТРИСЕРДЕЧНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

Эркабоев Ш.М.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Представить собственные результаты лечения больных методом катетерной абляции атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии (АВУРТ).

Материал и методы. Обследовано всего 82 больных с АВУРТ. Возраст больных от 14 до 64 года (средний возраст 40,2±14,7 лет). Из сопутствующей патологии у 39 (47,6%) больных был диагностирован ИБС и ГБ, у 11 (13,41%) больных хронический миокардит. У 32 (39%) больных органической патологии

со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 3 до 28 лет (в среднем 18,7±4,9 лет). Большинство больных многие годы принимали антиаритмические препараты разных групп без видимого эффекта. 48 (58,6%) больным перед внутрисердечным электрофизиологическим исследованием (ЭФИ) проведено чреспищеводное ЭФИ по стандартному протоколу и установлен диагноз АВУРТ. 34 (41,4%) больным диагно-

АВУРТ был установлен во время внутрисердечного ЭФИ с последующей РЧА медленных путей АВ соединения. Частота индуцированной тахикардии составляла от 120 до 280 уд в мин, в среднем $202,5 \pm 109,6$ уд в мин. Вторым этапом было внутрисердечное ЭФИ. По методике Сельдингера пунктировались левая и правая бедренные вены, правая яремная вена, через которые в полость сердца проводились 3 электрода для проведения ЭФИ. После подтверждения диагноза АВУРТ по типу «slow-fast» на внутрисердечном ЭФИ, проводился аблационный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция «медленных путей» АВ-соединения **в правой среднесептальной области с параметрами:** $P = 28,1 \pm 3,2$ Вт; $t = 51,3 \pm 4,9^\circ\text{C}$; $I = 109,5 \pm 8,3$ Ohm и длительностью по 60 сек. Всего проводились 4–6 радиочастотных воздействий. После воздействий проводились контрольные ЭФИ при которых данные за двойные пути проведения АВ соединения не выявлялись.

ВНУТРИСЕРДЕЧНОЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ WPW

Эркабоев Ш.М., Амиркулов Б.Д., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Представить результаты внутрисердечного ЭФИ и катетерной абляции пациентов с атриовентрикулярными реципрокными тахикардиями при синдроме WPW.

Материал и методы. Оперировано всего 110 больных с синдромом WPW. Возраст больных составил от 15 до 77 лет (средний возраст $33,3 \pm 12,3$ года). Манифестирующая форма WPW диагностирована у 64 (58,2%) пациентов, скрытая форма у 31 (28,2%) пациентов и интермиттирующая форма у 15 (13,6%) пациентов. В анамнезе приступы тахикардии у пациентов длились от 0,5 до 35 лет (в среднем $14,4 \pm 8,5$ лет). В течение многих лет больные принимали антиаритмические препараты разных групп с временным эффектом. 11 (35,4%) больным со скрытой формой синдрома WPW перед внутрисердечным электрофизиологическим исследованием (ЭФИ) проводилось чреспищеводное ЭФИ по стандартному протоколу и устанавливался диагноз скрытый синдром WPW, остальным 20 (64,6%) пациентам скрытая форма WPW диагностировалась непосредственно при внутрисердечном ЭФИ. Частота индуцированной тахикардии составляла от 150 до 200 уд в мин, в среднем $165,7 \pm 12,4$ уд в мин. Внутрисердечное ЭФИ начиналось с пункций левой, правой бедренных вен и правой яремной вены по методике Сельдингера, через которые в полость сердца проводились электроды для проведения ЭФИ и устанавливались в стандартных позициях. При расположении ДПЖС в левой АВ борозде по методике Сельдингера

Результаты. У 82 больных были получены критерии эффективности деструкции «медленных путей» и эффективность процедуры составила 100%, в 3 случаях при проведении радиочастотной абляции отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением синусового ритма к концу операции, осложнений связанных с оперативным вмешательством не было. За время наблюдения после катетерной радиочастотной абляции от 1 мес до 5 лет рецидивов тахикардии не наблюдалось.

