



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО

V МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ «РОССИЙСКИЕ ДНИ СЕРДЦА»

МОСКВА, ПЛ. ЕВРОПЫ, 2
(ГОСТИНИЦА «РЭДИССОН СЛАВЯНСКАЯ» ДЕЛОВОЙ ЦЕНТР)

30 МАРТА – 01 АПРЕЛЯ 2017 ГОДА

www.scardio.ru 

СОДЕРЖАНИЕ

MORTALITY OF HEART FAILURE IN INDIAN POPULATION	16
KALYAGIN A.N, MUNEEER A.R, SHAFIQ M.K, SUMAN O.S, VIJAYARAGHAVAN G	
RELATIONSHIP BETWEEN SERUM THYROID STIMULATING HORMONE AND BODY MASS INDEX IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM AND ISCHEMIC HEART DISEASE	17
Biji.S, Kalyagin.A.N, Muneer.A.R, Suman.O.S, Vijayaraghavan.G	
SPECKLE-TRACKING ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ АССИМЕТРИЧНО ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.	18
Малов А.А.	
АНАЛИЗ ВРЕДНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГАХ	19
Леушина Е.А., Сатюкова О.А.	
АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПЕРВОЕ СООБЩЕНИЕ)	20
Айназаров А.Ж., Амиржанова А.Г., Казиева А.А., Калиева С.С., Медовщиков В.В., Телибекова Д.С.	
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	21
Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	22
Абдрахманова А.И., Абдульянов И.В.	
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕНОТИПАМИ СУРЗА5.	23
Гришина Е.А., Калле Е.Г., Морозова Т.Е., Рыжикова К.А., Сычев Д.А., Ших Н.В.	
АНГИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ: РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	24
Евсеева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсов С.Г.	
АНТИПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	25
Абесадзе И.Т., Алугишвили М.З., Бутхашвили М.И., Гордеев М.Л., Митрофанова Л.Б., Панов А.В.	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ В ОЦЕНКЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ)	26
Мамутов Р.Ш., Нагаева Г.А., Аминов А.А., Абидова Д.Э.	
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ	27
Мамутов Р.Ш., Аминов А.А., Нагаева Г.А., Алиева З.Х., Мун О.Р.	
АССОЦИАЦИИ ВАРИАБЕЛЬНЫХ САЙТОВ ГЕНОВ TLR1 И TLR6 С ТЯЖЕСТЬЮ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА И РАЗВИТИЕМ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.	28
Барбараш Ольга Леонидовна, Жидкова Ирина Игоревна, Жидкова Ирина Игоревна, Кутихин Антон Геннадьевич, Понасенко Анастасия Валериевна, Хуторная Мария Владимировна	
АССОЦИАЦИИ ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА	30
Кожокарь К. Г., Николаев К.Ю., Урванцева И. А.	
АССОЦИАЦИЯ ДИНАМИКИ МАРКЕРОВ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ФИБРОЗА, КАТЕХОЛАМИНОВ С ВЫЖИВАЕМОСТЬЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	31
Енина Татьяна Николаевна, Криночкин Дмитрий Владиславович, Кузнецов Вадим Анатольевич, Петелина Татьяна Ивановна, Рычков Александр Юрьевич, Солдатова Анна Михайловна	
АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНА (А) С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	32
Бараташвили Г.Г., Буч А.В., Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Урумова Е.Л.	
АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ- А ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	33

Каюмова Гюзелия Хатыбулловна, Разин Владимир Александрович

БЕЗОПАСНОСТЬ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКСТРАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	34
Кузнецов В.А., Малхасьян М.В., Павлов П.И.	
БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	35
Барбук О.А., Бельская М.И., Жуйко Е.Н., Ильина Т.В., Козлов И.Д.	
БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИБС И ОСЛОЖНЕНИЙ	36
Корильчук Н.И., Творко В.М., Качмар Е.А., Мигенько Б.О.	
ВЕЛИЧИНА ТРИАНГУЛЯРНОГО ИНДЕКСА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТОВ	37
Нагаев Ш.А., Нагаева Г.А.	
ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ О ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: АЛГОРИТМЫ ОЦЕНКИ, МЕСТО ДАБИГАТРАНА	38
Машук Виктория Николаевна, Павловец Вадим Петрович, Худоев Эдуард Сергеевич	
ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	39
Васильева Л.В., Лахин Д.И.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	40
Помогайбо Б.В., Филиппов А.Е.	
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ЧАСТОТОЙ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА	41
Курпита Анна Юрьевна	
ВКЛАД ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ОДНОГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ	42
Проколова Л.В., Ситникова М.Ю.	
ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	43
Зуйкова А.А., Колесникова Е.Н., Петрова Т.Н.	
ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ	44
Евсюков Александр Александрович, Песковец Роман Дмитриевич, Штарик Светлана Юрьевна	
ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА РИСК СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ	45
Енина Т.Н., Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Сапожникова А.Д., Солдатова А.М., Фишер Я.А.	
ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ НА ПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	46
Коломиец Виктория Владимировна, Кривонос Николай Юрьевич, Степаненков Андрей Анатольевич	
ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ НА ПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	47
Коломиец В.В., Кривонос Н.Ю., Степаненков А.А.	
ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	48
Горбунова С.И., Джанибекова А.Р., Евсеева М.Е., Тербиленко Н.В	
ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.	49
Ахтямова К.В., Шварц Р.Н.	
ВЛИЯНИЕ ОРОТАТА МАГНИЯ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	50
Гагарина Д.О., Майлян Д.Э.	
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА A(1166)С ГЕНА AT1R И МИКРО-РНК-155 НА ПЛОТНОСТЬ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	51
Кардашевская Лилия Ивановна, Михайличенко Евгения Сергеевна	

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	52
Семенов И. И., Пристром М. С.	
ВЛИЯНИЕ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ	53
Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И.	
ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ CD133+ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА ДИНАМИКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	54
Киргизова М.А., Марков В.А., Рябов В.В., Сулова Т.Е.	
ВОЗДЕЙСТВИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	55
Касаткина О.С., Касаткина С.Г., Панова Т.Н., Самсонова Л.Г.	
ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРИТОМ	56
Ванханен Н.В., Жукова Е.Б.	
ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С БЕССИМПТОМНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	57
Багненко С.С., Гончарук Р.Н., Ефимов С.В., Кутелев Г.Г., Малышева О.С., Пустовая М.Г., Шуленин К.С.	
ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕФОННОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ	58
Дискаленко О.В., Изотова А.Б., Морозов С.Л., Смирнов С.В.	
ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ОДНОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПО ДАННЫМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	59
Абдужамалова Н.М., Масенко В.П., Меркулов Е.В., Миронов В.М., Наумов В.Г., Терещенко А.С.	
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА ST У ПОЖИЛЫХ	60
Абрамова О.В., Сайганов С.А.	
ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ИЗ-ЗА КОТОРЫХ ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОСТАЕТСЯ НА НИЗКОМ УРОВНЕ.	61
Борисова В.С., Решетников И.Б., Сотникова М.А., Шкурина А.В.	
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	62
Хаишева Л. А., Хоролец Е. В., Шлык С. В.	
ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ	63
Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.	
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ В СВЯЗИ С ХАРАКТЕРОМ ТРУДА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ	64
Акимова Е.В., Гакова Е.И., Кузнецов В.А.	
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ИНФОРМИРОВАННОСТИ О СОСТОЯНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ	65
Денисова Т.П., Долотовская П.В., Клочков В.А., Малинова Л.И., Фурман Н.В.	
ГЕНЕЗ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА ...	66
Бессонов И.С., Калинин А.П., Кривоносов Д.В., Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И.	
ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ БЛОК-СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА В Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА	67
Алиева М.Г., Абдуллаев А.А., Саидов М.З.	
ДЕФЕКТЫ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	68
Небогина О.В., Попова Д.О., Проничева И.И., Чуприна С.Е.	

<p>ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</p> <p>Слезова В.И.</p>	69
<p>ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ</p> <p>Галактионов Д.А., Казаченко А.А., Кучмин А.Н., Макарова И.В., Морозов С.Л.</p>	70
<p>ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НЕ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ.</p> <p>Демидчик Ю.Е., Михно М.М., Пристром А.М., Самоходкина С.В.</p>	71
<p>ДИНАМИКА ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ СО STEM1 НА ФОНЕ 48-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТОРВАСТАТИНОМ В РАЗНЫХ ДОЗАХ</p> <p>Гуськова Ю.А., Душина Е.В., Томашевская Ю.А.</p>	72
<p>ДИНАМИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИМЕРЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА.</p> <p>Алексеева Е.М., Гендлин Г.Е., Дадашова Э.Ф., Заиграев И.А., Мелехов А.В., Никитин И.Г.</p>	73
<p>ДИНАМИКА УРОВНЯ D-ДИМЕРА В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ</p> <p>Долотовская П.В., Малинова Л.И., Подболотов Р.А., Фурман Н.В.</p>	74
<p>ДИНАМИКА УРОВНЯ ВИСФАТИНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ</p> <p>Андреева А.А., Плужникова О.В.</p>	75
<p>ДИНАМИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО STEM1</p> <p>Голубева А.В., Саямова Л.И., Хромова А.А.</p>	76
<p>ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.</p> <p>Костенко В.А., Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Скородумова Е.Г., Фёдоров А.Н.</p>	77
<p>ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ</p> <p>Зуйкова А.А., Колесникова Е.Н., Лукина Е.С., Петрова Т.Н.</p>	78
<p>ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА</p> <p>Киличев А.А., Курбанов Р.Д.</p>	79
<p>ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ, АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ NPPA И NPPV У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</p> <p>Давлетчурин Д.Х., Каюмова Н.К., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б., Туляганова Д.К., Шодиев Ж.Д.</p>	80
<p>ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</p> <p>Камилова У.К., Расулова З.Д., Джурраева В.Х., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.</p>	81
<p>ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА</p> <p>Киличев А.А.</p>	82
<p>ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</p> <p>Авезов Д.К., Нуритдинов Н.А.</p>	83
<p>ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ</p> <p>Барбашина Т.А., Беззубцева М.В., Прибылова Н.Н.</p>	84
<p>ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</p> <p>Нуритдинов Н.А.</p>	85
<p>ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАННИХ</p>	

ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	86
Камилова У.К., Юсупов Д.М.	
ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕПАРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МИОКАРДА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	87
Лискова Ю. В., Саликова С. П.	
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	88
Аврам Г.Х., Николаевский Е.Н.	
ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ: СВЯЗЬ С ЖИЗНЕННЫМ ИСТОЩЕНИЕМ И РИСК РАЗВИТИЯ У НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ	89
Гагулин И.В., Гафаров В.В., Гафарова А.В., Громова Е.А., Крымов Э.А., Панов Д.О.	
ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ..	90
Николаевский Е.Н., Удальцов Б.Б.	
ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ	91
Николаевский Е.Н., Шустов С.Б.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	92
Александров А. В., Александрова Н. В., Алехина И. Ю., Бенедицкая Е. В.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ ПО ОЦЕНКЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И СОСТАВЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕГИСТРОВ	93
Абдуллаев Р.А., Кузнецова А.Ю.	
ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИИАЦИИ МУТАЦИИ 9928_9929INSE ГЕНА ТТН, ВЫЯВЛЕННОЙ МЕТОДОМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ (NGS) В ЗАРУБЕЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ, С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	94
Воевода М. И., Иванова А. А., Максимов В. Н., Малютин С. К., Новоселов В. П., Савченко С. В.	
К ХАРАКТЕРИСТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА	95
Багаудинова Л.И., Дударев М.В.	
КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА	96
Абдрахманова А.И., Ослопова Ю.В., Сайфуллина Г.Б., Сафина Э.Г., Цибулькин Н.А.	
КАРДИОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	97
Гореликов А.В., Карпелев Г.М., Карпелева О.Г., Островский Ю.П., Чегерова Т.И.	
КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	98
Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.	
КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ	99
Саидов М.З., Алиева М.Г., Абдуллаев А.А., Адиева С.М.	
КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ	100
Баталина М.В., Вахмистрова А.В., Вахмистрова Т. К., Шабанова О.В, Яковлева В.В.	
КАТАМНЕЗ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МАРФАНА	101
Сухарева Г.Э.	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	102
Ибатов А.Д., Морозова И.В.	
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	103
Косбасников С.В., Матвиевская Е.Н.	
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	104
Абраменко И.О., Вяткина Е.А., Козлова Н.М.	
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХОРОШИМ ОТВЕТом НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ	105
Енина Т.Н., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Солдатова А.М.	

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	106
Минулина А.В., Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	107
Дятлов Никита Вячеславович, Желнов Владимир Васильевич, Лыков Юрий Владимирович	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕЖИВШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ.	108
Артемова И.А., Козлова С.Н., Яковлев А.Н, Халмурадова Б.Б.	
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА II ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	109
Александров П.В., Перепеч Н.Б.	
КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	110
Васильева Инна Николаевна, Осадчук Михаил Алексеевич	
КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ИНДУСТРИАЛЬНОГО ГОРОДА ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ	111
Евсюков Александр Александрович, Песковец Роман Дмитриевич, Штарик Светлана Юрьевна	
КОМПЛЕАНС ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	112
Барбараш О.Л., Горбунова Е.В., Седых Д.Ю.	
КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОДЕРЖАНИЯ NT-PROBNP В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.	113
Михин В.П., Алименко Ю.Н., Жиронкина Е.В., ГорбатьихТ.В., Алексеев И.Э.	
КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ЦИТОЛИТИЧЕСКИМИ ФЕРМЕНТАМИ У СПОРТСМЕНОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА	114
Василенко В.С., Карповская Е.Б., Лопатин Э.В.	
КОЭФФИЦИЕНТ СТАРЕНИЯ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	115
Гайшун Е.И., Пристром А.М.	
ЛЕЧЕНИЕ АТАРАКСОМ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПОЭСТРОГЕНЕМИЕЙ В ПОЗДНЕМ ФЕРТИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ОЖИРЕНИЕМ	116
Дмитриев А.Н., Федорова Н.Н., Хабибулина М.М.	
МАРКЕРЫ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	117
Бельская М.И., Мацкевич С.А.	
МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	118
Расулова Э.Д., Камилова У.К.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПИКОЛИНАТ ХРОМА	119
Корильчук Н.И., Корильчук Б.Т., Рябоконе С.С., Рябоконе М.А.	
МЕТОДЫ РАННЕЙ ОЦЕНКИ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	120
Машук Виктория Николаевна, Павловец Вадим Петрович, Худоев Эдуард Сергеевич	
МЕХАНИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПОСЛЕ КРИОБАЛЛОННОЙ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	121
Мамчур И.Н., Мамчур С.Е., Романова М.П., Хоменко Е.А., Чичкова Т.Ю.	
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	122
Горбунова С.И., Григорьянц И.В., Джанибекова А.Р., Евсеева М.Е.	
НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ	123
Зуйкова А.А., Колесникова Е.Н., Пашков А.Н., Петрова Т.Н.	
НЕЗАВИСИМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	124
Гелис Л.Г., Лазарева И.В., Медведева Е.А., Русских И.И.	

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	125
Николаевский Е.Н., Хубулава Г.Г.	
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	126
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А., Якубов М.М.	
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	127
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А., Якубов М.М.	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	128
Волынкина А. П., Горшков И. П., Прилуцкая О. А.	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА	129
Горбунова С.И., Джанибеков М.Р., Джанибекова А.Р., Красюк О.С., Синюкова А.С.	
НЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА	130
Коломиец В.В., Кривонос Н.Ю.	
О ТЕХНОЛОГИИ СКРИНИНГА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРОЦЕССЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ	131
Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	132
Сукманова Ирина Александровна, Суспицына Ирина Николаевна	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	133
Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Мирошниченко Е.П.	
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	134
Кушнаренко Н.Н., Медведева Т.А.	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С УЧЁТОМ ВОЗРАСТА	135
Гусев С.В., Евсеева М.Е., Кветковская А.А., Мартынов М.Ю., Хайт Г.Я.	
ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ДИНАМИКА УРОВНЕЙ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПРИЗНАКАМИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	136
Драненко Н.Ю., Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Кузнецов Э.С., Мирошниченко Е.П., Митрушкин Д.И., Ушаков А.В.	
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	137
Зуйкова А.А., Колесникова Е.Н., Петрова Т.Н., Рудяк Е.А.	
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	138
Колбасников С.В., Нилова Оксана Владимировна	
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, У БОЛЬНЫХ ХСН С РАЗЛИЧНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК	139
Савинова И.Е., Серов В.А., Серова Д.В., Серова С.И., Шугтов А.М.	
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	140
Буканова Т.Ю., Осадчий В.А.	
ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	141
Деменко Т.Н., Чумакова Г.А.	
ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	142
Дервянченко М.В., Стаценко М.Е.	
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ) ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА	143
Абдрахманова А.И., Абдульянов И.В., Ослопова Ю.В., Хасанова Р.Н.	

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	144
Слезова В.И.	
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА КРОВИ	145
Горбунова О.Е., Дьякова О.Н., Панова Т.Н., Шварц Р.Н.	
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	146
Горбунова С.И., Джанибекова А.Р., Соколова С.Д.	
ОТ КАКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАВИСИТ СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ РАБОЧЕГО ПОСЕЛКА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ?	147
Александрова И.Н., Герасимов С.Н., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я., Киселев А.Р., Попов И.А., Попова Ю.В., Посненкова О.М.	
ОЦЕНКА ВАГУСНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕСТОВ	148
Скуратова Н.А.	
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЧАСТОТОЙ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИМ	149
Киличев А.А., Курбанов Р.Д.	
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА НА ЛИПИДЫ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	150
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исхаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Убайдуллаева З.З., Шарипова А.А.	
ОЦЕНКА ДАВЛЕНИЯ В АОРТЕ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ГИПЕРТЕНЗИИ/ПРЕГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЁЖИ	151
Гусев С.В., Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Хайт Г.Я.	
ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	152
Авезов Д.К., Нуритдинов Н.А.	
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ STEMI ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	153
Галимская В.А., Олейников В.Э., Романовская Е.М.	
ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ.	154
Алмазова Елена Геннадьевна, Ефимова Лариса Петровна, Лузина Татьяна Владимировна, Урванцева Ирина Александровна	
ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	155
Генгал Е.Н., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я., Киселев А.Р., Коротин А.С., Попова Ю.В., Посненкова О.М.	
ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РЕЭСКАЛАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ	156
Абесадзе И.Т., Алексеевская Е.С., Алугишвили М.З., Бутхашвили М.И., Гордеев М.Л., Жлоба А.А., Панов А.В.	
ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	157
Барабаш Л.В., Кремено С.В., Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В.	
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	158
Горбунова С.И., Джанибеков М.Р., Джанибекова А.Р., Синюкова А.С.	
ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА	159
Гожая И.Н., Джанибекова А.Р., Красюк О.С., Синюкова А.С.	
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИБС, ПОДВЕРГШИХСЯ МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ	160
Юлдошев Н.П.	
ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	161
Камилова У.К., Юсупов Д.М.	
ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	162
Кадирова Ш.С., Камилова У.К.	

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ИЛИ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ	163
Смолина Е.Г., Хут И.Ю.	
ОЦЕНКА РЕЗИДУАЛЬНОГО «ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО» РИСКА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ВОЗРАСТЕ ДО 55 ЛЕТ	164
Вахрушева Ю.В., Миролубова О.А., Черепанова В.В.	
ОЦЕНКА РИСКА ОТДАЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	165
Воевода М.И., Глебченко Е.А., Козик В.А., Куимов А.Д., Ложкина Н.Г., Максимов В.Н., Рагино Ю.И., Хасанова М.Х.	
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОГИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ	166
Баннова Н.А., Каштанова Е.В., Полонская Я.В., Рагино Ю.И., Яковина И.Н.	
ОЦЕНКА СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	167
Хаишева Л. А., Хоролец Е. В., Шлык С. В.	
ОЦЕНКА СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА	168
Абдрахманова А.И., Ослопова Ю.В., Сайфуллина Г.Б., Цибулькин Н.А.	
ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	169
Душина А.Г., Либис Р.А.	
ОЦЕНКА ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	170
Загребельный А.В., Захарова Н.А., Кутищенко Н.П., Лукьянов М.М., Марцевич С.Ю.	
ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	171
Каражанова Л.К., Мансурова Д.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА ABSORB У БОЛЬНЫХ ИБС	172
Ганиев А.А., Курбанов Р.Д., Юлдошев Н.П.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАГРУЗОЧНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	173
Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Расулова З.Д., Тагаева Д.Р.	
ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ	174
Бессонов И.С., Калининко А.П., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Пушкарев Г.С., Ярославская Е.И.	
ПАРАМЕТРЫ ВАРИАбельНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ SDNN У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	175
Нагаев Ш.А., Нагаева Г.А.	
ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ РЕИННЕРВАЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА	176
Барбухатти К.О., Космачева Е.Д., Лепшокова М.Х.	
ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ НОВЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ	177
Джигоева О.Н., Никитин И.Г., Модестова А.В.	
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	178
Блиничкина Д.В., Дупляков Д.В., Рубаненко О.А., Русскова Е.Н., Фатенков О.В.	
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА	179
Барабаш Л.В., Бредихина Е.Ю., Левицкий Е.Ф., Смирнова И.Н.	
ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОЖЕ 45 ЛЕТ.	180
Лысоченко А.Б., Пономаренко И.В., Сукманова И.А.	

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	181
Юлдашев Н.П., Нагаева Г.А.	
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	182
Пивоварова Е.М.	
ПРИМЕНЕНИЕ P300 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ	183
Бараташвили Г.Г., Буч А.В., Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Урумова Е.Л.	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА	184
Громько Т.Ю., Сайганов С.А.	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	185
Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А., Шапошникова Ю.Н.	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО БИОМАРКЕРА	186
Бойцов С.А., Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Рытова А.И.	
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ NT-PROBNP В ОТНОШЕНИИ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА.	187
Михин В.П., Алименко Ю.Н., Горбрых Т.В., Жиронкина Е.В., Алексеев И.Э.	
ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С УЧЕТОМ ПОЛА И ВОЗРАСТА	189
Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсова Е.Н.	
ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ..	190
Колесникова Е.Н., Петрова Т.Н.	
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У МОЛОДЫХ МУЧИН В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .	191
Воронин С.В., Зайцев А.Е., Либерман А.А., Макиев Р.Г., Черкашин Д.В., Шуленин К.С.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У МАШИНИСТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	192
Басова В.А., Белоусова К.В., Никифоров В.С.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА	193
Арипова Т. У., Zufarova K. A., Николаева А. Н., Хегай Т. Р.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ КОМБИНАЦИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ	194
Басырова И.Р.	
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	195
Долотовская П.В., Фурман Н.В.	
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	196
Еш尼亚зов Н.Б., Жолдин Б.К., Медовщиков В.В., Харисова А.И.	
РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПРИ СТЕНОЗЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ	197
Рубан Дмитрий Валерьевич	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ВТОРОЙ ГЕНЕРАЦИИ	198
Юлдошев Н.П.	
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ	199
Кожанова Т.А., Савчук Н.О., Савчук О.М., Ушаков А.В.	
РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	200
Боева О.И., Гусев С.В., Магазинюк Т.П., Хайт Г.Я., Щеглова Е.В.	

РИСКОМЕТРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ ИДЕАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ, ШКАЛЫ SCORE И УРОВНЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РИСКОВ	201
Абдулкина Н.Г., Воробьев В.А., Зайцев А.А., Семенова Ю.В., Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В.	
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС	202
Кувшинова Ю.А., Маль Г.С.	
РОЛЬ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ	203
Гросу Виктория Васильевна	
РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЛЕКУЛЫ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ	204
Алексеева М.А., Миролубова О.А., Мосеева А.С.	
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ARG16GLY ГЕНА ADRB2 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	205
Алиева Т.А., Камилова У.К.	
СВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	206
Карпова И.С., Козлов И.Д., Манак Н.А., Соловей С.П.	
СЕЗОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST	207
Габинский Я.Л., Родионова Н.Ю.	
СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ	208
Корильчук Н.И., Бабинец Л.С., Боцюк Н.Е.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.	209
Бабич А.Э., Космачева Е.Д.	
СООТНОШЕНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	210
Бахчоян М.Р., Космачева Е.Д., Славинский А.А.	
СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКГОЛЕМ	211
Медведева С.О.	
СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОЙ ФАЗЫ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК	212
Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Дубова Т.В.	
СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ: РОЛЬ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	213
Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Итальянцева Е.В., Карпов В.П., Кошель В.И.	
СПЕКТ-ТРЕКИНГ ЭХОКГ В ОЦЕНКЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ВЫРАЖЕННОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ	214
Бикбова Н.М., Бранд Я.Б., Ключников И.В., Мазанов М.Х., Сагиров М.А., Тарасова Ю.С., Харитоновна Н.И.	
СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭКГ ПРИЗНАКИ ЛАМИН-АССОЦИИРОВАННОГО ФЕНОТИПА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ..	215
Вайханская Т.Г., Даниленко Н.Г., Курушко Т.В., Сивицкая Л.Н.	
СРАВНЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	216
Дмитриева И.Е., Иванов С.И., Кузнецова Л.М., Матвеев В.В.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ	217
Аляви А.Л., Раджабова Д.И., Тошев Б.Б., Туляганова Д.К., Узоков Ж.К., Шодиев Ж.Д.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	218
Хромова О.М.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И НЕБИВОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	219
Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Анатова А.А., Абдуллаев А.М.	

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	220
Мамкина Н.Н., Полозова Э.И.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ГРУДНОГО И БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА	221
Атаев И.А., Вебер В.Р., Губская П.М., Жмайлова С.В., Прошина Л.Г., Румянцев Е.Е.	
СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕДУЩИХ ПРОФЕССИЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)	222
Куделькина Н. А., Малютина С.К., Савицкая Е.Ю.	
СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.	223
Габинский Я.Л., Родионова Н.Ю.	
СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.	224
Габинский Я.Л., Родионова Н.Ю.	
СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА	225
Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.	
ТЕЛЕМОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УДАЛЕННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	226
Авдоница Н.Г., Емельянов И.В., Звартау Н.Э., Ионов М.В., Конради А.О., Курапеев Д.И., Юдина Ю.С.	
ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.	227
Демидчик Ю.Е., Михно М.М., Пристром А.М.	
ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВОМ ФЕНОТИПЕ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	228
Логачева И.В., Макарова В.Р., Рязанова Т.А.	
ТРОПОНИН I КРОВИ КАК МАРКЕР НЕКРОБИОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ	229
Корниенко Н.В., Корытько И.Н., Кузнецов Э.С., Мирошниченко Е.П.	
ТЯЖЕСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХСН И ЧАСТОТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АНЕМИЕЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БЕЗ НЕЕ	230
Ильчишина Н.И., Ляхова М.А., Находнова Е.С., Соломахина Н.И.	
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА. ...	231
Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Вдовенко С.В., Зырянов И.П., Семухин М.В., Ярославская Е.И., Доний Е.А.	
УРОВЕНЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	232
Сукманова И.А., Танана О.С.	
УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ И МОДЕЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	233
Долотовская П.В., Клочков В.А., Малинова Л.И., Фурман Н.В.	
ФАКТОРЫ КАРДИО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН И ВЫРАЖЕННОСТЬ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА	234
Горьковенко М.В., Евсеева М.Е., Иванова Л.В., Мисходжева З.А.	
ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ДО 45 ЛЕТ	235
Лысоченко А.Б., Пономаренко И.В., Сукманова И.А., Харитоновна Я.Е.	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	236
Барбараш О.Л., Груздева О.В., Евсеева М.В., Каретникова В.Н.	
ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	237
Евтух О.В, Сушинский В.Э.	
ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫБОРОМ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. АНАЛИЗ ДАННЫХ МНОГОЦЕНТРОВОГО РЕГИСТРА	238
Генгал Е.Н., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я., Киселев А.Р., Коротин А.С., Попова Ю.В., Посненкова О.М.	

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СТАЦИОНАРЕ	239
Решетько О.В., Соколов А.В., Рыкалина Е.Б., Фурман Н.В., Долотовская П.В.	
ФУНКЦИЯ СИНУСОВОГО УЗЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОДНОМОМЕНТНО С ОПЕРАЦИЕЙ «ЛАБИРИНТ III»	240
Куликов А. А.	
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ	242
Медведева Е.А.	
ЧАСТОТА ПЕРЕНЕСЕННЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА	243
Алексеева Е.М., Гендлин Г.Е., Дадашова Э.Ф., Мелехов А.В., Никитин И.Г.	
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	244
Барбараш О.Л., Малева О.В., Трубникова О.А.	
ЭВОЛЮЦИЯ ХОЗЛ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	245
Грицкевич О.С., Громенков В.Д., Легостаева И.И., Пивнев Б.А.	
ЭКГ-МАРКЕРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НАГРУЗОЧНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ	246
Жабина Е.С., Кузьмина М.В., Трешкур Т.В., Тулинцева Т.Э.	
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	247
Басиева З.К., Кехоева А.Ю., Шавлохова Э.А.	
ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	248
Отт А. В., Чумакова Г. А.	
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТЕЗА КЛАПАНА	249
Николаевский Е.Н., Хубулава Г.Г.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПЛЕРЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ	250
Артюхова Н.В., Чепурненко С.А., Шавкута Г.В.	
ЭФФЕКТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ	251
Космачева Е.Д., Мартиросян С.М.	
ЭХОКАРДИОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	252
Ляшенко С.А., Чепурненко С.А., Шавкута Г.В.	
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	253

MORTALITY OF HEART FAILURE IN INDIAN POPULATION

SUMAN O.S(1), MUNEEER A.R(1), VIJAYARAGHAVAN G(1), SHAFIQ M.K(1), KALYAGIN A.N(2)

Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Индия (1)

Irkutsk State Medical University, Иркутск, Россия (2)

Aims and Objects:

In India heart failure affects middle aged and elderly patients .We followed up a cohort of 300 patients with heart failure for a period of three years.

Subject and methods:

This prospective study was conducted at Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum. We selected 300 patients based on NYHA class 3 and 4 with various etiology of heart failure. Patients with new onset myocardial infarctions, acute inflammatory conditions and septicemia were excluded. We followed up the mortality for a period of 90 days, 2 years and 3 years.

Results :

There were 201 (67%) males and 99 (33%) females. Etiology of heart failure in our patients consists of coronary artery disease in 62% (n-185), idiopathic dilated cardiomyopathy in 14% (n-41) , valvular heart disease in 8.1 % (n-25), hypertensive heart disease in 4.3% (n-13) and patients with other reasons were 11.6% (n-35).Other reasons includes cor pulmonale in 3.6% (n-11) ,hypertrophic cardiomyopathy in 2% (n-6), drug induced cardiomyopathy in 2% (n-6),primary PAH in 2% (n-6), restrictive cardiomyopathy in 1% (n-3)and congenital heart disease in 1% (n-3). Predominant risk factors were diabetes mellitus (n-190) and systemic hypertension (n- 167).

The total 90 days, 2 year and 3 year mortality was 22.3 %(n- 64), 37.6 % (n-108) and 52 %(n-156) respectively. Out of hospital mortality was more during the follow up periods. Over a period of 90 days in-hospital mortality was 8.01% (n-23) and out of hospital mortality was 14.3 % (n-41). In 2 years time in-hospital mortality was 12.9% (n-37) and out of hospital mortality was 24.7 % (n-71). Over a period of three years time in-hospital mortality increased to 16.3 % (n-49) and out of hospital mortality increased to 35.6% (n-107).

Conclusion :

Coronary artery disease was the single commonest etiology of heart failure in our study. Mortality is higher (52 %) in our study when we compare the mortality in other countries like Spain (Ferran Pons et.al) where they reported a mortality of around 30 % for 3 years and in Europe (Rotterdam study) they reported a mortality rate of 41% for 5-years .

RELATIONSHIP BETWEEN SERUM THYROID STIMULATING HORMONE AND BODY MASS INDEX IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM AND ISCHEMIC HEART DISEASE

Muneer.A.R(1), Suman.O.S(1), Biji.S(2), Vijayaraghavan.G(1), Kalyagin.A.N(3)

Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India (1)

Meditrina Hospital, Kottarakkara, Kollam, Kerala, India (2)

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia (3)

Aim & Objectives:

Hypothyroid patients present clinically with a myriad of symptoms and signs which are nonspecific. Hypothyroidism is known to be associated with atherosclerosis and ischemic heart diseases. Obesity is increasingly being identified as a major epidemic today raising worldwide health concerns. Relationship between thyroid profile and body mass measures including body mass index (BMI) has previously been studied but not well understood. Aim of this study was to investigate any possible relationship between serum thyroid stimulating hormone (TSH) with body mass index (BMI) in hypothyroid adults with ischemic heart disease.

Materials and Methods: The study included 100 patients with newly detected hypothyroidism [n-24(24%)] and old uncontrolled hypothyroidism [n-76(76%)] with ischemic heart disease, who were admitted in a tertiary care centre over a period of three years. Patients were divided into four groups based on BMI(Kg/m²) value: normal (BMI < 25), overweight (25 < BMI < 30), obese (30 < BMI < 35), and morbidly obese (BMI > 35). Normal values with the corresponding units were listed for TT3 (0.6–1.65ng/mL), TT4 (4.4–11.0g/dL), FT3 (2.1–3.8pg/mL), FT4 (0.7–1.7ng/dL), and TSH (0.25–5.0IU/mL), respectively. We looked into the relationship between serum thyroid stimulating hormone and body mass index in each group.

Results: Among the study population, 76(76%) patients were with previous history of uncontrolled hypothyroidism and 24(24%) were newly diagnosed. In BMI <25 group 13 were males(28.88%) and 15 were females(27.27%), in overweight group (25<BMI<30) 28 were males(62.22%) and 32 were females(58.18%), in obese group (30<BMI<35) 2 were males(4.44%) and 6 were females(10.90%) and in morbidly obese group (BMI>35) 2 were males (4.44%) and 2 were females(3.63%). Maximum serum TSH value in BMI<25 group was 15 IU/mL and minimum value was 8 IU/mL; maximum serum TSH values in overweight group (25<BMI<30) was 57 IU/mL and minimum value was 21 IU/mL; maximum serum TSH value in obese group (30<BMI<35) was 78 IU/mL and minimum value was 33 IU/mL; maximum serum TSH value in morbidly obese group (BMI>35) was 102 IU/mL and minimum value was 64 IU/mL.

Conclusion: In our study we found a significant relationship in serum TSH with BMI. Serum TSH increased as BMI increased. Further large scale multicenter studies are needed to enlighten us on its clinical implications.

SPECKLE-TRACKING ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ АССИМЕТРИЧНО ГИПЕРТРОФИРОВАННОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.

Малов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский Государственный Медицинский Университет, Казань, Россия

Целью исследования является количественная ультразвуковая оценка функции миокарда ЛЖ путем анализа движения спеклов, выявленных на обычных 2-мерных сонограммах. Speckle-tracking предоставляет данные о недоплерографической, угол-независимой количественной деформации миокарда левого желудочка. Известно, что у пациентов с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГЛЖ), данная технология позволяет выявлять ранние стадии значительных нарушений всех компонентов деформации миокарда (продольной, циркулярной и радиальной), а ухудшение фракционного сокращения стенок циркулярных волокон предшествует снижению фракции выброса левого желудочка и клинике ХСН.

Материал и методы Сформирована группа из 35 пациентов, характеризующихся ассиметричной ГЛЖ полиэтиологического генеза с сохранной фракцией выброса ($ФВ_{min}=55\%$; $ФВ_{med}=67\%$; $percentиль25\%=62\%$; $percentиль75\%=65\%$ $ФВ_{max}=72\%$), с выделением подгрупп с преимущественной гипертрофией апикального, апикально-бокового (5 пациентов); нижнего, ниже-перегородочных (12 пациентов); бокового, передне-бокового (18 пациентов) сегментов согласно 17 сегментарной модели левого желудочка АНА по результатам стандартной двухмерной эхокардиографии на ультразвуковой системе Vivid E9 (GE, Healthcare) в двухмерном режиме по стандартной методике из апикальной позиции с использованием матричного секторного фазированного датчика M5S (1,5-4,6 MHz). Для количественной оценки продольной деформации (Global Longitudinal Strain — GLSAvg), использовались полученные сонограммы двух и четырехкамерной позиции во время задержки дыхания со стабильной ЭКГ картиной. Анализируемая поверхность эндокарда ЛЖ определялась вручную по двухкамерной позиции у верхушки с помощью подхода "point-and-click", программным путем автоматически область делилась на 6 сегментов (базальный/средний/апикальный задние; базальный/средний/апикальный передние), с построением кривых деформации для выбранного миокардиального сегмента. Расчет глобальной деформации ЛЖ в продольном направлении производился автоматически. Кроме того, оценивали деформацию в каждом из 17 сегментов ЛЖ. Анализ позволил получить данные о глобальной продольной деформации с топографическим представлением bull's-eye.

Результаты Пределы нормы GLSAvg ($-18,0\%$ и менее по рекомендациям ASE 2015 г.) наблюдалась у 28 ($GLSAvg=-21,3\%\pm 1,7$) ($M\pm SD$), снижение глобальной деформации ЛЖ (более -18%) было выявлено у 7 пациентов ($GLSAvg=-13,3\%\pm 1,5$). При сопоставлении данных регионарной деформации на топограммах bull's-eye, у всех пациентов локально гипертрофированным сегментам соответствовали сегменты с изолированным снижением пикового систолического стрейна (PSS Mid) до $9\%\pm 2,4$.

Выводы полученные данные свидетельствуют о достоверно более низких значениях регионарной продольной деформации PSS Mid в локальной гипертрофированных сегментах у пациентов с ассиметричными формами ГЛЖ. Наряду с оценкой GLSAvg, speckle-tracking анализ дает возможность выявлять и оценивать нарушения сегментарной деформации гипертрофированных сегментов.

АНАЛИЗ ВРЕДНЫХ УСЛОВИЙ ТРУДА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНЫХ ДОРОГАХ

Леушина Е.А., Сатюкова О.А.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Киров, Россия

Цель: Провести анализ вредных условий труда у пациентов с гипертонической болезнью, работающих на ОАО «Российские железные дороги» («РЖД») на станции Киров.

Методы исследования: Проведено проспективное исследование на базе НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров» ОАО «РЖД». Было изучено 30 человек, средний возраст которых составил 53±9,6 год. Из них, женщины составили – 23%, мужчины – 77%. Со всем участникам исследования был проведен опрос о вредных условиях труда на железной дороге.

Полученные результаты: В ходе исследования выявлено что встречались следующие вредный факторы труда-температура воздуха (жара/холод) в 63,3% случаев, влажность, скорость движения воздуха в 26,6 % случаев, магнитное поле в 56,6%, вибрация в 46,6% случаев, тяжелая физическая нагрузка в 36,6%, производственный шум у 63,3%, вдыхание аэрозолей/паров в 36,6% случаев, отсутствие/недостаточность должного естественного освещения в 36,6%, искусственный свет у 46,6%, ненормированный рабочий день встречался в 50,0% случаев, наличие ночных смен у 60,0%, длительность смены более 8 часов □ в 86,6%, отсутствие регламентированных перерывов во время работы □ в 53,3% случаев, нерегулярное питание у 70,0%, повышенная концентрация внимания в 66,6%, высокая ответственность в работе и значимость ошибки в 93,3% случаев,

Риск для собственной жизни, связанный с исполнением обязанностей у 50,0% человек, ответственность за безопасность других людей в 83,3%, интеллектуальные нагрузки (восприятие сигналов и их оценка/степень сложности задания/характер выполняемой работы) в 63,3% случаев.