Выводы. Внутрисердечное ЭФИ и катетерная радиочастотная абляция является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

дополнительно пунктировалась правая бедренная артерия. После установления зоны локализации ДПЖС на внутрисердечном ЭФИ проводился аблационный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция ДПЖС **с параметрами:** $P = 38,1 \pm 5,2$ Вт; $T = 50 \pm 3,7^\circ\text{C}$; $I = 110,3 \pm 5,3$ Ohm и длительностью по 60 сек. Проведение по ДПЖС прекращалось на 4–8 секунде первого РЧА воздействия. Дополнительно проводились 3–5 контрольных радиочастотных воздействий в близлежащих точках. После воздействия проводилась контрольное ЭФИ и методами учащающей и программированной стимуляции тахикардия не индуцировалась. У 3 (2,7%) больных критериев устранения проведения по ДПЖС достичь не удалось, в одном случае в связи с парагиссинальным, в двух случаях субэпикардальном расположением пучка, им была подобрана антиаритмическая терапия на фоне которого пароксизмов АВРТ не отмечалось.

Результаты. У больных с синдромом WPW эффективность процедуры составила 97,3%. Периоперационных осложнений не было. За время наблюдения от 1 месяца до 5 лет рецидивов тахикардии не наблюдалось.

Выводы. Радиочастотная абляция является эффективным радикальным и безопасным методом лечения больных с синдромом WPW. Эффективность операций достигает до 98% и позволяет больным избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ SST1 ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА С-III

Эшулатов А.С., Хошимов Ш.У., Бекметова Ф.М., Шек А.Б.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить ассоциации полиморфизма SstI гена аполипопротеина С-III у больных нестабильной стенокардией лиц узбекской национальности с атеросклеротическим поражением сонных и коронарных артерий.

Материал и методы. Обследовано 141 больных этнических узбеков, с нестабильной стенокардией напряжения ИВ класс (Braunwald E. et al., 1989), с гиперхолестеринемией (ХС ЛПНП > 100 мг/дл). Атеросклеротической бляшкой считалось локальное увеличение ТИМ более 0,13 см. Коронарография выполнялась на установке Allura CV-20 (Philips, Голландия). Гемодинамически существенным считали сужение артерии > 50%. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200» по стандартному протоколу фирмы производителя (лаборатория ИзоГен Россия).

Результаты. При оценке состояния сонных артерий, больные нестабильной стенокардией носители S2

аллеля имели более низкие d OCA ($P < 0,05$) по сравнению с носителями. При изучении состояния коронарного русла среди носителей S2 аллеля достоверно чаще ($P < 0,05$) наблюдалось трёх- и многососудистое поражение (56,9%) по сравнению с не S2-носителями (37,8%). При этом отсутствие гемодинамически значимых стенозов одновременно сонных и коронарных артерий среди носителей S2 аллели наблюдалось в 4 раза чаще – у 12 (80%) больных, тогда как в группе S2-носителей лишь среди 3 (20%) обследованных.

Выводы. Среди больных нестабильной стенокардией носителей S2 аллеля SstI полиморфизма гена аполипопротеина С III имеют место более выраженное поражение коронарных артерий и в четыре раза реже наблюдается отсутствие гемодинамически значимых поражений одновременно коронарных и сонных артерий в отличие от носителей.

ЭКСТРАКАРДИАЛЬНЫЕ АРИТМИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРВИКАЛЬНЫМИ ВЕРТЕБРОМИЕЛОГЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА

Юрлова О.В., Долгих В.В.

ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний детского возраста аритмии составляют от 2,3 до 27% по данным разных авторов. Известно, что в детском возрасте среди причин возникновения аритмий преобладают экстракардиальные факторы. В этих случаях течение, подходы к лечению и исход заболевания имеют ряд особенностей. Цель исследования: верифицировать неврологический топический и нозологический диагноз для улучшения результатов комплексного лечения при экстракардиальных аритмиях у детей. Группу исследования: 18 детей в возрасте 3–12 лет с экстракардиальными и сочетанными аритмиями, направленных на консультацию к неврологу. Из них 11 мальчиков и 7 девочек. Методы исследования: МРТ с ангиопрограммой (артерии, вены), КТ, дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов, доплерометрия позвоночных артерий с функциональными пробами, когерентный анализ (КА) электроэнцефалографии (ЭЭГ). Результаты исследования. Патологические изменения врожденного характера в шейном отделе позвоночника (ШОП) выявлены у 8 пациентов (44,4%) и были представлены: *shina bifida* ($n = 3$), клиновидный позвонок ($n = 1$), аномалия Киммерли ($n = 1$), частичная конкреция позвонков ШОП ($n = 3$). Ротационный подвывих С1 позвонка выявлен у 13 пациентов (72%) и в 38,5% случаев сочетался с указанными врожденными мальформация-

ми ШОП ($n = 5$). При проведении МРТ головного мозга у 83% детей группы исследования ($n = 15$), выявлены патологические изменения. Они были представлены: гипопластическими изменениями височных долей ($n = 7$), умеренно выраженной заместительной гидроцефалией с преимущественными гипопластическими изменениями в лобных отделах ($n = 9$), анизовентрикулией ($n = 11$), расширением большой затылочной цистерны ($n = 5$), низким стоянием или дистопией миндалик мозжечка ($n = 3$), очаговыми постгипоксическими изменениями резидуального характера ($n = 5$), поли-микро-макрогирией в 4 случаях. Исследование сосудов головного мозга верифицировало мальформации в 28% случаев ($n = 3$), в том числе трифуркацию средней мозговой артерии в одном случае. Врожденные изменения сосудов ШОП были представлены гипоплазией позвоночной артерии ($n = 4$), стенозом канала позвоночной артерии ($n = 3$), петлеобразные позвоночные артерии ($n = 2$). При этом дуплексное сканирование свидетельствовало о выраженном изменении кровотока в покое и при ротационных пробах. В случаях петлеобразной деформации позвоночных артерий – антероградный кровоток. ЭЭГ у 89% обследованных ($n = 16$) регистрировала признаки дисфункции подкорково-стволовых структур, задержку формирования электрогенеза, снижение реакции усвоения свето-

вой стимуляции, ирритативные изменения. В 6 случаях выявлены комплексы острая-медленная волна, у троих пациентов имел место эписиндром в анамнезе. КА ЭЭГ свидетельствовал о нарушении формирования ассоциативных внутри и межполушарных связей, асимметрии уровня средней когерентности. Клинико-неврологические проявления имели целый ряд особенностей, характерных для симптомокомплекса цервикальных вертебромиелогенных поражений в различных возрастных

группах. На фоне комплексного неврологического лечения, с учетом данных проведенного обследования, у всех пациентов группы исследования отмечена положительная динамика. Выводы: комплексное неврологическое обследование при цервикальных вертебромиелогенных поражениях мозга у детей способствует верификации топического диагноза и улучшает результаты комплексного лечения при экстракардиальных аритмиях у детей.

АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Яковлева Е.В., Александрова Н.Л., Мысовская Ю.С.

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

Цель исследования: оценить основные тенденции амбулаторной практики лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с позиции соответствия клиническим рекомендациям за период с 2010 по 2014 годы.

Методы исследования. Проанкетированы 100 больных, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН в 2010 году, и 75 больных, госпитализированных в 2014 году. Заполнение анкет врачом предусматривало подробный сбор информации о предшествующей ухудшению лекарственной терапии, проводимой на амбулаторном этапе. Больные, включенные в исследование в 2010 году и 2014 году, были сопоставимы по возрасту, полу, причинам развития и тяжести ХСН.