Выводы: Таким образом, в ходе исследования выявлено, что у пациентов с диагнозом гипертоническая болезнь, работающих на ОАО «РЖД» чаще встречаются высокая ответственность в работе и значимость ошибки, длительность смены более 8 часов, ответственность за безопасность других людей, нерегулярное питание, повышенная концентрация внимания, температура воздуха (жара/холод), производственный шум, интеллектуальные нагрузки, наличие ночных смен. Данные условия труда наиболее способны повышать риск развития гипертонической болезни у работников ОАО «РЖД», следовательно необходим более тщательный скрининг работников на наличие сердечно-сосудистой патологии.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПЕРВОЕ СООБЩЕНИЕ)

Медовщиков В.В., Калиева С.С., Казиева А.А., Айназаров А.Ж., Амиржанова А.Г., Телибекова Д.С.

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

Острый коронарный синдром (ОКС), не смотря на наличие четких алгоритмов диагностики и лечения, остается актуальной проблемой современной медицины. Важным вопросом остается диагностика ОКС без подъема сегмента ST на догоспитальном этапе.

Цель. Проанализировать обращаемость пациентов в приемный покой кардиологического отделения с направительным диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST».

Материалы и методы. Ретроспективное исследование проводилось на базе кардиологического отделения медицинского центра Западно-Казахстанского медицинского университета имени Марата Оспанова (ЗКГМУ). В исследование включались все пациенты, доставленные/обратившиеся в приемный покой кардиологического отделения с направительным диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST» в период с января по март 2016 года. Проводился анализ журналов приема больных и отказа в госпитализации. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS Excel 2010.

Результаты и заключение. Всего в приемный покой кардиологического отделения ЗКГМУ за изучаемый период обратилось 529 человек, из них с направительным диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST» – 257. Госпитализировано (группа 1) было 119 пациентов (73 мужчины и 46 женщин), отказано в госпитализации в связи с исключением острой кардиологической патологии или перенаправлено в другой профильный стационар (группа 2) 138 пациентов (76 мужчин и 62 женщины). Средний возраст группы 1 у мужчин составил $61,9 \pm 12,3$ года, у женщин – $68,6 \pm 11,1$ лет. Средний возраст среди группы 2 у мужчин составил $54,2 \pm 11,2$ года, у женщин – $59,1 \pm 15,3$ лет. Скорой помощью в группе 1 было доставлено 95 пациентов (79,8%), из городских поликлиник и других больниц – 21 (17,6%), из районов области – 3 (2,6%). В группе 2: скорой помощью – 97 пациентов (70,3%), из городских поликлиник и других больниц – 37 (26,8%), из районов – 4 (2,9%). Авторы продолжают изучать данную проблему. Вопросы дифференциальной диагностики, как на этапе скорой помощи, так и на уровне поликлиник и других стационаров, требуют подробного изучения.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леушина Е.А., Чичерина Е.Н.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Киров, Россия

Цель: Оценить результаты показателей эхокардиографии (ЭХОКГ) у пациентов с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: Проведено проспективное исследование, обследовано 60 пациентов с АГ, сочетанной с патологией желудка, 40 мужчин и 20 женщин, находившихся на лечении в терапевтической клинике. Контрольная группа – 30 человек с АГ, без гастропатологии. Средний возраст в группах составил 46,9±2,2 и 42,9±1,8 года (p<0,05). Группы сопоставимы по полу. При статистической обработке использовался критерий Манна–Уитни.

Полученные результаты: При оценке результатов ЭХОКГ у пациентов в основной и контрольной группах выявлены: стенка правого желудочка, мм-4,0 [3,95;4,45] и 4,1 [3,9;4,5] (p=0,91) соответственно, конечно-диастолический размер левого предсердия, мм- 40,0 [38,0;41,0] и 37,5 [36,0;38,0] (p=0,0001) соответственно, конечно- диастолический размер левого желудочка, мм- 48,0 [46,0;50,0] и 46,0 [46,0;48,0] (p=0,047) соответственно, межжелудочковая перегородка, мм- 11,6 [10,8;12,0] и 9,55 [9,0;11,0] (p=0,000023) соответственно, задняя стенка левого желудочка, мм- 11,0 [10,0;12,0] и 9,9 [9,4;10,2] (p=0,000326) соответственно, фракция выброса левого желудочка по Тейхольцу, %-69,0 [66,8;70,4] и 70,0 [66,9;71,2] (p=0,162) соответственно, фракция укорочения, %-39,0 [37,0;40,0] и 39,1 [37,1; 40,0] (p=0,769) соответственно, конечно- диастолический объем левого желудочка, мл- 105,0 [97,7;117,5] и 98,4 [97,7;108,1] (p=0,110) соответственно, конечно-систолический объем левого желудочка, мм-33,8 [30,1;40,7] и 32,9 [29,2;37,2] (p=0,154) соответственно, масса миокарда левого желудочка, г- 200 [173,8;228,5] и 149,1 [144,0;178,0] (p=0,000164) соответственно, индекс массы миокарда левого желудочка, г/м² 104,0 [89,1;112,7;] и 87,4 [81,4;93,2] (p=0,000049) соответственно, ОТС- 0,47 [0,44; 0,49] и 0,40 [0,4; 0,44] (p=0,43) соответственно, время изоволюметрического расслабления левого желудочка, сек-87,0 [75,0;96,0] и 75,0 [75,0;88,0] (p=0,000003) соответственно, пики E/A-1,05 [0,7;1,28] и 1,18 [0,79; 1,62] (p=0,03) соответственно, DTe, мс-200,0 [183,0;218,0] и 169,0 [167,0;204,0] (p=0,0079) соответственно, систолическое давление в легочной артерии, мм.рт.ст.-26,0 [24,5;30,0] и 26,6 [24,6;27,6] (p=0,45) соответственно, среднее давление в легочной артерии, мм.рт.ст. - 18,0 [15,8;19,0] и 17,2 [13,7;19,0] (p=0,18) соответственно.

Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с патологией верхних отделов ЖКТ и артериальной гипертонией отмечено достоверное снижение диастолической функции левого желудочка. Установлено достоверное удлинение времени изоволюметрического расслабления левого желудочка и больший конечно-диастолический размер левого предсердия в 1 группе, по сравнению с пациентами 2 группы, что свидетельствует о прогрессировании диастолической дисфункции.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Абдульянов И.В.(1), Абдрахманова А.И.(2)

ГАУЗ Межрегиональный клиничко - диагностический центр, Казань, Россия (1)

Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия (2)

Цель: анализ результатов хирургического лечения выраженного стеноза аортального клапана с низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Методы исследования: в исследование вошли 38 пациентов, с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ ЛЖ 40%) и максимальным трансклапанным градиентом более 40 мм.рт.ст. на фоне аортального стеноза различной этиологии. У пациентов изучалось изменения функциональных параметров сердца после протезирования аортального клапана в условиях ИК. Всем проводилось ЭХОКГ исследование, включавшее в себя комплексное 2D и доплеровское исследование сердца до операции и через 3 месяца после операции. Также всем пациентам проводилась селективная коронарография. Гемодинамически значимый стеноз коронарных артерий был определен как сужение диаметра просвета сосуда одного или нескольких коронарных артерий 70%, или сужение просвета ствола левой коронарной артерии 50%.

Ожидался высокий риск операции, по Euroscore II, в среднем от 4 до 5%, средний балл составил $5,8 \pm 2,4$. Основными факторами высокого риска были низкий сердечный выброс, легочная гипертензия и класс сердечной недостаточности.

Полученные результаты: Госпитальная летальность составила 0%. После операции по данным ЭХОКГ ФВ ЛЖ, в общей группе увеличилась с $36,3 \pm 4,1$ до $39,7 \pm 6,3\%$ ($p=0,003$), послеоперационная ФВ ЛЖ варьировала от 28 до 49%. Средний трансклапанный градиент на искусственном клапане составил $27,3 \pm 10,7$ мм.рт.ст., что отразилось на увеличении сердечного выброса (СВ) и сердечного индекса (СИ) ($p005$), но у 4(10,5%) пациентов отмечался низкий СИ (менее 2 л/мин/м²). Также произошло уменьшение толщины межжелудочковой перегородки (МЖП) в среднем на 15% ($p0,01$). Ликвидация аортального стеноза привело к уменьшению давления в малом круге кровообращения и как результат снижение давления в легочной артерии ($p0,01$). Линейные размеры ЛЖ, по данным ЭХОКГ, также уменьшились, причем КДР уменьшился более значительно с $5,7 \pm 0,8$ см. до $5,2 \pm 0,6$ см. ($p=0,04$).

Выводы: пациенты с низкой ФВ ЛЖ и выраженным аортальным стенозом имеют потенциальный клинический эффект после операции с возможным отсутствием летальности. Хирургическое лечение данных пациентов показывает хорошие результаты в отличие от предлагаемой стратификации риска операции.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ГЕНОТИПАМИ CYP3A5.

Сычев Д.А.(1), Ших Н.В.(2), Гришина Е.А.(1), Калле Е.Г.(1), Рыжикова К.А.(1), Морозова Т.Е.(2)

**Российская Медицинская Академия Непрерывного Образования, Москва, Россия (1)
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия (2)**

Анализ эффективности и безопасности амлодипина у больных у больных артериальной гипертензией с различными генотипами CYP3A5.

Цель исследования: Изучить показатели эффективности и безопасности амлодипина у больных артериальной гипертензией (АГ) с различными генотипами CYP3A5.

Материалы и методы: Проводилась оценка параметров эффективности и безопасности амлодипина в суточной дозе 5 мг у 100 больных АГ I-II ст. (м.-36, ж.-64) в возрасте от 47 до 73 лет (ср. возраст 53±4 года); АГ I ст.-28 б-х, АГ II ст. у 72 б-х. в зависимости от полиморфизма гена CYP3A5. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Контроль эффективности включал общеклинические методы исследования и измерение АД офисным методом. Антигипертензивную эффективность считали отличной при снижении АД<140/90 мм рт. ст.; хорошей при снижении АД >10 мм рт. ст., но не до 140/90 мм ртст.; удовлетворительной при снижении АД <10 мм рт. ст.; неудовлетворительной при отсутствие динамики АД. Контроль безопасности амлодипина проводили по данным опроса, осмотра больных, а также по результатам анкетирования. Генотипирование по полиморфному маркеру A6986G гена CYP3A5 проводили методом полимеразной- цепной реакции.

Результаты: Были выявлены следующие генотипы по полиморфному маркеру A6986G: генотип AG у 9 пациентов, GG - у 91 пациента, AA - 70 пациентов. Исходное АД составило 147/90 мм рт. ст. У больных с генотипом AG отличная антигипертензивная эффективность не достигнута, хорошая отмечена у 7 больных (78%), удовлетворительная - у 2 больных (22%); с генотипом GG - отличная эффективность у 33 больных (36%), хорошая у 26 больных (29%), удовлетворительная у 32 больных (35%). По данным офисного измерения АД снижение систолического АД составило у больных с генотипом AG 9,25±3,16 мм рт. ст. GG 7,89±3,39 мм рт.ст.; диастолического АД 9,11±4,08 мм рт. ст.; и 9,11±4,08 мм рт. ст. соответственно (p<0,05 во всех случаях). Отличная переносимость амлодипина была у 78 больных (78%), хорошая – у 8 больных (8%), удовлетворительная - 14 больных (14%).

Частота развития неблагоприятных побочных реакций (НПР) составила при генотипе AG 44% (4 б-х), при генотипе GG - 11% (10 б-х).

Вывод: Комплексный анализ суммарных показателей эффективности и переносимости амлодипина у больных АГ I-II степени в зависимости от генотипа по полиморфному маркеру A6986G гена CYP3A5 показал, что наиболее высокая антигипертензивная эффективность имеет место у больных с генотипом AG по полиморфному маркеру A6986G гена CYP3A5, тогда как у больных с генотипом GG – наиболее низкая антигипертензивная эффективность и меньшее число НПР.

АНГИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ: РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евсевьева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсов С.Г.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: оценить выявление случаев повышенного сосудистого возраста (СВ) в молодёжной популяции во взаимосвязи с различными факторами риска (ФР).

Материал и методы: обследовано 55 юношей и 94 девушки из числа студентов СтГМУ возрасте от 19 до 24 лет в рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья». Исследовали сосудистую ригидность с помощью программно-диагностического комплекса (ПДК) VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO., LTD, Япония), который позволяет оценить принципиально новый показатель жёсткости - сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI слева (L) и справа (R). определяли также сосудистый возраст. По результатам описанного инструментального обследования выделяли лиц с повышенным значением показателя CAVI 7,0. В указанных группах анализировали встречаемость основных ФР и наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Результаты. Из 55 студентов лиц с повышенным уровнем CAVI 7 среди юношей оказалось по CAVI-R 6 человек или 10,9% и по CAVI-L 7 человек или 12,7%. Среди девушек с указанным уровнем обследуемого показателя выявлено по CAVI-R 3 человека или 3,2% и по CAVI-L 6 человек или 6,4%. Носители такого высокого индекса CAVI отличались сосудистым возрастом на уровне 40-44 лет. Представляют интерес данные индивидуального анализа конкретных случаев с самыми высоким значением СВ. Так, среди носителей преждевременного старения выявлен юноша 21 года с индексом CAVI-R 7,7 и CAVI-L 7,9. Оказалось, что все основные ФР у этого юноши находятся в пределах допустимого или отсутствуют вовсе, кроме одного – курения. Этот фактор выражен достаточно значительно, т.к. начал он курить в возрасте 11-12 лет и при этом ежедневно использовал по 1,5 пачки сигарет в сутки. Но несмотря на это юноша бросил курить после описанного сосудистого скрининга по причине сильного мотивационного воздействия самого обследования. Другой случай касается юноши 24 года лет с наличием CAVI-R 7,6 и CAVI-L 7,8, который имел достаточно благоприятный профиль традиционных ФР, но при этом отличался наличием признаков ДСТ в виде соответствующего фенотипа (число внешних стигм более 10, рост 173см, вес 53кг, ИМТ 17,7кг/м²), склонности к келлоидным рубцам, четырёх пневмотораксов в анамнезе начиная с 18 лет (удалена верхняя доля правого лёгкого) и пролапса митрального клапана гемодинамически незначимого. С другой стороны, среди лиц с неповышенным сосудистым возрастом и показателем CAVI-R 5,6 и CAVI-L 6,0 оказался юноша 23 лет с верифицированным с 14 лет диагнозом наследственной гиперхолестеринемии IIa типа. Но при этом он принимает аторвостатин дозе 10мг в течение девяти лет. В анамнезе – смерть отца от инфаркта миокарда в возрасте 35 лет и смерть брата от мозгового инсульта в возрасте 30 лет. Липидограмма – ОХ 5,23; ЛПНП 4,04; ЛПВП 0,8; ТГ 0,84 ммоль/л и КА 6,5. Выводы. Включение ангиологического скрининга в процесс проведения студенческой диспансеризации позволяет в значительной степени дополнить традиционную схему формирования групп СС риска применительно к молодёжной популяции. Поэтому следует стремиться к более широкому внедрению указанной технологии ангиологического скрининга для целей оптимизации модели массовой диагностики среди учащейся молодёжи.

АНТИПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Бутхашвили М.И, Гордеев М.Л., Митрофанова Л.Б., Абесадзе И.Т., Алугишвили М.З., Панов А.В.

ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова Минздрава РФ. Санкт-Петербург, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования - оценка влияния высокодозной терапии аторвастатином на пролиферативные процессы в большой подкожной вене у пациентов с ишемической болезнью сердца при коронарном шунтировании.

Материалы и методы. Обследовались проксимальные и дистальные фрагменты v.saphena 62 пациентов, подвергшихся аортокоронарному шунтированию. Все больные, которым планировалась хирургическая реваскуляризация миокарда, были разделены на две равные группы: 31 больной группы контроля принимала симвастатин в дозе 20 мг/сутки; 31 больной основной группы принимали аторвастатин в максимально разрешенной дозе 40 мг/сутки. Залитые в парафин препараты окрашивались гематоксилином с эозином, по ван Гизону и Харту. Гистологическое исследование включало оценку 23 признаков, морфометрию. Для иммуногистохимического исследования использовались антитела к Ki-67 – наиболее изученному биомаркеру пролиферативной активности клеток.

Результаты. Гиперплазия интимы образцов вен в контрольной группе пациентов наблюдалась в 90,3% случаев, в 80% случаев – пролиферация эндотелия vasa vasorum. Морфометрические показатели венозных анастомозов в группе пациентов, получающих аторвастатин 40 мг/сутки, не отличались от показателей больных в контрольной группе. Вместе с тем, установлена достоверная разница между группами по показателю десквамации эндотелия (48,4% случаев в контрольной группе и 16,7% - в основной, $P < 0,05$). В контрольной группе у 61,3% мышечный каркас вен был усилен наличием продольных слоев гладкомышечных клеток (ГМК) в интимае, а у 67,7% – в адвентиции. Аналогичные показатели оказались в основной группе пациентов. Вместе с тем, установлены достоверные отличия по слоистости ГМК меди у пациентов, получающих высокодозную терапию аторвастатином. У большинства больных контрольной группы количество слоев ГМК венозного кондуита составило 10-19 (в среднем $12,23 \pm 2,76$), в то время как в основной группе - до 9 (в среднем $7,15 \pm 2,04$). При проведении иммуногистохимического анализа по показателю Ki-67 обнаружена относительно более низкая пролиферативная активность как клеток эндотелия ($4,8 \pm 0,04$ и $3,4 \pm 0,03$ соответственно), так и ГМК ($7,48 \pm 0,06$ и $3,98 \pm 0,02$ соответственно) в группе пациентов, получавших аторвастатин.

Выводы. Аторвастатин в дозе 40 мг/сутки в течение 4-х недель приводит к снижению индекса пролиферации в эндотелиоцитах и ГМК участков большой подкожной вены, используемых для аорто-коронарного анастомоза, что сопровождается уменьшением десквамации эндотелия интимы вен и слоистости ГМК меди.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ В ОЦЕНКЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ)

Мамутов Р.Ш., Нагаева Г.А., Аминов А.А., Абидова Д.Э.

**АО «Республиканский специализированный центр кардиологии» МЗ РУз, Ташкент,
Узбекистан**

Цель: Провести сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей в когорте больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и/или острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от наличия или отсутствия артериальной гипертензии (АГ) (данные регистра РОКСИМ-Уз).

Материал и методы: Материалом исследования явилась созданная в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ОИМ база анкетных данных пациентов одного из районов г. Ташкента, госпитализированных в соответствующие ЛПУ с диагнозом ОКС/ОИМ (по данным службы «03» и/или семейных поликлиник), или умерших от этой патологии (по данным бюро СМЭ и ЗАГС) за 1 (2015) календарный год. Для оценки клинических параметров были выделены 2 группы: 1 гр. – 47 респондентов без АГ (группа контроля) и 2гр. – 385 человек с наличием АГ различной степени выраженности.

Полученные результаты: Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Анализ вредных привычек не выявил существенных различий между группами (все $p > 0,05$). Достоверные, но несколько парадоксальные, различия были выявлены при оценке показателей липидного спектра крови. А именно, количество лиц с гиперхолестеринемией оказалось выше в 1,5 раза среди пациентов 1гр., т.е. без АГ, что подтверждалось цифровыми показателями в анализах крови. Тем не менее, средний уровень триглицеридов у больных без АГ оказался в 1,5 раза ниже, чем в группе сравнения.

Анализ основных ЭКГ-изменений при ОКС/ОИМ в исследуемых группах пациентов выявил, что для лиц с АГ наиболее характерными являются депрессия ST-сегмента (35,6% - во 2гр. vs 25,5% - в 1гр.; $p=0,228$; $2=1,455$) и инверсия з.Т без ST-смещений (16,3% - во 2гр. vs 8,5% - в 1гр.; $p=0,234$; $2=1,418$), в то время как ST-элевация отмечалась менее чем в 15% случаев.

Выводы: Липидный спектр больных ОКС/ОИМ коморбидных с артериальной гипертензией характеризовался гипертриглицеридемией и относительно сохранными значениями уровня общего холестерина крови, при этом на ЭКГ чаще фиксировались явления депрессии ST-сегмента и инверсия зубца Т, нежели ST-элевация.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РОКСИМ-УЗ

Мамутов Р.Ш., Аминов А.А., Нагаева Г.А., Алиева З.Х., Мун О.Р.

АО «Республиканский специализированный центр кардиологии» МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: Артериальная гипертензия (АГ), как коморбидное состояние у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) (по данным регистра РОКСИМ-Уз).

Материалом исследования явилась созданная в соответствии с разработанным протоколом регистра ОКС/ОИМ база анкетных данных пациентов одного из районов г. Ташкента, госпитализированных в соответствующие ЛПУ с диагнозом ОКС/ОИМ (по данным службы «03» и/или семейных поликлиник), или умерших от этой патологии (по данным бюро СМЭ и ЗАГС) за 1 (2015) календарный год. Для оценки клинических параметров были выделены 2 группы: 1 гр. – 47 респондентов без АГ (группа контроля) и 2гр. – 385 человек с наличием АГ различной степени выраженности.

Полученные результаты: Группы были сопоставимы по возрасту и полу, а также росто-весовым параметрам. Тем не менее, распределение лиц по весовой категории установило некоторые различия. А именно, в группе с АГ количество больных с избыточным весом оказалось больше, чем в группе контроля ($p=0,019$; $2=5,520$). Обращает на себя внимание то, что в группе с АГ, количество пациентов с нормальным весом в 2 раза было меньше, чем в контрольной группе, а ожирение 3 степени встречалось в 5 раз реже, чем в 1гр.

Из сопутствующих нозологий наличие СД 2 типа среди лиц контрольной группы имело место у 2 (4,3%), а среди больных с АГ – у 134 (34,8%) человек, при этом средний уровень глюкозы крови в 1гр.= $5,8\pm 2,6$ ммоль/л и во 2гр.= $6,3\pm 2,9$ ммоль/л ($p>0,05$). Оценка уровня глюкозы крови непосредственно у пациентов с СД показала, что в группе с АГ данный показатель оказался равным $8,4\pm 3,5$ ммоль/л, что на $0,7$ ммоль/л было выше, чем в 1гр. ($p>0,05$).

Анализ анамнестических данных показал, что во 2гр. преобладали лица с перенесенным инфарктом миокарда (33,2% vs 8,5%, соответственно во 2 и 1 группах; $p=0,000$ и $2=10,941$). Также АГ достоверно чаще сопровождалось развитием хронической сердечной недостаточности (53,3% vs 23,4%, соответственно во 2 и 1 группах; $p=0,000$ и $2=13,751$). Перенесенные чрескожные вмешательства или аортокоронарное шунтирование пациенты с АГ отмечали в 7,3% и 3,1% случаях, в то время как в группе контроля аналогичные показатели составили 8,5% и 0% ($p>0,05$). Наличие стенотических сужений $>50\%$ в венечных сосудах в 1группе было выявлено у 4,3% пациентов, а во 2группе – у 7,8% респондентов ($p>0,05$). При индивидуальной беседе осведомленность пациентов об острой коронарной патологии была установлена в 53,5% случаев у лиц с АГ и в 38,3% - в группе контроля ($p=0,069$; $2=3,295$).

Выводы: При ОКС/ОИМ сопутствующие коморбидные состояния, такие как ожирение 1-2 ст., перенесенный инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность и сахарный диабет 2 типа, явились прерогативой лиц с наличием артериальной гипертензии и, соответственно, характеризовались бльшим количеством больных со стенотическими $>50\%$ сужениями венечных артерий.

АССОЦИАЦИИ ВАРИАБЕЛЬНЫХ САЙТОВ ГЕНОВ TLR1 И TLR6 С ТЯЖЕСТЬЮ ПРОЯВЛЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА И РАЗВИТИЕМ ОСТРЫХ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Жидкова Ирина Игоревна, Жидкова Ирина Игоревна, Понасенко Анастасия Валериевна, Хуторная Мария Владимировна, Кутихин Антон Геннадьевич, Барбараш Ольга Леонидовна

**Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (г. Кемерово), Кемерово, Россия**

Ассоциации переменных сайтов генов TLR1 и TLR6 с тяжестью проявлений атеросклероза и развитием острых сосудистых событий у пациентов со стабильной формой ишемической болезни сердца.

Жидкова И.И., Понасенко А.В., Хуторная М.В., Кутихин А.Г., Барбараш О.Л.

Федеральное Государственное Бюджетное Научное Учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», ул. Сосновый бульвар 6, 650002, г. Кемерово, Россия.

Цель исследования: Определить ассоциации аллельных вариантов генов рецепторов врожденного иммунитета [TLRs (Toll-like receptors)] с ранним дебютом ишемической болезни сердца (ИБС), развитием мультифокального атеросклероза (МФА), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, инфарктом миокарда (ИМ) у пациентов со стабильной формой ИБС.

Методы исследования: в исследование включены 292 пациента, подвергшиеся аортокоронарному шунтированию на базе НИИ КПССЗ, г. Кемерово в 2011-2012 гг. Для оценки ассоциаций полиморфизма генов с временем дебюта выделены две группы: пациенты с дебютом ИБС в возрасте старше 55 лет, [115 (39,38%) человек] и пациенты с дебютом ИБС в возрасте 55 лет и моложе [177 (60,62%) человек]. Оценка ассоциаций с развитием МФА была произведена при разделении пациентов в зависимости от наличия у 253 человек (86,64 %) и отсутствия у 39 (13,36%) лиц поражения нескольких сосудистых бассейнов. Для анализа ассоциаций геномных предикторов и развития ОНМК в одну группу включен 261 (89,38%) пациент, не имеющий анамнестических данных о перенесенных ОНМК, в другую 31 (10,62%) пациент с наличием ОНМК. Для ассоциативного анализа с рисками ИМ разделение по группам основывалось на имеющемся в анамнезе ИМ - 224 (76,71%) пациентов и отсутствием у 68 (23,29%) лиц. Материалом служили образцы геномной ДНК. Выделение производилось методом фенол-хлороформной экстракции из цельной венозной крови. Генотипирование проводили по технологии TaqMan в формате RT-PCR, по протоколу производителя. Исследовали 8 аллельных вариантов 4 генов системы TLRs: TLR1 (rs5743551 и rs5743611), TLR2 (rs3804099 и rs5743708), TLR4 (rs4986790 и rs4986791), TLR6 (rs3775073 и rs5743810). Математическая обработка проводилась при помощи программы SNPStats. Для оценки риска, предоставляемых определенными аллелями или генотипами, высчитывали отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (95%ДИ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Распределение частот генотипов во всех группах соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Аллель С (rs5743551) TLR1 ассоциирован с повышенным риском развития более раннего начала ИБС (в возрасте 55 лет и моложе) (ОШ=1,71, 95% ДИ=1,01–2,90, $p=0,046$); с повышенным риском развития МФА (ОШ= 2,38, 95% ДИ=1,09–5,20, $p=0,017$). Генотип С/Т (rs5743551) TLR1 ассоциирован с увеличением риска развития ОНМК по ишемическому типу (ОШ=2,33, 95% ДИ=1,09–4,97, $p=0,031$). Аллель С (rs3775073) TLR6 ассоциирован с повышенным риском развития МФА (ОШ=2,40, 95% ДИ=1,20–4,79, $p=0,014$). Т/С генотип (rs3775073) TLR6 ассоциирован с повышенной вероятностью развития ИМ в возрасте 55 лет и моложе (ОШ=3,17, 95% ДИ=1,08–9,27, $p=0,047$).

Заключение: Таким образом, результаты настоящего исследования продемонстрировали связь генов рецепторов врожденного иммунитета с неблагоприятным течением атеросклероза и развитием его осложнений у пациентов со стабильной ИБС, что доказывает участие рецепторного аппарата иммунной системы в процессах

атерогенеза.

АССОЦИАЦИИ ИНВЕРСИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТРАЖЕНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Кожокарь К. Г.(1), Урванцева И. А.(1), Николаев К.Ю.(2)

БУ ХМАО-Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Ханты Мансийский автономный округ, Россия (1)

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», Новосибирск, Россия (2)

Цель исследования. Изучение ассоциаций инверсий эмоционального отражения с тяжестью течения острого коронарного синдрома у лиц, проживающих в условиях Севера.

Материалы и методы. Обследовано 269 пациентов (женщины $n=57$, мужчины $n=212$) с острым коронарным синдромом, средний возраст $56,0 \pm 6,1$ лет (45-64 лет). Выполнялся комплекс диагностических исследований и анкетирование пациентов по специально разработанному опроснику, состоящему из общих вопросов, теста «AUDIT»; оценки психологического состояния личности.

Результаты. Уровень эмоциональной поддержки достоверно выше в группе пациентов с низкой и умеренной частотой инверсий $37(33;41)$, $p<0,01$. Проявление алекситимии коррелирует с развитием инфаркта миокарда у пациентов с высоким уровнем инвертированности ($r=0,26$, $p<0,05$). Обнаружены ассоциации низкого уровня инструментальной поддержки, низкого уровня общего показателя социальной поддержки с развитием инфаркта миокарда в группе лиц с высокой частотой инверсий эмоционального отражения ($r=0,30$, $p<0,05$ и $r=0,30$, $p<0,05$). Выявлены прямые ассоциации ситуативной тревожности с тяжестью поражения коронарного русла по шкале SYNTAX ($r=0,26$, $p<0,05$) и вероятной госпитальной летальностью по шкале Grace ($r=0,41$, $p<0,01$) в группе лиц с высокой частотой инверсий. С помощью бинарной логистической регрессии определено, что определяющими факторами высокого уровня инверсий эмоционального отражения являются мужской пол, низкие значения социальной интеграции и общего показателя социальной поддержки ($p<0,05$); другие анализируемые показатели существенно не влияли на вышеуказанную зависимую переменную.

Заключение. Инверсия эмоционального отражения является проявлением острой невротизации личности и может рассматриваться как фактор риска острых коронарных событий у лиц, проживающих в условиях Севера. Определяющими факторами высокого уровня инверсий эмоционального отражения у пациентов с острым коронарным синдромом на Севере являются мужской пол, низкие значения показателей социальной интеграции и социальной поддержки.

АССОЦИАЦИЯ ДИНАМИКИ МАРКЕРОВ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ФИБРОЗА, КАТЕХОЛАМИНОВ С ВЫЖИВАЕМОСТЬЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

**Енина Татьяна Николаевна, Кузнецов Вадим Анатольевич, Солдатова Анна Михайловна,
Петелина Татьяна Ивановна, Криночкин Дмитрий Владиславович, Рычков Александр
Юрьевич**

**Тюменский кардиологический научный Центр, Томский национальный
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Цель: изучить у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) влияние динамики уровня маркеров иммунного воспаления, фиброза, катехоламинов на выживаемость больных с ХСН на фоне сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ).

Материал и методы: У 77 пациентов с имплантированными СРТ-устройствами (средний возраст 55,9±8,2 года; 76,6% мужчин) с ХСН II-IV функционального класса по классификации NYHA (65% ишемического генеза) исходно и в сроке лучшего ответа на СРТ (средний срок лучшего ответа 15,0[7,0; 26,0] месяцев), оцененного по максимальному снижению конечно-систолического объема левого желудочка, были исследованы плазменные уровни N-концевого фрагмента предсердного натрийуретического пептида (NT-proBNP), интерлейкинов (ИЛ) 1, ИЛ-6, ИЛ-10, фактора некроза опухоли (ФНО-), С-реактивного белка (СРБ), галектина-3 (Гал-3), матричной металлопротеиназы 9 (ММР-9), тканевых ингибиторов металлопротеиназ (TIMP-1 и TIMP-4), катехоламинов в суточной моче –адреналина (Адр) и норадреналина (Надр). По динамике уровня маркеров были выделены группы: I гр. – со снижением уровня изучаемого маркера в динамике, II – с увеличением уровня изучаемого маркера в динамике. В группах изучаемых маркеров по методу Каплана-Мейера исследована выживаемость больных. Средний период наблюдения составил 37,9±23,3 мес. (от 1 до 115 мес.).

Результаты: Влияние динамики уровня NTproBNP на выживаемость было недостоверным (p=0,088). Из изучаемых маркеров ХСН достоверное влияние на выживаемость оказывали: динамика уровня ИЛ-6 - выживаемость в группе со снижением в динамике уровня ИЛ-6 составила 91,9% против 62,2% в группе с повышением в динамике уровня ИЛ-6 (p=0,003); Гал-3 – выживаемость в I гр. составила 84,4% и 54,5% во II гр. (p=0,005); Адр. – 96,4% в I гр. и 60% во II гр. (p=0,001); Надр – 95,5% против 70% соответственно (p=0,026).

Выводы: Таким образом, активность процессов иммунного воспаления и фиброза, а также увеличение уровня катехоламинов в динамике на фоне СРТ ассоциированы с худшей выживаемостью больных с ХСН. Динамика уровня Адр оказывает более высоко достоверное влияние на выживаемость больных, чем Надр, что свидетельствует об их неравнозначной роли в генезе ХСН. Изучение динамики маркеров иммунного воспаления, фиброза, катехоламинов может быть полезным в прогнозировании прогрессирования ХСН.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИНА (А) С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Зуева И.Б., Кривонос Д.С., Буч А.В., Урумова Е.Л., Бараташвили Г.Г.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

В последние годы показано, что несмотря на достижение целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) с помощью гиполипидемической терапии сохраняется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Одним из основных факторов, оказывающим влияние на резидуальный риск у пациентов с атерогенной дислипидемией наряду с повышенным уровнем триглицеридов и сниженным уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВ), является липопротеин (а) (Лп (а)).

Цель исследования. Изучить ассоциацию уровня липопротеина (а) и когнитивных нарушений у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. В исследование было включено 52 больных со стабильной ИБС (27 мужчин и 25 женщин) в возрасте $50,61 \pm 4,3$ лет. В зависимости от уровня Лп (а) пациенты были разделены на две группы. Основную группу ($n=27$) (15 мужчин и 12 женщин) составили пациенты, с уровнем Лп (а) более 30 мг/дл. В среднем по группе – $35,12 \pm 8,21$ мг/дл. Контрольную группу ($n=25$) (13 мужчин и 12 женщин) составили пациенты с уровнем Лп (а) (менее 14 мг/дл). В среднем по группе $13,7 \pm 4,64$ мг/дл. Все пациенты получали высокоинтенсивную терапию аторвастатином в дозе 80 мг в сутки. Сравнительный анализ групп не выявил различий по полу, возрасту, показателям липидного обмена, индексу массы тела, объёму талии. Проводилась оценка когнитивных функций методом нейропсихологического тестирования. Количественная оценка когнитивных функций определялась методом когнитивного вызванного потенциала (КВП) с помощью ЭМГ/ВП Nicolet Viking Select.

Результаты. В основной группе были выявлены достоверные изменения в следующих тестах: снижение показателя, отражающего процессы запоминания, сохранения и воспроизведения информации ($p < 0,01$), уменьшение зрительно-моторной скорости ($p < 0,01$), семантической беглости ($p < 0,01$), уменьшение быстроты реакции и способности концентрировать внимание ($p < 0,01$) и снижение процессов ориентировки во времени и пространстве и логической памяти ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой пациентов. Всем пациентам в основной и контрольной группе было выполнено исследование КВП. В основной группе больных с повышенным уровнем Лп (а) по сравнению с контрольной группой определялось достоверное увеличение продолжительности латентного периода ($361,5 \pm 17,2$ и $356,4 \pm 17,0$ мсек, соответственно; $p < 0,05$) и снижение амплитуды КВП ($7,6 \pm 3,1$ и $8,2 \pm 3,8$ мкВ, соответственно; $p < 0,05$).

Заключение. У пациентов с ишемической болезнью сердца и повышенным уровнем Лп (а) отмечается ухудшение когнитивных функций не только по данным нейропсихологического тестирования, но и когнитивного вызванного потенциала. С учетом полученных результатов пилотного исследования необходимо дальнейшее изучение ассоциации Лп (а) и когнитивных функций у пациентов с ИБС.

АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ- А ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Каюмова Гюзелия Хатыбулловна, Разин Владимир Александрович

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. Известный факт, что в основе острого коронарного синдрома заложено сосудистое асептическое воспаление, которое способствует прогрессированию атеросклеротического процесса от стадии формирования атеросклеротической бляшки до развития деструктивных изменений и тромбообразования в просвете коронарной артерии. При этом степень активности сосудистого воспаления - наиболее важная характеристика деструктивных изменений в атеросклеротической бляшке. В связи с этим выявление факторов, которые отражали бы степень активности воспаления, и непосредственно определяли прогноз исхода острого коронарного синдрома – это целенаправленная работа по поиску и изучения новых маркеров острого коронарного синдрома.

Цель сравнительный анализ уровней ассоциированного с беременностью протеина плазмы -А (PAPP-A) и тропонина I в плазме крови у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материал и методы. В исследование были включены 71 пациента с острой коронарной патологией, средний возраст составил $57 \pm 8,5$ лет. В плазме крови у пациентов определяли уровни PAPP-A и тропонина I. Забор крови производился в момент поступления пациента, до верификации окончательного диагноза. Концентрацию PAPP-A определяли методом иммунофлюоресценции («Diagnostic Systems Laboratories», США). Концентрацию тропонина I определяли посредством ИФА тест-системы БиоХимМак. Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «Статистика 8.0».

Результаты. Уровни PAPP-A у 37 пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST составили $27,64 \pm 11,60$, у 34 пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST - $11,02 \pm 7,18$. Концентрации тропонина I при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST - $2,64 \pm 0,48$, при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST - $0,99 \pm 0,08$. Статистический анализ концентраций PAPP-A и тропонина I показал положительную корреляционную связь высокой степени ($r=0,67, p=0,0001$). Таким образом, выражена статистическая взаимосвязь белков деструктивного и некротического процессов острого коронарного синдрома: деструкция атеросклеротической бляшки сопровождается некрозом миокарда.

Заключение. PAPP-A – новый высокочувствительный биохимический маркер сосудистого воспаления и повреждения, который можно применять в неотложной кардиологии, как анализатор нестабильности атеросклеротической бляшки при острой коронарной патологии.

БЕЗОПАСНОСТЬ РЕОЛИТИЧЕСКОЙ ТРОМБЭКСТРАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Малхасьян М.В.(1), Кузнецов В.А.(2), Павлов П.И.(1)

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийск, Россия (1)

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия (2)

Цель. Оценить безопасность применения реолитической тромбэкстракции у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материал и методы. Проанализированы результаты чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у 188 пациентов с первичным ИМпST, которым в качестве методики удаления коронарного тромба применялась реолитическая тромбэкстракция. Использовались две системы реолитической тромбэкстракции-AngioJet 9000 и AngioJet Ultra. Все пациенты получали утвержденную стандартами сопутствующую медикаментозную терапию.

Результаты. Средний возраст больных составил $54,1 \pm 10,7$ года. В структуре сопутствующей патологии основные позиции занимали: артериальная гипертония (73,4%) и сахарный диабет II типа (11,2%). Перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе имели 17% больных, 12,8% пациентов перенесли ранее чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 3,7% - аортокоронарное шунтирование. У половины пациентов (55,9%) диагностирован нижний ИМпST. В состоянии кардиогенного шока было прооперировано 22 (12%) больных. Медиана времени от момента возникновения симптомов до поступления в клинику составляла $222,5 [70;584]$ минуты. Многососудистое поражение коронарных артерий было выявлено у 32,4% больных. Основными инфаркт-связанными артериями являлись передняя межжелудочковая (38,3%) и правая коронарная (43,6%) артерии. Полная тромботическая окклюзия коронарной артерии имела место в 77,4% случаев. Медиана времени от момента поступления пациентов в стационар до восстановления коронарного кровотока составила $41,5 [30;60]$ минуты. Непосредственный ангиографический успех достигнут в 90,4% случаев. Медиана продолжительности ЧКВ составила 60 [50;80] минут. Осложнения ЧКВ были зарегистрированы в 3 (1,6%) случаях. Жизнеугрожающие аритмии во время ЧКВ возникали у 22 (11,7%) пациентов. Феномен "no-reflow" явился исходом 6 (3,2%) ЧКВ. Частота госпитальной смертности у пациентов без кардиогенного шока составила всего 1,9%, а у пациентов с кардиогенным шоком - 36,4%, что значительно ниже литературных показателей. Значение комплексного показателя MACCE, включающего смерть, рецидив инфаркта миокарда, тромбоз стента и инсульт, составило 8%. Средняя продолжительность госпитализации пациентов составила $9,5 \pm 0,6$ суток.

Заключение. В лечении ИМпST, реолитическая тромбэкстракция является безопасной методикой выбора, характеризуется относительно низкой госпитальной смертностью, а также низкой частотой развития госпитальных осложнений при проведении ЧКВ.

БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Барбук О.А., Бельская М.И., Ильина Т.В., Жуйко Е.Н., Козлов И.Д.

РНПЦ "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель исследования: Оценить состояние липидного обмена и распространенность бессимптомного атеросклероза у лиц трудоспособного возраста.

Методы исследования: В исследование включались лица трудоспособного возраста от 25 до 50 лет, не предъявляющие жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, не имеющие хронических заболеваний, патологии щитовидной железы и сахарного диабета, подписавшие информированное согласие. Всем проводилось общеклиническое обследование с измерением АД, оценкой антропометрических данных. Для верификации бессимптомного атеросклероза (БА) выполнялось исследование брахиоцефальных артерий (БЦА) ультразвуковым методом и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с оценкой коронарного кальция. Концентрации ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП в сыворотке венозной крови, взятой утром натощак, определяли колориметрическим фотометрическим методом. Дополнительные показатели липидного обмена: апопротеин А1 (АпоА1), апопротеин В100 (АпоВ100), липопротеин (а) (ЛП(а)) определяли иммунотурбидиметрическим методом на анализаторе Olympus AU 400 (США).

Полученные результаты: Обследовано 58 трудоспособных лиц, средний возраст $40,1 \pm 6,46$ лет. Из них 26 (44,8%) женщин и 32 (55,2%) мужчины. Бессимптомный атеросклероз диагностирован у 24 (41,4%) пациентов. Причем, у 41,7% пациентов с БА по сравнению со здоровыми лицами определялись атеросклеротические бляшки в сонных артериях с гемодинамически незначимым стенозированием просвета сосуда, а средние значения толщины комплекса интима медиа при этом не превышали нормальных показателей ($0,8 \pm 0,65$ мм). Кальцификация коронарных артерий выявлена у 20,8% пациентов, причем у 4 пациентов кальциевый индекс был 441, что свидетельствует о высоком риске развития коронарного атеросклероза и ИБС. Нарушение липидного обмена достоверно чаще наблюдалось у пациентов с бессимптомным течением атеросклероза в 76,5% случаев, по сравнению со здоровыми лицами 51,8% ($2=14,4$; $p<0,001$), одновременно у этих пациентов отмечалось статистически значимое увеличение уровня АпоВ100 ($1,19 \pm 0,25$ г/л; $0,98 \pm 0,28$ г/л, соответственно, $p<0,05$), остальные дополнительные показатели липидного обмена достоверно по группам не различались. Хотелось бы отметить высокую распространенность нарушений липидного обмена у практически здоровых лиц (51,8%), причем эта категория трудоспособного населения самостоятельно не обследуется и не знает о наличии у них дислипидемии. Абдоминальное ожирение отмечалось у 12 пациентов с БА, что составило 50%, в то время как в группе здоровых лиц только у 3 исследуемых окружность талии (ОТ) превышала нормальные значения. В группе с БА выявлены достоверные отрицательные корреляционные взаимосвязи индекса массы тела (ИМТ) и ОТ с ХС ЛПВП ($r=-0,69$; $r=-0,75$, $p<0,05$), и АпоА1 с ОТ, ИМТ ($r=-0,63$; $r=-0,60$, соответственно, $p<0,05$), одновременно отмечалась положительная взаимосвязь ИМТ и ОТ с уровнем СРБ ($r=0,54$; $r=0,65$, $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, у 41,4% практически здоровых лиц трудоспособного возраста диагностирован бессимптомный атеросклероз в сочетании с дислипидемией. У пациентов с бессимптомным течением атеросклероза выявлена закономерная взаимосвязь между показателями липидного обмена и абдоминальным ожирением, что необходимо учитывать в стратегии первичной профилактики ИБС.

БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИБС И ОСЛОЖНЕНИЙ

Корильчук Н.И., Творко В.М., Качмар Е.А., Мигенько Б.О.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского» МОЗ Украины, Тернополь, Украина, Тернополь, Украина

БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИБС И ОСЛОЖНЕНИЙ

Корильчук Н.И., Творко В.М., Качмар Е.А., Мигенько Б.О.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского» МОЗ Украины, Тернополь, Украина

Цель. Изучить отношение больных с ИБС в анамнезе к бихевиоральным факторам.

Методы исследования. В условиях городских поликлиник г.Тернополя проведено анкетирование и обследование 120 мужчин в возрасте от 40 до 69 лет (III диспансерная группа по ИБС). Со всеми пациентами с момента постановки на диспансерный учет по поводу ССЗ врачи провели собеседование о модифицирующих факторах риска ИБС и осложнений. Пациенты на диспансерном учете по поводу ИБС от года до 5 лет.

Результаты. Анкетирование показало высокое наличие поведенческих факторов риска ИБС и осложнений в обследованных пациентов. По анализу пищевого поведения за опросником DEBQ и трехфакторного опросника Стункарда нами определено, что 87,5% не следят за оптимальным рационом питания. В 73,3% доминирует высококалорийное питание с большим содержанием животных жиров, в 48,3% высокое содержание насыщенных жирных кислот. что у 83,3% обследованных низкий уровень употребления фруктов и овощей, в 27,5% диагностирован «синдром ночной еды». За опросником «7-day PAR» в 82,5% диагностирована низкая физическая активность пациентов. Причем, низкий уровень физической активности доминировал в возрастной группе 45-55 лет. Среди опрошенных 65,0% курили. В настоящее время 20,8% пациентов, продолжают курить, не смотря на осведомленность о повышении в связи с этим риска развития осложнений. За тестом Фагестрема у них выявлена высокая зависимость. Известно, что из всех больных бросивших курить, 29,5% сделали это после собеседований с врачами, 14,7% - самостоятельно. Около 49,2% больных, употребляют алкогольсодержащие напитки с различной кратностью: 21,7% из них принимает алкоголь 1 раз в 2-3 месяца, 17,5% — 1-2 раза в месяц, 10,0% — чаще одного раза в неделю. 50,8% больных, утверждают, что не принимают алкогольсодержащие напитки после болезни.

Заключение. В связи с высоким уровнем наличия бихевиоральных факторов риска ИБС и осложнений, необходимо усилить информационное обеспечение о пользе редуцирующего питания, активного способа жизни, вреде никотиновой и алкогольной зависимости. С введением школ «Больных ИХС», собеседований с наркологами и психотерапевтами.

ВЕЛИЧИНА ТРИАНГУЛЯРНОГО ИНДЕКСА В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТОВ

Нагаева Г.А.(1), Нагаев Ш.А.(2)

**АО «Республиканский специализированный центр кардиологии» МЗ РУз, Ташкент,
Узбекистан (1)**

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан (2)

Цель: Провести сравнительную оценку клинико-функциональных показателей при неревматических миокардитах (НМ) в зависимости от уровня триангулярного индекса (ТИ).

Материал и методы: Обследовано 32 пациента с НМ, ср.возраст= 30,84±10,13 (от 16 до 53) лет, из них у 18 (56,25%) была острая форма заболевания. Всем проводились: физикальный осмотр, общеклинические лабораторные исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ и 24 часовое мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с оценкой параметров variability ритма сердца (ВРС). В зависимости от величины ТИ больные были разделены на 2 группы: 1гр. составили 11 больных с ТИ<15 и 2 гр. – 21 больной с ТИ>15.

Полученные результаты: Было установлено, что в 1гр. пациентов преобладали лица с острой формой НМ (81,82% больных – в 1гр. vs 42,86% – во 2 гр.($p<0,05$)). По данным ЭхоКГ в 1гр. линейные размеры левого желудочка (ЛЖ) были больше, чем во 2гр. (конечно-систолический размер ЛЖ в 1гр.=58,47±4,12мм и во 2гр.=54,66±3,75мм ($p>0,05$); конечно-диастолический размер ЛЖ в 1гр.=33,51± 5,93мм и во 2гр.=30,11±2,77мм ($p>0,05$)). Фракция выброса ЛЖ в 1гр.=57,33± 4,21% и во 2гр.=61,48±5,44% ($p>0,05$). По данным СМЭКГ частота встречаемости желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) преобладала у лиц 2гр., составив 33,33% vs 27,27% - в 1гр., при этом анализ циркадной зависимости показал: в 1гр. ЖЭ преобладала днем (18,18% против 9,09% - ночью ($p<0,05$)); во 2гр. аналогичные показатели составили 14,28% и 28,57%, соответственно. Спектральные показатели ВРС днем составили: в 1гр. LFn=55,39±19,14% и HFn=44,61±19,14%; во 2гр. LFn=73,34±13,42% и HFn=26,66±13,42%; отношение LF/HF в 1гр.=1,79±1,58 и во 2гр. LF/HF=3,57±2,13. В ночные часы аналогичные показатели ВРС составили: в 1гр. LFn=61,53±19,39% и HFn=38,47±19,39%; во 2гр. LFn=66,82±13,71% и HFn=33,18±13,71%; отношение LF/HF в 1гр.=2,19±1,42 и во 2гр. LF/HF=2,82±2,32. Т.е., у пациентов 2гр. наблюдается преобладание симпатической активности вегетативной нервной системы.

Выводы: Снижение ТИ<15 является одним из диагностических маркеров острой формы НМ, а также характеризуется недостоверным снижением сократительной функции ЛЖ с относительной сохранностью вагосимпатического баланса. ЖЭ при ТИ<15 характеризуется меньшей частотой встречаемости и дневной циркадной зависимостью.

ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: АЛГОРИТМЫ ОЦЕНКИ, МЕСТО ДАБИГАТРАНА

**Павловец Вадим Петрович, Худоев Эдуард Сергеевич, Мащук Виктория Николаевна
ООО "Клиника МАММЭ", Краснодар, Россия**

Распространенность рака молочной железы (РМЖ) составляет 16% от всех случаев злокачественных новообразований у женщин, выживаемость от 40 до 80%. Успехи в терапии РМЖ достигаются благодаря появлению новых химиотерапевтических препаратов и возможностей лучевого и хирургического лечения.

Однако, остается нерешенным вопрос о профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у этих пациентов. Летальность при ВТЭО составляет от 0,8 до 8%. Необходимость в профилактических мероприятиях при лечении РМЖ остается актуальной.

Целью исследования: разработка алгоритма оценки рисков ВТЭО, изучение эффективности дабигатрана в профилактике ВТЭО у данной категории пациентов.

Материалы и методы. За 18 месяцев в клинике было пролечено 186 женщин по поводу РМЖ. После оперативного вмешательства проведены курсы полихимиотерапии по схемам: FAC (фторурацин, доксорубин, циклофосфан) 116 пациенткам, Арth (доксорубин, паклитаксел) – 70 женщинам.

Перед началом лечения были выполнены лабораторные тесты: коагулологическое исследование, клинический анализ крови, базовое биохимическое исследование, инструментальная диагностика, в том числе триплексное сканирование вен нижних конечностей (УЗТС). Оценивались факторы риска развития ВТЭО: избыток массы тела, ранее перенесенные эпизоды ВТЭО, наличие хронической венозной недостаточности, отягощенный наследственный анамнез.

Пациентки были распределены в две группы: первая включала пациенток, не использующая для профилактики ВТЭО медикаментозных методов, во вторую — пациентки принимающие весь период ПХТ Дабигатран в дозе 300 мг в сутки, обе группы пациенток использовали компрессионный трикотаж.

В дальнейшем оценивалась проходимость глубоких вен нижних конечностей, проводился лабораторный мониторинг.

Результаты. Первичные уровни маркеров гиперкоагуляции были выявлены у пациенток обеих групп их частота встречаемости была равнозначной и составила 36,8% в первой и 38% во второй группе. Отмечались дефицит антитромбина III, гиперфибриногенемия, при этом Д-димер оставался в пределах нормы. По данным УЗТС несостоятельность перфорантных или глубоких вен встречалась в 30% случаев, тромбозы глубоких вен при первичном исследовании не выявлялись.

Спустя 9 недель от начала терапии определялись следующие изменения. Пациенты, не получающие терапию дабигатраном имели более значимый прирост уровня фибриногена с 3,2 г/л от исходного до 5,1 г/л, отмечалось снижение активности антитромбина III с 98% до 63%, у 7,2% пациентов был выявлен прирост уровня Д-димера, который составил в среднем 1,1 мкг/мл, что привнесло его значение от исходного на 300%. По данным УЗТС в группе пациентов, принимавших дабигатран не было выявлено новых случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей, тогда как у 6,2% пациенток первой группы были выявлены эти осложнения.

Выводы. Необходимым и актуальным остается комплексная оценка рисков развития ВТЭО. Несмотря на то, что данное исследование является малочисленным, оно, доказывает эффективность применения Дабигатрана в профилактике ВТЭО при лечении РМЖ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лахин Д.И., Васильева Л.В.

**ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Россия**

На сегодняшний день артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных заболеваний в популяции взрослого населения, повышающая риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако сочетание артериальной гипертензии с инсулинорезистентностью, абдоминальным ожирением и дислипидемией существенно увеличивают риски развития сердечно-сосудистых катастроф (до 20 раз).

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня артериального давления с уровнем глюкозы крови, мочевой кислоты, холестерина, триглицеридов, с антропометрическими показателями.

Материал и методы: было отобрано 55 пациентов ревматоидным артритом с метаболическим синдромом, находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница в 2014-2016 гг. Больные были поделены на 2 группы по полу: мужчины – 40 человек, средний возраст которых составил $54,5 \pm 2,0$ лет, и женщины – 15 человек, средний возраст которых составил $61,5 \pm 2,12$ лет. Всем больным при поступлении в стационар проводили антропометрическое обследование: рост, вес, измерение окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), подсчитывали индекс массы тела (ИМТ) и индекс окружность талии/окружность бедер (ОТ/ОБ). Измеряли артериальное давление (АД). В крови определяли концентрацию мочевой кислоты, триглицеридов, общего холестерина, глюкозы, креатинина, мочевины.

Результаты: в популяции мужчин признаки артериальной гипертензии были выявлены у 37 пациентов (92,5%), средний уровень систолического артериального давления (САД) составил $154,4 \pm 4,4$ мм рт. ст., средний уровень диастолического артериального давления (ДАД) – $89,3 \pm 1,5$ мм рт. ст. В группе женщин артериальной гипертензии оказались подвержены 13 пациенток (86,7%), средний уровень САД оказался равным $162 \pm 5,0$ мм рт. ст., средний уровень ДАД – $89 \pm 2,0$ мм рт. ст. Среди мужчин показатели ДАД достоверно коррелировали с уровнем триглицеридов ($p < 0,01$). В группе женщин показатели САД достоверно коррелировали с уровнем глюкозы ($p < 0,01$), общего холестерина ($p < 0,05$), триглицеридов ($p < 0,05$), весом ($p < 0,01$), ИМТ ($p < 0,05$), ОТ ($p < 0,01$), ОБ ($p < 0,01$). Цифры ДАД достоверно коррелировали с уровнем мочевой кислоты ($p < 0,05$), глюкозы ($p < 0,01$), весом ($p < 0,01$), ИМТ ($p < 0,01$), ОТ ($p < 0,01$), ОБ ($p < 0,01$).

□Выводы: взаимосвязь цифр АД и с уровнем гликемии, весом, ИМТ, ОТ и ОБ, а также с уровнем холестерина и триглицеридов указывает на необходимость коррекции артериальной гипертензии у таких больных не только с помощью гипотензивных препаратов, но и добавление к лечению метаболических препаратов, снижающих инсулинорезистентность, улучшающих липидный состав мембран клеток и стабилизирующих артериальное давление.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У МУЖЧИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Помогайбо Б.В.(1), Филиппов А.Е.(2)

ФГКУ "413 военный госпиталь" Минобороны России, Волгоград, Россия (1)

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия (2)

Своевременная диагностика объема и характера доклинического поражения коронарных артерий атеросклерозом ограничена на популяционном уровне в силу ряда важных обстоятельств, поэтому доклинический коронарный атеросклероз может рассматриваться сквозь призму маркеров его раннего развития: традиционных факторов риска атеросклероза и данных ультразвукового скрининга атеросклеротического поражения других крупных артерий. Если вклад возраста, курения, гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии в атерогенез является доказанным, то взаимосвязь признаков атеросклероза в коронарных и других артериальных бассейнах остается предметом дискуссии.

Целью нашего исследования было оценить состояние артериальной стенки сонных и бедренных артерий методом дуплексного сканирования и изучить частоту признаков атеросклеротического поражения сонных и бедренных артерий у мужчин среднего возраста с острым трансмуральным инфарктом миокарда.

Материал и методы: в наше исследование было включено 78 пациентов с ишемической болезнью сердца, дебютировавшей острым инфарктом миокарда. Всем больным в дополнение к стандартизованному обследованию (общеклинический анализ крови и мочи, биохимическая панель, электрокардиограмма, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки) мы оценивали состояние сосудистой стенки сонных и бедренных артерий методом дуплексного сканирования. В качестве признака атеросклеротического поражения сонных и бедренных артерий мы рассматривали атеросклеротическую бляшку (АСБ). Статистическую обработку массива переменных проводили в программе Statistica 10.0.

Результаты исследования. У 37 больных острым инфарктом миокарда была выявлена 51 АСБ: 18 в бассейне бедренных артерий и 33 – в сонных артериях. У 4 больных имелось сочетание АСБ в исследуемых бассейнах. 41 больной (53%) не имел АСБ. При дополнительном анализе общее количество диагностированных у больного АСБ значимо ($p < 0,05$) ассоциировалось с гиперхолестеринемией ($r = 0,29$) и артериальной гипертензией ($r = 0,23$). Также следует отметить, что АСБ в сонных артериях ассоциировались в большей степени с артериальной гипертензией ($r = 0,27$) и гиперхолестеринемией ($r = 0,33$), а АСБ в бедренных артериях – с курением ($r = 0,24$).

Вывод. Таким образом, в группе больных мужчин среднего возраста с инфарктом миокарда частота субклинического атеросклероза сонных и бедренных артерий может достигать 47% и ассоциироваться с артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией. Оценка общего количества АСБ в бассейнах сонных и бедренных артерий может быть предпочтительной у мужчин среднего возраста с сочетанием факторов риска развития атеросклероза, чем изолированная оценка того или иного артериального бассейна.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЕЛИЧИНОЙ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ЧАСТОТОЙ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

Курпита Анна Юрьевна

СамГМУ Минздрава РФ, Самара, Россия

Цель работы. Выявить взаимосвязь между величиной эпикардиального жира (ЭЖ) и частотой развития нарушения ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы. Обследованы 240 пациентов, находившихся на лечении в ДКБ на ст. Самара, в кардиологическом отделении, в возрасте от 38 до 69 лет. Величину ЭЖ оценивали эхокардиографическим методом. В зависимости от величины ЭЖ все пациенты были разделены на группы: первую группу составили пациенты с уровнем ЭЖ до 0.5 см (102 человека, средний возраст 59 лет), вторую – лица с уровнем ЭЖ до 0.9 см (101 человек, средний возраст 57 лет), третью группу составили пациенты с уровнем ЭЖ более 0,9 см (37 человек, средний возраст 61 год).

Результаты исследования. Среди пациентов первой группы фибрилляция предсердий (ФП) наблюдалась у 7.1% пациентов; общий процент блокады левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокады правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) наблюдался у 22.8% пациентов; общий процент желудочковых экстрасистол (ЖЭ) у 30.9% пациентов; общий процент наджелудочковых экстрасистол (НЭ) – у 59.8% пациентов. Среди пациентов второй группы ФП отмечалась у 8.7% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ – у 32.3% пациентов; общий процент ЖЭ и НЭ – у 57.8% и 72.5% пациентов соответственно. Среди пациентов третьей группы ФП регистрировалась у 20.9% пациентов; общий процент БЛНПГ, БПНПГ – у 62.5% пациентов; общий процент ЖЭ и НЭ – у 69.8% и 92.4% пациентов соответственно.

Заключение. Среди обследованных групп пациентов отмечается статистически значимая корреляция между уровнем ЭЖ и частотой выявления нарушений проводимости по правой и левой ножке пучка Гиса. ФП, а также ЖЭ и НЭ встречались достоверно чаще среди пациентов третьей группы.

ВКЛАД ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ОДНОГОДИЧНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Проконова Л.В., Ситникова М.Ю.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время продолжается изучение прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (СН-нФВ) для своевременного оказания высокотехнологичной помощи.

Цель. Оценить вклад этиологических факторов в течение СН-нФВ и проанализировать их роль в краткосрочном прогнозировании заболевания.

Материалы и методы. С 2011 по 2013 год проанализированы карты истории болезни 212 пациентов с СН-нФВ II–IV функционального класса с фракцией выброса левого желудочка (Симпсон) менее 35 % в возрасте от 18 до 70 лет, подписавшие добровольное согласие на участие в исследовании. Спустя 1 год проанализирована прогностическая значимость этиологических факторов.

Результаты: 83 % (n=176) обследованных лиц составили мужчины, 17 % – женщины (n=36). На момент включения в исследование возраст пациентов составил $49,7 \pm 11,5$ лет. Фракция выброса левого желудочка составила $24,8 \pm 7,4\%$. 102 пациента имели ишемическую этиологию и 110 неишемическую этиологию заболевания. Все пациенты с ишемической болезнью сердца ранее перенесли инфаркт миокарда. Пациенты с неишемической этиологией представлены дилатационной кардиомиопатией (n=47), миокардитом (n=53), сочетание артериальной гипертензии с алкогольным повреждением миокарда (n=10). Спустя 1 год выжило 64% больных (n=135), 2% (n=5) имплантирована система механической поддержки кровообращения, в 24% случаев (n=51) зафиксирован летальный исход. Выживаемость пациентов с ишемической болезнью сердца, дилатационной кардиомиопатией и миокардитом не различалась (все $p > 0,05$) и составляла 80%. Хуже всего отмечалась выживаемость у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и алкогольным повреждением миокарда ($p = 0,001$). У пациентов с ишемической болезнью сердца выявлен предиктор неблагоприятного исхода – ранний возраст первого инфаркта миокарда ($p = 0,001$).

Выводы: 1. Выживаемость пациентов с ишемической и неишемической этиологией СН-нФВ значимо различаются. 2. В структуре неишемической этиологии неблагоприятный прогноз ассоциируется с сочетанием у пациента артериальной гипертензии и алкогольного повреждения миокарда по отношению к дилатационной кардиомиопатии и перенесенному ранее миокардиту. 3. Такой предиктор, как ранний возраст первого инфаркта миокарда, крайне неблагоприятен и может быть использован при построении модели прогнозирования заболевания.

ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Колесникова Е.Н., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н.

**ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Россия**

Цель исследования: изучить особенности вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 больных с индексом массы тела (ИМТ) более 25 кг/м² в возрасте от 19 до 59 лет. У всех больных учитывались антропометрические показатели (ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и отношение этих показателей (ОТ/ОБ)). Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществлялось на основании метода Н. Harris и Н. Kalmus (1949).

Результаты. В результате проведенного обследования все пациенты были разделены на 2 группы: «нон-тестеры», т.е. лица, абсолютно не ощущающие горький вкус ФТК или ощущающие его в разведениях с 0 по 4 и группа «тестеры», ощущающие вкус ФТК в разведениях с 5 по 14. Группа «нон-тестеры» включала 73 человека (60,8%), в том числе 48 мужчин (62,3% всех обследованных мужчин) и 25 женщин (58,1% всех обследованных женщин). Группа «тестеры», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 47 человек (39,2%), среди них 29 мужчин (37,7%) и 18 женщин (41,9%). Далее был проведен подробный анализ вкусовой чувствительности к ФТК с учетом антропометрических показателей исследуемых. Группа «нон-тестеры» включала 42% (31 человек) больных с избыточной массой тела при ИМТ=25,1-29,9 кг/м²; 27% исследуемых (20 человек) имели 1 степень ожирения (ИМТ=30,1-34,9 кг/м²); 2 степень ожирения (ИМТ=35,1-39,9 кг/м²) имели 20% пациентов (14 человек); 11% исследуемых (8 человек) в данной группе имели морбидное ожирение (ИМТ >40 кг/м²). Абсолютное большинство пациентов составляли мужчины (65,8%). Группа «тестеры» включала 22% (10 человек) больных с избыточной массой тела при ИМТ=25,1-29,9 кг/м²; 34% исследуемых (16 человек) имели 1 степень ожирения (ИМТ=30,1-34,9 кг/м²); 2 степень ожирения (ИМТ=35,1-39,9 кг/м²) имели 25% пациентов (11 человек); 22% исследуемых (10 человек) в данной группе имели ожирение 3 степени (ИМТ >40 кг/м²). В этой группе большинство пациентов так же составляли мужчины (61,7%). В группе «тестеры» примерно одинаковое количество лиц встречалось среди пациентов с избыточной массой тела, ожирением 2 и 3 степени и немного больше среди лиц и 1 степенью ожирения.

Выводы. Таким образом, в группе «нон-тестеры» обнаружены достоверные гендерные различия, так как мужчины встречались почти в 2 раза чаще, чем в группе «тестеры», при этом средний уровень чувствительности к ФТК в первой группе был достоверно ниже. При сравнении средних значений антропометрических показателей было выявлено достоверно более высокое среднее значение ИМТ, ОТ, ОБ и ОТ/ОБ в группе «нон-тестеры» по сравнению с группой «тестеры». Показана значимость определения вкусовой чувствительности к ФТК при избыточной массе тела с целью возможного прогнозирования и предотвращения развития ожирения и связанных с ним осложнений, в том числе, сердечно-сосудистых.

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Песковец Роман Дмитриевич, Штарик Светлана Юрьевна, Евсюков Александр Александрович

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

Цель исследования: на современном этапе оценить качество жизни (КЖ) пациентов с артериальной гипертензией (АГ) среди взрослого населения г. Красноярска с учетом пола, приема и эффективности антигипертензивной терапии (АГТ).

Материалы и методы: обследовано 1123 пациента в возрасте 25-64 лет, постоянно проживающих на территории г. Красноярска. Оценка КЖ проводилась с использованием опросника EuroQol-5D. Рассчитывали среднее значение по визуально-аналоговой шкале (VAS-шкала) и «индекс качества жизни» EQ-VAS при помощи калькулятора EQ-5D index calculator. Измерение артериального давления (АД) производили на правой руке с точностью до 2 мм рт. ст. двукратно с интервалом 5 мин в положении сидя. В анализ включали среднее из 2 измерений. За АГ принимали уровень АД \geq 140/90 мм рт. ст. или АД $<$ 140/90 мм рт. ст. на фоне АГТ.

Результаты и обсуждение. Среднее значение индекса EQ-VAS среди лиц с АГ было значимо ниже, чем у лиц без АГ (0,84 [0,8; 1,0] vs 1,0 [0,83; 1,0], $p=0,000$). Среди лиц с АГ, не принимающих АГТ, значение индекса EQ-VAS было выше в сравнении с лицами, лечимыми как неэффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,78; 1,0], $p=0,000$), так и эффективно (1,0 [0,83; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], $p=0,000$). Лица, принимающие АГТ, между собой по данному показателю значимо не отличались (0,84 [0,78; 1,0] vs 0,84 [0,77; 1,0], $p=0,369$). Среди лиц с АГ среднее значение по VAS-шкале было значимо ниже, чем среди лиц без АГ (70 [52; 80] баллов vs 75 [70; 80] баллов, $p=0,000$). Лица с АГ, не принимающие АГТ, имели балл, статистически сопоставимый с баллом лиц без АГ (74 [60; 80] vs 75 [70; 80], $p=0,137$), но более высокий по сравнению с лицами, получающими АГТ ($p<0,001$). Среди пациентов, лечимых по поводу АГ как неэффективно, так и эффективно, средние значения по VAS-шкале были статистически сопоставимы (65 [50; 70] баллов vs 60 [50; 70] баллов, $p=0,629$).

Выводы. Наличие АГ снижает КЖ таких пациентов по сравнению с лицами, имеющими нормальный уровень АД. Одним из факторов, снижающих КЖ пациентов с АГ, является прием АГТ. Данное исследование актуализирует важность индивидуализации терапии каждого пациента с АГ.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИИ НА РИСК СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

Пушкарев Г.С., Солдатова А.М., Енина Т.Н., Фишер Я.А., Сапожникова А.Д., Кузнецов В.А.

**Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Цель: оценить влияние депрессии на риск смерти от всех причин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших сердечную ресинхронизирующую терапию.

Материал и методы. В исследование было включено 156 пациентов (131 мужчин и 25 женщины) в возрасте от 23 года до 82 лет (средний возраст $55,3 \pm 9,6$ лет), которым была выполнена имплантация биветрикулярного кардиостимулятора для проведения сердечной ресинхронизирующей терапии. Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила $51,6 \pm 33,4$ месяцев. Для определения симптомов депрессии использовали шкалу Бека. Если испытуемый набирал по шкале от 19 баллов и выше у него определяли выраженные депрессивные симптомы, от 10 до 18 – легкие депрессивные симптомы. Если испытуемый набирал 9 баллов и менее, то считали, что у пациента отсутствуют симптомы депрессии. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска (ОР) смерти от всех причин. В анализ включали как количественные, так и категориальные показатели.

Результаты. Средний балл по шкале Бека составил $12,4 \pm 8,3$. Отсутствовали симптомы депрессии у 42,3%, легкие симптомы у 36,5%, выраженная депрессия наблюдалась у 21,2%. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло 33 пациента (21,2%). По результатам унивариантного анализа, ОР смерти от всех причин для показателя депрессии определенного в баллах составил 1,04, 95% ДИ 1,00 – 1,07, $p=0,05$. При анализе категориальных показателей депрессии в качестве референсной группы с ОР равным 1,0 была принята группа пациентов без признаков депрессии. У пациентов с легким уровнем депрессии ОР составил 1,08, 95% ДИ 0,47 – 2,50, $p=0,83$, с выраженными депрессивными симптомами – 2,08, 95% ДИ 0,90 – 4,81, $p=0,09$.

Выводы. Таким образом, ОР смерти от всех причин значимо повышался при увеличении показателя депрессии определенного в баллах по шкале Бека. У пациентов с выраженными депрессивными симптомами была обнаружена тенденция к увеличению ОР смерти по сравнению с пациентами без признаков депрессии.

ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ НА ПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Коломиец Виктория Владимировна(1), Кривонос Николай Юрьевич(1), Степаненков Андрей Анатольевич(2)

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (Донецк, Украина),
Донецк, Украина (1)**

Медицинский центр «Лечу.ru» г. Наро-Фоминск, Московская область, Россия (2)

ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ НА ПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ

У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Коломиец В.В1., Кривонос Н.Ю1., Степаненков А.А2.

1Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

2Медицинский центр «Лечу.ru» г. Наро-Фоминск

Цель: Изучить состояние почечной гемодинамики у больных ЭГ в сочетании с сахарным диабетом II типа в зависимости от степени дислипидемии.

Методы исследования: Обследовано 32 больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии (по классификации ВОЗ) в сочетании с сахарным диабетом II типа с длительностью 10,8±1,3 года в стадии компенсации в возрасте от 44 до 65 лет, средний возраст обследованных составил 56,7±1,0 лет. Давность заболевания сахарным диабетом составляла в среднем 6,4±1,2 лет, ГБ - 7,7±1,1 лет. У 10 пациентов диагностирована АГ I степени, у 22 пациентов - АГ II степени. Липидный спектр крови изучали колориметрическим методом. Офисный уровень АД определяли сфигмоманометрическим методом. Дисфункцию эндотелия сосудов оценивали доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ДПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ) на аппарате ULTIMA PA. Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота нитритов (NOx) в крови и моче определяли с реактивом Грисса на спектрофотометре «Sperecord 200 PC» (Analytik Jena). Почечную гемодинамику характеризовали с помощью ультразвукового исследования почечных сосудов на аппарате ULTIMA PA. Сосудистую резистентность почек: общее сопротивление почек (ОСП), афферентное сопротивление почек (АфСП), эфферентное сопротивление почек (ЭфСП) - оценивали по расчетным формулам D. M. Gomez. Концентрацию альбумина в моче (мг/л) исследовали в порции из суточного объема мочи. Использовали иммуноферментный метод (набор фирмы "ORGenTec GmbH", Германия).

Полученные результаты: У всех обследованных больных офисный уровень АД не превышал целевого уровня - 130/80 мм рт. ст. Средняя концентрация альбумина в моче в группе обследованных больных составила 155±11,98 мг/л. Анализ соотношения афферентного и эфферентного звеньев сосудистого сопротивления показал, что у больных СД относительно преобладает эфферентное сопротивление над афферентным. У больных с сочетанием ЭГ и СД отмечается еще более значительное повышение эфферентного сопротивления. У пациентов всех групп имелись нарушения липидного обмена в виде гиперхолестеринемии. Сопоставление показателей липидного спектра крови и микроальбуминурии обнаружило положительную связь: коэффициент корреляции между ХС ЛПНП, с одной стороны, и микроальбуминурией, с другой, $r=+0,355$ ($p<0,05$) и между ОХС и микроальбуминурией - $r=+0,327$ ($p<0,05$). Определение концентрации метаболитов NO выявило ее большее снижение у больных с сочетанной патологией. Сопоставление показателей липидного спектра крови и величин почечного плазматок (ПП) обнаружило слабую, но достоверную положительную связь: коэффициент корреляции между ХС ЛПНП, с одной стороны, и ПП, с другой, составил $r=+0,367$ ($p<0,05$), а также между ПП и микроальбуминурией - $r=+0,313$ ($p<0,05$).

Выводы: У больных эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа отмечена дислипидемия. Почечный плазматок у больных эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа снижен за счет повышения внутривисцерального сосудистого сопротивления. Повышение сосудистого сопротивления почек связано с дисфункцией системного и почечного эндотелия, которая ассоциируется с дислипидемией.

ВЛИЯНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ НА ПОЧЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Коломиец В.В.(1), Кривонос Н.Ю.(1), Степаненков А.А.(2)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина (1)

Медицинский центр «Лечу.ru» г. Наро-Фоминск, Московская область, Россия (2)

Цель: Изучить состояние почечной гемодинамики у больных ЭГ в сочетании с сахарным диабетом II типа в зависимости от степени дислипидемии.

Методы исследования: Обследовано 32 больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии (по классификации ВОЗ) в сочетании с сахарным диабетом II типа с длительностью 10,8±1,3 года в стадии компенсации в возрасте от 44 до 65 лет, средний возраст обследованных составил 56,7±1,0 лет. Липидный спектр крови изучали колориметрическим методом. Офисный уровень АД определяли сфигмоманометрическим методом. Дисфункцию эндотелия сосудов оценивали доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ДПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ) на аппарате ULTIMA PA. Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота нитритов (NOx) в крови и моче определяли с реактивом Грисса на спектрофотометре «Specord 200 PC» (Analytik Jena). Почечную гемодинамику характеризовали с помощью ультразвукового исследования почечных сосудов на аппарате ULTIMA PA. Сосудистую резистентность почек: общее сопротивление почек (ОСП), афферентное сопротивление почек (АФСР), эфферентное сопротивление почек (ЭФСР) - оценивали по расчетным формулам D. M. Gomez. Концентрацию альбумина в моче (мг/л) исследовали в порции из суточного объема мочи. Использовали иммуноферментный метод (набор фирмы "ORGenTec GmbH", Германия).

Полученные результаты: У всех обследованных больных офисный уровень АД не превышал целевого уровня - 130/80 мм рт. ст. Средняя концентрация альбумина в моче в группе обследованных больных составила 155±11,98 мг/л. У больных с сочетанием ЭГ и СД отмечается еще более значительное повышение эфферентного сопротивления. Сопоставление показателей липидного спектра крови и микроальбуминурии обнаружило положительную связь: коэффициент корреляции между ХС ЛПНП, с одной стороны, и микроальбуминурией, с другой, $r=+0,355$ ($p<0,05$) и между ОХС и микроальбуминурией - $r=+0,327$ ($p<0,05$). Определение концентрации метаболитов NO выявило ее большее снижение у больных с сочетанной патологией. Сопоставление показателей липидного спектра крови и величин почечного плазматока (ПП) обнаружило слабую, но достоверную положительную связь: коэффициент корреляции между ХС ЛПНП, с одной стороны, и ПП, с другой, составил $r=+0,367$ ($p<0,05$), а также между ПП и микроальбуминурией - $r=+0,313$ ($p<0,05$).

Выводы: У больных эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа отмечена дислипидемия. Почечный плазматок у больных эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа снижен за счет повышения внутрпочечного сосудистого сопротивления. Повышение сосудистого сопротивления почек связано с дисфункцией системного и почечного эндотелия, которая ассоциируется с дислипидемией.

ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Горбунова С.И.(1), Евсевьева М.Е.(1), Джанибекова А.Р.(1), Теребиленко Н.В.(2)

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия (1)

ГБУЗ СК «ГКБ №3, Ставрополь, Россия (2)

Цель. Изучить у лиц молодого возраста влияние дисплазии соединительной ткани (ДСТ) на особенности артериальной гипертензии (АГ).

□Методы исследования. Проведено клиническое и антропометрическое обследование 67 молодых пациентов, направленных в стационар по поводу АГ (средний возраст $27 \pm 3,8$ года). Всем проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

По результатам мониторинга оценивали средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) за дневные (с 7 до 23 ч) и ночные (с 23 до 7 ч) часы, индексы времени артериальной гипертензии САД и ДАД (ИВСАД и ИВДАД) - «гипертоническую нагрузку», скорость утреннего подъема АД.

Больные распределялись на 2 группы с учетом выраженности ДСТ: 30 человек (3-5 стигм) – умеренная степень выраженности ДСТ, 21 человек (6 и более стигм) – выраженная ДСТ. С целью анализа данных СМАД эти пациенты объединены в основную 1 группу; 16 человек (0-2 стигмы) – допустимая норма, составили 2 группу.