Результаты. За период с 2010 по 2014 годы в амбулаторной клинической практике доля больных, принимающих иАПФ, увеличилась с 80% до 85%. Большинство случаев отказа от назначения иАПФ связано не с непереносимостью или противопоказаниями (4%), а с отсутствием артериальной гипертензии (14%). Такая тактика не в полной мере соответствует рекомендациям, допускающим назначение препарата при нормальном АД. В структуре назначения иАПФ преобладал эналаприл: его доля составила 55% от всех назначений иАПФ в 2010 году и 60% в 2014 году. В 2010 году при общей частоте назначения β-блокаторов 79% на долю препаратов с доказанной эффективностью приходилось только 52%. В 2014 году частота назначения β-блокаторов существенно не изменилась (80%). Положительной тенденцией следует считать преобладающее назначение рекомендованных для лечения ХСН β-блокаторов

(68%), снижение случаев назначения атенолола с 12% до 2% и исключение из практики лечения ХСН пропранолола. Эффективность приема β-блокаторов, оцениваемая по достижению целевого числа сердечных сокращений, возросла незначительно – с 25% до 27%. При недостаточном контроле частоты сердечных сокращений включение кораксана в схему лечения ХСН пока составляет всего лишь 6%. За период с 2010 по 2014 год использование петлевых диуретиков увеличилось с 59% до 69%, при этом в структуре назначений возросла доля торасемида с 5% до 16%. При анализе за 2010 год обращала внимание высокая частота назначения не обладающего достаточным диуретическим эффектом индапамида (43%). В 2014 году применение при ХСН данного препарата снизилось до 22%. В лечении ХСН у больных с фибрилляцией предсердий основными недостатками терапии остаются недостаточное использование на амбулаторном этапе дигоксина (40%) и непрямых антикоагулянтов (2% и 6% соответственно годам).

Выводы. В амбулаторной практике лечения ХСН в последние годы наметились положительные тенденции, связанные с более активным применением препаратов, влияющих на прогноз заболевания: иАПФ, β-блокаторов, антагонистов альдостерона. В ходе анализа установлено, что более рациональным стал выбор диуретического средства. Дальнейшее внедрение в амбулаторную практику клинических рекомендаций представляется важным для реализации современных возможностей контроля над заболеванием и снижения количества госпитализаций.

ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Якусевич В.В., Якусевич В.В., Позднякова Е.М., Симонов В.А., Филипова О.В.

Медицинский университет. Поликлиника № 4 ГБУЗ ЯО КБ№ 1. Ярославль, Россия.

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частое нарушение ритма сердца, вносящее весомый вклад в смертность и инвалидизацию. Вместе с тем в реальной клинической практике это состояние часто диагностируется не в качестве основного заболевания, а выступает в роли осложнения ИБС, клапанных пороков

сердца, патологии щитовидной железы и т.д. Это затрудняет получение сведений об истинной распространенности, течении и контроле ФП в России.

Цель исследования. Изучение причин, клинических форм ФП и структуры сопутствующей сердеч-

но-сосудистой патологии у пациентов в одном из районов г. Ярославля.

Методы. Анализ амбулаторных карт пациентов, обратившихся по любому поводу минимум 1 раз в районную поликлинику в период с 01 января по 31 декабря 2013 г.