□Полученные результаты. Суточный профиль АД у больных первой группы по некоторым показателям отличался от таковых второй группы. В целом, у больных с АГ и ДСТ средние показатели САД и ДАД в течение всего времени наблюдения (сутки САД - $135,5 \pm 7,1$ мм рт. ст.; ДАД - $80,8 \pm 9,2$ мм рт. ст., день САД - $140,9 \pm 8,1$ мм рт. ст.; ДАД - $85,9 \pm 9,7$ мм рт. ст. и ночь САД - $119,9 \pm 11,4$ мм рт. ст.; ДАД - $56,2 \pm 4,6$ мм рт. ст.) были несколько ниже, чем в группе пациентов с АГ без ДСТ (сутки САД - $138,2 \pm 4,2$ мм рт. ст.; ДАД - $83,7 \pm 7,0$ мм рт. ст., день САД - $142,9 \pm 4,2$ мм рт. ст.; ДАД - $87,8 \pm 9,3$ мм рт. ст. и ночь САД - $121,8 \pm 9,7$ мм рт. ст.; ДАД - $69,1 \pm 6,8$ мм рт. ст.). Индексы времени артериальной гипертензии САД и ДАД (ИВСАД и ИВДАД) в группе больных АГ с ДСТ (сутки САД - $24,7 \pm 5,88$ мм рт. ст.; ДАД - $21,6 \pm 3,5$ мм рт. ст., день САД - $31,8 \pm 3,9$ мм рт. ст.; ДАД - $24,3 \pm 5,3$ мм рт. ст. и ночь САД - $12,9 \pm 2,8$ мм рт. ст.; ДАД - $17,8 \pm 2,2$ мм рт. ст.) были несколько ниже по сравнению с соответствующими показателями в группе пациентов с АГ без ДСТ (сутки САД - $29,2 \pm 7,9$ мм рт. ст.; ДАД - $26,2 \pm 9,4$ мм рт. ст., день САД - $33,0 \pm 7,7$ мм рт. ст.; ДАД - $28,6 \pm 5,2$ мм рт. ст. и ночь САД - $23,3 \pm 2,1$ мм рт. ст.; ДАД - $21,8 \pm 2,4$ мм рт. ст.). Скорость утреннего подъема в группе больных с повышенным АД и ДСТ оказалась выше по сравнению с этим показателем у пациентов с АГ без ДСТ на 23, 4%.

□Выводы. Таким образом, у пациентов с ДСТ показатели СМАД характеризуются менее выраженным повышением АД, то есть отличаются более мягким течением по сравнению с АГ, развившейся без дисплазии соединительной ткани. Полученные данные создают обоснованную базу для дальнейшей разработки дифференцированных подходов к проведению кардиопротекции в рамках комплексной терапии АГ с учетом наличия или отсутствия ДСТ.

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ.

Ахтямова К.В.(1), Шварц Р.Н.(2)

ГБУЗ "Астраханский областной кардиологический диспансер", Астрахань, Россия (1)

НУЗ МСЧ г. Астрахань, Астрахань, Россия (2)

Влияние индекса массы тела на показатели липидного профиля у мужчин с метаболическим синдромом, его прогностическое значение в развитии сердечно – сосудистой патологии.

Цель исследования. Выявить и проанализировать зависимость показателей липидограммы у мужчин с метаболическим синдромом (МС) от изменения индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 178 мужчин в возрасте от 30 до 65 лет с МС. Исследуемые были разделены на четыре группы по ИМТ. В первую группу вошло 56 мужчин с избыточной массой тела (ИМТ- 25-30), во вторую - с первой степенью ожирения (ИМТ- 30-35)- 70, в третью – со второй степенью (ИМТ- 35-40)- 31, в четвертую – с третьей степенью ожирения - 21. Во всех четырех группах пациенты сопоставимы по возрасту и отвечают основным критериям МС. Концентрацию общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) , В - липопротеидов, триглицеридов (ТГ) сыворотки определяли унифицированным энзиматическим методом [Камышников 2000] на автоматическом биохимическом анализаторе «Express-plus» (США).

Используя полученные показатели общего ХС, ХС ЛПВП и ТГ рассчитывали концентрацию липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) по формуле Fridwald W 1972. Статистический анализ проводили с использованием программы статистика 6.0.

Результаты. При сравнении показателей липидного профиля четырех групп исследуемых мужчин выявлено, что ТГ достоверно отличались у пациентов с избыточной массой тела (1,99 [1,46; 2,90]) и пациентов с I степенью ожирения (2,42 [1,95; 3,01]), у последних отмечались достоверно более высокие показатели. Показатели В - липопротеидов и ХС ЛПНП в четырех группах достоверно не отличались. Выявлены достоверные различия ХС ЛПВП у пациентов с избыточной массой тела, с I и II степенями ожирения. ХС ЛПВП у пациентов с I (0,90 [0,72; 1,03]) и II (0,90 [0,68; 1,05]) степенями ожирения достоверно ниже по сравнению с группой пациентов с избыточной массой тела (1,05 [0,85; 1,20]) .

Выводы. Проанализировав полученные данные исследования, можно сделать вывод, что нарастание ИМТ у мужчин с метаболическим синдромом способствует наибольшему риску развития дислипидемии и связанных с ней осложнений со стороны сердечно – сосудистой системы. Что также подтверждает особую роль снижения показателя индекса массы тела в профилактике сердечно - сосудистых заболеваний.

ВЛИЯНИЕ ОРОТАТА МАГНИЯ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Майлян Д.Э.(1), Гагарина Д.О.(2)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина (1)

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия (2)

Цель. Определить влияние оротата магния на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) и эндотелиальную функцию в комбинированной терапии у пациентов с метаболическим синдромом.

Методы исследования. Было обследовано 42 пациента мужского пола с эссенциальной гипертензией 2 степени и признаками метаболического синдрома, такими как повышение холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более чем 3,0 ммоль/л, снижение концентрации ХС липопротеидов высокой плотности менее чем 1,0 ммоль/л, абдоминальный тип ожирения и нарушение гликемии натощак. Пациенты были рандомизированы по полу, возрасту, уровню артериального давления на две группы по 21 пациенту. Помимо назначения симвастатина и лизиноприла, пациентам второй группы был назначен оротат магния в суточной дозе 1000 мг. Измерения проводились дважды: до и через 3 месяцев после назначения терапии.

Дисфункцию эндотелия сосудов оценивали доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ДПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ), на аппарате ULTIMA PA. Диастолическую функцию оценивали по изменению времени изоволюмического расслабления (ВИВР), соотношению Е/А. Также оценивали концентрации ХС ЛПНП, ЛПВП и уровень глюкозы сыворотки крови натощак.

Полученные результаты. До назначения терапии показателями ХС ЛПНП, ЛПВП, уровня глюкозы сыворотки крови, ДПА, ВИВР, отношения Е/А были статистически недостоверными ($p > 0,05$). Через 3 месяца после начала терапии у пациентов как первой, так и второй группы отмечалось значимое снижение уровня ХС ЛПНП от $4,43 \pm 0,18$ до $3,43 \pm 0,17$ и от $4,61 \pm 0,16$ до $3,07 \pm 0,18$ ммоль/л соответственно ($p < 0,05$). Значимое повышение ХС ЛПВП было выявлено только у пациентов второй группы: от $0,82 \pm 0,06$ ммоль/л до $1,13 \pm 0,08$ ммоль/л ($p < 0,05$). В первой группе достижение целевого уровня ХС ЛПНП было достигнуто у 9 пациентов (43%), а во второй – у 18 (86%). У пациентов обеих групп было отмечено улучшение эндотелиальной функции: ДПА на фоне РГ увеличился от $0,36 \pm 0,03$ мм (8,1%) до $0,57 \pm 0,04$ мм (13,4%) и от $0,41 \pm 0,02$ мм (8,8%) до $0,63 \pm 0,06$ мм (14,1%) соответственно ($p < 0,05$). Значимое уменьшение ВИВР было выявлено только у пациентов второй группы: от $82,7 \pm 3,2$ мс до $63,1 \pm 2,9$ мс, при статистически значимом увеличении показателя Е/А: от $0,61 \pm 0,04$ до $0,98 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). Таким образом, нормализация диастолической функции ЛЖ отмечалась у 21 пациента (84%). Изменение глюкозы сыворотки крови натощак были статистически незначимыми в обеих группах ($p > 0,05$).

Вывод. Включение в терапию пациентов с метаболическим синдромом оротата магния улучшает липидный профиль, диастолическую функцию ЛЖ, не оказывая значимого влияние на гликемию натощак и эндотелиальную функцию.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА А(1166)С ГЕНА АТ1R И МИКРО-РНК-155 НА ПЛОТНОСТЬ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II 1-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Михайличенко Евгения Сергеевна, Кардашевская Лилия Ивановна

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель: изучить тканевую экспрессию гена рецепторов ангиотензина II 1 типа (АТ1R) в гладкомышечных клетках сосудов (ГМКС) и возможное влияние на нее генотипов полиморфизма А(1166)С гена АТ1R и микро-РНК-155 у пациентов с мультифокальным атеросклерозом *in vivo*.

Материалы и методы: Исследовано 30 резецированных в ходе оперативных вмешательств участков артерий: 16 артерий пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей (1-я группа) и 14 маммарных артерий (2-я группа). Уровень экспрессии АТ1R в ГМКС исследовали с помощью ИГХ методики с поликлональными АТ к Anti-AGTR1 (SIGMA, Sweden). Плотность АТ1R оценивали полуколичественно по проценту позитивных клеток согласно 3-х уровневой шкале: «-», отрицательный; «+», очаговая или слабая экспрессия; «++», диффузная или сильная позитивная реакция. Идентификацию полиморфизма А(1166)С проводили методом ПЦР с использованием соответствующих праймеров на амплификаторе РНС-2 ("Techne", Великобритания) с последующим рестрикционным анализом. Уровень экспрессии микро-РНК-155 определяли в тромбоцитах периферической крови.

Результаты. В 1-й группе в 8 артериях (47,05%) наблюдалась слабая (+) экспрессия АТ1R, в других 8 артериях экспрессия АТ1R (47,05%) была выраженной (++) , в 1 случае (5,9%) экспрессия АТ1R отсутствовала (-). Во 2-й группе слабая (+) экспрессия АТ1R наблюдалась в 7 случаях (50%), сильная (++) экспрессия АТ1R - в 7 других случаях (50%). В результате генотипирования и в 1-й, и во 2-й группах не было выявлено пациентов с генотипом СС полиморфизма А(1166)С гена АТ1R, а генотипы АА и АС встречались с одинаковой частотой. Корреляция между уровнями экспрессии АТ1R и генотипами А(1166)С выявлена не была. Полученные уровни микро-РНК-155 достоверно не отличались как в группах атеросклеротически измененных и интактных артерий, так и в группах с генотипами АА и АС. Связи уровня микро-РНК-155 с генотипом гена АТ1R и плотностью АТ1R не была выявлена ($p=0,967$).

Выводы/Обсуждение. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что активность тканевой РАС неоднородна среди пациентов с АГ и атеросклерозом и не зависит от генотипа полиморфизма А(1166)С гена АТ1R и уровня циркулирующих микро-РНК-155. Уровни экспрессии АТ1R в интактных артериях не отличаются от таковых в артериях, пораженных атеросклерозом ($p>0.05$). У ряда пациентов с выраженным атеросклерозом отсутствует экспрессия АТ1R в ГМКС, что ставит под сомнение ведущую роль РАС в патогенезе ремоделирования сосудов в некоторых случаях. Полученные данные показывают, что изолированное влияние полиморфизма А(1166)С на развитие атеросклероза и активность РАС не существенно. Нельзя исключить, что плотность АТ1R может регулироваться внутриклеточными микро-РНК-155, локально экспрессируемыми в ГМКС, и не связана с уровнем циркулирующих микро-РНК-155, что требует дальнейшего изучения. Полученные результаты не показали воспроизводимости аналогичных исследований *in vitro*.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ И ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ КАРДИОРЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Семененков И. И., Пристром М. С.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск, Минск, Беларусь

Целью нашего исследования являлось изучение жирно-кислотного спектра плазмы крови под влиянием сочетанного применения курса нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот.

Материал и методы исследования. Обследовано и пролечено 100 пациентов

ИБС (стенокардия напряжения ФК II) в сочетании с ХОБЛ (ДН I–II). Пациенты методом случайной выборки были разделены на 2 группы: в основную группу вошло 50 пациентов с сочетанной патологией, получающих помимо медикаментозного лечения сочетание курса (10 сеансов) нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот в дозе 1000 мг в сутки, средний возраст основной группы составил $50,2 \pm 1,7$ лет; в контрольную группу вошло 50 пациентов, получающих только медикаментозную терапию, средний возраст пациентов контрольной группы составил $50,3 \pm 1,5$ лет.

Нормобарическая гипоксия проводилась с помощью гипоксикатора Нурохисо (США) и состояла из 10-12 сеансов чередования вдыхания атмосферного воздуха в течение 5 минут с вдыханием гипоксической смеси с содержанием кислорода от 12 до 10%, вырабатываемой гипоксикатором в течение 5 минут. 1 сеанс состоял из 6–7 циклов.

Всем пациентам основной и контрольной групп до и после лечения проводилось исследование жирно-кислотного состава плазмы крови, который определялся методом газовой хроматографии. Определения проводились с точностью до 10-2 мг/мл.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием программ Microsoft Excel, «STATISTICA 6.0». Сравнение непараметрических данных проводилось с помощью критерия Вилкоксона (Т).

Результаты и обсуждение.

При исследовании жирно-кислотного состава крови у пациентов с ИБС+ХОБЛ в основной группе в процессе лечения наблюдается статистически достоверное снижение концентрации насыщенных жирных кислот (C15:0, C16:0, C18:0, C20:0, C21:0, ($p < 0,05$)) и статистически достоверное увеличение концентрации ненасыщенных жирных кислот (C16:1, C17:1, C18:1n9t, C18:1n9c, C18:2n6c, C18:3n6, C20:1, C22:2 ($p < 0,05$)), в том числе и омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. Остальные показатели имели характер тенденции. У больных контрольной группы в процессе лечения выявлено статистически достоверное увеличение C14:0, C16:1, C18:0, C21:0 и снижение C16:0, C18:1n9t. В группе контроля отмечалось снижение концентрации C20:0 ($p < 0,05$). Остальные исследуемые показатели были статистически недостоверны.

Выводы. Таким образом, комплексное лечение, включающее курс нормобарической гипоксии и лекарственных средств на основе омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, оказалось более эффективным, чем обычная медикаментозная терапия.

ВЛИЯНИЕ ТИПА ЛИЧНОСТИ Д НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Ярославская Е.И.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия, Томск, Россия

Цель: оценить влияние типа личности Д на прогноз у пациентов с ИБС, перенесших коронарное стентирование (КС).

Материал и методы. В исследование было включено 977 пациентов (740 мужчин и 237 женщин) в возрасте от 33 до 86 лет (средний возраст $58,7 \pm 9,4$ года), которым было выполнено КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий и которые полностью заполнили опросник DS-14 на предмет выявления типа личности Д. Средняя продолжительность проспективного наблюдения составила $12,0 \pm 1,8$ месяцев. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки относительного риска (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ) наступления конечной точки. В качестве конечных точек принимали смерть от всех причин, смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инфаркт миокарда (фатальный + нефатальный) (ИМ), нефатальный инфаркт миокарда (НИМ), нестабильная стенокардия (НС) и инсульт.

Результаты. Тип личности Д наблюдался у 31,8% пациентов. За период проспективного наблюдения от всех причин умерло 24 пациента (2,4%), от ССЗ – 21 пациент (2,1%). ИМ в течение проспективного наблюдения развился у 48 пациентов (4,7%) из них 24 пациента (2,4%) перенесли НИМ. У 50 пациентов (4,9%) течение ИБС в проспективном периоде осложнилось НС. У 5 пациентов (0,5%) развился инсульт. ОР смерти от всех причин для пациентов с типом личности Д составил 0,56 (95% ДИ 0,21 – 1,50), от ССЗ – 0,66 (95% ДИ 0,24 – 1,81). ОР развития ИМ у пациентов с типом личности Д составил 0,96 (95% ДИ 0,52 – 1,77), НИМ – 1,50 (95% ДИ 0,67 – 3,38), НС – 1,26 (95% ДИ 0,71 – 2,23). ОР инсульта для пациентов с типом личности Д составил 8,16 (95% 0,91 – 73,1).

Выводы. Не было выявлено влияния типа личности Д на прогноз у пациентов с ИБС, перенесших КС.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ CD133+ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА НА ДИНАМИКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Киргизова М.А., Рябов В.В., Сулова Т.Е., Марков В.А.

Научно-исследовательский институт кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель: изучить влияние трансплантации аутологичных CD133+ клеток костного мозга больным при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на динамику структурно-функциональных показателей сердца в отдаленные сроки наблюдения.

Материалы и методы: в открытое, рандомизированное исследование, зарегистрированное на сайте Clinicaltrials.gov под названием «ESTABOMA», включено 26 пациентов, поступивших с первичным ОИМ в 2006-2007 г. в НИИ кардиологии. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – проведено стентирование инфарктсвязанной коронарной артерии (ИСКА) и трансплантация CD133+ ККМ в количестве $5,7 \pm 2,8106$ на 15 ± 5 -й день ОИМ ($n=10$), 2-я группа – только стентирование ИСКА ($n=16$). Исходно группы были сопоставимы по клинико-anamnestическим характеристикам. Через $7,70 \pm 0,42$ лет после ОИМ установлен жизненный статус пациентов, выполнена оценка клинического состояния, проведены физикальный осмотр, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), эхокардиография на ультразвуковой системе «VIVID 7, GE Vingmed Ultrasound, Norway». Для статистической обработки использовали программу «Statistica v. 10.0».

Результаты. Получена информация о жизненном статусе 23 пациентов (88 %) – 8 больных из 1-й группы (80 %), 15 больных из 2-й группы (94 %). В течение $7,70 \pm 0,42$ лет наблюдения 9 больных (22 %) умерло. Через $7,70 \pm 0,42$ лет после ОИМ обследовано 14 пациентов (54 %). Первичная конечная точка в исследовании была фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). ФВ ЛЖ (В-режим) была несколько выше в группе трансплантации, однако статистически достоверных различий не найдено ($46,8 \pm 9,0$ % vs. $39,1 \pm 9,8$ %, $p=0,17$). Оценена динамика объемных показателей ЛЖ, таких как конечный систолический объем (КСО) и конечный диастолический объем (КДО), они были меньше в 1-й группе: КДО $100,7 \pm 50,2$ мл против $144,4 \pm 42,7$ мл, $p = 0,049$, КСО $56,3 \pm 37,8$ мл против $89,7 \pm 38,7$ мл, $p = 0,049$.

Вторичные конечные точки были следующие: смерть, повторный инфаркт миокарда (ПИМ), нестабильная стенокардия, ХСН II и более ФК, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В группе трансплантации отдаленная как общая, так и сердечно-сосудистая летальность были ниже, чем в контрольной группе (2 (22 %) vs. 7 (44 %), $p=0,11$; 2 (22 %) vs. 4 (25 %), $p=0,53$ соответственно), однако без значимых различий между группами. В 2-й группе было зарегистрировано 7 случаев повторных ИМ (у 44 % пациентов), 4 из них были фатальными. В то время как у пациентов 1-й группы ПИМ не было ($p=0,01$). Нестабильная стенокардия также чаще диагностировалась в 2-й группе (11 (69 %) против 2 (20 %) в 1-й группе, $p = 0,04$). ОНМК в обеих группах не зарегистрировано. ХСН II и более ФК чаще диагностировалась в 2-й группе: 8 (50 %) против 2 (20 %) в 1-й группе, ($p = 0,06$). Пациенты показывали хорошую толерантность к физической нагрузке (ТШХ: $468,3 \pm 83,3$ м в 1-й группе против $437,5 \pm 113,9$ м в 2-й группе, $p = 0,24$).

Оценены показатели безопасности: новые нарушения ритма сердца (НРС), онкологические заболеваний любой локализации. За истекший период наблюдения частота развития НРС в обеих группах достоверно не различалась (20 % (2) против 6 % (1), $p=0,32$). В основной группе не было выявлено новых онкологических заболеваний.

Заключение. Трансплантация аутологичных CD133+ клеток костного мозга - безопасная процедура по результатам долгосрочного наблюдения, она способствует улучшению течения ишемической болезни сердца, предотвращает развитие дилатации левого желудочка, однако не оказывает влияния на систолическую функцию левого желудочка

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА КОНЕЧНЫЕ ТОЧКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Касаткина С.Г., Панова Т.Н., Самсонова Л.Г., Касаткина О.С.

ФГБОУ ВО "Астраханский государственный медицинский университет" Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель исследования: установить влияние заместительной терапии субклинического гипотиреоза(СГ) на конечные точки ишемической болезни сердца(ИБС) у больных сахарным диабетом(СД) 2-го типа.

Материалы и методы: обследованы 88 пациентов с ИБС в сочетании СД 2 типа и СГ. Первичными комбинированными конечными точками считали смертность от всех причин, случаи фатальных и нефатальных ССС. Вторичная комбинированная точка включала такие исходы, как проведение больным по показаниям реваскуляризации любого сосудистого бассейна, впервые выявленные нарушения сердечного ритма (НРС). Больные ИБС, не достигшие той или иной конечной точки, были объединены в группу с благоприятным прогнозом.

Все пациенты были разделены на две подгруппы:

- первая подгруппа получала заместительную терапию (44 больных); пациентам был назначен л-тироксин в дозе от 25 до 100 мкг/сут (доза подбиралась индивидуально в зависимости от исходного уровня ТТГ до минимально необходимой для приведения ТТГ к целевому терапевтическому диапазону значений (0,4-4,0 мкМЕ/мл);

- вторая подгруппа динамического наблюдения (44 больных) не получавших за период наблюдения заместительную терапию эутироксом.

Продолжительность наблюдения составила 12 месяцев.

Результаты и обсуждение:

Анализ количества первичных конечных точек показал, что сердечно-сосудистая смертность в подгруппе больных с СГ была выше у больных, не получавших л-тироксин (11,36% vs 4,54 %, $p > 0,05$), различия не достоверны. Нефатальные ИМ достоверно чаще встречались у лиц подгруппы динамического наблюдения с СГ, чем у больных, получавших заместительную терапию (25,0% vs 13,63%, $P < 0,05$), при этом новые нефатальные ИМ регистрировались чаще, чем повторные ИМ, но достоверные различия не получены.

При сравнительном анализе вторичных конечных точек установлено, что в подгруппе динамического наблюдения с СГ достоверно чаще проводились чрескожные коронарные вмешательства, чем в подгруппе больных, получавших заместительную терапию (43,18 % vs 34,09%, $p < 0,05$).

По вновь выявленным нарушениям ритма сердца получены достоверные различия между подгруппами с СГ, получавшими и не получавшими лечение (40,9 % vs 35,0%, $p < 0,05$).

Всего больных с первичными и вторичными конечными точками в подгруппе динамического наблюдения с СГ было в 1,48 раза больше, чем в подгруппе больных, получавших лечение (84,09% vs 56,81%; $p < 0,05$).

Больные, не достигшие той или иной конечной точки, были объединены в подгруппу с благоприятным исходом: в подгруппе динамического наблюдения с СГ количество больных с благоприятным исходом составило 7(15,9%), находившихся на заместительной терапии - 19 (43,18%).

Выводы: Полученные данные, свидетельствуют, что заместительная терапия субклинического гипотиреоза у больных СД 2-го типа и ИБС приводит к снижению неблагоприятных и летальных сердечно-сосудистых исходов в течение первого года коррекции гипотиреоза.

ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОАРТРИТОМ

Ванханен Н.В.(1), Жукова Е.Б.(2)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика (1)

Центральная городская клиническая больница №3, Донецк, Донецкая Народная Республика (2)

Цель исследования. Изучить влияние статинов на маркеры воспаления и особенности суточного ритма артериального давления (АД) у лиц с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с остеоартритом (ОА) и дислипидемией (ДЛ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 32 больных с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии в среднем возрасте 67,3 ± 1,8 года, АД – 166/102 ± 3,8/2,6 мм рт. ст. в сочетании с ОА I-II рентгенологической стадии по Kellgren (длительность заболевания 7,6 ± 2,3 года), с плазменной концентрацией общего холестерина (ОХС) 6,8 ± 0,6 ммоль/л и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) 4,5 ± 0,6 ммоль/л до и после трехмесячного приема аторвастатина (Ат) в дозе 20 мг в сутки. Группы сравнения: первая - 14 больных ГБ с ОА и ДЛ, которые не принимали аторвастатин; вторая - 15 пациентов ГБ с ДЛ, но без ОА. Определяли интерлейкин-1 (ИЛ-1), фактор некроза опухоли альфа (ФНО-). Суточный профиль АД оценивали по показателям суточного мониторирования АД (СМАД). Пациенты групп сравнения сопоставимы по возрасту, полу, ДЛ, офисному систолическому (САД) и диастолическому (ДАД) АД, длительности АГ и ОА и принимали 20 мг лизиноприла в качестве антигипертензивной терапии.

Полученные результаты. Пациенты с АГ в сочетании с ОА и нарушением липидного спектра крови по сравнению со второй группой сравнения исходно имели достоверно более высокую ЧСС и двойное произведение ($p < 0,01$), и более частые нарушения суточного профиля (non-dipper, over-dipper, night-peaker) АД на 31,1 %, преобладал тип АД non-dipper: профиль САД – 54,14 % и ДАД – 40,69 %. Пациенты с нарушенным суточным профилем (non-dipper, over-dipper, night peaker) САД составили 68,13 %, ДАД – 54,37 %. Терапия Ат, снизила уровень ОХС на 28,9 % ($p = 0,009$), а ХС ЛПНП на 37,5 % ($p = 0,023$). Трехмесячный прием Ат привел к отчетливому снижению уровня АД в среднем на 7,6 ± 1,9/4,1 ± 2,1 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Одновременно произошло уменьшение количества пациентов с нарушенным суточным профилем САД на 13,2 %, ДАД на 4,9 % ($p < 0,01$), в том числе уменьшилось количество пациентов с типом non-dipper: профиль САД на 9,6 % и ДАД-3,8 %. В группе Ат существенно уменьшился уровень ИЛ-1 и ФНО- (с 9,37 ± 2,19 пг/мл и 6,14 ± 1,93 пг/мл до 7,19 ± 1,94 и 4,81 ± 1,23, $p < 0,05$) в отличие от первой контрольной группы (8,96 ± 2,43 пг/мл и 6,59 ± 2,73 пг/мл, а через три месяца - 8,42 ± 2,72 и 6,62 ± 2,16).

□ Выводы. Применение Ат позволяет улучшить суточный профиль САД и ДАД, оказывает противовоспалительный эффект у лиц с АГ в сочетании с ОА.

ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С БЕССИМПТОМНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мальшева О.С., Шуленин К.С., Багненко С.С., Кутелев Г.Г., Ефимов С.В., Пустовая М.Г., Гончарук Р.Н.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить возможности метода объемной сфигмометрии в оценке особенностей артериальной жёсткости и сосудистого возраста у больных гипертонической болезнью (ГБ) с бессимптомным поражением головного мозга (ГМ). Методы исследования. Обследовано 34 пациента с ГБ I - II стадии в возрасте от 36 до 59 лет (средний возраст $50,4 \pm 6,4$ лет). Обследование больных ГБ проводилось согласно требованиям национальных и международных рекомендаций. Дополнительно всем пациентам выполнялась магнитно-резонансная томография ГМ. В зависимости от наличия или отсутствия специфических очагов повышенной интенсивности (глиоза) в белом веществе ГМ были сформированы две группы по 15 и 19 человек соответственно. Достоверных различий по возрасту и полу в выделенных группах не отмечалось. Лица с клиническими проявлениями атеросклероза коронарных и периферических артерий в исследование не включались. Методом объемной сфигмометрии на аппарате VaSera VS-1500N (FUKUDA DENSHI, Япония) определялись сосудистый сердечно-лодыжечный индекс (CAVI), являющийся производным от сердечно-лодыжечной скорости пульсовой волны, а также лодыжечно-плечевой индекс (ABI) и расчётный возраст артерий (сосудистый возраст). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП «Statistica 10.0». Результаты. Наличие бессимптомных очагов глиоза в белом веществе ГМ ассоциировалось с достоверным ($p < 0,05$) увеличением индексов R-CAVI ($7,61 \pm 1,24$ и $6,95 \pm 0,73$ соответственно) и L-CAVI ($7,59 \pm 1,09$ и $6,97 \pm 0,75$ соответственно), а в группе больных ГБ без поражения ГМ наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение индексов R-ABI ($0,99 \pm 0,05$ и $1,06 \pm 0,03$ соответственно) и L-ABI ($1,02 \pm 0,06$ и $1,07 \pm 0,04$ соответственно). Достоверных различий показателей расчётного возраста артерий в выделенных группах, также как и его отклонений от биологического, выявлено не было. Выводы. У больных ГБ I - II стадии наличие бессимптомных очагов глиоза в белом веществе ГМ ассоциируется с повышенной жёсткостью сосудистой стенки. При этом у лиц без признаков специфического поражения ГМ определяется уменьшение лодыжечно-плечевого индекса (ABI), указывающее на более выраженные изменения периферических артерий атеросклеротического генеза.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕФОННОГО ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Морозов С.Л., Дискаленко О.В., Изотова А.Б., Смирнов С.В.

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

Цель работы. Определить влияние телефонного интервьюирования у больных гипертонической болезнью (ГБ) на приверженность к лечению на амбулаторном этапе в сравнении с традиционным динамическим наблюдением, предполагающим визиты к врачу.

Материал и методы исследования. На госпитальном этапе обследовано 28 больных ГБ I-II стадии. При выписке из стационара у всех пациентов на фоне подобранной гипотензивной терапии были достигнуты целевые уровни артериального давления (АД). Обследуемым было рекомендовано активное динамическое наблюдение в течение одного года, предполагающее ежемесячные визиты к врачу (группа сравнения) или телефонное интервьюирование (группа наблюдения). В группу сравнения вошли 16, а в группу наблюдения 12 пациентов. Сравнимые группы больных были исходно сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания, показателям гемодинамики и проводимой гипотензивной терапии. В процессе амбулаторного наблюдения проводились опрос пациентов относительно жалоб, общего самочувствия, уровня АД и анкетирование с помощью вопросника Мориски-Грина по оценке комплаенса. При необходимости пациенты получали врачебные рекомендации по коррекции терапии. Кроме того в конце всего периода наблюдения больные осуществляли недельную аутометрию АД для оценки эффективности лечения.

Полученные результаты. Было выявлено, что пациенты, подвергнутые телефонному интервьюированию и пациенты активно посещавшие врача, одинаково положительно оценивали динамику своего самочувствия в процессе амбулаторного лечения. Частота же гипертонических кризов была в группе наблюдения несколько выше, чем в группе сравнения ($p > 0,05$). Результаты недельной аутометрии АД продемонстрировали преимущество более активной тактики амбулаторного наблюдения. Так, среднее систолическое АД в группах наблюдения и сравнения составило соответственно $137,5 \pm 3,4$ и $133,6 \pm 3,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), а среднее диастолическое АД – $85,1 \pm 2,7$ и $84,6 \pm 2,3$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). В то же время, по данным вопросника Мориски-Грина доля комплаентных пациентов в группах наблюдения и сравнения оказалась практически одинаковой и составила соответственно 67% (8 человек) и 75% (12 человек), $p > 0,05$. Следует отметить, что в обеих группах удалось сохранить целевые значения АД, достигнутые в период стационарного лечения.

Выводы. Регулярное динамическое врачебное наблюдение больных ГБ – важный фактор, влияющий на сохранение у них приверженности к лечению и, как следствие, эффективность гипотензивной терапии. Телефонное интервьюирование у пациентов с ГБ на амбулаторном этапе может быть альтернативной врачебным осмотрам или дополнять их.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА С ОДНОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОСЛЕ АНГИОПЛАСТИКИ СО
СТЕНТИРОВАНИЕМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИИ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПО ДАННЫМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Абдужамалова Н.М., Терещенко А.С., Миронов В.М., Масенко В.П., Меркулов Е.В., Наумов В.Г.

**ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ,
Москва, Россия**

Цель: изучить воспалительный ответ после коронарного стентирования у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от морфологии атеросклеротической бляшки (АСБ).

Материалы и методы: в исследование включено 31 пациент с хронической ИБС в возрасте от 41 до 78 лет, у которых по данным коронарной ангиографии (КАГ) диагностирован гемодинамически значимый стеноз в одной коронарной артерии. С целью оценки фенотипа АСБ пациентам проводилось внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ), с последующей имплантацией стента в области стеноза. В зависимости от морфологии АСБ (по данным ВСУЗИ) больные были разделены на 3 группы: с фиброатеромами (ФА, n=18), с фиброатеромами с тонкой крышкой (ФАТК, n=9) и с фиброзными АСБ (n=4). Активность воспалительного процесса оценивалась путем определения маркеров воспаления (СРБ, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-2R) в сыворотке крови до ангиопластики, далее через 24 часа.

Результаты: в группе больных с фиброатеромами через 24 часа после транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА) уровень СРБ возрастал на 30 % (p=0,03), ИЛ-6 на 100% (p=0,05), ИЛ-8 на 120% (p=0,02), ИЛ-2R на 20% (p=0,03). У пациентов с ФАТК отмечен прирост СРБ на 96% (p=0,05), ИЛ-6 на 100% (p=0,12), ИЛ-8 на 50% (p=0,12), ИЛ-2R на 9% (p=0,12). Для группы больных с фиброзными АСБ достоверных изменений СРБ, ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-2R после ангиопластики не выявлено. При сравнении трех групп между собой статистически значимых различий в динамике показателей маркеров воспаления также отмечено не было.

Выводы: таким образом, в группе больных с АСБ по типу фиброатером воспалительная реакция, возникающая в ответ на травму сосудистой стенки в месте проведения ангиопластики со стентированием была наиболее выражена. Однако, статистически значимых различий при сравнении трех групп между собой не выявлено.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА ST У ПОЖИЛЫХ

Абрамова О.В.(1), Сайганов С.А.(2)

СПб ГБУЗ "Елизаветинская больница", Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия (2)

Возрастные особенности морфо-функционального состояния миокарда обуславливают разное клиническое течение ОКСбпST у пациентов среднего и пожилого возраста, проявляющиеся у пожилых появлением признаков ХСН, более частому развитию жизнеугрожающих нарушений ритма, атипичной клинической картиной.

Цель. Изучить особенности течения ОКСбпST у пациентов пожилого возраста с учетом сроков проведенной реваскуляризации.

Методы исследования. Были изучены материалы историй болезни 144 пациентов среднего и пожилого возраста с ОКСбпST с очень высоким и высоким риском развития инфаркта миокарда и ранней смерти после проведенной реваскуляризации синдром-связанной артерии в период стационарного лечения. Время проведения ЧКВ: до 2 часов и от 2 до 24 часов от поступления в стационар. Дополнительно в группах был проведен анализ осложнений ОКС.

Полученные результаты. Сравнение групп по общим характеристикам выявило сопоставимость групп для сравнения. Анализ сроков проведенной реваскуляризации показал, что большая часть пациентов пожилого возраста (54 больных, 65,1%) была прооперирована во временное «окно» от 2 до 24 часов с момента поступления в стационар. У 39 больных (47,0%) при поступлении были выявлены догоспитальные осложнения ОКС (жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости, явления сердечной недостаточности). Процент осложнений ОКС, развившихся в период стационарного лечения, составил 13,3 (11 из 83 больных). Основной причиной задержки в проведении реваскуляризации явилась специфика работы ангиографического кабинета (по 12 часов в сутки). Меньшая часть пациентов (13%) от предложенных методов лечения долгое время отказывалась. Среди пациентов среднего возраста 54,1% (33 пациента) были прооперированы до 2 часов от момента поступления и 45,9% (28 больных) – в период от 2 до 24 часов. Процент осложненного догоспитального течения ОКС среди этих пациентов был почти в два раза ниже, чем у пожилых пациентов, и составил 24,6% (15 больных; $p < 0,05$). Во время стационарного лечения у 6 больных среднего возраста (9,8%) ОКС носил осложненный характер. Достоверных различий по осложнению между пациентами пожилого и среднего возраста получено не было ($p > 0,05$). Среди пациентов пожилого возраста было больше исходов в не-Q-формы (30 больных, 36,1%, против 10 больных среднего возраста, 16,4%; $p < 0,001$).

Выводы. Анализ данных не выявил достоверных различий по проценту осложненного течения в период стационарного лечения между больными среднего и пожилого возраста с ОКСбпST и критериями очень высокого риска, несмотря на то, что реваскуляризация миокарда у последних была проведена с задержкой. Представляется, что у пациентов пожилого возраста с ОКСбпST, осложненным жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости или проявлениями сердечной недостаточности, реваскуляризации миокарда может быть проведена в сроки до 24 часов от момента поступления в стационар после купирования ранних ишемических осложнений. Пациенты с повторяющимся болевым синдромом требуют проведения реваскуляризации в кратчайшие сроки.

ВЫЯВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ИЗ-ЗА КОТОРЫХ ПЯТИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОСТАЕТСЯ НА НИЗКОМ УРОВНЕ.

Борисова В.С.(1), Решетников И.Б.(1), Сотникова М.А.(1), Шкурина А.В.(2)

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет, Ростов, Россия (1)

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет, Москва, Россия (2)

Цель работы: определить факторы, влияющие на пятилетнюю выживаемость пациентов с ХСН.

Материалы и методы: приняло участие 98 пациентов, из них 51 женщина и 47 мужчин, средний возраст $73,2 \pm 11,8$ года. Базой исследования явилось МБУЗ «Городская больница №4 г. Ростова-на-Дону» Временной интервал: сентябрь 2010 года – март 2016 года. Исследование построено по принципу регистра, учитывающего регулярность наблюдения в поликлинике, количество регоспитализаций, приверженность пациента к терапии, наличие сопутствующих заболеваний и факт смерти пациента. Этапы исследования последовательно включают в себя: отбор пациентов с симптомами острой декомпенсации ХСН, внесение пациентов в регистр, осуществление телефонных контактов с пациентами каждые три месяца, анализ полученных результатов.

Результаты исследования: причиной развития ХСН в 14% случаев явилась ишемическая болезнь сердца (ИБС), в 18% – артериальная гипертензия (АГ), в 41% – ИБС и АГ вместе. Также в анамнезе пациентов в 28,8% случаев присутствовало нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий, в 20,6 % – сахарный диабет (СД), в 10,3% – хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). На старте исследования ХСН II ФК встречалась у 18,4% исследуемых; ХСН III ФК – 69,3%; ХСН IV ФК – 2,3%. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) принимали 86% пациентов; -блокаторы – 62%; дигоксин – 65%; антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР) – 34%; диуретики – 28%; нитраты – 74%; статины – 6%. Следует отметить, что проводимое лечение не соответствовало тяжести состояния пациентов в 73% случаев. И в начале исследования, и на сегодня приверженность пациентов к терапии остается недостаточной: 100% пациентов должны были принимать иАПФ, -блокаторы и АМКР, тогда как в начале исследования все базисные препараты принимало 35%, а в конце 64% пациентов. За 5 лет уровень смертности составил 87,8%. В группе пациентов, у которых ХСН сочеталась с ИБС, смертность составила 75,9%, при сочетании ХСН с АГ 84,9%, с анемией и СД по 75%, с ХОБЛ у 80% пациентов, самый неблагоприятный исход выявлен у больных ХСН с фибрилляцией предсердий – смертность составила 92,8%. Только 6% пациентов, в целях улучшения состояния здоровья, изменили свой образ жизни и 57,1% из них вошли в число выживших за эти 5 лет. Регоспитализации в первый год – 62,2%, во второй – 54,0%, в третий – 48,6%, в четвертый – 82,6%, в пятый – 23,9%.