Результаты. Из состоящих на учете 26066 взрослых жителей района за медицинской помощью в указанный период обращались 9542 человека. Диагноз ФП был установлен у 215 из них (2,3%). Большинство пациентов – 134 (62,3%) составили женщины в возрасте от 49 до 94 лет ($76 \pm 9,4$ года). Возраст мужчин ($n = 79$) колебался в более широком диапазоне – от 23 до 90 лет, однако большинство пациентов было представлено старшей возрастной группой – средний возраст $73,9 \pm 11,1$ года. Следует отметить, что истинная распространенность ФП в обследованной популяции, видимо, несколько выше, так как с появлением сети частных медицинских структур ряд больных предпочитает наблюдаться и лечиться там и, следовательно, они не наблюдаются амбулаторной службой. По форме ФП больные распределялись следующим образом. Превалировала постоянная форма мерцания, наблюдающаяся у 126 пациентов (58,6%), несколько чаще в группе женщин (36,7 и 21,9% соответственно). У 35 (16,3%) женщин и 21 (9,8%) мужчины фигурировал диагноз пароксизмальной формы. У 9 пациентов ФП в 2013 г. возникла впервые и также у 9 отмечен персистирующий вариант. К сожалению, у 15 пациентов в медицинской документации отсутствовали данные о форме ФП. Наиболее частыми причинами изучаемого нарушения ритма являлась ИБС, митральный порок и их сочетание. При

этом ИБС без сопутствующего поражения митрального клапана была диагностирована у 154 пациентов (71,6%), в сочетании с поражением митрального клапана у 42 (19,5%). Только у трех больных установлен диагноз митрального стеноза без сопутствующей ИБС. Тиреотоксикоз как причина ФП фигурировала у одного пациента. Вместе с тем патология щитовидной железы отмечена у 43 женщин и 10 мужчин (24,7% больных), главным образом диффузный и узловой эндемический зоб, что, видимо, связано со специфичностью района проживания (йододефицитом). С учетом пожилого возраста большинства пациентов, у большинства из них отмечалась высокая коморбидность. В первую очередь это касалось сердечно-сосудистой патологии. Практически у всех больных ФП протекала на фоне артериальной гипертонии (208 чел., 96,7%) и различных стадий хронической сердечной недостаточности – 191 больной (91,6%). Указания в анамнезе на перенесенные ревмокардит и миокардит отмечены в 13 и 2 случаях соответственно. У 25 (11,6%) человек диагностирована кардиомиопатия различной формы. Наиболее частыми осложнениями ФП служили мозговой инсульт и транзиторная ишемическая атака. Так ишемический инсульт на фоне ФП перенесли 47 (21,9%) больных, 6 из них повторно. Транзиторная ишемическая атака в анамнезе присутствовала в 7 случаях (3,3%).

Заключение. Типичного больного с ФП характеризует пожилой возраст, постоянная форма мерцания и значительная отягощенность по кардиоваскулярной патологии. Частота инсультов в той группе больных значительно превышает популяционную.

ПАРАМЕТРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДИЛАТАЦИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ»)

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Пушкарев Г.С., Горбатенко Е.А.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Дилатация правого желудочка (ПЖ) имеет большое значение, поскольку позволяет идентифицировать пациентов с крайне неблагоприятным прогнозом. Однако клинично-функциональные ассоциации дилатации ПЖ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) изучены недостаточно.

Цель: Выявить факторы, связанные с дилатацией ПЖ у больных ИБС без ИМ.

Методы исследования: Из 16 839 пациентов, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии»©, были отобраны больные с гемодинамически значимыми коронарными стенозами ($\geq 75\%$ просвета как минимум одной артерии) без пороков сердца, острого или анамнестического ИМ: 1134 пациента без дилатации ПЖ (поперечный размер выводного тракта ПЖ ≤ 26 мм) и 75 с дилатацией ПЖ (поперечный размер выводного тракта ПЖ ≥ 30 мм). Больных с промежуточным значением ПЖ (> 26 и < 30 мм) в исследовании не включали для более четкого разделения групп.