Заключение: основная проблема, приводящая к регоспитализациям и развитию смертельных исходов у пациентов с ХСН - низкая приверженность к базисной терапии, а также несоответствие этой терапии рекомендуемым стандартам. Несостоятельность терапии коморбидных заболеваний, и отсутствие профилактики осложнений резко снижают пятилетнюю выживаемость. Низкий процент пациентов, изменивших свой образ жизни, говорит о том, что приверженность больных к немедикаментозной терапии крайне неудовлетворительная, однако именно она влияет на успешность медикаментозной терапии и повышает пятилетнюю выживаемость.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хоролец Е. В., Хаишева Л. А., Шлык С. В.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов, Россия

Цель - изучить параметры гемодинамики у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) в зависимости от степени тяжести острой сердечной недостаточности (ОСН).

Материалы и методы: Включен 91 пациент с диагнозом ОКСпST, средний возраст $60,7 \pm 1,2$ лет и контрольная группа (здоровые) $59,8 \pm 0,8$ лет ($p > 0,05$). Критерии включения: ОКСпST осложненный ОСН по классификации Killip (I–III степени) в первые 24ч заболевания при наличии артериальной гипертонии в анамнезе, женщины в менопаузе. Критерии исключения: ОСН Killip IV, сахарный диабет, онкологические заболевания, хроническая почечная и печеночная недостаточности. Оценивали: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое (ДАД) пульсовое АД (ПАД) мм.рт.ст. частота сердечных сокращений (ЧСС). Статистическая обработка исследуемого материала проводилась программой Statistika 6.0. Результаты представлены в виде $M \pm m$, статистически значимые различия оценивали при $p < 0,05$.

Результаты: Средние цифры САД у пациентов $132,75 \pm 2,52$ мм.рт.ст. были выше чем в группе здоровых добровольцев $116,67 \pm 2,11$ мм.рт.ст.. На фоне прогрессирования ОСН отмечено увеличение САД Killip I-III: $136,15 \pm 5,25$; $129,58 \pm 3,02$; $143,5 \pm 7,38$ мм.рт.ст. что достоверно выше группы контроля и говорит о роли артериальной гипертонии в развитии ОСН. Значения ДАД статистически не различались среди больных $78,94 \pm 0,93$ и здоровых $78,33 \pm 2,11$ мм.рт.ст, при этом получено увеличение ДАД при развитии отека легких $83,5 \pm 2,99$ мм.рт.ст.. При анализе пульсового АД выявлено увеличение среди пациентов ОКСпST $53,24 \pm 1,83$ по сравнению с группой контроля $38,33 \pm 1,05$ мм.рт.ст.. При оценки ПАД у больных ОКСпST в зависимости от класса Killip I-III: $54,62 \pm 4,33$; $51,46 \pm 2,21$; $60,0 \pm 4,71$ мм.рт.ст. отмечено увеличение, что выше средних значений среди здоровых добровольцев. Цифры ЧСС у пациентов $81,09 \pm 1,28$ уд/мин были выше, чем в группе контроля $70,33 \pm 0,33$ уд/мин, на фоне увеличения степени тяжести ОСН установлено увеличение ЧСС до $88,6 \pm 5,14$ уд/мин у больных с отеком легких, что отражает влияние симпатической нервной системы на степень прогрессирования ОСН в условиях гипоксии.

Выводы: В развитие ОСН у больных ОКСпST артериальная гипертония вносит свое негативное влияние. Увеличение систолического и пульсового артериального давления, частоты сердечных сокращений способствует прогрессированию острой сердечной недостаточности при ОКСпST, что отражает неблагоприятный прогноз пациентов ОКСпST.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Выявить гендерные отличия структурно-функциональных (СФ) изменений миокарда у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом 2 типа (СД-2) и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов (из них 32 женщины; средний возраст $48,6 \pm 3,2$ лет) с АГ II стадии 2 степени, субкомпенсированным СД-2 и ожирением 2 степени (индекс массы тела (ИМТ) $32,3 \pm 2,4$ кг/м). Оценивались ИТМ, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ), их соотношение (ОТ/ОБ), количество жировой ткани (ЖТ) в организме биоимпедансным методом (БИМ), толщина висцерального жира (ТВЖ) ультразвуковым методом, эхокардиография (ЭхоКГ), уровень гликемии и липидограмма. Для оценки корреляции использовали t-критерий Кендалла, и P-критерий Фишера.

Результаты. Выявлены значительные гендерные отличия СФ изменений миокарда обследованных больных. У женщин установлена прямая корреляционная связь между диаметром корня аорты и ИМТ ($t=0,15$, $P=0,043$); диаметром левого предсердия и показателями ОТ, ОТ/ОБ, ТВЖ (соответственно: $t=0,17$, $P=0,045$; $t=0,19$, $P=0,044$; $t=0,18$, $P=0,013$); диастолического диаметра левого желудочка (ЛЖ) с ИМТ, ОТ, ОБ и ТВЖ (соответственно: $t=0,22$, $P=0,010$; $t=0,23$, $P=0,009$; $t=0,16$, $P=0,018$; $t=0,18$, $P=0,019$). У мужчин выявлена прямая корреляция между диаметром корня аорты и показателями ОТ, ОТ/ОБ (соответственно: $t=0,29$, $P=0,043$; $t=0,22$, $P=0,032$); диаметром левого предсердия и ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ, ТВЖ (соответственно: $t=0,18$, $P=0,028$; $t=0,24$, $P=0,027$; $t=0,21$, $P=0,032$; $t=0,29$, $P=0,023$); обратная корреляция между фракцией выброса ЛЖ с ИМТ, ОТ, ТВЖ и ВЖТ (соответственно: $t=-0,18$, $P=0,041$; $t=-0,32$, $P=0,010$; $t=-0,27$, $P=0,013$; $t=-0,34$, $P=0,014$). Масса ЛЖ прямо коррелировала с показателями абдоминального (ОТ, ОТ/ОБ) и висцерального (ТВЖ) ожирения как у женщин, так и у мужчин, но у женщин дополнительно установлена прямая корреляция массы ЛЖ с показателями общего (ИМТ, ВЖТ) ожирения, а у мужчин – с показателем периферического (ОБ) ожирения. Индекс массы ЛЖ прямо коррелировал с ОТ/ОБ и ТВЖ и у женщин, и у мужчин. У мужчин отмечалась прямая корреляция между диаметром правого желудочка и ИМТ ($t=0,23$, $P=0,008$).

Выводы. Абдоминальное ожирение является важным модифицируемым фактором риска кардиоваскулярных осложнений, который потенцирует развитие гипертрофии ЛЖ у пациентов с АГ и СД-2 независимо от пола. Значимые гендерные особенности СФ изменений миокарда проявляются у женщин развитием дилатации левых отделов сердца без изменения фракции выброса ЛЖ, а у мужчин расширением корня аорты и снижением сократительной функции ЛЖ без изменения его диаметра.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОШЕНИЯ К КУРЕНИЮ В СВЯЗИ С ХАРАКТЕРОМ ТРУДА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ

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

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск, Россия, Тюменская область, Россия

Цель: Установить популяционные закономерности психоэмоциональных факторов во взаимосвязи с распространенностью ишемической болезни сердца, конвенционных факторов риска и субъективно-объективного показателя здоровья у мужчин и женщин 25-64 лет открытой городской популяции.

Методы исследования. Одномоментное эпидемиологическое исследование проводилось в рамках кардиологического скрининга на открытой городской популяции среди мужчин и женщин 25-64 лет. Формирование репрезентативной выборки производилось в компьютерном варианте с использованием таблиц случайных чисел на основе поименных избирательных списков населения одного из административных округов г. Тюмени в количестве 2000 человек: по 250 человек в каждом возрастном десятилетии жизни среди лиц обоего пола: 25-34; 35-44; 45-54; 55-64 лет (отклик среди мужчин – 85,0%, среди женщин – 70,4%). В режиме самозаполнения было проведено тестирование по анкете ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью»; обследуемый считался курящим, если он выкуривал 1и более сигарет/день; по характеру труда распределялись на четыре категории: безработные, физический труд, ИТР и руководители. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 7. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий Хи-квадрат (χ^2) Пирсона; ранговая корреляция Спирмана. Значения $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

В результате проведенного исследования у мужчин и женщин 25-64 лет открытой популяции г. Тюмени выявлены особенности в отношении к табакокурению в связи с характером труда. Так, в мужской популяции наиболее высокий процент никогда не куривших отмечен в категории руководителей (36,8 %) и ИТР (33,7 %), а у женщин среди безработных и занятых физическим трудом (69,4 % и 69,8% соответственно), ($p < 0,01$). И наоборот, если мужчины стали меньше курить в категории безработных и занятых физическим трудом (13,7 % и 12,8 % соответственно), то женщины – в категории руководители и ИТР (7,3 % и 4,9 % соответственно). Гораздо больший процент мужчин в сравнении с женщинами никогда не пытался бросить курить и стал больше курить, чем год назад, особенно в категории безработных и занятых физическим трудом ($p < 0,001$), у женщин же подобная тенденция прослеживается среди ИТР.

В течение года не курили около 60 % мужчин в категории ИТР и руководителей, и каждый второй в категории безработных, а среди женщин в течение года не курили 4/5 лиц с наиболее высоким процентом в категории безработных (88,4 %), ($p < 0,001$).

При парной ранговой корреляции Спирмана выявлена слабая прямая связь между характером труда и попыткой что-либо изменить в своем курении у мужчин ($R = 0,35$, $t = 2,04$, $p = 0,05$) и женщин ($R = 0,08$, $t = 2,57$, $p = 0,01$); обратная связь с интенсивностью курения у женщин ($R = -0,07$, $t = 3,47$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, установлены разнонаправленные тенденции в отношении к табакокурению в связи с характером труда у мужчин и женщин 25-64 лет открытой популяции г. Тюмени, что необходимо учитывать при планировании целенаправленных профилактических программ.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ИНФОРМИРОВАННОСТИ О СОСТОЯНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Малинова Л.И.(1), Фурман Н.В.(1), Клочков В.А.(1), Долотовская П.В.(1), Денисова Т.П.(2)

**НИИ кардиологии ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздрава России,
Саратов, Россия (1)**

**ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Саратов, Россия
(2)**

Неоспоримым фактом является тесная ассоциация развития сердечно-сосудистых заболеваний и особенностей образа жизни современного человека. Многочисленными исследованиями была убедительно доказана высокая значимость модификация образа жизни как для первичной, так и для вторичной профилактики кардиоваскулярной патологии. Однако, и модификация образа жизни, и высокая приверженность пациента проводимому лечению являются результатом формирования прочной мотивации, признания реальной опасности своему здоровью, а также высокой значимости здоровья в системе ценностей индивидуума.

В связи с этим была поставлена цель: изучение оценки значимости факторов риска сердечно-сосудистой патологии и информированности о состоянии своего здоровья на примере выборки трудоспособного населения городской агломерации.

Материалы и методы. Проводилось сплошное одномоментное обсервационное исследование сотрудников ($n = 315$) 2 предприятий производственно-коммерческой направленности городской агломерации Саратов – Энгельс в возрастном диапазоне 21...75 лет, из них 26,35% мужчин и 73,65% женщин. Основным инструментом изучения оценки значимости факторов риска сердечно-сосудистой патологии и информированности о состоянии своего здоровья являлась анкета, разработанная на основе основного и расширенного модулей инструмента STEPS ВОЗ (v 2.0). В том числе респондентам предлагалось ранжировать по пяти бальной шкале вред здоровью, наносимый следующими факторами: курение, нездоровое питание, гиподинамия, ожирение, артериальная гипертензия, алкоголь, стресс.

Результаты. Все пациенты на момент исследования были относительно социально защищены: постоянное место работы, доход обследованных находился в пределах среднестатистического дохода по региону. Все респонденты, и мужчины, и женщины, достаточно единодушно высказались о наибольшем вреде для здоровья следующих факторов: чрезмерное употребление алкоголя, курение, стресс, избыточная масса тела (ожирение). Однако, женщины более часто высказывались о вреде чрезмерного употребления алкоголя: 84% vs 69% ($p < 0,05$) и ожирения: 70% vs 53% ($p < 0,05$). Вторым по значимости для обследуемых женского пола стал стресс, тогда как для респондентов-мужчин – курение. Для лиц мужского пола более характерным было занижение значимости изучаемых факторов риска по сравнению с женщинами. Особенно яркой стала видна недооценка роли предложенных для осмысления факторов риска мужчинами на примере артериальной гипертензии. Так, за нанесение повышенным артериальным давлением минимального вреда здоровью высказались 8% мужчин и только 3% женщин. Женщины достоверно чаще, чем мужчины были информированы об уровне своего холестерина (общий холестерин) и артериального давления (69 % vs 46%, $p < 0,05$).

Заключение. Выявлены гендерные различия градации значимости кардиальных факторов риска лицами трудоспособного возраста. Установлена большая информированность среди женщин относительно наличия у них отдельных факторов кардиоваскулярного риска. Полученные данные должны приниматься во внимание при разработке пациент-ориентированных превентивных программ, а также лечебно-профилактических мероприятий кардио-васкулярного вектора.

ГЕНЕЗ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ярославская Е.И.(1), Кузнецов В.А.(1), Криночкин Д.В.(1), Пушкарев Г.С.(1), Бессонов И.С.(1), Калиниченко А.П.(2)

Тюменский кардиологический научный центр, Томский научно-исследовательский медицинский центр РАН, Тюменская область, Россия (1)

ГБУЗ Тюменской области "Областная клиническая больница №1", Тюменская область, Россия (2)

Нуждается в проверке предположение о том, что вызывать развитие митральной регургитации (МР) при ишемической болезни сердца (ИБС) могут не только постинфарктные изменения миокарда, но и гибернация его сегментов. При исследовании нами смешанной по полу группы больных ИБС без инфаркта миокарда связи МР с локализацией коронарных стенозов не выявлено. Ранее мы доказали наличие гендерных различий в механизмах формирования ишемической МР у больных с постинфарктным кардиосклерозом: у женщин она оказалась связанной с глобальным, а у мужчин – с региональным патологическим ремоделированием миокарда (преимущественно обусловленным поражением правой коронарной артерии), что позволило предположить наличие гендерных различий в механизмах формирования МР и у больных ИБС без инфаркта миокарда.

Цель. Установить взаимосвязи гемодинамически значимой МР с параметрами мужчин с ИБС без инфаркта миокарда.

Материал и методы. Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны мужчины с гемодинамически значимыми коронарными стенозами (75% просвета как минимум одной артерии) без инфаркта миокарда или анамнестического инфаркта миокарда: 66 пациентов с МР без значимого органического поражения створок 2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия 0,2 см и регургитирующим объемом 30 мл) и 1001 пациент без МР.

Результаты. Пациенты с МР были старше ($59,0 \pm 7,3$ против $52,8 \pm 7,4$ года), чаще демонстрировали более высокие (III-IV) функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Сердца (NYHA) (27,4 против 10,9%) и нарушения сердечного ритма (61,0 против 14,8%, все $p < 0,001$) при более редких тяжелых (III-IV) ФК стенокардии напряжения (46,7 против 63,2%, $p = 0,019$). При эхокардиографии у мужчин с МР были больше индексы линейных размеров полостей сердца, в том числе левого предсердия ($23,2 \pm 2,9$ против $19,9 \pm 2,2$ мм/м) и ниже фракция выброса ЛЖ ($51,0 \pm 10,7$ против $61,0 \pm 4,9\%$, оба $p < 0,001$). Достоверных межгрупповых различий по ангиографическим параметрам выявлено не было. По результатам мультивариантного анализа независимую связь с МР продемонстрировали нарушения сердечного ритма (ОШ=7,92; 95%ДИ 3,21-19,57; $p < 0,001$), индекс размера левого предсердия (ОШ=1,25; 95%ДИ 1,09-1,43; $p = 0,002$), фракция выброса ЛЖ (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,75-0,89; $p < 0,001$), ФК стенокардии напряжения (ОШ=0,49; 95%ДИ 0,24-0,98; $p = 0,044$) и возраст (ОШ=1,09; 95%ДИ 1,03-1,16; $p = 0,005$).

Заключение. Таким образом, МР у мужчин с ИБС без инфаркта миокарда ассоциируется не с локализацией коронарного поражения, а с нарушениями сердечного ритма, увеличением размера ЛП, снижением фракции выброса ЛЖ, утяжелением ФК ХСН и более старшим возрастом.

ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ БЛОК-СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА В Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Алиева М.Г., Абдуллаев А.А., Саидов М.З.

**ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Республика
Дагестан, Россия**

Цель – разработать блок-схему краткосрочного персонафицированного прогноза клинического исхода острого коронарного синдрома (ОКС) в Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ) на госпитальном этапе.

Методы исследования. В работу были включены 68 пациентов с диагнозом ОКС. В качестве прогностических факторов выступали наиболее информативные интервалы концентраций показателей субклинического неспецифического воспаления, эндотелиальной дисфункции, кардиоспецифических изменений в иммунной системе и сывороточные кардиомаркеры. Для тестирования вышеобозначенных показателей использовался метод твёрдофазного иммуноферментного анализа. Рассчитывались величины относительного риска с доверительными интервалами, абсолютного риска, диагностическая эффективность использованных методов в отношении клинического исхода ОКС в Q-ИМ в связи с изучаемыми факторами риска (интервалы концентраций показателей). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica (версия 6,0), а также "Biostat 4.03.

Полученные результаты. На основании комплексного анализа результатов была сформирована итоговая блок-схема краткосрочного персонафицированного прогноза клинического исхода ОКС в Q-ИМ. В неё вошли наиболее информативные интервалы концентраций изученных показателей. Персонафицированный краткосрочный прогноз клинического исхода ОКС в Q-ИМ на госпитальном этапе связан с интервалами концентраций тропонина I от 2,2 до 2,7 нг/мл, мозгового натрийуретического пептида (BNP-32) от 1079 до 1270 пг/мл; маркеров воспаления: С-реактивного белка – от 20 до 25 мг/л, интерлейкина-1 – от 0,54 до 1,54 пг/мл и туморнекротического фактора- – от 1,1 до 1,6 пг/мл; маркеров эндотелиальной дисфункции: оксида азота – от 7 до 11 мкмоль/л, эндотелина – от 5 до 6 фмоль/мл, матриксной металлопротеиназы-9 – от 270 до 370 нг/мл и тканевого ингибитора металлопротеиназы-1 – от 140 до 150 нг/мл; иммуномаркеров: неоптерина – от 20 до 28 нмоль/л, антител к кардиолипину – от 15 до 20 ЕД/мл и в 75% случаев встречаются антитела к миокардиоцитам. Пациенты, имеющие указанные показатели при поступлении в стационар, являются группой высокого риска в отношении клинического исхода ОКС в Q-ИМ.

Выводы. В случаях, когда при поступлении в стационар значения показателей воспаления, эндотелиальной дисфункции, сывороточных кардиомаркеров и иммуномаркеров попадают в интервалы концентраций, указанных в блок-схеме, эти пациенты относятся к группе высокого риска клинического исхода ОКС в Q-ИМ. Это позволяет уже на раннем этапе госпитализации провести лечебные мероприятия в соответствии со стандартами ведения больных с окклюзирующими поражениями коронарных артерий, обуславливающих Q-ИМ.

ДЕФЕКТЫ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ КАК ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Чуприна С.Е, Попова Д.О, Небогина О.В, Проничева И.И

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронеж, Россия

ЦЕЛЬ. В нашем исследовании мы подробно остановились на анализе дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП) и синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) как возможных причинах инсульта у молодых. Целью данной работы было изучение факторов, усиливающих риск ишемического инсульта у пациентов с ДМПП и СОАС, а также оценка возрастной структуры, полового диморфизма, тяжести течения ишемического инсульта у этих больных.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. На базе регионального сосудистого центра Воронежской областной клинической больницы № 1 обследовано 79 пациентов с открытым овальным окном (ООО) и 46 пациентов с СОАС.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Средний возраст больных с ДМПП составил 51 год, среди них 37 (47%) мужчин и 42 (53%) женщины. 36 (46%) исследуемых имели повышенную массу тела (ИМТ -29,6), 31 (39%) пациент среди вредных привычек отмечали курение более 10 лет, артериальная гипертензия выступала фоновым заболеванием у 71 (90%) больных. У 47 (60%) обследованных в анамнезе есть указания на психо-эмоциональные нагрузки предшествующие острому нарушению мозгового кровообращения, 33 (42 %) пациента отмечали значительную физическую активность перед развитием клиники инсульта. В первые сутки наблюдения средний балл по шкале NIHSS составил у мужчин- 7,5, у женщин- 7,3. Очаг ишемии в 47 (59%) случаях был в структурах головного мозга, кровоснабжаемых из бассейна основной артерии. У 29 (37%) пациентов по данным трансторакальной и чрезпищеводной ЭХО-КГ выявлен шунт из правого предсердия в левое, у 9 (11%) больных верифицировано открытое овальное окно в аневризме межпредсердной перегородки, что сопровождалось более выраженным неврологическим дефицитом (средний балл по шкале NIHSS - 8,3 в сравнении с лицами с щелевидным овальным окном и без аневризматического выбухания межпредсердной перегородки (средний балл по шкале NIHSS - 7,2). Только у 6 (8%) обследованных при проведении ультразвукового дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей найдена патология со стороны венозной системы. При выполнении билатерального мониторирования кровотока в средних мозговых артериях с эмболодетекцией у 11 (14%) человек непроницаемы темпоральные окна, у 22 (28%) получены данные за наличие эмболов в количестве 20-130. 7 (9 %) выполнено зондирование, после чего 3 (4%) пациентов установлен окклюдер, 27 (34%) человек выписаны с рекомендациями принимать антиагреганты, 49 (62%)- антикоагулянты.

Среди больных с СОАС было 11 (24%) женщин и 35 (76%) мужчин. Средний возраст пациентов 61 год. Средний ИМТ у обследуемых составил 32,08, из них с ожирением I степени – 15 (33%) человек, с ожирением II степени – 22 (48%), с ожирением III степени – 9 (19%). Всем пациентам проводилась компьютерный мониторинг пульсоксиметрии (КМП). По данным КМП легкая степень ночного апноэ выявлена у 14 (30%) пациентов, средняя – у 16 (44%), тяжелая – у 12 (26%). По результатам данного обследования 38 (82%) пациентам рекомендован кардио- респираторный мониторинг, 12 (26%) больным подобрана CPAP терапия.

ВЫВОДЫ. Современные исследования наглядно демонстрируют тот факт, что в настоящее время имеются все основания считать открытое овальное окно и СОАС факторами, усиливающими риск развития ишемического инсульта у лиц молодого возраста. В настоящее время остро стоит необходимость дальнейшего изучения данных проблем с целью выработки тактики первичной и вторичной профилактики сосудистых осложнений при различных дефектах межпредсердной перегородки и нарушении дыхания во сне.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Слезова В.И.

ООО «Медицина АльфаСтрахования»(г.Ростов-на-Дону), Ростов, Россия

Цель: оценить параметры диастолической дисфункции у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома(МС).

Материалы и методы: Обследовано 58 пациентов (28 мужчин, 30 женщин), средний возраст $47 \pm 8,5$ лет с АГ I-II стадии. Основную группу составили 29 пациентов с АГ и МС, в группу сравнения вошли 29 человек с АГ без МС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ, средним значениям систолического и диастолического АД и индексу массы тела. Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) выполнялось на аппарате LOGIQ S8. Для анализа диастолической функции левого желудочка применяли тканевую доплерэхокардиографию. Статистический анализ проводили с помощью пакетов программ Statistica, версия 6.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования: Диастолическая дисфункция (ДД) выявлена у 21 пациента(72%) основной группы: ДД 1 степени («замедленная релаксация») - у 18(62%) , ДД 2 степени («псевдонормализация») - у 3(10%). У пациентов с АГ без метаболического синдрома диастолическая дисфункция диагностирована у 14 человек(48%), из них ДД I степени- у 13(44%), ДД 2 степени- у 1(3.4%).

Тяжелая степень ДД ЛЖ (рестриктивный тип) не выявлена ни у одного пациента.

Выводы: Наличие МС у больных артериальной гипертензией способствует более раннему поражению органов-мишеней, что проявляется нарушением диастолической функции ЛЖ.

ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Кучмин А.Н., Казаченко А.А., Макарова И.В., Морозов С.Л., Галактионов Д.А.

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

В 2012 году Европейское общество по изучению гипертензии (ESH) и Европейское респираторное общество (ERS) выпустили согласительный документ по лечению пациентов, страдающих синдромом обструктивного апноэ во время сна (СОАС) и артериальной гипертензией (АГ). В этом документе, на основании проспективных исследований, в которых принимали участие страны Европейского Союза и Израиль, признается четкое взаимоотношение между СОАС и АГ. Однако связь эта определяется как недостаточно прочная.

Цель работы: Проследить взаимосвязь между СОАС и АГ и определить вариабельность суточного профиля артериального давления (АД) у пациентов с СОАС, различной степени выраженности.

Материалы и методы: Объектом исследования стали пациенты кардиологического профиля терапевтического отделения кафедры пропедевтики внутренних болезней. Всем пациентам проводилось респираторное мониторирование и суточное мониторирование АД.

Результаты исследования: В исследование набрано 112 пациентов клиники ПВБ ВМЕДА им. С.М.Кирова. 24 пациента без СОАС составили контрольную группу (средний возраст 57+/-15 л.); исследуемая группа – лица с СОАС различной степени тяжести, была разбита на 3 подгруппы: I подгруппа (легкая степень) – 27 человек (62+/-16 л.); II подгруппа (средняя) – 24 человека (63+/-16 л.); III подгруппа (тяжелая) – 37 человек (62+/-16 л.).

По частоте встречаемости гипертонической болезни разницы в контрольной и опытной группах выявлено не было и составило 96% и 98% соответственно. Однако при оценке уровня АД при СМАД была выявлена четкая корреляционная связь: систолическое и диастолическое АД в ночное время экспоненциально повышались, а степень ночного снижения АД убывала по мере увеличения степени тяжести СОАС. В дневное время цифры АД в группах значимо не различались и находились на уровне АГ 1-2 степени.

При более детальной оценке степени снижения САД и ДАД было доказано, что в контрольной группе преобладали так называемые дипперы – 89%, во второй и третьей подгруппах преобладали нондипперы, 68% и 72% соответственно. В первой подгруппе дипперы и нондипперы распределились поровну – 38%. В тоже время 24% составили овердипперы. (Процентные соотношения приведены от числа пациентов в каждой подгруппе).

Помимо этого, при оценке скорости утреннего подъема АД, в третьей подгруппе (по отношению к другим группам) наблюдалось резкое повышение скорости утреннего подъема САД. Скорость утреннего подъема ДАД значимо повышалась во второй и третьей подгруппах.

Выводы:

1. Частота встречаемости АГ у больных с СОАС близка к таковой у пациентов контрольной группы;
2. Средний уровень ночного АД при средне-тяжелых и тяжелых формах СОАС выше, чем у лиц контрольной группы за счет недостаточного снижения АД в ночные часы, также характерно повышение удельной вариабельности АД и скорости его утреннего подъема в ночные часы.

ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НЕ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ.

Михно М.М.(1), Демидчик Ю.Е.(1), Пристром А.М.(1), Самоходкина С.В.(2)

**Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», Минск, Беларусь (1)**

**Учреждение здравоохранения "1-я городская клиническая больница", Минск, Беларусь
(2)**

Вариабельность ритма сердца (ВРС) - наиболее информативный метод количественной оценки вегетативной регуляции сердечного ритма, отражающий тяжесть течения заболевания. Снижение ВРС свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности и неблагоприятно для прогноза.

Цель. Изучение динамики ВРС у пациентов с неQ-ИМ на фоне внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с использованием различных длин волн.

Методы. В исследование включены 74 пациента обоего пола с не Q-ИМ различной локализации на 3-5 день от начала заболевания. По проводимому лечению пациенты разделены на 3 группы: ИМ-К (n=24) -проводилось медикаментозное лечение и имитация ВЛОК-терапии с использованием аппарата для ВЛОК в неактивном режиме; ИМ-I (n=23)-медикаментозное лечение и ВЛОК с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с =670 нм (20 мин); ИМ-II (n=18)-медикаментозное лечение и ВЛОК с последовательным воздействием НИЛИ с =405 нм (5 мин) и =670 нм (15 мин). ВЛОК проводилось ежедневно, курс - 5 процедур. Перед выпиской из стационара и через 3 месяца наблюдения выполнялось Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ).

Результаты. По клиническим характеристикам, возрасту, гендерному составу и проводимому медикаментозному лечению группы были сопоставимы между собой. Исходные показатели ВРС во всех группах достоверно не различались ($p>0,05$) и характеризовались низкой мощностью спектра ВРС. При повторном ХМЭКГ группах ИМ-I и ИМ-II выявлено достоверное ($p<0,05$) увеличение мощности спектра ВРС по сравнению как с исходными данными, так и с результатами группы ИМ-К. В группах ИМ-I и ИМ-II наблюдалась относительная восстановление баланса отделов ВНС, однако более выраженное усиление спектра ВРС и усиление активности парасимпатического отдела было в группе ИМ-II. Показатели ВРС у исследуемых групп перед выпиской из стационара и через 3 месяца соответственно: ИМ-К - SDNN(мс) $32,8\pm 10,7$ и $33,7\pm 6,9$ ($p>0,05$), SDANN(мс) $152,4\pm 4,3$ и $145,3\pm 6,9$ ($p>0,05$), rMSSDn(мс) $21,3\pm 4,8$ и $24,0\pm 3,2$ ($p>0,05$), pNN50% $6,3\pm 1,4$ и $7,1\pm 1,5$ ($p>0,05$), LF (мс²) $652,7\pm 56,1$ и $664,3\pm 49,8$ ($p>0,05$), HF (мс²) $199,8\pm 45,5$ и $228,9\pm 39,5$ ($p>0,05$); LF/ HF $3,3\pm 0,4$ и $2,9\pm 0,5$ ($p>0,05$); ИМ-I - SDNN(мс) $35,9\pm 7,1$ и $41,9\pm 5,5$ ($p<0,05$), SDANN(мс) $149,3\pm 3,9$ и $139,7\pm 9,8$ ($p>0,05$), rMSSDn (мс) $23,5\pm 5,1$ и $32,0\pm 3,7$ ($p<0,05$), pNN50% $6,2\pm 1,3$ и $9,4\pm 0,9$ ($p<0,05$), LF (мс²) $699,7\pm 39,1$ и $478,9\pm 43,1$ ($p<0,05$), HF (мс²) $205,9\pm 41,1$ и $227,6\pm 30,1$ ($p>0,05$); LF/ HF $3,4\pm 0,5$ и $2,1\pm 0,6$ ($p<0,05$); ИМ-II - SDNN(мс) $39,9\pm 5,9$ и $51,1\pm 3,1$ ($p<0,05$), SDANN(мс) $150,1\pm 3,8$ и $140,1\pm 10,1$ ($p>0,05$), rMSSDn (мс) $22,7\pm 4,5$ и $36,1\pm 4,9$ ($p<0,05$), pNN50% $5,9\pm 1,1$ и $16,1\pm 3,5$ ($p<0,05$), LF (мс²) $673,5\pm 45,8$ и $389,2\pm 34,9$ ($p<0,05$), HF(мс²) $201,9\pm 39,3$ и $275,7\pm 31,9$ ($p<0,05$); LF/ HF $3,3\pm 0,6$ и $1,4\pm 0,2$ ($p<0,05$).

Выводы. Отмечено статистически значимое повышение параметров ВРС у пациентов с не Q-ИМ при комплексном лечении с использованием ВЛОК. Полученные результаты позволяют сделать вывод о предпочтительности использования ВЛОК в режиме, применявшемся в группе ИМ-II.

ДИНАМИКА ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ СО STEMI НА ФОНЕ 48-НЕДЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АТОРВАСТАТИНОМ В РАЗНЫХ ДОЗАХ

Душина Е.В., Гуськова Ю.А., Томашевская Ю.А.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценить динамику параметров, а также частоты регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI) на фоне 48-недельного лечения аторвастатином в разной дозе.

Методы исследования. В исследование включено 70 пациентов – 8 женщин и 62 мужчины, в возрасте $52,5 \pm 8,7$ года. Критерии включения: 2-4-е сутки STEMI, возраст от 35 до 65 лет, наличие по данным коронарографии гемодинамически значимого стеноза 1 артерии (инфаркт-связанная артерия), стеноза других артерий не более 50%, а ствола ЛКА – не более 30%. Критерии исключения: инфаркт миокарда в анамнезе, величина комплекса QRS более 10 мсек, неконтролируемая артериальная гипертензия и любые тяжелые сопутствующие заболевания. Всем пациентам, включенным в исследования, в соответствии со стандартами лечения STEMI проводилась реваскуляризация: 1 (1,4%) больному выполнена системная тромболитическая терапия, 30 (42,9%) перенесли первичное чрескожное коронарное вмешательство, 39 (55,7%) подверглись комбинированной реперфузии. При этом время от начала болевого синдрома до проведения тромболитика составило $120 (68; 338)$ мин., до инвазивного восстановления коронарного кровотока - $6,6 (4; 15,9)$ часа. Рандомизация пациентов проводилась методом генерации случайных чисел на группы: 34 (48,6%) больных группы А получали терапию аторвастатином в дозе 80 мг/сутки, 36 (51,5%) человек группы К - 20 мг/сутки. Суточное мониторирование ЭКГ по 12 отведениям с анализом ППЖ выполнялось на 7-9 сутки, 24-ой и 48-ой неделях лечения. Выявление ППЖ основывалось на отклонении от нормы двух или трех показателей: ширины фильтрованного комплекса QRS (QRSf) более 114 мс, продолжительности низкоамплитудных потенциалов в конечной части QRS (HFLA) более 38 мс, среднеквадратичного значения последних 40 мс комплекса QRS (RMS) менее 24 мкВ.

Результаты. В группе К достоверной динамики показателей ППЖ не получено. На фоне 48-недельной высокодозовой статинотерапии в группе А отмечается положительная динамика в изменении параметров: выявлено снижение параметра QRSf на 5 мс ($p=0,01$) и HFLA на 10 мс ($p=0,0005$), а также увеличение показателя RMS с $46,3 (26,1; 57,9)$ мкВ до $63,4 \pm 31,8$ мкВ ($p=0,03$).

Выводы: лечение больных STEMI аторвастатином в высокой дозе на протяжении 48 недель сопровождалось улучшением значений показателей, характеризующих ППЖ, - QRSf, HFLA и RMS. В то время как у пациентов, принимающих аторвастатин в дозе 20 мг динамики не получено. Высокодозовая статинотерапия при STEMI повышает электрическую стабильность миокарда.

ДИНАМИКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИМЕРЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА.

Мелехов А.В., Гендлин Г.Е., Дадашова Э.Ф., Алексева Е.М., Заиграев И.А., Никитин И.Г.

ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Цель: проанализировать состояние профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в условиях реальной практики поликлиник и стационаров.

Методы: регистр из 1624 пациентов старше 18 лет с ФП, проходивших стационарное лечение или наблюдавшихся амбулаторно в различных учреждениях здравоохранения г.Москвы в период 2009-2015 гг. Критериев исключения не было.

Результаты: возраст больных 73,0 (64,0-79,0) лет, в выборке преобладали женщины (61,4%). 39,1% пациентов имели постоянную форму ФП, 31,4% - пароксизмальную и 29,4% - персистирующую.

В назначении антикоагулянтов (АК) нуждались 99,1% из включенных больных (сумма баллов по шкале CHA₂DS₂Vasc составила 0 у 0,7% больных, 1 балл – у 4,1% и >2 баллов – у 95,2%). Сумма баллов по шкале HAS-BLED составила 2,0 (2,0-3,0).

В амбулаторных условиях варфарин получали 9,0% больных (у 66,7% из них были указаны значения МНО, на целевом уровне в 30,9% случаев), новые оральные АК (НОАК) - 3,4% больных, антиагреганты (АА) - 17,7% пациентов, т.е. адекватную тромбопрофилактику получали 5,3% нуждающихся. В стационаре варфарин был назначен 33,2% пациентов (у 42,0% из них были доступны данные о МНО, в пределах целевых значений у 39,7% из них), НОАК - 1,9% больных, АА - 42,6% пациентов, т.е. адекватная тромбопрофилактика назначена 7,4% нуждающихся.

На примере 388 пациентов, госпитализированных в 2014-2015 гг (в основном – для восстановления синусового ритма) нам удалось более детально проследить, как состояние антитромботической профилактики изменялось до, во время и после стационарного лечения. До поступления в стационар 14,7% пациентов получали варфарин (у 47 % из них доступны данные МНО, которое оказалось у 44,4% из них в пределах целевых значений), 11,9% - НОАК, 26% - АА, т.е. адекватную тромбопрофилактику получали 14,9% нуждающихся. К моменту выписки из стационара варфарин получали 78,6% больных (у 82 % из них имелись данные МНО, у 31,8% из них – на целевом уровне), НОАК – 7,5% (84,6% больных, которым был назначен варфарин, альтернативно рекомендовали НОАК), АА - 4,1%, т.е. адекватную тромбопрофилактику получали 28,1% нуждающихся. Через 13 (10-14) месяцев после выписки из стационара при телефонном контакте получены данные об антикоагулянтной профилактике у 176 из этих больных. Варфарин продолжили использовать только 25,6% из опрошенных пациентов, НОАК - 33,5%, АА - 34,1%. Состояние коагуляции на фоне терапии варфарином оценить не удалось.

Проанализирована динамика частоты назначения различных групп антитромботических препаратов за 2009-2015 гг: отмечен рост частоты использования варфарина, НОАК, снижение частоты применения АА, однако общая картина остается неудовлетворительной, особенно в амбулаторных условиях.

Выводы: частота использования антикоагулянтов для профилактики инсульта при ФП увеличилась, но остается низкой. Увеличение роли НОАК не позволяет уменьшить использование варфарина. Наибольшие усилия требуются для исправления ситуации в амбулаторном звене здравоохранения.

ДИНАМИКА УРОВНЯ D-ДИМЕРА В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Долотовская П.В., Подболотов Р.А.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Саратов, Россия

Превышение D-димером референсных значений свидетельствует об активации фибринолиза, которой предшествует усиление коагуляционного каскада с избыточным образованием нерастворимого фибрина. У больных с клинически явным интракоронарным тромбозом (ОКС) повышение уровня D-димера в свою очередь ассоциировано как с выраженностью тромбоза, так и эффективностью его разрушения (как следствие лечения). Таким образом, динамика D димера у больных с ОКС может служить потенциальным индикатором риска повторных тромботических событий. Однако, данные о динамике D-димера при ОКС до настоящего времени остаются противоречивыми.

Цель исследования: изучить плазменный уровень D-димера у больных ОКС, находящихся на оптимальной антиагрегантной терапии, в динамике на протяжении периода госпитализации и оценить ее долгосрочное прогностическое значение.

Материалы и методы. Проведено проспективное, стратифицированное открытое локальное исследование, в которое вовлекались 374 пациента, госпитализированные в отделение кардиореанимации по поводу ОКС. Определение концентрации D-димера проводилось методом латексной иммунотурбодиметрии при поступлении и на 2, 3 и 7 сутки. Максимальная продолжительность этапа наблюдения составила 46 месяцев. Комбинированная конечная точка (ККТ) включала в себя смерть от сердечно-сосудистых причин и повторные госпитализации, обусловленные ими же.

Результаты. Общий уровень смертности за изучаемый период наблюдения составил 14,2%. Частота повторных госпитализаций – 32,9%. 47,1% пациентов за период наблюдения достигли ККТ. Пациенты впоследствии умершие отличались достоверно более высоким уровнем D димера при поступлении 1,31 (0,56; 2,08) mcg/mL FEU vs 0,27 (0,15; 0,69) mcg/mL FEU, $p = 0,002$. Изменения уровня D-димера за период мониторинга не достигали степени статистической значимости у пациентов с различными исходами (Friedman ANOVA $p = 0,223 \dots 0,894$). Обращает на себя внимание минимальный размах значений D димера в подгруппе пациентов, не достигших ККТ. Эта подгруппа выделялась наименьшим коэффициентом конкордации Кендалла, т.е. практически стационарным уровнем анализируемого параметра.

Расхождение кривых дожития, статистически достоверное, в подгруппах, сформированных по уровню D-димера в базовой точке исследования (500 mcg/mL FEU) пришлось на 5 месяц наблюдения. Статистически значимых различий в подгруппах с различной семидневной динамикой D-димера по риску летального исхода не было выявлено. Превышение исходным уровнем D-димера референсных значений было ассоциировано с повышенным риском летального исхода (Gehan Wilcoxon $p = 0,026$; ОР (ДИ) 4,22 (1,27; 25,9)).

Заключение: Повышенный уровень D-димера в момент госпитализации у больных ОКС является достоверным маркером неблагоприятного прогноза. Динамика уровня D-госпитализации не несет дополнительной информации, возможно, из-за широкой вариабельности.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ВИСФАТИНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Андреева А.А., Плужникова О.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: повышение качества диагностики и лечения на основании изучения функционального состояния сосудистой стенки у больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО) во взаимосвязи с уровнем висфатина.

Материалы и методы: проведено комплексное обследование 79 больных, средний возраст которых составил ($62,5 \pm 5,3$) лет. АО диагностировали при объеме талии для мужчин более 102 см, а для женщин более 88 см. Было сформировано 3 группы: в первую группу вошли пациенты с ГБ ($n = 32$), во второй - больные ГБ с АО ($n = 36$), третью группу составили практически здоровые ($n = 17$). Уровни висфатина и эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOs) определяли иммуноферментным методом («RayBiotech», США; «Uscn», Китай). Показатели эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) были рассчитаны методом Celermajer O. с помощью ультразвуковой системы («Ultrasound scanner», США). Назначена комбинация антигипертензивных средств: олмесартан медоксомил по 20 мг в сутки в сочетании с амлодипином 5 мг в сутки. Статистическая обработка - «Statistika 6.0» (StatSoftInc, США) и «Microsoft Excel 2013».

Результаты: в ходе исследования установлено, что уровень eNOs ниже контрольного показателя на 31,5% ($p < 0,05$) при ГБ без АО и на 24,9% при ГБ с АО ($p > 0,05$). Анализируя уровень висфатина в сыворотке крови было обнаружено, что в группе контроля он составил ($17,51 \pm 0,96$) пг / мл, при ГБ с АО - ($33,9 \pm 1,47$) пг / мл, при ГБ без АО - ($24,27 \pm 1,2$) пг / мл. Установлены прямые парные корреляционные связи между уровнями eNOs и показателями ЭЗВД ПА на разных стадиях вазодилатации у больных ГБ с АО: ($r = 0,69$; $p < 0,05$) - на начальной стадии d ПА; ($r = 0,66$; $p < 0,05$) - на 1-й минуте декомпенсации d ПА; ($r = 0,75$; $p < 0,05$) - в период максимальной вазодилатации d ПА, а также между изменениями eNOs в сыворотке крови и висфатином ($r = 0,38$, $p < 0,05$). Через год применения комбинированной антигипертензивной терапии уровень eNOs возрос у больных ГБ как с АО, так и без него на 18,9% ($p < 0,05$) и 16,8% ($p < 0,05$) соответственно. При изучении висфатина отмечалась обратная динамика: его уровень снизился у больных ГБ с АО на 37,3% ($p < 0,05$), без АО - на 24,6% ($p < 0,05$). Через год применения комбинированной антигипертензивной терапии уровень eNOs и ЭЗВД ПА у больных ГБ с АО возрос и был более выраженным в сравнении с больными ГБ без АО: ГБ с АО - 18,9% и 3,63%, ($p < 0,05$); ГБ без АО - 16,8% и 2,8%, ($p < 0,05$).

Выводы: На фоне проводимой комбинированной антигипертензивной терапии (олмесартан медоксомил, амлодипин) в обеих группах удалось достигнуть улучшения функционального состояния эндотелия за счет увеличения содержания в крови eNOs и снижения уровня висфатина, однако в группе больных с АО изменения были более выраженными.

ДИНАМИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО STEMI

Салямova Л.И., Хромова А.А., Голубева А.В.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель исследования: изучить динамику лабораторных и функциональных проявлений хронической сердечной недостаточности в течение 24 недель у больных с быстро прогрессирующим ремоделированием левого желудочка (ЛЖ) после перенесенного острого инфаркта миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST (STEMI).

Методы исследования: в исследование включено 62 пациента со STEMI. Обязательным условием было наличие гемодинамически значимого стеноза одной коронарной артерии по результатам коронароангиографии. Лечение в рамках испытания проводили без отмывочного периода с сохранением полного объема фармакотерапии по поводу ОИМ. Всем больным выполняли эхокардиографию на аппарате MyLab 90 (Esaote, Италия) с определением индекса конечного диастолического объема (ИКДО). Затем пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошел 31 человек без эхокардиографических признаков ремоделирования ЛЖ и с динамикой ИКДО <8% через 6 месяцев после STEMI. Группу 2 составил 31 больной с быстро прогрессирующим ремоделированием ЛЖ (прирост индекса КДО >8%). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу, ряду антропометрических показателей. Исходно на 7-9 сутки и через 24 недели наблюдения определяли мозговой натрийуретический пептид (BNP) с помощью иммунохимического анализа. Тест с 6-минутной ходьбой проводили спустя 12 и 24 недели от перенесенного ОИМ.

Результаты: исходно сравниваемые лица не отличались по уровню BNP: в 1 группе – 24,3 (16,6; 48,2) пг/мл, в группе 2 – 32,6 (19,2; 53,8) пг/мл ($p>0,05$). Через 24 недели у больных с отсутствием патологического прироста индекса КДО достоверной динамики BNP не выявлено 26,6 (18,6; 52,7) пг/мл ($p>0,05$); у пациентов с быстро прогрессирующим ремоделированием ЛЖ значения увеличились до 53,7 (27,0; 96,5) пг/мл ($p<0,05$). По результатам теста с 6-минутной ходьбой в группе 1 через 12 недель наблюдения среднее пройденное расстояние составило $506,1\pm 81,1$ м. При этом 0 ФК выявлен в 29% случаев, 1 ФК в 55%, 2 ФК в 16%. Через 24 недели после перенесенного STEMI среднее расстояние составило $612,0\pm 92,9$ м ($p<0,05$). ФК 0 выявлен в 46% случаев, 1 ФК в 48%, 2 ФК в 6%. В группе 2 исходно среднее расстояние составило $524,1\pm 67,3$ м. 0 ФК выявлен в 32% случаев, 1 ФК в 39%, 2 ФК в 29%. Повторно, соответственно, показатели составили $514,7\pm 91,3$ м ($p>0,05$), 0 ФК – 42%, 1 ФК – 23%, 2 ФК – 33%, 3 ФК – 2% ($p>0,05$).

Выводы: у больных с быстро прогрессирующим ремоделированием ЛЖ после перенесенного STEMI выявлено ухудшение уровня BNP при отсутствии достоверного снижения толерантности в физической нагрузке через 24 недели наблюдения. В то время как в группе лиц без патологического ремоделирования отмечено существенное улучшение толерантности к физической нагрузке при отсутствии изменений лабораторных признаков декомпенсации.

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

Сиверина А.В., Скородумова Е.А., Костенко В.А., Скородумова Е.Г., Фёдоров А.Н.

ГБУ "Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе", Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить влияние хронической дисфункции почек на клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ) у больных с сахарным диабетом (СД) на госпитальном этапе.

Материалы и методы: Обследовано 113 пациентов, лечившихся в ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012 году по поводу острого инфаркта миокарда. Мужчин - 60,2%, женщин - 39,8%. Средний возраст $62,1 \pm 4,2$ лет. Все пациенты были разделены на 3 группы. В первую (I) вошли 34 пациента с ИМ и СД, но без хронической болезни почек (ХБП). Во вторую (II) - 43 больных с ИМ+СД и ХБП, со скоростью клубочковой фильтрации от СКФ 90 мл/мин/1,73 м и до СКФ 30 мл/мин/1,73 м. Группа контроля (III) - 36 человек с ИМ, но без СД и без ХБП. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты: Q-ИМ в первой группе диагностирован в 52,9%, во второй 53,5%, в контрольной 47,2%, $p > 0,05$. Не Q-ИМ в I-47,1%, во II-46,5%, в III-52,8%, достоверной разницы между выборками выявлено не было, $p > 0,05$. ИМпST в I встречался 73,5%, во II-58,1% и 69,4% в III, $p > 0,05$. ИМбпST в I-26,5%, во II-41,9% и 30,6% в III, $p > 0,05$. ИМ в прошлом перенесли 23,5% пациентов первой выборки, 37,2% второй и 16,7% третьей, достоверные различия определялись между II и III группами, $p < 0,05$. Гипертоническая болезнь диагностирована у всех пациентов (100%) общей группы. При анализе случаев острой сердечной недостаточности по Killip II статистически значимая разница отмечалась между второй группой 32,6% и контролем 11,1%, $p < 0,01$, а также между первой 14,7% и второй выборками, $p < 0,05$. Killip III-IV в три раза чаще наблюдалась у пациентов с СД и ХБП 23,3%, относительно I-7,0% и III-8,3%, $p < 0,05$. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) по Нью-Йоркской классификации NYHA II ФК чаще встречалась у пациентов как первой - 55,9%, так и второй - 67,4% групп, по сравнению с контролем 36,1%, $p < 0,05$. ХСН NYHA III-IV ФК также преобладала у пациентов с коморбидной патологией: в I-й группе - 23,5 и во II-23,3%, по сравнению с третьей выборкой - 8,3%, $p < 0,05$. Желудочковые нарушения ритма высоких градаций значительно чаще регистрировались в группе с СД и ХБП 32,6%, второе место по количеству аритмий занимала выборка с ИМ и СД 26,5%, изменения были достоверны по сравнению с контролем 11,1%, $p < 0,05$. Рецидивы острого коронарного синдрома (ОКС) в 3 раза чаще встречались во второй группе 18,6% относительно группы контроля 5,6% и в 2 раза чаще относительно первой выборки 8,3%, $p < 0,05$. Следствием более тяжёлого течения ИМ у пациентов с коморбидной патологией, являлись высокие цифры госпитальной летальности: I-8,8%, II-14% и III-2,8%, $p < 0,05$.

Выводы: Нарушение функции почек значительно отягощает течение ИМ у пациентов с СД на госпитальном этапе, что проявляется увеличением числа: -случаев как острой так и хронической сердечной недостаточности; -желудочковых аритмий и рецидивов ОКС; -летальных исходов.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Лукина Е.С., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н.

ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: провести анализ наиболее часто встречающихся изменений основных параметров ЭХО-КГ у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и повышенным значением индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Материалом послужили данные ЭХО-КГ 45 пациентов с ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и без ПИКС.

Результаты. Все исследуемые были разделены на 3 группы, в зависимости от ИМТ. 1-ая группа с ИМТ 20-24,9 – (10 человек) составила 22,3%, 2-ая группа с ИМТ 25-29,9 – (24 пациента) 53,3%, 3 группа с ИМТ (30-34,9) – (11 пациентов) 24,4%. В 1-ой группе были получены следующие данные: конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) – 5,24 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) – 3,86 см, толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) – 1,21 см, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) – 1,22 см, фракция выброса (ФВ) – 53,9 %, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) = 260,25. 2-ая группа КДР ЛЖ – 5,54 см, КСР ЛЖ – 3,67 см, ЗСЛЖ – 1,07 см, МЖП – 1,18 см, ФВ – 55,75%, ММЛЖ = 260,18. 3-я группа КДР ЛЖ 5,76см, КСР ЛЖ – 3,87 см, ЗСЛЖ – 1,2 см, МЖП – 1,19 см, ФВ 52, 24%, ММЛЖ = 300,64. Больные с диагнозом ИБС были разделены на 2 группы: 1-ая группа с ПИКС, это составило 12 пациентов, 2-ая группа без постинфарктного кардиосклероза в анамнезе (16 пациентов). Из числа обратившихся пациентов с ПИКС мужчины составляли 83,3% (10 пациентов). При анализе параметров ЭХО-КГ 1-ой подгруппы исследуемых выявлены следующие отклонения показателей от нормы: увеличение конечного диастолического размера ЛЖ $5,8 \pm 1,3$ (N= 4,0-5,5см), конечного систолического размера ЛЖ $4,3 \pm 1,5$ (N=2,5-3,8см), толщины межжелудочковой перегородки $1,211 \pm 0,25$ (N = 0,6-1,1см) и задней стенки ЛЖ $1,26 \pm 0,3$ (0,6-1,1см), уменьшение от должного фракции выброса $54 \pm 21,5$ (N= 55-60%), значительное увеличение массы миокарда ЛЖ $263,5 \pm 41,8$ (N для мужчин 135-182 г/м²). Среди пациентов 2-ой подгруппы мужчины составляли 56,25% (9 пациентов), а женщины 43,75% (7 пациентов). В результатах ЭХО-КГ 2-ой подгруппы, существенных отличий показателей от 1-ой группы не выявлено. Также отмечается увеличение конечного диастолического размера ЛЖ $5,8 \pm 1,5$, конечного систолического размера ЛЖ $4,1 \pm 1,4$, толщины межжелудочковой перегородки $1,24 \pm 0,24$ и задней стенки ЛЖ $1,19 \pm 0,2$, уменьшение от должного фракции выброса $53 \pm 22,3$, значительное увеличение массы миокарда ЛЖ $260,5 \pm 35,5$.

Выводы. Таким образом, в группе больных с ожирением и постинфарктным кардиосклерозом наиболее часто встречались изменения основных параметров эхокардиографии. Это позволяет отобрать целевой контингент для проведения профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения с целью предотвращения развития сердечно-сосудистых осложнений и дальнейшего прогрессирования заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Киличев А.А., Курбанов Р.Д.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. изучить показатели variability ритма сердца (BPC) у больных Q-инфарктом миокарда (ИМ) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ)

Методы исследования. Проведено обследование у 70 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные. Критериями исключения были: повторный ИМ, сопутствующие злокачественные новообразования, системные заболевания легких, заболевания почек. ЭхоКГ и доплерографическое исследование проводились на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Методом доплерэхокардиографии оценивалась диастолическая функция. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Интерпретация данных variability ритма сердца (BPC) проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г), согласно которым значение показателя SDNN < 100 мс расценивалось как снижение общей BPC.

Полученные результаты. Больные в зависимости от типа ДДЛЖ были распределены на 3 группы: нарушения по I типу выявлялось у 29,8 %, по II типу – у 45,2 %, III типу – у 25 % пациентов. Анализ SDNN в изучаемых группах показал снижение его во всех группах, но с достоверной значимостью при ДДЛЖ II и III типов (84,5 и 76,1мс, соответственно, $p < 0,05$). Пропорционально прогрессированию ДДЛЖ отмечалась динамика и со стороны спектральных показателей. Так, наблюдалось выраженное снижение общей мощности спектра при III типе ДДЛЖ, а также повышение вклада в него низкочастотных показателей. Отношение LF/HF было достоверно выше в III группе, тогда как между I и II группами достоверных различий не наблюдалось.

Выводы. У больных Q-волновым ИМ с ДДЛЖ отмечалось снижение показателей общей BPC и нарушением вегетативного баланса, которое было более выраженным у больных с III типом ДДЛЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ, АНГИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ПОЛИМОРФИЗМАМИ ГЕНОВ NPPA И NPPV У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Туляганова Д.К., Каюмова Н.К., Раджабова Д.И., Шодиев Ж.Д., Тошев Б.Б., Давлетчурин Д.Х.

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

Цель исследования. Изучение взаимосвязи эхокардиографических, ангиографических данных с полиморфизмами генов NPPA и NPPV у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения ФК II-III.

Материал и методы исследования. В исследование включено 96 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения ФК II-III. Средний возраст больных составил $56,8 \pm 5,3$ лет. Всем больным проводилась эхокардиография, коронарная ангиография и исследование полиморфизма генов NPPA и NPPV. Исследование полиморфизмов генов проводили в центре высоких технологий академии наук Республики Узбекистан в лаборатории биологии. У 96 больных ИБС взяты образцы для генотипирования. Для изучения однонуклеотидных мутаций (SNP) генов NPPA и NPPV были выбраны 48 полиморфизмов. Материалом для ДНК служила венозная кровь из локтевой вены объемом 1 мл. Для сбора, хранения и транспортировки крови использовались одноразовые пластиковые пробирки объемом 2,5 мл с антикоагулянтом (консерватором) объемом 0,5 мл. Метод полимеразно-цепной реакции: генотипирование SNP и секвенирование проводили на основе опубликованной последовательности генов NPPA на Ensembl sequences.

Результаты исследования. В результате проведенного генотипирования 96 образцов больных ИБС, было выявлено, что в 40 % образцов не было выявлено мутированных аллелей. В остальных образцах было обнаружено 13 SNP. В исследованной группе больных 91 пациент имел гомозиготный CC генотип по rs5068 аллелью гена NPPA, в 5 образцах обнаружен гетерозиготный CT генотип, гомозиготный генотип TT не обнаружен ни в одном образце. Не было обнаружено статистически достоверных ассоциаций по t-тесту между двумя генотипами в отношении пола, индекса массы тела, возраста ($p > 0,05$).

Оценка влияния генов NPPA и NPPV мозгового натрийуретического пептида на структурно-функциональное состояние ЛЖ по данным Эхо-КГ у больных ИБС обнаружила ассоциацию SNP с гипертрофией левого желудочка у пациентов ИБС с артериальной гипертензией при толщине межжелудочковых перегородок более 12 мм ($r=0,43$, $p > 0,05$). При изучении данных коронароангиографии выявлена ассоциация данных генов с множественными поражениями сосудов (ЛКА, ПМЖВ) – два и более ($r=0,44$; $p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, в ходе нашего исследования установлены ассоциативные взаимосвязи аллельных генотипов SNP генов NPPA и NPPV с эхокардиографическими и коронарографическими показателями, которые играют важную роль в патогенезе ИБС. Полученные результаты открывают новые перспективы для понимания генетических механизмов развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Расулова З.Д., Джураева В.Х, Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р.

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

Цель исследования: сравнить влияние лозартана и лизиноприла на функциональное состояние почек и почечный кровоток у больных I-III функциональным классом (ФК) ХСН.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 149 больных с ИБС с I, II и III ФК ХСН, больные были рандомизированы на группы по ФК ХСН согласно классификации Нью-Йоркской Ассоциации кардиологов по данным теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и по шкале оценки клинического состояния больных (ШОКС) исходно и через 6 месяцев лечения. Первую группу (I) составили 68 больных с I ФК (10), II ФК (34) и III ФК ХСН (24 больных), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (бета-блокаторы, спиронолактон) – лозартан; вторую группу (II) – 81 больных с I ФК (11), II ФК (44) и III ФК ХСН (26 больных) принимали на фоне стандартной терапии – лизиноприл, доза титровалась, средняя доза лозартана составила $72,3 \pm 24,9$, лизиноприла - $7,9 \pm 3,8$ мг/сут. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проводили комплексное клиническое обследование, ТШХ, исследован почечный кровоток по данным доплерографии почечных артерий, определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), СКФ высчитывали по расчетным формулам MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Оценка почечного кровотока проводилась 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) на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных) артерий.

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных первой и второй группы I ФК ХСН СКФ MDRD составила $84,4 \pm 17,9$ и $86,3 \pm 13,6$ мл/мин/1,73 м², со II ФК - $73,3 \pm 22,9$ и $74,5 \pm 18,7$ мл/мин/1,73 м², с III ФК ХСН - $69,4 \pm 25,5$ и $66,5 \pm 24,5$ мл/мин/1,73 м² соответственно. В первой группе больных с I, II и III ФК ХСН на фоне 6-месячного лечения было отмечено повышение СКФ MDRD на 15%, 20,3%, 15% соответственно по сравнению с исходными показателями. На фоне 6-месячного лечения с включением лизиноприла у больных с I, II ФК ХСН отмечалось достоверное увеличение СКФ MDRD на 17%, на 16% ($p < 0,05$). А у больных с ФК III ХСН отмечалась только тенденция к улучшению показателей фильтрационной функции почек. Анализ данных почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с I-III ФК ХСН первой и второй группы на уровне правой и левой почечных артерий отмечено достоверное повышение RI ($p < 0,005$), снижение V_s и V_d ($p < 0,001$), по сравнению с контролем, полученные данные в обеих группах были сопоставимы. В динамике лечения у больных ХСН первой группы на уровне правой и левой почечных артерий была отмечена тенденция снижения показателей RI – на 9,6% и 7,1%, PI – на 7,5% и 13,5% ($p < 0,05$), увеличение V_s – на 9,9% и 11,9% и V_d – на 13,5% и 11,5% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. У больных второй группы на уровне правой и левой почечных артерий было отмечено снижение показателей RI на 7,3% и 9,8% ($p < 0,05$) и PI – на 7,8% и 8,5% ($p < 0,05$), увеличение скоростных показателей V_s на 12,3% и 12,9% и V_d на 14,2% и 12,5% ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. Также было отмечено улучшение показателей почечного кровотока на уровне сегментарных и долевых артерий, не достигнув достоверных значений.

Заключение. Таким образом, 6-месячное лечение у больных ХСН I-III ФК с включением лозартана и лизиноприла улучшает показатели СКФ и почечного кровотока.

ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА И СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА

Киличев А.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить частоту и особенности диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) у больных с ИМ на 10-14 сутки заболевания. Оценка взаимосвязи нарушения диастолической функции с систолической дисфункцией у больных с ОИМ.

Методы исследования. В исследование включено 80 мужчин с ОИМ (63,75% с передним ИМ) в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст $51,8 \pm 0,94$ лет). Всем больным проводилось двух-мерное эхокардиографическое исследование с оценкой трансмитрального кровотока на 10-14 сутки ОИМ на фоне базисной терапии. На основании трансмитрального кровотока пациенты с ОИМ были разделены на 3 вида диастолического наполнения: 1) нормальный; 2) нарушение релаксации (НР); 3) псевдонормальный/рестриктивный. Для оценки взаимосвязи нарушений сократительной функции левого желудочка и диастолической дисфункции левого желудочка больные разделены на 2 группы: в 1 группу ($n=34$) с сохраненной ФВЛЖ (ср.ФВ $58,7 \pm 0,65\%$) и во 2 группу ($n=46$) со сниженной ФВЛЖ (ср.ФВ $40,5 \pm 0,63\%$).

Полученные результаты: У больных ОИМ достоверно реже отмечается нормальная ДФЛЖ (41,25% против 58,75% ОШ 0,49; 95%ДИ 0,26-0,93; $P=0,04$), чем различные степени ДДЛЖ. Среди больных с ДДЛЖ ($n=47$) случаи псевдонормального/рестриктивного расслабления (29,8% vs 70,2% ОШ 0,18; 95%ДИ 0,07-0,44; $P<0,0001$) встречаются достоверно реже, в сравнении с НР. Нормальная ДФЛЖ у больных с передним ИМ (ПИМ) наблюдается значимо реже (27,5% против 72,5% ОШ 0,14; 95%ДИ 0,06-0,34; $P<0,0001$), при задней локализации ИМ чаще (65,5% против 34,5% ОШ 3,61; 95%ДИ 1,22-10,7; $P=0,04$), чем ДДЛЖ. Достоверных различий в частоте НР при различных локализациях ИМ не было, хотя при ПИМ пациентов с НР было больше (49,0% против 27,6% - ОШ 2,52; 95%ДИ 0,95-6,74; $P=0,10$). Кроме того, тяжелые нарушения ДФ ЛЖ отмечались соответственно в 23,5 и 6,9 % случаев (ОШ 4,15; 95%ДИ 0,86-20,1; $P=0,11$) у больных с передней и задней локализацией инфаркта миокарда. У больных с сохраненной ФВЛЖ нормальная ДФЛЖ определялась достоверно чаще, чем у больных со сниженной ФВЛЖ (55,9% vs 30,4% ОШ 2,90; 95%ДИ 1,15-7,29; $P=0,04$). Значимых отличий в распространенности НР в данных группах не выявлено (55,9% vs 43,5% - ОШ 0,61; 95%ДИ 0,25-1,48; $P=0,38$). Тяжелые нарушения ДФ левого желудочка у больных с сохраненной ФВЛЖ встречались достоверно реже (5,9% vs 26,1% - ОШ 0,18; 95%ДИ 0,04-0,85; $P=0,04$), чем у больных со сниженной ФВЛЖ левого желудочка.

Выводы. Наиболее тяжелые нарушения диастолической функции левого желудочка (псевдо-нормальный и рестриктивный тип) достоверно чаще наблюдаются у больных острым инфарктом миокарда передней локализации, чем у больных острым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. У больных со сниженной ФВЛЖ тяжелое нарушение ДФ встречается 4,4 раза чаще, чем у больных с сохраненной ФВЛЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуритдинов Н.А., Аvezов Д.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследованы 78 больных перенесших инфаркт миокарда, осложненной ХСН. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от сократительной способности миокарда: 1 группу составили 41 больных с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ)50%) и 37 больных со сниженной ФВ (<50%). Выделяли следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ - нарушения релаксации, псевдонормализация, рестриктивный тип.

Полученные результаты. Анализ полученных данных у обследованных больных ХСН выявлялись следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ: у 36 (46,2%) больных - нарушения релаксации, у 19 (24,3%) - псевдонормализация и у 14(18%) – рестриктивный тип. Нормальные показатели диастолической функции определены у 9 (11,5%) больных. Анализ распространенности различных типов диастолической дисфункции левого желудочка показал, что тяжелые нарушения диастолической функции левого желудочка – псевдонормальный и рестриктивный тип достоверно чаще встречались в группе пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка. Показатель ФВ также был достоверно ниже в группе больных с рестриктивным типом нарушения.

Вывод. У больных ХСН изучение диастолической функции у больных хронической сердечной недостаточностью имеет важное прогностическое значение.

ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Беззубцева М.В., Прибылова Н.Н., Барбашина Т.А.

ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Традиционно в клинике инсульта основное внимание уделяют очаговому неврологическому дефициту, однако, больные после перенесенного ИИ, имеют признаки постинсультного когнитивного нарушения, включающего в себя симптомы расстройства функции исполнительного контроля, а также нарушение памяти.

Цель исследования: изучение когнитивной функции у пациентов с ИИ в динамике с помощью методики теста связи чисел.

Материалы и методы: в исследование включено 130 человек, средний возраст $60,5 \pm 6,8$ лет, из них 80 мужчин и 50 женщин. В основную группу было включено 70 больных с гипертонической болезнью (ГБ) в остром периоде некардиоэмболического ишемического инсульта (ИИ), в группу сравнения включено 30 пациентов с неосложненной ГБ, в группу контроля 30 практически здоровых людей. Все больные страдали ГБ в среднем $7,3 \pm 3,2$ года. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Когнитивная функция оценивалась с помощью теста связи чисел (ТСЧ) (Жидких Б.Д., Прибылова Н.Н., 2009) в 1-2 сутки ИИ и через 3 месяца терапии: пациенты осуществляли поиск цифр разных цветов (красный, синий, зеленый и желтый) от 1 до 25, расположенных хаотично.

Результаты: уровень АД в 1 сутки ИИ составил $185,8 \pm 6,5 / 111,3 \pm 4,8$ мм рт.ст, прирост диаметра плечевой артерии (D02) при выполнении пробы с реактивной гиперемией по методике D.S. Celermajer et al. $2,69 \pm 3,76\%$, концентрация эндотелина-1 $0,81 \pm 0,15$ фмоль/л, стабильных метаболитов NO $2,92 \pm 0,61$ мкмоль/л. Тяжесть ИИ по шкале Рэнкина в 1 сутки ИИ составила $3,4 \pm 0,72$, при выписке из стационара на 10-14 сутки $1,03 \pm 0,41$, через 3 месяца от развития ИИ $0,77 \pm 0,41$ баллов.

В 1-2 сутки ИИ пациенты затрачивали на выполнение ТСЧ $81,83 \pm 5,33$ сек, пациенты с неосложненной ГБ $61,8 \pm 8,32$ сек, практически здоровые лица $40,8 \pm 5,21$ сек. Время необходимое на выполнение ТСЧ пациентам с ИИ оказалось достоверно выше, чем требуется пациентам с ГБ на 24,5% и здоровым людям на 50,1% ($p < 0,0001$). Через 3 месяца после развития ИИ отмечалось снижение времени выполнения ТСЧ на 16,3% до $68,53 \pm 3,81$ сек ($p < 0,0001$) и приближение результатов к показателю больных ГБ, однако, результаты оставались значительно выше, чем у здоровых лиц ($p < 0,0001$).

При выполнении корреляционного анализа установлена зависимость между временем выполнения ТСЧ и уровнем D02, концентрацией эндотелина-1 ($r = 0,7$, $p < 0,0001$), уровнем метаболитов NO в 1-2 сутки ИИ ($r = -0,5$, $p = 0,002$). Установлена сильная корреляционная зависимость между временем выполнения ТСЧ в 1-2 сутки и через 3 месяца от развития ИИ и тяжестью ИИ по шкале Рэнкина в 1 сутки ($r = 0,7$, $p < 0,0001$), а так же через 3 месяца заболевания ($r = 0,61$, $p < 0,0001$ и $r = 0,57$, $p < 0,0001$).

Выводы: у пациентов с ГБ в остром периоде ИИ имеются признаки когнитивных нарушений, которые уменьшаются к третьему месяцу лечения, однако, так и не достигают нормального уровня. Установлена тесная связь между нарушением когнитивной функции и эндотелиальной дисфункцией, а также степенью тяжести ИИ, что требует особого внимания при подборе терапии и реабилитации данной категории больных.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуритдинов Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить показатели качества жизни и прогноза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследованы 64 больных перенесших ИМ, осложненной I-III ФК ХСН в возрасте от 40 до 60 лет. Всем больным был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) и оценка клинического состояния по ШОКС. Определение уровня альдостерона проводилось иммуноферментным методом. Оценку КЖ больных проводили с помощью Миннесотского опросника. Прогноз оценивали по частоте повторных госпитализаций, частоте развития повторного нефатального и фатального ИМ (ПНФИМ и ПФИМ), летальности. Длительность наблюдения составило 3 года.

Полученные результаты. Прогноз оценивался через год и через 3 года. Годичное наблюдение показало, что частота повторных госпитализаций составило 31%, частота развития ПНФИМ - 7,6%, ПФИМ 6,6% и летальность -10%. Через 3 года наблюдения частота повторных госпитализаций составило 40%, ПНФИМ – 10,4% и ПФИМ – 7%,. Летальность составило 16%. При анализе показателей прогноза у больных перенесших ИМ отмечено, что неблагоприятный прогноз отмечался у больных с низкой фракцией выброса (ФВ) и толерантностью к физической нагрузке. Результаты исследования показали, что у больных с неблагоприятным прогнозом наблюдалось более выраженное ухудшение показателей суммарного индекса качества жизни, который коррелировал с показателями ТШХ, ШОКС и уровнем альдостерона.

Выводы: У больных ХСН высокий уровень альдостерона и низкий показатель ФВ являются предикторами неблагоприятного прогноза, что способствует ухудшению качества жизни больных.

ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Камилова У.К.(1), Юсупов Д.М.(2)

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан (1)

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Фергана, Узбекистан (2)

Цель. Изучить показатели сократительной способности миокарда левого желудочка в зависимости от ранних осложнений у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Методы исследования. Обследованы 80 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные.

Полученные результаты. Оценка показателей ЭхоКГ в зависимости от наличия потенциально опасных желудочковых аритмий (ПОЖА) показала, что группы достоверно отличались по значениям КСР, КДО, ММЛЖ и иММЛЖ, которые были выше у больных с ПОЖА на 16%, 21%, 17% и 15% соответственно, а ФВ ЛЖ – ниже на 14,1% ($p < 0,05$). Анализ структуры ЖА в зависимости от исходной ФВ показал, что из 11 пациентов с низкой ФВ (30-40%), ПОЖА отмечались в 4 случаях (36,3%), причем среди этих пациентов в 2 раза чаще отмечалась ранняя посинфарктная стенокардия (РПИС) (36,3% и 16,6%) и в 4 раза чаще - ОСН по Killip (56,8 и 14,6% соответственно). При значениях ФВ 40-50% РПИС у пациентов с отсутствием ПОЖА встречалось чаще, чем при сопоставимых показателях ОСН. Для значений показателя ФВ более 50% статистически значимых различий между клинико-гемодинамическими показателями не выявлено.

Выводы. Результаты исследования показали, что низкая ФВ более характерна для больных с передней локализацией ИМ и ассоциируется с развитием острой сердечной недостаточности, аневризмы ЛЖ и ПОЖЭ, не оказывая при этом влияния на частоту развития РПИС.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕПАРАТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МИОКАРДА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лискова Ю. В.(1), Саликова С. П.(2)

ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет" Минздрава России, Оренбург, Россия (1)

ФГБ ВОУ ВО "ВМА им С.М. Кирова" МО РФ, Санкт-Петербург, Россия (2)

Исследования, показавшие, что кардиомиоциты (КМЦ) человека обновляются в течение жизни, изменили представление о сердце как терминально дифференцированном органе. Результаты многочисленных исследований, анализирующих молекулярные механизмы регенераторного потенциала миокарда в норме и при патологии противоречивы и дискуссионны. Поскольку механизмы генерации КМЦ являются потенциальными мишенями для стимуляции репарации/регенерации миокарда, дальнейшее их изучение остается актуальным.

Цель настоящей работы - изучить особенности репаративного потенциала миокарда левого желудочка (ЛЖ) у крыс обоего пола в условиях экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН). Материал и методы. Исследование проводилось на 30 крысах (15 самцов и 15 самок) массой 210-250 г. 20 животным (10 самцов и 10 самок) моделировали ЭСН путем подкожного введения в течение 14 дней 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления, 10 (5 -самки, 5-самцы) – контрольная группа. Миокард ЛЖ изучен светооптическим, иммуноцитохимическим (ИГХ) (оценка экспрессии синтеза белков ki-67 (индекс пролиферации (ИП)) и α 1 (степень фиброза)) и морфометрическими методами с последующей статистической обработкой результатов. Методом сплошного подсчета оценивали процентное содержание КМЦ с одним, двумя, тремя и более ядрами. ИП определяли, как число окрашенных кардиомиоцитов (КМЦ), деленное на 1000 клеток в случайно выбранных полях зрения. Оценку локализации и интенсивности иммунной реакции α 1 проводили полуколичественным методом +/-++++ в случайно выбранных 20 полях зрения (100%). Результаты. В миокарде ЛЖ интактных крыс обоего пола встречались единичные ki-67(+). Отмечалось достоверное увеличение ki-67(+) КМЦ в группах крыс-самок с ЭСН по сравнению с контролем и самцами с ЭСН. При ИГХ оценке экспрессии α 1 в миокарде ЛЖ интактных крыс обоего пола преобладала легкая и умеренная степень активности α 1(+) клеток внеклеточного матрикса. Высокая степень экспрессии α 1(+) встречалась в строме самцов с ЭСН по сравнению с контролем и самками с ЭСН. При оценке соотношения одно-, дву- и многоядерных КМЦ, имеющего значение для оценки регенераторного потенциала миокарда, у интактных крыс обоего пола отмечалось преобладание двуядерных клеток, при этом у крыс-самок пул одноядерных КМЦ превалировал над самцами. Увеличение доли одноядерных и уменьшение двуядерных КМЦ отмечалось у самцов с ЭСН, при этом у самок с ЭСН увеличивался пул как одно-, так и двуядерных миоцитов. Заключение. Таким образом, полученные данные демонстрируют гендерные особенности в репаративном потенциале миокарда при ЭСН. Наблюдаемые изменения, возможно, связаны с кардиопротективными эффектами эстрогенов на миокард у крыс самок с ЭСН, приводя к компенсаторному увеличению ИП миокарда (по экспрессии ki-67), пула одноядерных КМЦ и менее значимому фиброзу миокарда (по экспрессии α 1) по сравнению с самцами с ЭСН.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Аврам Г.Х.(1), Николаевский Е.Н.(2)

ФКГУ "426 Военный госпиталь" Минобороны РФ, Самара, Россия (1)

ФГБОУ ВО "СамГУПС", Самара, Россия (2)

Цель. Определить эффективность эхокардиографии (ЭхоКГ) и ультразвукового (УЗИ) исследования внутренних органов в диагностике инфекционного эндокардита (ИЭ) у больных молодого возраста.

Материал и методы исследования. Проведено обследование более 30 больных острым, подострым ИЭ в возрасте 21,5+4,8 лет с подозрением на инфекционный эндокардит естественных клапанов.

Для верификации использовали общепринятые диагностические критерии инфекционного эндокардита. Ультразвуковое исследование проводили на аппарате "Тоchiba-SSA-550A" (Япония). Использовали трансторакальную ЭхоКГ (ТТЭхоКГ) и чреспищеводную ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ). Всем больным в динамике было проведено УЗИ органов брюшной полости. Исследовали эхоструктуру, определяли размеры печени, селезенки, почек.

Полученные результаты. Окончательный диагноз ИЭ установлен у 96% больных. По данным ЭхоКГ кардиальные признаки ИЭ были обнаружены у 92% больных: микробные вегетации на створках клапанов сердца - у 92%, абсцессы сердца – у 8%. Множественные, подвижные микробные вегетации обнаружены в 62% случаев, а единичные, подвижные микробные вегетации – в 29%. Перфорации створок клапанов выявлены в 35% случаев, разрыв створок клапанов – в 30%, отрыв хорд – в 24%. Трансклапанная регургитация третьей и четвертой степени зарегистрирована в 57% случаев. Выпот в полость перикарда визуализировался у 29% больных.

По данным УЗИ септическое поражение органов брюшной полости было выявлено у 81% больных: селезенки – у 90%, печени – у 82%, почек – у 45%.