Полученные результаты: Большинство обеих групп составляли мужчины, но достоверно больше их было в группе с дилатацией ПЖ (92,0 против 80,2%, $p = 0,012$). Больные с дилатацией ПЖ имели более высокий индекс массы тела ($31,7 \pm 5,2$ кг/м² против $30,1 \pm 4,7$ кг/м², $p = 0,01$) и массы миокарда ($149,5 \pm 39,0$ г/м² против $129,1 \pm 27,6$ г/м², $p < 0,001$), чаще демонстрировали более высокий (III) функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН) по классификации NYHA (22,2 % против 12,5 %, $p = 0,002$), снижение сократительной способности миокарда (24,3% против 2,9%, $p < 0,001$), гемодинамически значимую (2 степени и более) митральную регургитацию (MR) (29,4 % против 4,0 %, $p < 0,001$), нарушения сердечного ритма и проводимости (45,5 % против 17,8 %, $p < 0,001$) при более редких тяжелых (III–IV) ФК стенокардии напряжения (30,3 % против 52,8 %, $p = 0,007$). В группе с дилатированным ПЖ были выше индексы линейных размеров левых отделов сердца – левого пред-

сердца ($26,7 \pm 3,6$ мм/м² против $24,0 \pm 2,3$ мм/м²) и левого желудочка ($30,4 \pm 3,8$ мм/м² против $28,8 \pm 2,2$ мм/м², оба $p < 0,001$). По данным коронарной ангиографии и основным биохимическим показателям крови группы не различались. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с дилатацией ПЖ продемонстрировали снижение сократительной способности миокарда (ОШ = 4,22; 95%ДИ 1,73–10,30; $p = 0,002$), мужской пол (ОШ = 4,03; 95% ДИ 1,47–11,04; $p = 0,007$), нарушения сердечного ритма и проводимости (ОШ = 2,98;

95 % ДИ 1,62–5,49; $p < 0,001$), значимая МР (ОШ = 2,34; 95 % ДИ 1,44–3,81; $p = 0,001$), увеличение ФК ХСН (ОШ = 1,87; 95%ДИ 1,05–3,32; $p = 0,034$) и индекса массы тела (ОШ = 1,08; 95%ДИ 1,02–1,15; $p = 0,010$), снижение ФК стенокардии напряжения (ОШ = 0,42; 95%ДИ 0,25–0,71; $p = 0,001$).

Заключение: Дилатация ПЖ у больных ИБС без ИМ независимо связана с мужским полом, параметрами, характеризующими функциональное состояние ЛЖ, и увеличением индекса массы тела.

СВЯЗЬ ПОЛА, КУРЕНИЯ И ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ОТСУТСТВИЕМ ЗНАЧИМОГО КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА (ПО ДАННЫМ «РЕГИСТРА ПРОВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ»)

Ярославская Е.И., Кузнецов В.А., Горбатенко Е.А., Варшавчик М.В., Криночкин Д.В., Колунин Г.В.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

У пациентов со стабильными формами ишемической болезни сердца (ИБС) при коронароангиографии значимая коронарная обструкция может не определяться даже в тех случаях, когда специфической симптоматике сопутствует выявление достоверных признаков миокардиальной ишемии. В этом случае развитие симптомов ИБС обусловлено микроваскулярной миокардиальной дисфункцией. Известно, что прогноз больных ИБС без значимой коронарной обструкции лучше, чем у пациентов с её наличием. Болевая симптоматика в отсутствии значимых коронарных стенозов может быть такой же, как при выраженном коронарном атеросклерозе, поэтому диагностировать отсутствие коронарного стенозирования на основании особенностей клинических проявлений миокардиальной ишемии невозможно.

Цель: выявить, какие признаки связаны с отсутствием коронарного атеросклероза у пациентов, направленных на коронароангиографию.

Методы исследования: Анализ проведен по данным обследования 9409 пациентов «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии», имевших либо кардиалгию, требующую уточнения диагноза, либо типичную стенокардию. Учитывая многомерность и разнородность исходных данных, в качестве метода исследования был выбран факторный анализ, вращение проведено по методу «варимакс».