Анализ результатов эхокардиографии и УЗИ внутренних органов позволил выявить верифицирующие признаки ИЭ естественных клапанов у лиц молодого возраста: микробные вегетации на створках клапанов сердца (92%), признаки септического поражения печени (82%), селезенки (90%), выраженная трансклапанная регургитация (57%).

По данным проведенного анализа показатели чувствительности и специфичности ТТЭхоКГ в выявлении кардиальных признаков ИЭ составили соответственно – 83% и 91%, а ЧПЭхоКГ – 92% и 98%.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты убедительно свидетельствуют о том, что чреспищеводная эхокардиография является наиболее чувствительным и специфичным методом ультразвуковой диагностики кардиальных признаков инфекционного эндокардита у больных молодого возраста.

Для эффективной диагностики болезни в указанной категории больных целесообразно использовать чреспищеводную эхокардиографию в комплексе с ультразвуковым исследованием печени, селезенки, почек в динамике.

ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ: СВЯЗЬ С ЖИЗНЕННЫМ ИСТОЩЕНИЕМ И РИСК РАЗВИТИЯ У НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ

Крымов Э.А., Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Панов Д.О., Гафарова А.В
ФГБНУ НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск, Россия

Цель исследования: определить риск развития ассоциированных с атеросклерозом заболеваний (инфаркта миокарда и инсульта) у мужчин и женщин с жизненным истощением в открытой популяции 25-64 лет в России/Сибири.

Материалы и методы: в рамках III скрининга программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" обследована случайная репрезентативная выборка населения 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657; женщины n=870). Программа скринирующего обследования включала: регистрацию социально - демографических данных, выявление ЖИ. За 16- летний период было выявлено инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта случаев у женщин (15 и 35) и у мужчин (30 и 22).

Результаты. Распространенность ЖИ составила у мужчин - 66,8% (высокий ЖИ -14,6%), у женщин 75,7% (высокий ЖИ - 44,4%). Относительный риск (ОР) ИМ был выше среди мужчин с ЖИ (ОР=2), чем среди женщин. Среди разведенных лиц риск ИМ был выше у женщин (ОР=5,4), чем у мужчин (ОР=4,7). ОР ИМ был выше у мужчин с ЖИ (с начальным образованием ОР= 2,2; у никогда не состоявших в браке ОР=3,7, овдовевших мужчин ОР= 7, в 45-54 лет ОР=3,8 и 55-64 лет ОР=5,9), чем у женщин. ОР инсульта у лиц с ЖИ гендерных различий не имел (у женщин ОР=3,34, у мужчин ОР=3,1). ОР инсульта был выше у мужчин с ЖИ с незаконченным средним - начальным образованием (ОР= 4,8), среди разведенных (ОР= 3,8), и овдовевших (ОР=3,6), чем у женщин.

Заключение. Установлена большая распространенность ЖИ среди населения 25-64 лет, причем у женщин выше, чем у мужчин. ЖИ, в большей мере, является предиктором развития ассоциированных с атеросклерозом заболеваний: инфаркта миокарда больше у мужчин, чем у женщин и инсульта у лиц обоего пола.

Ключевые слова: атеросклероз, инфаркт миокард, инсульт, жизненное истощение, риск развития, население

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Удальцов Б.Б.(1), Николаевский Е.Н.(2)

ФГБОУ ВПО "ВМедА им. С.М. Кирова" Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО "СамГУПС", Самара, Россия (2)

Цель. Изучить клинико-патоморфологические аспекты инфекционного эндокардита (ИЭ) у инъекционных наркоманов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ и сопоставление данных историй болезни и аутопсий 33 умерших больных ИЭ, применявших внутривенное введение наркотических веществ в течение 6,2+1,9 лет. Среди них было 8 женщин, 25 мужчин в возрасте 37,3+5,2 лет. Диагностика ИЭ была основана на общепринятых диагностических критериях. Статистическая обработка цифровых данных была проведена по пакетам программ "Statistica-5".

Полученные результаты. По данным исследования среди возбудителей ИЭ у инъекционных наркоманов преобладали эпидермальный, золотистый стафилококки (85%).

В клинике ИЭ на первый план выступали проявления 2-3 степени активности эндокардита с выраженной интоксикацией и признаки поражения лёгких (ТЭЛА, инфаркт-пневмония, абсцессы лёгких, плеврит), дополняемые симптомами хронической сердечной недостаточности 3-4 функционального класса (по NYHA), наркотической абстиненции, гепатоспленомегалии.

Патоморфологическая картина ИЭ характеризовалась изменениями сходными с таковыми при остром стафилококковом ИЭ. Учитывая особенности исследуемого контингента, входными воротами инфекции являлись вены. Внутривенное введение наркотических веществ вызывало развитие тромбозов. При гистологическом исследовании сосудов выявлено большое количество бактерий в тромботических массах.

Поздняя диагностика (1,4+0,1 месяца) и малоэффективная антибактериальная терапия способствовали формированию характерных патоморфологических изменений. На аутопсии находили повреждение интактного трехстворчатого клапана, перфорацию и разрушение створок, отрыв хорд створок (100%), миокардит (100%), септический гепатит (100%), пневмонию (79%), острый нефрит (78%). При гистологическом исследовании препаратов печени обнаружена выраженная гиперплазия ретикулярных клеток и полнокровие.

Данные проведенного анализа убедительно показывают, что для этой формы ИЭ характерно развитие выраженной недостаточности интактного трикуспидального клапана, инфаркт-пневмоний (63,7%), множественных абсцессов в сердце (69,7%), множественных абсцессов и инфарктов в лёгких (33,3% и 60,6%, соответственно), септического поражения печени (100%), селезёнки (94%), почек (79%), которые определяли полисиндромность клинической картины.

Выводы. Таким образом, патоморфологические изменения при инфекционном эндокардите у наркоманов соответствовали острому эндокардиту, вызванному стафилококками. Характерно повреждение интактного трикуспидального клапана, развитие септического поражения печени, селезёнки, почек, инфаркт-пневмоний с формированием множественных абсцессов лёгких, которые определяли полисиндромность клинического течения болезни. Выявленные клинико-патоморфологические особенности необходимо учитывать в диагностике и лечении инфекционного эндокардита у этой категории больных.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОМАНОВ: НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Шустов С.Б.(1), Николаевский Е.Н.(2)

ФГБВОУ ВПО "ВМедА им. С.М. Кирова" Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО "СамГУПС", Самара, Россия (2)

В последнее десятилетие в России зарегистрировано увеличение заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ) в 2-3 раза. Это обусловлено, в том числе распространением инъекционной наркомании.

Цель. Определить эффективность эхокардиографии (ЭхоКГ) как метода неинвазивной диагностики кардиальной патологии при инфекционном эндокардите у инъекционных наркоманов.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов ЭхоКГ у 44 больных 32,4±5,1 лет с острым и подострым ИЭ, применявших внутривенное введение опиоидных наркотических веществ в течение 5,2±1,7 лет. Всем больным была проведена трансторакальная ЭхоКГ на аппарате «Acuson 128 XP/10». Для верификации диагноза ИЭ были использованы общепринятые диагностические критерии болезни. Статистическая обработка цифровых данных была проведена с использованием пакета программ "Statistica-5".

Полученные результаты. Окончательный диагноз ИЭ установлен у всех больных. По данным исследования были обнаружены следующие кардиальные признаки: микробные вегетации на трикуспидальном клапане (100%); регургитация на трикуспидальном клапане (ТК) (100%); абсцессы сердца (73%); отрыв хорд, разрыв створок ТК (70,5%).

По данным анализа результатов ЭхоКГ у 34 (77%) больных острым ИЭ отмечены короткие сроки формирования множественных, крупных, подвижных микробных вегетаций на ТК. Единичные МВ на ТК были зарегистрированы у 10 (23%) больных наркоманией с подострым ИЭ.

Регургитация 3-4 и 1-2 степеней на ТК выявлена соответственно у 31 (70,5%) и 13 (29,5%) больных. А абсцессы сердца и отрыв хорд, разрыв створок ТК обнаружены соответственно у 32 (72%) и 31 (67,5%) больных эндокардитом. В 61,4% наблюдений определялся значительный выпот в перикарде.

Увеличение размеров правого предсердия и желудочка, локальные нарушения сократимости миокарда правого желудочка выявлены соответственно у 32 (72,7%) и 22 (50%) пациентов. У 34 (77%) больных зарегистрировано снижение фракции выброса (до 41,5±3,17%) и нарушение систолической, диастолической функций правого желудочка. Эти изменения были обусловлены миоперикардитом и нарушением внутрисердечной гемодинамики в результате выраженной недостаточности ТК.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что эхокардиография является эффективным методом неинвазивной диагностики кардиальной патологии острого, подострого инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов.

Признаками кардиальной патологии при инфекционном эндокардите у этой категории больных являются: микробные вегетации и регургитация на трикуспидальном клапане, абсцессы сердца, отрыв хорд и разрыв створок трехстворчатого клапана. Для оценки эффективности лечения эндокардита у инъекционных наркоманов целесообразно проводить эхокардиографию с интервалом в 8-10 дней.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Александров А. В., Бенедицкая Е. В., Алехина И. Ю., Александрова Н. В.

ФГБНУ "НИИ клинической и экспериментальной ревматологии", Волгоград, Россия

Поражение сосудов при системной красной волчанке (СКВ) очень полиморфно и носит, как правило, генерализованный характер. В сыворотке крови больных СКВ обнаруживают широкий спектр циркулирующих аутоантител и иммунных комплексов, способных фиксироваться на базальных мембранах сосудов различных органов и приводить к развитию системного васкулита.

Цель. Совершенствование методов иммунологической диагностики поражения сердца и сосудов у больных СКВ с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) ферментов пуринового метаболизма (ПМ).

Методы. Антитела (Ат) к ферментам ПМ – аденозиндезаминазе (АДА), аденозинкиназе (АДК), пуриннуклеозидфосфорилазе (ПНФ), ксантинооксидазе (КО) и гуаниндезаминазе (ГДА) – определяли в сыворотке крови больных СКВ в модификации ELISA-теста с использованием АНС на основе соответствующего фермента в качестве антигенной матрицы.

Результаты. Было обследовано 60 больных с достоверным диагнозом СКВ в возрасте от 22 до 56 лет (55 женщин и 5 мужчин). Активность СКВ оценивалась с помощью индексов SLEDAI и ECLAM.

В группу больных СКВ с наличием «васкулопатии» (21 человек, 35%) были включены пациенты с клиническими проявлениями, характерными как для васкулита, так и для не воспалительного поражения сосудов – тромбозы сосудов мелкого и среднего калибра, капилляриты ногтевого ложа, некротизирующие поражения кожных покровов, сетчатое ливедо). В данной группе антитела к ферментам ПМ определялись достоверно чаще (критерий хи-квадрат) и в более высоком титре (для Ат к АДК $p=0,023$; для Ат к ПНФ $p=0,044$ и для Ат к КО $p=0,042$).

Одним из основных факторов, приводящим к развитию сосудистой патологии при СКВ, является накопление активных форм кислорода, стимулирующих апоптоз клеток и оказывающих повреждающее действие на липиды, белки и другие компоненты сосудистой стенки, в результате чего они приобретают свойства аутоантигенов и стимулируют выработку различных Ат, имеющих вторичное повреждающее действие.

Ат к КО способны оказывать определенное влияние на изменение функциональной активности КО в виде усиления процессов трансформации D-формы фермента (антиоксидант) в O-форму (прооксидант), что в итоге ведет к существенному увеличению генерации супероксидных радикалов при СКВ. Кроме того, высокое содержание Ат к АДК у больных СКВ с признаками поражения сосудов предполагает возможное участие данных Ат в изменении энзиматической активности АДК с последующим накоплением токсических концентраций аденозина. Известно, что аденозин в больших концентрациях воздействует в том числе и на сердечно-сосудистую систему как провоспалительный агент.

Выводы: новые иммунологические методы определения антител к ферментам ПМ могут быть использованы в качестве дополнительного фактора в диагностике кардио-васкулярной патологии при СКВ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ ПО ОЦЕНКЕ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И СОСТАВЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕГИСТРОВ

Кузнецова А.Ю., Абдуллаев Р.А.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель: Принять участие в создании российской группы международного регистра Vasotens с использованием полученных показателей жесткости сосудистой стенки в стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений на ранних стадиях артериальной гипертензии

Материалы и методы: в клинике ЮУГМУ было обследовано 132 человека в возрасте старше 18 лет, с критериями гипертонической болезни 1-2 стадии, 1 степени. Проводилось клиническое и биохимическое обследование для определения факторов риска сердечно-сосудистых осложнений. Ультразвуковое исследование проводилось с определением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), определением глобальной продольной и поперечной функции мышечных волокон и толщины сосудистой стенки (ТИМ). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось осциллометрическим методом на аппарате VPlab (производитель «Петр Телегин») с последующим передаче файлов в телемедицинскую кампанию с расчетом параметров СМАД и жесткости сосудистой стенки с применением пакета прикладных программ Vasotens Office. В качестве маркеров повышенной жесткости сосудистой стенки взяты PWVao и ЦАДАо.

Результаты: Из 132 обследованных пациентов 100 человек составили российскую группу международного исследования. У всех пациентов, включенных в исследование, получены описания суточного мониторирования артериального давления, сделанные на уровне международного стандарта. Получены показатели жесткости сосудистой стенки, используемые для самостоятельной научно-исследовательской и практической работы. При анализе связей гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и параметров СМАД обнаружена достоверная связь средней силы ($r > 0.3$, $p < 0.05$) ИММЛЖ и систолического уровня АД как в дневные, так и в ночные часы, ассоциация ГЛЖ со снижением частоты сердечных сокращений. При анализе связи ТИМ с параметрами СМАД обнаружена связь средней силы с уровнем ДАД в ночные часы. Таким образом, повышение САД связано с ремоделированием сердца, а нарушение суточного ритма АД с повышением ДАД ночью (нон-дипперы) с ремоделированием сосудов. При анализе показателей ЦАДАо были подтверждены основные связи параметров гемодинамики с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений и поражением органов-мишеней. Обнаружена корреляционная связь средней силы среднедневных показателей PWVao с уровнем общего холестерина, абдоминальным типом ожирения и наследственностью по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям ($r = 0.29$, 0.33 и 0.34 соответственно). Получена сильная положительная корреляционная связь среднесуточной PWVao с ИММЛЖ ($r = 0.61$) и с ТИМ ($r = 0.64$). Аналогичные показатели получены при расчете среднедневных и средненочных PWVao. Факторный анализ показал относительную независимость PWVao от других, гемодинамических показателей СМАД. При анализе осциллограмм у 150 добровольцев нормативным значением PWVao при проведении СМАД принято 10 см/с. Превышение значения PWVao выше повышает риск ГЛЖ у пациентов с АГ (ОР 1.6, $p < 0.01$), а риск увеличения ТИМ (ОР 1,8, $p < 0.001$) и ассоциированы с диастолическими нарушениями по данным тканевой доплерографии.

Выводы: Новейшие телемедицинские технологии позволяют ускорить процесс расчёта оцениваемых параметров и повысить качество их оценки, благодаря стандартизованному и централизованному сбору информации, проверки данных экспертами и консультации для удалённых медицинских центров.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ МУТАЦИИ 9928_9929insE ГЕНА TTN, ВЫЯВЛЕННОЙ МЕТОДОМ СЕКВЕНИРОВАНИЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ (NGS) В ЗАРУБЕЖНОМ ИССЛЕДОВАНИИ, С ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТЬЮ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Иванова А. А.(1), Максимов В. Н.(1), Малютина С. К.(1), Савченко С. В.(2), Новоселов В. П.(2), Воевода М. И.(1)

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины»,
Новосибирск, Россия (1)**

**ГБУЗ НСО «Новосибирское областное клиническое бюро судебно-медицинской
экспертизы», Новосибирск, Россия (2)**

Целью исследования является проверка ассоциации мутации 9928_9929insE гена TTN (titin, 2q31.2) с внезапной сердечной смертью (ВСС). Мутация выявлена в зарубежном исследовании методом полноэкзомного секвенирования (Whole Exome Next-Generation DNA Sequencing) в случае внезапной смерти, произошедшей по неизвестной причине.

Методы. Группа ВСС сформирована с использованием критериев ВСС Всемирной Организации Здравоохранения и Европейского общества кардиологов (n=391, средний возраст 53,2±8,7 года, мужчины - 72,7 %, женщины - 27,3 %). В группу включены внезапно умершие вне лечебно-профилактических учреждений жители Октябрьского района города Новосибирска с патологоанатомическими диагнозами острая коронарная недостаточность и острая недостаточность кровообращения. Контрольная группа (жители того же района города) подобрана по полу и возрасту из банка ДНК международных проектов HAPIEE (Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe), MONICA (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) (n=400, средний возраст 53,1±8,3 года, мужчины - 68,3 %, женщины - 31,7%). ДНК выделена методом фенол-хлороформной экстракции из ткани миокарда в группе ВСС, и венозной крови в контрольной группе. Регион гена TTN, которому принадлежит мутация 9928_9929insE, богат инсерциями и делециями. Четыре инсерции данного региона (rs796866952, rs786205397, rs767809516, rs368327166) ведут к вставке глутаминовой кислоты между позициями 9928 и 9929 аминокислотной последовательности белка (p.Glu9928_Tyr9929insGlu, 9928_9929insE). Генотипирование групп проводили методом полимеразной цепной реакции с использованием фланкирующих данный регион праймеров. Для идентификации выявленной мутации гена TTN проведено прямое автоматическое секвенирование (Applied Biosystems, США).

Результаты. Частота гетерозиготных носителей мутации 9928_9929insE (rs796866952) гена TTN в группе ВСС составляет 4,1%, в контрольной группе - 3,8%. По частотам генотипов мутации 9928_9929insE гена TTN не найдено статистически значимых различий между группами (p>0,05). При разделении групп по полу и возрасту в группе женщин старше 50 лет различия по частотам генотипов мутации стремятся к уровню статистической значимости (p=0,09): в группе ВСС доля гетерозиготных носительниц мутации 9928_9929insE гена TTN составляет 1,6%, в то время как в контрольной группе доля носительниц мутации составляет 9,2%.

Выводы. Выявлены гетерозиготные носители мутации 9928_9929insE гена TTN в группе ВСС и в контрольной группе, но различия по частотам генотипов мутации между группами не достигают уровня статистической значимости. Мутация 9928_9929insE (rs796866952) гена TTN не вносит существенного вклада в развитие ВСС в исследуемой выборке внезапно умерших жителей г. Новосибирска.

Работа поддержана грантом РФФИ №16-34-00147.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Багаудинова Л.И., Дударев М.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская область, Россия

Цель: Представить клинико-функциональную характеристику состояния сердца у перенесших иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ).

Материалы и методы. В период нахождения в стационаре, при выписке (14 день), через 2 месяца были обследованы 82 больных ИКБ в возрасте от 19 до 55 лет (67 мужчин и 15 женщин, средний возраст $36,8 \pm 10,8$ лет). В динамике, помимо физического обследования, проводилась электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХО-КГ) на аппарате экспертного класса General Electric, определение биомаркеров повреждения миокарда (КФК-МВ, миоглобин, тропонин I).

Результаты. Среди жалоб, предъявляемых пациентами в остром периоде заболевания, наиболее часто отмечались кардиалгии – неинтенсивные боли колющего или ноющего характера в прекардиальной области и в проекции верхушки сердца, без иррадиации и связи с физической нагрузкой. Кардиалгии регистрировались на 14 день у 19,5% пациентов. 12,2% госпитализированных отмечали одышку на фоне небольшой физической нагрузки; по данным повторного обследования указанный симптом сохранялся у 8,5 % перенесших заболевание.

При анализе ЭКГ-данных в острый период заболевания у 8,2% больных ИКБ регистрировались признаки нарушения процессов реполяризации миокарда, проявляющиеся уплощением или инверсией зубца Т. По прошествии 2 месяцев указанные нарушения отмечались реже. В динамике зафиксировано постепенное восстановление исходно нарушенной у 15,1% реконвалесцентов нарушенной проводимости по правой ножке пучка Гиса. У 12,5 % обследованных выявлялась положительная реакция на биомаркеры повреждения кардиомиоцитов. Согласно диагностическим критериям Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (1980 г.) у 19,5% реконвалесцентов ИКБ диагностирован миокардит. По данным ЭХО-КГ, выполненной в острый период заболевания, снижения фракции выброса у обследованных зафиксировано не было; вместе с тем, определение систолического интрамурального градиента (показатель региональной сократимости миокарда) выявило его снижение в группе пациентов с миокардитом по сравнению с группой без миокардита: 1,9 [1,6; 2,1] с-1 и 2,6 [1,9; 2,8] с-1 соответственно ($p=0,06$). При оценке параметров диастолической функции левого желудочка в группе пациентов с миокардитом и без миокардита показатель E/A составил 0,9 [0,7; 1,4] и 1,3 [1,2; 1,6] соответственно ($p=0,05$). Отметим, что выявленные изменения регистрировались на фоне увеличения скорости коронарного кровотока в дистальном отделе передней нисходящей артерии: 22,5 [19,2; 27,5] см/с в группе с миокардитом и 19,0 [17,2; 21,7] см/с в группе пациентов без признаков миокардита ($p=0,006$).

Вывод. Вследствие перенесенного ИКБ у 19,5% реконвалесцентов возможно развитие латентного миокардита, характеризующегося снижением региональной сократимости миокарда и ускорением кровотока в бассейне передней нисходящей артерии.

КАРДИОМИОПАТИЯ ТАКОЦУБО В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГА

Абдрахманова А.И.(1), Сайфуллина Г.Б.(2), Сафина Э.Г.(2), Ослопова Ю.В(1), Цибулькин Н.А.(3)

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия (1)

ГАУЗ «Межрегиональный клиничко - диагностический центр», Казань, Россия (2)

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия (3)

Цель: выявить частоту встречаемости кардиомиопатии такоцубо в структуре госпитализированных в кардиологические отделения и оценить ее особенности.

Материалы и методы: за период с 2013-2016 гг. в кардиологических отделениях ГАУЗ МКДЦ кардиомиопатия такоцубо диагностирована в 6 случаях, в 1 случае – ретроспективно. Основными критериями диагноза были сочетание изменения ЭКГ в виде элевации сегмента ST, выявление зон гипо и акинезии по эхокардиографии с быстрым регрессом этих изменений, по данным сцинтиграфии - выявление обширной зоны нарушения перфузии с эпицентром в верхушечной области в остром периоде с последующим восстановлением в отсроченном периоде, неизменные (или малоизмененные) коронарные артерии по результатам коронароангиографии (КАГ).

Результаты: Все 6 случаев диагностированы у женщин, средний возраст 64 года (от 54 до 71 лет). Четкая связь со стрессовой ситуацией прослежена в 2 случаях, в 1 случае – перенесенная ОРВИ, в 1 случае регулярная интенсивная физическая нагрузка.

В пяти случаях клинические проявления в виде болевого синдрома в груди (различного характера), в одном случае слабость и дискомфорт. В 2 случаях на ЭКГ депрессия с. ST до 1,5 мм, в 5 случаях - отрицательный/2-х фазный з. Т. У 2 пациенток повышен уровень тропонина. По данным КАГ у всех пациенток гемодинамически значимых поражений коронарных артерий не выявлено. При выполнении ЭХОКС 5 случаях выявлено снижение систолической функции (ФВ менее 50%; от 37% до 48%), зоны гипо-и акинезов преимущественно верхушечных сегментов, перегородочных сегментов. По данным сцинтиграфии: у 1 пациентки исследование проведено на 2-й день после развития приступа, зафиксирован обширный выраженный дефект перфузии верхушечной области с частичным вовлечением прилегающих медиальных сегментов; через 2 месяца – полное восстановление объема перфузии. У 4 пациенток исследование было проведено через 4, 5, 8, 12 дней после клинических проявлений: были зафиксированы дефекты перфузии передне-верхушечной, верхушечной локализации преимущественно слабой степени выраженности, у 1 пациентки – умеренный верхушечный дефект, который через 1 месяц полностью регрессировал. Еще 1 пациентке исследование проведено через 5 месяцев (с целью верификации диагноза, исключения ПИКС), по результатам которой дефектов перфузии выявлено не было.

Заключение: В настоящее время отсутствует возможность дифференциальной диагностики кардиомиопатии такоцубо в фазе развития клинических и параклинических проявлений острой коронарной недостаточности. Дифференциальный диагноз должен осуществляться в процессе динамического наблюдения в условиях, обеспечивающих возможность инвазивного лечения ИБС и проведения реанимационных мероприятий. В то же время кардиологи должны учитывать вероятность наличия у пациентов кардиомиопатии такоцубо в случае характерной динамики клинических проявлений и данных инструментальных исследований. Это позволит минимизировать гипердиагностику ишемической болезни сердца.

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Гореликов А.В.(1), Карпелев Г.М.(1), Карпелева О.Г.(1), Чегерова Т.И.(2), Островский Ю.П.(3)

Могилевская областная больница, Могилев, Беларусь (1)

Могилевский государственный университет имени А.А. Кулешова, Могилев, Беларусь (2)

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь (3)

Цель работы: оценка защитных эффектов ишемического посткондиционирования (ИПостК) при первичных чрезкожных коронарных вмешательствах у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и подъемом сегмента ST.

Методы исследования: обследован 31 пациент в возрасте 33–64 лет. 16 пациентов составили контрольную группу и 15 основную. В исследование включены пациенты с наличием полной окклюзии одной из крупных эпикардиальных коронарных артерий, подъемом сегмента ST > 0.1 mV в двух и более смежных отведениях и поступивших в стационар в первые 6 часов от начала заболевания. Время симптом-баллон составило $239,7 \pm 67,8$ минут в контрольной группе и $246,1 \pm 48,3$ минут в основной.

Всем пациентам проведены мануальная аспирационная тромбэктомия и первичное чрескожное коронарное вмешательство. Пациентам основной группы в течение первой минуты после восстановления коронарного кровотока выполнена процедура ИПостК посредством серии из пяти последовательных коротких циклов окклюзии (60 с)/открытия (30 с) просвета коронарной артерии.

Результаты вмешательства оценивались по 1) шкалам MBG и TIMI; 2) динамике суммарного показателя подъема сегмента ST спустя 60 минут после реперфузии; 3) индексу спасенного миокарда (ИСМ) по данным парной эмиссионной томографии с комплексом MIBI 99mTc выполненной до реперфузии и спустя 10–12 суток.

Результаты: у 25% пациентов контрольной группы стандартное интервенционное лечение, направленное на восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии, сопровождается распространением зоны некроза миокарда к 10–12 суткам и является прямым доказательством существования постишемического (реперфузионного) повреждения миокарда. В целом исследуемые группы достоверно различались по показателю ИСМ: в опытной группе этот показатель составил 0,55 (0,18 – 1,0), в контрольной 0,1 (-2,47 – 0,54). Отмечено наличие обратной линейной связи между ИСМ и временем ишемии в опытной группе и отсутствие такой связи в контрольной. Для опытной группы была характерна прямая линейная связь между ИСМ и снижением сегмента ST через 60 минут после реперфузии. При этом межгрупповых различий в динамике сегмента ST не выявлено. Традиционная оценка эффективности реперфузии по шкалам MBG, TIMI и динамике сегмента ST не выявила групповых различий. Более того, успешное устранение ишемии у пациентов контрольной группы (TIMI 3, MBG 3 и восстановление сегмента ST более 50%) не улучшило результаты лечения, тогда как в основной группе показатель ИСМ увеличился на 40%.

Выводы: у части пациентов с ОИМ и подъемом ST восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии сопровождается распространением зоны некроза и свидетельствует о наличии реперфузионного повреждения миокарда. Использование ИПостК способствует предотвращению распространения инфаркта миокарда и уменьшению зоны некроза.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

ФГБОУ ВО "Волгоградский медицинский университет" Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель: изучить особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа. Пациенты и методы. В исследование включено 120 больных АГ II-III стадии в возрасте от 40 до 65 лет: 60 пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа (основная группа) и 60 пациентов с АГ без СД (контрольная группа). Проводили суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографическое исследование, изучали эндотелиальную функцию, эластические свойства артерий, функциональное состояние почек и показатели метаболизма. Результаты. Среди пациентов с АГ и СД 2 типа обнаружены прогностически более неблагоприятные изменения суточного профиля АД, достоверно более высокая частота встречаемости гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по сравнению с больными с изолированной АГ. В основной группе не выявлено лиц с нормальной диастолической функцией ЛЖ. Повышение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ э.) отмечено в 83,3% случаев среди больных АГ и СД 2 типа. Выявлены достоверно более выраженные нарушения эндотелиальной функции, канальцевого, клубочкового аппарата почек у пациентов с АГ и СД 2 типа по сравнению с пациентами с АГ без СД 2 типа. Выраженная инсулинорезистентность (ИР) приводит к метаболическим изменениям - глюкозотоксичности, липидотоксичности у больных АГ и СД 2 типа. Заключение. Исследование показывает наличие кардиоренальных взаимосвязей, а также тесных корреляционных взаимоотношений между ИР и поражением органов-мишеней у больных АГ в сочетании с СД 2 типа. ИР может рассматриваться как независимый предиктор и сердечно-сосудистых, и почечных заболеваний. Соответственно, коррекция ИР будет способствовать оптимизации результатов лечения заболеваний сердца и почек у больных с АГ и СД 2 типа.

Получено разрешение Регионального Этического комитета на проведение клинического исследования - протокол одобрения № 192 - 2013 от 11.03.2013 г.

КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИММУННОЙ СИСТЕМЕ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ИСХОДАХ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Саидов М.З., Алиева М.Г., Абдуллаев А.А., Адуева С.М.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Республика Дагестан, Россия

Цель – изучить кардиоспецифические изменения в системе иммунитета при различных исходах острого коронарного синдрома (ОКС) на госпитальном этапе и отработать на этой основе критерии краткосрочного персонализированного прогноза исходов ОКС.

Методы исследования. Обследованы 84 пациента, поступивших в инфарктное отделение Республиканской больницы №2 Центра специализированной экстренной медицинской помощи г. Махачкала. Изучены наиболее часто встречающиеся диапазоны концентраций провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 (ИЛ-1), туморнекротического фактора- (ТНФ-), С-реактивного белка (СРБ), а также неоптерина (НП), антител (АТ) к кардиолипину (КЛ) и АТ к кардиомиоцитам. Для тестирования вышеобозначенных показателей использовался метод твёрдофазного иммуноферментного анализа. Рассчитывались величины относительного риска с доверительными интервалами, абсолютного риска, диагностическая эффективность использованных методов в отношении клинических исходов ОКС в связи с изучаемыми факторами риска (интервалы концентраций показателей). Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica (версия 6,0), а также "Biostat 4.03.

Полученные результаты. Показано, что исход ОКС в впервые возникшую стенокардию характеризуется статистически значимыми значениями относительного риска (ОР) до 3 и выше ($p < 0,05$) по всем изученным кардиоспецифическим показателям системы иммунитета. Исход ОКС в прогрессирующую стенокардию имел статистически значимый ОР от 2 и выше ($p < 0,05$) для СРБ – в диапазоне 15-20 мг/л, для ИЛ-1 – в диапазоне 1,4-2,4 пг/мл и для НП – в диапазоне 17-26 нмоль/л. Исход ОКС в стенокардию напряжения характеризуется статистически значимым ОР от 3 и выше ($p < 0,05$) по ИЛ-1 в диапазоне концентраций 0-0,5 пг/мл, ТНФ-а – в диапазоне 0,5-1 пг/мл, НП – в диапазоне 6-25 нмоль/л и АТ к КЛ – в диапазоне 4-5 ЕД/мл.

Выводы. Некротизирующие поражения кардиомиоцитов (Q-инфаркт миокарда и не Q-инфаркт миокарда) характеризовались максимальными статистически значимыми значениями ОР по всем изученным кардиоспецифическим изменениям показателей системы иммунитета в указанных диапазонах концентраций. Пациенты, имеющие указанные показатели при поступлении в стационар (точка отсчета), являются группой высокого риска в отношении конкретного клинического исхода ОКС (конечная точка).

КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЭФФИЦИЕНТА АТЕРОГЕННОСТИ

Вахмистрова Т. К.(1), Баталина М.В.(2), Шабанова О.В(1), Яковлева В.В.(1), Вахмистрова А.В.(3)

ГАУЗ Оренбургская районная больница, Оренбург, Россия (1)

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный медуниверситет МЗ РФ, Оренбург, Россия (2)

ГАУЗ "ГКБ №6", Оренбург, Россия (3)

Важное значение, которое придается исследованию общих сонных артерий (ОСА), обусловлено их доступностью для ультразвукового исследования, а также возможностью использования в качестве модели для суждения о выраженности и распространенности атеросклероза. Установлено, что на толщину комплекса «интима-медиа» общей сонной артерии (ТИМ) оказывают влияние целый ряд факторов, а увеличение ТИМ является независимым фактором риска транзиторных ишемических атак, мозговых инсультов и инфарктов миокарда.

Цель: оценить толщину комплекса «интима-медиа» общей сонной артерии в зависимости от коэффициента атерогенности (КА).

Материалы и методы: обследовано 80 больных, находящихся на лечении в стационарных отделениях Оренбургской районной больницы, отобранных по содержанию холестерина крови более 7 ммоль/л, из них сформированы 2 группы. В 1 группу вошли 40 пациентов с КА более 3, средний возраст пациентов 64,62±7,51 лет, во 2-ую 40 больных с КА менее 3, средний возраст пациентов 64,62±7,51 лет, из них 35 (44 %) мужчины, средний возраст 63,54 ± 7,68 и 45 женщин (56%), средний возраст 65,81±7,01 года. Проведено скрининговое ультразвуковое исследование сонных артерий (СА) на ультразвуковой системе VIVID 3. Сканирование проводилось по стандартной методике. На предмет наличия атеросклеротических бляшек (АСБ) исследовались проксимальный и дистальный сегменты общей СА, бифуркация и экстракраниальный сегмент внутренней СА. Величину стеноза измеряли в поперечном сечении как степень уменьшения диаметра просвета сосуда. В анализ включали величину наибольшего стеноза.

Результаты: гемодинамически значимые каротидные стенозы среди обследованных не встречались. Частота встречаемости АСБ среди обследованных пациентов составила 3 только в 1 группе (2 мужчин и 1 женщина). Средняя толщина интима-медиа (ТИМ) в исследуемых группах достоверно не отличалась и составила в 1 группе 0,97±0,13 мм, во 2 группе - 0,89±0,09 мм при средних показателях общего холестерина 7,88±0,68 ммоль/л и 7,71±0,61 ммоль/л соответственно. Средние значения липидов высокой плотности достоверно различались (p0,01) и были выше во 2 группе, чем в 1 группе (2,19±0,13 ммоль/л и 1,46±0,26 ммоль/л). Средние показатели С-реактивного белка в 1 группе достоверно выше, чем во 2 группе (25,39±14,6 мг/л и 20,58±9,93 мг/л, p0,05).

Выводы: гемодинамически значимые каротидные стенозы, несмотря на повышенные цифры общего холестерина и С-реактивного белка, не обнаружены. Атеросклеротические бляшки встречались у 3 пациентов с повышенным коэффициентом атерогенности. ТИМ в большей степени зависела от липидов высокой плотности и С-реактивного белка, чем от показателей общего холестерина.

КАТАМНЕЗ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Сухарева Г.Э.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Москва, Россия

Описанный более 125 лет назад СМ по-прежнему представляет весьма сложную и актуальную медицинскую проблему.

Цель: сконцентрировать внимание детских и взрослых кардиологов, семейных врачей, педиатров на возможных осложнениях со стороны ССС при СМ и проследить катамнез у пациентов с уже поставленным диагнозом.

Материалы и методы: проанализирован катамнез детей и подростков с диагнозом СМ, находящихся на «Д»-учете в Крыму. В крымском реестре 34 пациента с СМ: 15 (44%) – детей и 19 (56%) взрослых. От 1 до 3 лет – 1 ребенок (6,7%), 3-7 лет – 3 (20%), 8-12 лет – 3 (20%), 13-17 лет – 8 (53,3%). В 2 случаях выявлена семейная форма СМ: 2 сестры 13 и 14 лет и трое детей в одной семье. Взрослые от 18-22 лет – 4 (21,1%), 23-32 лет – 6 (31,6%), 33-42 года – 7 (36,8%), 43-55 – 2 (10,5%). Диагностика СМ основывалась на изучении генеалогических данных и анализе морфофенотипа. Диагноз выставлялся при наличии 1 из 5 основных симптомов и 2 дополнительных. Характер и степень тяжести патологии ССС оценивали по данным клинических и инструментальных методов (R-графия ОГК, ЭКГ, ХМЭКГ, СМАД, ЭхоКГ, РКТ и/или МРТ). Все дети обследованы в медико-генетическом центре.

Результаты: поражение сердца при СМ в наших наблюдениях проявлялось в виде недостаточности МК и расширении восходящей аорты, как признаке начинающейся аневризмы аорты. По нашим данным, у одного подростка 17 лет из 15 обследованных пациентов, возникло острое расслоение аорты, приведшее к смерти. Ребёнок был направлен на операцию в кардиохирургический центр, однако его родители от операции и дальнейшего наблюдения категорически отказались. В группе наблюдаемых нами детей с СМ четверо были успешно прооперированы: 3 детям выполнена операция по Bentall и 1 ребенку – операция Девида. Один подросток с отказом родителей от лечения с признаками расслоения аорты был экстренно транспортирован в «НИИ сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова», где ему была выполнена операция по Bentall, которая прошла успешно. Еще 2 детям 10 и 13 лет с аневризмой аорты в плановом порядке также была выполнена операция по Bentall. Ребенку 10 лет с синдромом Марфана была выполнена операция Девида по поводу выраженной дилатации синусов Вальсальвы и умеренной аортальной недостаточности.

Остальные дети (4 из них – с верифицированной аневризмой аорты) находятся под наблюдением детского кардиолога и кардиохирурга и не требуют на данный момент оперативной коррекции.

Выводы: своевременная диагностика синдрома Марфана помогает родителям получить достоверную информацию о прогнозе жизни и развития ребенка, позволяет принять адекватное решение о модификации его образа жизни, особенностях воспитания, занятии спортом, а также узнать генетический риск при повторном деторождении. Приведённые нами клинические примеры ещё раз доказывают, что родители не всегда осознают тяжесть состояния ребёнка. Важно подчеркнуть, что совместная работа родителей, врача кардиолога и самого пациента способствует сохранению жизни, улучшению качества и продолжительности жизни больного.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Ибатов А.Д.(1), Морозова И.В.(2)

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия (1)

ГКБ №1 им.Н.И.Пирогова, Москва, Россия (2)

Цель. Изучить качество жизни пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Материалы и методы. Обследованы 89 пациентов с ГБ (средний возраст $38,9 \pm 7,7$ лет, 59 (66,3%) мужчин, 30 (33,7%) женщин). Всем пациентам проводилось общеклиническое физикальное и инструментальное исследование. Качество жизни оценивали по опроснику SF-36 (Short-Form 36). Данные представлены как среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm SD$).

Результаты. В зависимости от наличия гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по результатам Эхо-КГ пациенты были разбиты на две группы. Первую группу составили 36 (40,4%) пациентов с признаками ГЛЖ, вторую – 53 (59,6%) пациента без признаков ГЛЖ. Группы были сопоставимы по полу и возрасту.