Полученные результаты: 5 значимых факторов объясняли почти 59% вариативности изучаемого явления. Первый фактор содержал нагрузки четырех переменных (пол пациента, курение, значимый коронарный атеросклероз и гипотфункция щитовидной железы) и объяснял 14% общей дисперсии. Во втором факторе продемонстрировали свое влияние показатели липидного профиля – липопротеиды низкой плотности и индекс атерогенности, фактор был ответственен за 12% общей дисперсии. Третий фактор был связан с возрастом и эхокардиографическими признаками склерогенного поражения аорты, объяснял около 12% общей дисперсии. Четвертый – фактор нарушения метаболизма – отвечал за 11% общей дисперсии, его составляющими были индекс массы тела, сахарный диабет и артериальная гипертония. Пятый фактор характеризовал функцию сердца, в него вошли фракция выброса левого желудочка и функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA, фактор объяснял 10% общей дисперсии.

Выводы: У пациентов «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» выявлена связь отсутствия коронарного атеросклероза с женским полом, отсутствием курения и наличием гипотфункции щитовидной железы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АППРОКСИМИРОВАННОЙ ЭНТРОПИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СО СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Яцкевич Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель исследования – изучить взаимосвязь нелинейного параметра вариативности ритма сердца (VPC)

аппроксимированной энтропии (ApEn) со структурно-функциональными изменениями левого предсердия

(ЛП) у пациентов с пароксизмальной/персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Исследование включало 75 пациентов (59 мужчин, 16 женщин) с ФП на фоне ИБС и/или АГ без выраженных структурных изменений миокарда. Из них первую группу составили 48 пациентов с пароксизмальной ФП (64 %), средний возраст составил 55,5 (50; 63,5) лет, вторую группу – 27 пациентов с персистирующей ФП (36 %), средний возраст 52,5 (46; 61) лет. Все пациенты с ФП были включены в исследование только после успешной фармакологической или электрической кардиоверсии. Для сравнения была сформирована третья – контрольная группа, включавшая 19 пациентов, средний возраст которых был 56 (49,0; 61,0) лет с ИБС и/или АГ, но без эпизодов ФП в анамнезе. Структурно-функциональное состояние сердца оценивали при проведении двухмерной трансторакальной эхокардиографии на ультразвуковой системе «Philips», IE-33 (S5-1, 1–5 МГц, USA). Наряду со стандартными Эхо-показателями, были применены расчётные формулы, характеризующие структуру и функцию ЛП. Пятиминутное исследование ВРС проводилось с помощью электрокардиографического комплекса «Интекард» («Интекард», Беларусь) и программного обеспечения к нему «Бриз ХР». Наряду с линейными показателями изучали нелинейный пара-

метр –ApEn. Приём антиаритмических препаратов отменялся за 2 дня до исследования. Полученные результаты статистически обрабатывались общепринятыми методами вариационной статистики, включая анализ GeneralClassificationRegressiontreemodels, с помощью которого определялось значения ApEn, ассоциированное другими показателями.

Результаты. В группах 1 и 2 наблюдалось достоверное снижение уровня ApEn (0,09 (0,007–0,96) и 0,02 (0,003–0,88), соответственно) по отношению к контрольной группе (1,03 (0,94–1,10), ($p < 0,05$)), в то время как достоверных отличий в линейных показателях ВРС у данных групп пациентов выявлено не было. Достоверные ассоциации были выявлены между уровнем ApEn и Эхо-показателями ЛП, характеризующими его структурно-функциональное состояние: систолическим размером ($r = -0,24$, $p = 0,043$), систолическим объёмом ($r = -0,30$, $p = 0,040$) и фракцией выброса ($r = 0,36$, $p = 0,013$). Уровень ApEn $< 0,93$ был взаимосвязан с большим размером ЛП (> 39 мм).

Выводы. Полученные данные указывают на существование статистически подтверждаемой связи между показателем ApEn и структурно-функциональным состоянием ЛП, а значение ApEn $< 0,93$ можно рассматривать как фактор риска и предсердного ремоделирования, и рецидивирования ФП.