По данным опросника SF 36 показатель по шкале физического компонента здоровья в группе пациентов с ГЛЖ и в группе пациентов без ГЛЖ составил соответственно $47,3 \pm 8,5$ и $48,7 \pm 8,6$ балла ($p < 0,05$), по шкале психологический компонент здоровья – $42,1 \pm 10,1$ и $44,8 \pm 13,2$ балла ($p < 0,05$), по шкале физическое функционирование – $85,3 \pm 11,7$ и $83,3 \pm 17,0$ балла ($p < 0,05$), по шкале влияние физического состояния на ролевое функционирование – $45,8 \pm 37,5$ и $50,0 \pm 37,3$ балла ($p < 0,05$), по шкале физическая боль – $62,8 \pm 27,3$ и $62,4 \pm 25,5$ балла ($p < 0,05$), показатель по шкале общее состояние здоровья составил $57,2 \pm 19,2$ и $61,4 \pm 12,7$ балла ($p < 0,05$) по группам соответственно. По шкале жизнеспособность средний балл у пациентов с ГЛЖ был на 18,1% ниже, чем во второй группе и составил $45,3 \pm 17,6$ балла и $55,3 \pm 15,9$ балла ($p < 0,05$) в двух группах соответственно. Показатель по шкале социальное функционирование в группе пациентов с ГЛЖ и в группе пациентов без ГЛЖ составил соответственно $67,3 \pm 20,5$ и $71,8 \pm 21,6$ балла ($p < 0,05$), по шкале влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование – $61,1 \pm 35,7$ и $64,8 \pm 35,8$ балла ($p < 0,05$), по шкале психического здоровья - $54,4 \pm 16,2$ и $56,6 \pm 14,7$ балла ($p < 0,05$).

Заключение. Выявлено снижение качества жизни у пациентов с ГБ по всем шкалам, наиболее выражено по шкалам психологический компонент здоровья, физический компонент здоровья и ролевое функционирование обусловленное физическим состоянием. У пациентов с ГБ и ГЛЖ, отмечалось достоверно более худшее качество жизни по шкале жизненной активности по сравнению с пациентами с ГБ и без ГЛЖ.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Матвиевская Е.Н., Косбасников С.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Гиперурикемия (ГУ) выявляется у 25–50% больных артериальной гипертонией (АГ), считается независимым фактором повышения общей смертности, сопровождается артропатии, являясь компонентом метаболического синдрома, оказывает влияние на течение АГ и качество жизни.

Цель исследования: оценить качество жизни у лиц с артериальной гипертонией и гиперурикемией (ГУ), проживающих в сельской местности.

Материалы и методы: проведено сплошное одномоментное исследование 105 больных АГ, которые проживали в сельской местности (мужчин - 27, женщин 78); средний возраст $61,2 \pm 0,8$ года. Критерии отбора: наличие АГ 2 стадии. Критерии исключения: сахарный диабет, почечная патология, аритмии, хронические болезни печени, другие хронические болезни в стадии обострения, прием препаратов, оказывающих влияние на обмен мочевой кислоты (МК) в течение последних 3-х месяцев. Проводилось общеклиническое обследование; определение уровня МК экспресс-методом; тестирование при помощи опросника SF-36. Результаты SF-36 качества жизни (КЖ) оценивались в баллах по 8 шкалам - физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное ролевое функционирование (RE) и психическое здоровье (MH), при этом, более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. По уровню МК больные были разделены на 2 группы: 1-ая (контрольная) АГ без ГУ (МК < 360 ммоль/л) - 65 человек (мужчин - 16, женщин - 49). 2-я (основная) - АГ с ГУ 40 человек (мужчин - 11, женщин - 29; возраст $62,5 \pm 1,2$ года).

Результаты: в группе больных АГ без ГУ показатели шкал опросника SF-36 оказались выше, чем у больными АГ с ГУ. Так, RP составил $60,3 \pm 3,9$ баллов, против $28,7 \pm 4,0$ ($p < 0,001$); RE - $64,7 \pm 4,1$, против $31,5 \pm 4,7$ баллов ($p < 0,001$); BP - $60,8 \pm 3,0$ против $41,0 \pm 2,0$ баллов ($p < 0,001$). Показатели PF - $68,8 \pm 1,9$ и $54,2 \pm 3,0$ баллов ($p < 0,001$) и SF - $74,2 \pm 3,1$ и $55,0 \pm 4,1$ ($p < 0,001$). MH у больных АГ без ГУ составил $54,7 \pm 2,0$ баллов, а у больных АГ с ГУ - $31,5 \pm 4,7$ ($p < 0,01$), GH - $47,0 \pm 1,8$ и $42,0 \pm 2,0$ баллов ($p < 0,05$), VT - $46,3 \pm 1,9$ и $38,6 \pm 2,7$ баллов соответственно ($p < 0,05$). У больных АГ с ГУ, особенно среднего и пожилого возраста, имелось существенное снижение качества жизни как за счет физического, так и за счет психологического компонентов здоровья, в сравнении с больными АГ без ГУ ($p < 0,01$).

В основной группе умеренная обратная корреляционная связь была между индексом массы тела и значением показателя боли ($r = -0,38$; $p = 0,001$); между объемом талии и показателями интенсивности боли и общего состояния здоровья $r = -0,33$; $p = 0,03$ и $r = -0,35$; $p = 0,02$ соответственно. Имелась прямая корреляционная связь между уровнем мочевой кислоты и физическим ролевым функционированием $r = 0,37$; $p = 0,01$.

Выводы: у больных АГ, проживающих в сельской местности, ГУ сопровождается снижением показателей шкал опросника качества жизни SF-36. Полученные данные необходимо учитывать врачу при построении индивидуальной программы профилактики для больных АГ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Абраменко И.О., Вяткина Е.А., Козлова Н.М.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иркутск, Россия

Цель: оценить лабораторно-функциональные особенности клинического течения инфаркта миокарда (ИМ) и качества жизни (КЖ) пациентов в зависимости от сопутствующей формы фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: Обследовано 42 пациента с инфарктом миокарда и сопутствующей фибрилляцией предсердий. Диагноз инфаркта миокарда верифицирован по критериям ESC. В зависимости от формы ФП сформировано три группы: группа 1 – 13 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и постоянной формой ФП; группа 2 – 15 пациентов с ИМ и персистирующей формой ФП; группа 3 – ИМ с пароксизмальной формой ФП (14 пациентов). Проведена сравнительная оценка уровней глюкозы натощак, гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), общего холестерина (ОХ), сывороточного креатинина. Оценка КЖ пациентов проводилась с помощью анкеты "SF-36 Health Status Survey" (SF-36). Показатели представлены в виде среднего (М) и стандартного отклонения (SD). Для оценки статистической значимости различий использовали однофакторный дисперсионный анализ. Вид взаимосвязи признаков оценивали с помощью критерия Пирсона (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0.05$.

Результаты: Возраст пациентов в исследуемых группах был сопоставим: 70 ± 3 , 65 ± 3 и 63 ± 4 лет, соответственно ($p = 0,1$). ИМТ составил в 1 группе $25,08 \pm 2,7$, во 2 группе $27,59 \pm 4,8$ в 3- $28,14 \pm 3,5$ ($p = 0,02$). Из биохимических параметров значимые различия наблюдались по уровню ОХ в группе 1 по сравнению с группой 3: $4,9 \pm 0,5$ и $5,4 \pm 0,7$ ммоль/л, ($p = 0,04$), а также в группе 2 по сравнению с 3 группой $4,8 \pm 0,5$ и $5,4 \pm 0,7$ ммоль/л ($p = 0,027$). В группе 3, уровень HbA_{1c} по сравнению с группой 1, был значимо выше: $5,68 \pm 0,4$ и $4,86 \pm 0,7$ мкмоль/л ($p = 0,002$), а также по сравнению со 2-ой группой: $5,68 \pm 0,4$ и $4,91 \pm 0,5$ мкмоль/л ($p = 0,0008$). Статистически значимые различия по фракции выброса в 1 группе составили $-31 \pm 2,9$, во 2-ой - $43 \pm 2,3$, в 3-ей $-52 \pm 4,1$ ($p = 0,0001$). При изучении качества жизни значимые различия обнаружены в уровнях эмоционального функционирования (RE) между группами 1 и 3: $34,92 \pm 4,2$ и $33,85 \pm 3$ баллов ($p = 0,0026$), а также по уровню физического функционирования (RP): при сравнении 1-ой и 2-ой групп $27 \pm 3,3$ и $24,26 \pm 3,1$ баллов, соответственно ($p = 0,0096$); между 1-ой и 3-ей группами $27,69 \pm 3,3$ и $34 \pm 5,9$ баллов, соответственно ($p = 0,0025$). Получены значимые различия в уровне (BP) приступов загрудинных болей между группами 1 и 3: $34,46 \pm 2,3$ и $31,57 \pm 4,9$ баллов ($p = 0,04$). Значимые различия отмечены в уровнях самооценки (MH) между группами 2 и 3: $49,26 \pm 8,6$ и $61,14 \pm 3,5$ баллов ($p = 0,0001$). При сравнении групп 1 и 3 значимых различий получено не было.

Выводы: Фракция выброса у пациентов с ИМ и постоянной ФП ниже, чем у пациентов с персистирующей и пароксизмальной формами ФП. В 3-ей группе пациентов с ИМ и пароксизмальной формой ФП уровень холестерина и HbA_{1c} выше, чем у пациентов с ИМ с сопутствующей постоянной и пароксизмальной формой ФП. Наиболее низкий уровень эмоционального и физического функционирования отмечен в группе пациентов с ИМ и пароксизмальной ФП.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХОРОШИМ ОТВЕТОМ НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

Солдатов А.М., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Енина Т.Н.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия, Тюменская область, Россия

Цель: Оценить клинические и морфо-функциональные особенности у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в группах в зависимости от ответа на сердечную ресинхронизирующую терапию (СРТ), а также выявить возможные предикторы хорошего ответа на СРТ.

Материалы и методы: В исследование был включен 51 человек (73% мужчин, 23% женщин, средний возраст $55,8 \pm 9,5$ года) с II-IV функциональным классом (ФК) ХСН по классификации NYHA. Всем пациентам исходно, через 1, 3 месяца и каждые последующие 6 месяцев проводилось клиническое обследование, электрокардиография, эхокардиография. В качестве срока лучшего ответа на СРТ учитывался срок наибольшего снижения конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) за весь период наблюдения ($28,9 \pm 13,9$ месяца). Пациенты считались респондерами при снижении КСО ЛЖ 15%, при снижении КСО ЛЖ 15% - нереспондерами.

Результаты: Обе группы продемонстрировали уменьшение КСО ЛЖ, увеличение фракции выброса ЛЖ, однако, указанные изменения были достоверно более выражены у респондеров. В конце периода наблюдения общая выживаемость респондеров составила 97,6%, нереспондеров - 60% (Log Rank test $p < 0,001$). По данным логистической регрессии наличие механической диссинхронии (ОШ 31,855; 95% ДИ 3,742–271,208; $p = 0,002$) и возраст пациентов (ОШ 1,132; 95% ДИ 1,018–1,259; $P = 0,022$) имели независимую связь с развитием благоприятного ответа на СРТ.

Выводы: Хороший ответ на СРТ связан с лучшей выживаемостью в отдаленном периоде наблюдения. Наличие признаков механической диссинхронии по данным эхокардиографии и возраст пациентов имеют независимую связь с хорошим ответом на СРТ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю., Минулина А.В.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Цель работы: определить особенности коморбидного фона пациентов с выявленным спонтанным эхоконтрастированием (СЭК) левого предсердия (ЛП) по данным чреспищеводной эхокардиографии при фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: В анализ включено 517 пациентов (320 мужчин и 197 женщин, средний возраст $57,6 \pm 7$ лет), последовательно поступающих на госпитализацию в Тюменский кардиологический научный центр с диагнозом ФП за период 2014 – 2016 гг. Всем больным перед планируемым проведением радиочастотной абляции или электроимпульсной терапии с целью исключения тромбоза и СЭК ЛП выполнялась ЧПЭхоКГ.

Результаты: У 75 пациентов (14,5%) было выявлено СЭК в ЛП (группа 1). Остальные 442 (85,5%) пациентов (группа 2) не имели признаков СЭК в ЛП. Тромбы в левом предсердии были выявлены у 26 пациентов: у 22 (29%) пациентов группы 1 и 4 (1%) пациентов группы 2 ($p < 0,001$). Обе группы не различались по полу и возрасту. В группе больных с феноменом СЭК ЛП пероральные антикоагулянты получали 52 пациента (69,3%) (29 – прямые пероральные антикоагулянты (ППОАК) и 23 – варфарин). Средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc в этой группе составил $2,24 \pm 1,27$, из них 55 пациентов имели высокий риск тромбоэмболических осложнений. В группе 2 СЭК антикоагулянты принимали 298 пациенттов (67,4%) (170 – ППОАК и 128 – варфарин). В этой группе 242 пациента имели высокий риск по шкале CHA₂DS₂-VASc, средний балл составил $1,73 \pm 1,22$ ($p = 0,001$). В группе 1 высокий риск кровотечений (HAS-BLED3 баллов) имели 4 пациента. В группе 2 высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED отмечался у 26 пациентов (6%) ($p = 0,164$). У больных со СЭК ЛП устойчивая форма ФП выявлялась чаще, чем у пациентов без феномена СЭК (56% и 32,2% соответственно, $p < 0,001$). В обеих группах артериальная гипертензия (АГ) встречалась с одинаковой частотой, однако у пациентов со СЭК стадия и сердечно-сосудистый риск АГ были выше, чем у пациентов группы 2. Выявлены различия по частоте встречаемости ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов со СЭК ЛП и без него (71,2% и 52,5% соответственно, $p = 0,003$). Застойная ХСН чаще наблюдалась у пациентов со СЭК ЛП в сравнении с группой 2 (24% и 7,9% соответственно, $p < 0,001$). Частота тромбоэмболий в анамнезе у пациентов первой группы была выше, чем у пациентов группы сравнения (10,7% и 3,6% соответственно, $p = 0,014$).

Выводы: У пациентов с персистирующей формой ФП феномен СЭК в ЛП наблюдался чаще, чем при пароксизмальной ФП. Пациенты со СЭК в ЛП имели более тяжелый коморбидный фон. У этих больных был выше риск по шкале CHA₂DS₂-VASc и чаще встречались такие факторы риска как ИБС, застойная ХСН и случаи тромбоэмболии в анамнезе. У пациентов со СЭК в ЛП отмечены более высокие стадия и сердечно-сосудистый риск АГ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НЕОБСТРУКТИВНОМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Дятлов Никита Вячеславович, Лыков Юрий Владимирович, Желнов Владимир Васильевич
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

По современным данным неокклюзивное поражение коронарных артерий (КА) у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) выявляется в 3%-25% случаях. Сведения о клинической характеристике данной группы пациентов неоднозначны. Цель исследования: изучить клинические особенности ИМ у пациентов с неокклюзивным поражением коронарных артерий. Материалы и методы. В исследование включено 1240 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для больных ИМ ГБУЗ ГКБ им.С.С.Юдина г. Москвы в 2016 году с диагнозом «первичный острый инфаркт миокард». I группу (21.9%) составили пациенты с полной острой окклюзией инфаркт ответственной КА, II группу (7.7%) – пациенты с неокклюзивным поражением КА (обструкция КА менее 50% - согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологов от 2016 г.). У остальных пациентов в 16.8% случаях выявлено двухсосудистое поражение, у 53.5% три и более артерии. Группу I составляли преимущественно мужчины: 67.6% против 45.8%, $P<0,01$; а группу II женщины. Средний возраст пациентов группы I составил 56.59 ± 11.6 лет, группы II - 67.9 ± 11.5 ($P<0.001$). Сахарный диабет и ХБП реже выявлялись среди пациентов группы I (7.4% против 20.8%; 11.8% против 25.0%, $P<0.05$). Распространенность системных заболеваний, ХОБЛ, анемии и перенесенного ОНМК в группах различались недостоверно. Артериальная гипертензия, стенокардия напряжения, ранее диагностированная ХСН и фибрилляция предсердий были менее характерны для пациентов группы I, нежели группы II: 72.1% против 91.7% ($P<0.01$), 14.7 против 29.2% ($P<0.05$), 17.6% против 41.7% ($P<0.05$), 11.3% против 37.1% ($P<0.05$) соответственно. Сроки госпитализации от момента начала симптомов среди пациентов группы I были меньше, нежели в группе II: 3.0 (95% ДИ 2.0; 4.0) часа против 5.0 (95% ДИ 4.0; 7.0) часов, $P<0.05$ (медианный показатель). В клинической картине у пациентов I и II групп доминировала загрудинная боль: 89.7% против 54.2% ($P<0.05$). В остальных 10.3% и 45.8% случаях ($P<0.05$) соответственно пациенты отмечали одышку и/или другие симптомы. ЭКГ картина пациентов I и II групп различалась: Подъем сегмента ST и патологический зубец Q были характерны для I группы (76.5% против 37.5%, $p<0.01$ и 57.4% против 12.5%, $P<0.001$ соответственно). Депрессия ST в 11,8% против 29.2% ($P<0,05$), а отсутствие изменений на ЭКГ в 11,8% против 33.3% ($P<0,01$) соответственно. В то же время достоверных различий по частоте развития острой левожелудочковой недостаточности и желудочковой тахикардии не выявлено. Выводы: ИМ при неокклюзивном атеросклеротическом поражении КА встречается в 7.7% случаях первичного ИМ, и в 45.8% случаях характеризуется неспецифическими симптомами в продромальном периоде заболевания, в 33.3% случаях отсутствием характерных для ИМ изменений на ЭКГ, что может являться причиной поздней госпитализации от момента начала симптомов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕЖИВШИХ КЛИНИЧЕСКУЮ СМЕРТЬ.

Артемова И.А., Козлова С.Н., Яковлев А.Н, Халмурадова Б.Б.

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. В связи с распространенным осложнением острого коронарного синдрома (ОКС) – внезапной остановкой кровообращения, целью работы явилось изучение клинических особенностей и отдаленных исходов у пациентов с ОКС, переживших клиническую смерть.

Материалы и методы. В исследование были включены 44 пациента в возрасте от 35 до 83 лет с острым коронарным синдромом, осложненным клинической смертью на догоспитальном или раннем госпитальном этапах за период с июля 2012 года по декабрь 2014 года, поступивших в отделение реанимации СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова. В исследование не включались больные с некоронарогенными заболеваниями, значимыми пороками сердца и с тяжелой сопутствующей патологией, влияющей на прогноз жизни. В рамках ретроспективного анализа изучены истории болезни. Телефонный контакт с пациентами проводился через 24-36 месяцев.

Результаты. В исследование были включены 77,3 % мужчин и 22,7% женщин. Средний возраст пациентов составил 54±6,3 года. У 77,3% - ОКС явился дебютом ИБС, 22,7% пациентов перенесли инфаркт миокарда ранее. Причинами клинической смерти у 95,5% больных стала фибрилляция желудочков (ФЖ), у 2,25% - электро-механическая диссоциация, у 2,25% - асистолия. У 27,3 % пациентов ФЖ развилась на догоспитальном этапе, у 9,1% - во время проведения коронарографии, у 2,3% - при выполнении системного тромболизиса. 86,4% больных страдали гипертонической болезнью, у 11,3% ранее регистрировались желудочковые нарушения ритма. По данным коронарографии у 54% пациентов выявлено многососудистое поражение коронарного русла, у 22,7% - поражение правой коронарной артерии (ПКА), у 11,4% - передней межжелудочковой ветви (ПМЖА), у 9,1% - поражение огибающей ветви левой коронарной артерии (ОВ ЛКА), у 4,5% - поражение ствола. 9,1% пациентов было проведено АКШ в период стационарного лечения, остальным 90,9 % пациентов было выполнено стентирование инфаркт-связанных артерий: 47,7% - стентирование ПМЖА, 31,8% - стентирование ПКА, 11,4% - стентирование ОВ ЛКА, 2,3% - стентирование ствола ЛКА. По результатам телефонного контакта с пациентами или их родственниками установлено, что 47,7 % пациентов умерли в течение 1 года после выписки. Причинами смерти у всех больных стали острые сердечно-сосудистые события. 52,3% больных - живы, из них 52,2% - имели как минимум 1 госпитализацию, связанную с ухудшением течения сердечно-сосудистых заболеваний за последние 2 года.

Выводы. По данным нашего исследования, основная причина остановки кровообращения при ОКС – фибрилляция желудочков, а наиболее часто встречающееся изменение коронарных артерий - многососудистое поражение. Отдаленный прогноз пациентов, перенесших ОКС с клинической смертью, оказался неблагоприятным: половина пациентов умерли в течение первого года после выписки из стационара. Это делает необходимым оптимизацию программ кардиореабилитации и диспансерного наблюдения за такими больными.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И УМСТВЕННАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ НА II ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Александров П.В.(1), Перепеч Н.Б.(2)

Центр сердечной медицины "Черная речка", Санкт-Петербург, Россия (1)

НКиОЦ "Кардиология" ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия (2)

Цель исследования: оценить распространенность когнитивных нарушений (КН) и их связь с умственной работоспособностью (УР) у пациентов, проходящих II этап кардиореабилитации после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов (72 мужчины, 8 женщин, средний возраст $59,41 \pm 8,73$ лет), проходивших реабилитацию после операции АКШ. Кардиореабилитация (КР) проводилась по стандартизированным 21-дневным программам, построенным по модульному принципу. Для выявления и количественной оценки КН применялась Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест). Для оценки УР использовался корректурный тест Э. Ландольта в модификации В.Н. Сысоева. Вычислялись два показателя: скорость переработки информации (СПИ) и продуктивность (П).

Результаты. При включении в программу КР легкие КН были выявлены у 51 (63,75%) пациента, умеренные КН - у 4 (5%) пациентов. КН отсутствовали у 25 (31,25%) пациентов. Перед выпиской признаков КН не было у 48 (60%) пациентов, легкие КН обнаружены у 31 (38,75%) пациента, умеренные у 1 (1,25%) пациента. Средний балл MoCA-теста при поступлении составил $23,91 \pm 3,28$, после курса кардиореабилитации - $26,18 \pm 2,65$ балла ($p < 0,05$). У 72 (90%) пациентов регистрировалось увеличение суммы баллов по MoCA-тесту, т.е. регресс КН, из них у 25 (31,25%) отмечена нормализация когнитивных функций. Существенно возросло количество пациентов без КН (31,25% vs 60%) и, соответственно, уменьшилось количество пациентов с умеренными (5% vs 1,25%) и легкими КН (63,75% vs 38,75%). Результаты теста Э. Ландольта показали увеличение УР пациентов: СПИ при поступлении (СПИ1) составляла $1,19 \pm 0,36$ бит/с, а перед выпиской (СПИ2) - $1,37 \pm 0,40$ бит/с ($p < 0,05$); П при поступлении (П1) составляла $250,03 \pm 78,80$ баллов, перед выпиской (П2) $291,38 \pm 89,54$ баллов ($p < 0,05$). У большинства пациентов перед выпиской из центра показатели УР были высокими и выше средних. Количество баллов MoCA-теста при поступлении имело прямую корреляционную связь с показателями УР при поступлении и перед выпиской: с СПИ1 ($r=0,29$, $p=0,009$) и СПИ2 ($r=0,23$, $p=0,04$), с П1 ($r=0,34$, $p=0,002$) и П2 ($r=0,26$, $p=0,02$). Количество баллов MoCA-теста перед выпиской также имело прямую корреляционную связь с показателями УР: с СПИ2 ($r=0,35$, $p=0,001$), с П2 ($r=0,37$, $p < 0,001$).

Выводы. У большинства пациентов, поступающих на II этап КР после операции АКШ, выявляются легкие и умеренные когнитивные нарушения. Участие в программе реабилитации сопровождается восстановлением когнитивных функций, повышением и нормализацией умственной работоспособности. Имеется прямая корреляционная связь между степенью когнитивных нарушений и умственной работоспособностью.

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Васильева Инна Николаевна, Осадчук Михаил Алексеевич

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель: выявить особенности нервно-психического статуса и спектр возможных нарушений когнитивной функции у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследовано 75 пациентов, страдающих ГБ среднего возраста $57,64 \pm 2,19$ лет. Длительность заболевания у исследуемых составляла $6,42 \pm 1,53$ лет. 1 степень артериальной гипертензии (АГ) наблюдалась у 20,9 % больных, 2 степень АГ – у 53,5 %, 3 степень – у 26,6% пациентов. В преимущественном большинстве регистрировалась III стадия АГ, что составило 81,4% больных, а II стадия АГ была выявлена в 18,6% случаев. У 22 пациентов (51,1%) анамнезе имелись указания на цереброваскулярную патологию, включая дисциркуляторную энцефалопатию, острое нарушение мозгового кровообращения и транзиторно-ишемические атаки. В группу контроля вошли 35 здоровых человек. Пациентам обеих групп помимо общего клинического осмотра, оценки антропометрических показателей, данных биохимического анализа крови и липидного спектра проводили комплексное нейропсихологическое тестирование по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA) и шкале оценки психического статуса (MMSE), а также оценивали наличие нервно-психических расстройств по Шкале HADS с определением уровня тревоги и депрессии. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием приложений пакета программ «StatSoft STATISTICA 10.0».

Результаты исследования. Сравнительный анализ полученных результатов показал высокую распространенность нарушений когнитивной функции в различной степени выраженности у пациентов, страдающих ГБ ($p < 0,05$). Средняя оценка пациентов основной группы по шкале MoCA составила $21,04 \pm 3,44$ из 30 баллов, в то время как у лиц контрольной группы – $28,65 \pm 2,82$ баллов с чувствительностью метода 90%. Только 14,0% пациентов с АГ не имели признаков когнитивного дефицита на момент исследования. У 11,6% пациентов основной группы когнитивные нарушения (КН) 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 ГБ с увеличением значений уровня артериального давления увеличивалась степень когнитивных нарушений с $24,93 \pm 2,54$ до $18,29 \pm 3,97$ ($p < 0,05$). 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 с АГ показатели краткосрочной памяти, отсроченного восприятия и внимания достоверно отличались от таковых в группе контроля. Пациенты с низким комплаенсом имели более серьезные изменения по всем исследуемым сферам когнитивной функции, достоверными отличия были выявлены по депрессии, в то время как повышенная тревожность имела характер тенденции ($p = 0,07$). Кроме того, были выявлены и гендерные различия КН. Когнитивный дефицит был более выражен у женщин ($21,5 \pm 2,36$), нежели у мужчин ($24,4 \pm 3,6$; $p < 0,05$). Также были установлены корреляционные зависимости между показателями MoCA теста и уровнем общего холестерина ($r = 0,87$; $p < 0,05$) и ХС ЛПВП ($r = -0,75$; $p < 0,05$).

Вывод. У пациентов с ГБ выявлена высокая распространенность нарушений когнитивной сферы, тревоги и депрессии. Степень этих нарушений прогрессивно увеличивается с повышением уровня АД и длительности заболевания, что приводит к ухудшению прогноза жизни и социальной активности пациентов.

КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ИНДУСТРИАЛЬНОГО ГОРОДА ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

**Песковец Роман Дмитриевич, Штарик Светлана Юрьевна, Евсюков Александр
Александрович**

**ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия**

Актуальность. В настоящее время научно обоснована тесная взаимосвязь между психопатологическими расстройствами и кардиоваскулярной патологией. Сам факт постановки диагноза сердечно-сосудистого заболевания в большинстве случаев предполагает постоянный прием лекарственных средств, что ассоциируется в сознании пациента с признанием себя больным, и как следствие, сопровождается психической дезадаптацией с развитием тревожно-депрессивного расстройства (ТДР) той или иной степени выраженности.

Цель исследования. Оценить связь между ТДР и артериальной гипертензией (АГ) среди взрослого населения г. Красноярска с учетом половой принадлежности, приема и эффективности антигипертензивной терапии (АГТ). Полученные данные могут быть использованы с целью оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в отношении пациентов с АГ в амбулаторной сети.

Материалы и методы. В четырех поликлиниках г. Красноярска было обследовано 1123 пациента в возрасте 25-64 лет. Уровень ТДР оценивали согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS и ее оригинальной интерпретации HADS-A+D. Измерение артериального давления (АД) производили на правой руке с точностью до 2 мм рт. ст. двукратно с интервалом 5 мин в положении сидя. В анализ включали среднее значение из 2 измерений. За АГ принимали уровень АД \geq 140/90 мм рт. ст. или АД $<$ 140/90 мм рт. ст. на фоне АГТ.

Результаты и обсуждения. Обследованная выборка характеризовалась преобладанием лиц женского пола (63,6%). Средний возраст мужчин составил 41 [32; 53] лет, средний возраст женщин – 46 [34; 55] лет. Повышенный уровень ТДР значимо чаще регистрировался среди женщин, чем среди мужчин (77,2% vs 64,5%, $p=0,000$). Выраженный уровень ТДР определялся среди 40% мужчин и 58% женщин ($p=0,000$). Распространенность АГ составила 44,2% (52,1% среди мужчин и 39,6% среди женщин, $p=0,000$). Среди лиц с АГ принимали АГТ 45,1% мужчин и 67,5% женщин ($p=0,000$). Эффективность лечения составила 24% среди мужчин и 35% среди женщин ($p=0,07$).

Мужчины с АГ и без АГ были статистически сопоставимы по частоте как повышенных (65,7% vs 63,1%, $p=0,576$), так и выраженных ТДР (42,7% vs 36,9%, $p=0,232$). Среди женщин с АГ распространенность повышенных (83,7%) и выраженных (68,4%) ТДР была значимо выше, чем среди женщин без АГ (73%, $p=0,001$ и 51,2%, $p=0,000$ соответственно). Среди мужчин с АГ, принимающих АГТ (независимо от эффективности) и не принимающих лечение, доли лиц с аффективными расстройствами были статистически сопоставимы (60,4% vs 70,1%, $p=0,139$ для повышенного и 38,5% vs 46,2%, $p=0,264$ для выраженного уровня ТДР). Не было установлено связи между эффективностью АГТ и частотой повышенных (65,2% vs 43%, $p=0,768$) и выраженных (47,8% vs 35,6%, $p=0,294$) ТДР в мужской популяции. Среди женщин, принимающих АГТ независимо от ее эффективности, частота повышенных ТДР была значимо выше (87,9% vs 75,0%, $p=0,006$), а частота выраженных ТДР значимо не отличалась (72,1% vs 60,9%, $p=0,057$) от частоты ТДР среди женщин, не принимающих терапию. Эффективно и неэффективно леченые пациентки с АГ значимо не различались по частоте как повышенных (86,4% vs 88,7%, $p=0,637$), так и выраженных ТДР (66,7% vs 75,0%, $p=0,223$).

Выводы. Таким образом, среди женского населения факт приема АГТ ассоциируется с ростом аффективной симптоматики. Медикаментозная коррекция психического статуса у женщин должна повысить приверженность пациенток к лечению АГ.

КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Седых Д.Ю., Горбунова Е.В., Барбараш О.Л.

ФГБНУ "Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердца", Кемерово, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания - ведущая причина социально-экономических потерь общества, весомый вклад в прогрессирование которой вносит низкая приверженность к рекомендациям врача, что значимо для пациентов с длительными сроками лечения, особенно при состояниях, не сопровождающихся субъективной симптоматикой. Примером тому, могут быть больные после перенесенного инфаркта миокарда(ИМ) без явлений стенокардии и сердечной недостаточности. И если оценке комплаенса неосложненного постинфарктного периода посвящен ряд международных и отечественных научных исследований, то вопрос приверженности пациентов с повторными ИМ остается малоизученным.

Цель исследования – оценить комплаенс пациентов, перенесших первичный и повторный ИМ.

Материалы и методы. В исследование из базы данных регистра «Острого коронарного синдрома» ФГБНУ НИИ КПССЗ включены 421пациента, имеющих сходные клинико-anamnestические характеристики, перенесших в 2009г. первичный ИМ. По факту развития за 5лет нефатального повторного ИМ пациенты разделены на две группы: 346(73,4%) с неосложненным течением постинфарктного периода, 125(26,5%) с развившимся одним или несколькими повторными ИМ. Все больные осмотрены в 2015году кардиологом для оценки параметров кардиоваскулярного здоровья; ретроспективно по данным выписок историй болезни и амбулаторных карт проанализированы медикаментозная и немедикаментозная терапия; проспективно выполнено анкетирование для оценки уровни медико-социальной приверженности по опроснику Давыдова С.В. Полученные данные обработаны в программе Statistica10.0.

Результаты. На основании проведенного анализа выявлено, что пациенты с повторным ИМ имеют ниже интегральный показатель приверженности к рекомендациям и лечению 4,3+1,7баллов, по сравнению с категорией первичных 4,9+1,2баллов. Это подтверждается и данными о фактической фармакотерапии: группа пациентов с повторным ИМ, на 44,9%($p=0,0000$) чаще прекращали двойную антитромботическую терапию в течение года с ИМ, реже принимали бета-адреноблокаторы($p=0,0028$) и статины($p=0,0002$). Подобная тенденция имела место и в отношении немедикаментозного комплаенса. У пациентов с первичным ИМ чаще выявлены достижение целевого артериального давления (АД) 66% случаев, нормализация массы тела 40%, липидного спектра 43%, отказ от курения в 28% случаях($p=0,0034$), тогда как при повторном ИМ нормализация АД была достигнута лишь у 54%, массы тела 22%, липидного спектра 30%, отказы от курения в 20% случаев($p=0,0439$).

Выводы. Несмотря на то, что нон-комплаенс при первичном ИМ ассоциируется с развитием повторных ИМ, а польза от мероприятий по вторичной профилактике ИБС доказана, приверженность к фармакотерапии и коррекция традиционных поведенческих факторов риска остаются на низком уровне. Даже больным, соблюдающим все рекомендации, не всегда удается достичь основных целевых показателей сердечно-сосудистого здоровья. Таким образом, необходимость активной групповой и индивидуальной лечебно-профилактической работы для повышения комплаенса несомненна.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И СОДЕРЖАНИЯ NT-PROBNP В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.

Михин В.П., Алименко Ю.Н., Жиронкина Е.В., Горбатов Т.В., Алексеев И.Э.

ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Несмотря на современные диагностику и лечение острого коронарного синдрома (ОКС), прогноз и исход заболевания не всегда известен и предусмотреть развитие инфаркта миокарда невозможно. NT-proBNP является важным прогностическим маркером исхода ОКС и может четко отражать проявление нарушений внутрисердечной гемодинамики. В настоящий момент корреляционная связь NT-proBNP с параметрами внутрисердечной гемодинамики при ОКС изучена недостаточно.

Цель исследования: Определить корреляционную взаимосвязь параметров внутрисердечной гемодинамики и содержания NT-proBNP при ОКС.

Материалы и методы исследования: Исследование выполнено на клинической базе МУЗ ГБ СМП г. Курска. Под наблюдением находились 120 пациентов с ОКС: 82 мужчины, 38 женщин в состоянии менопаузы, средний возраст-52,5±3,11 года. Для определения NT-proBNP использовался количественный иммунологический тест: тест-системы и регистратор Cardiac reader (Roche Diagnostics), для диагностики сердечной деятельности-Допплер-ЭхоКГ.

Критерии включения пациентов в исследование: ИБС, ОКС, ХСН I-IIА, I-IIФК. Пациенты рандомизированы на 2 группы: ОКС без подъёма сегмента ST (ОКС бп ST) и с подъёмом сегмента ST (ОКС ST), затем формировалась третья- с патологическим зубцом Q (ОКС ST Q). Пациенты получали стандартную терапию при ОКС.

Результаты собственных исследований: Статистический анализ полученных результатов показал наличие сильной корреляционной связи уровня NT-proBNP с рядом параметров диастолической функции левого желудочка, что проявлялось у больных ОКС во всех группах. Было отмечено наличие высокой обратной корреляционной связи уровня NT-proBNP с отношением скоростей раннего и позднего диастолических наполнений (V_e/V_a), а также сильной обратной корреляционной связи с конечным диастолическим объемом (КДО). Это свидетельствует о том, что повышение NT-proBNP ассоциируется с нарушением диастолической функции ЛЖ во всех группах и проявляются на протяжении всего периода госпитальной реабилитации больных.

Выводы: наличие высокой корреляционной связи уровня NT-proBNP с параметрами внутрисердечной гемодинамики свидетельствуют о том, что уровень NT-proBNP существенно отражает проявление нарушений внутрисердечной гемодинамики и служит важным прогностическим параметром исхода ОКС.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ЦИТОЛИТИЧЕСКИМИ ФЕРМЕНТАМИ У СПОРТСМЕНОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Василенко В.С., Лопатин З.В., Карповская Е.Б.

государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА И ЦИТОЛИТИЧЕСКИМИ ФЕРМЕНТАМИ У СПОРТСМЕНОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Василенко В.С., Лопатин З.В., Карповская Е.Б.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ

Российская федерация, Санкт-Петербург

Цель исследования - провести изучение корреляционных связей между цитокинами (ИЛ-8, ИЛ-1, ФНО- и ИЛ-4), цитолитическими ферментами (КФК-МВ и АСТ) у спортсменов с нарушениями ритма сердца на фоне перетренированности.

Нами обследовано 40 спортсменов (мужчины в возрасте 18-25 лет, представители игровых видов спорта (волейбол, баскетбол, гандбол), спортивный стаж более 5 лет, 1 разряд, кмс, мс): основная группа - 20 спортсменов с нарушениями ритма сердца на фоне перетренированности; контрольная группа - 20 практически здоровых спортсменов.

ЭКГ снималась на 12 канальном компьютерном электрокардиографе компьютерного анализатора «Кардиометр МТ». В крови определялись гормоны тестостерон и кортизол (на анализаторе Boehringer Mannheim Immunodiagnosics ES 300). Для выявления перетренированности проводили расчет индекса анаболизма: $IA = \text{Тестостерон} / \text{Кортизол} \times 100\%$. (IA менее 3% рассматривали как признак перетренированности). Определение цитокинов проводили методом иммуноферментного анализа. Аспартатаминотрансферазу (АСТ) и креатинкиназу-МВ (КФК-МВ) определяли энзиматическим кинетическим (IFCC) методом (на анализаторе Synchron CX9). Для выявления взаимосвязей между показателями использовался коэффициент корреляции Пирсона (r).

В группе спортсменов с нарушениями ритма сердца на фоне перетренированности все определяемые цитокины, включая ИЛ-8 (в контрольной группе он был обособлен), связаны между собой положительными корреляционными связями (r от 0,58 до 0,98). При этом ФНО-, ИЛ-1 и ИЛ-4 имеют положительные корреляции (r от 0,42 до 0,61) с КФК-МВ, что указывает не только на связь ФНО- и ИЛ-1 с разрушением кардиомиоцитов, но и на компенсаторное повышение противовоспалительного ИЛ-4. Наиболее выраженная корреляционная связь (r = 0,61) установлена между ФНО- и КФК МВ, что подтверждает роль ФНО- в прогрессировании миокардиальной дисфункции. Выявлена отрицательная корреляционная связь ИЛ-8 и АЛТ (r = 0,5). Как и в контрольной группе, у спортсменов с признаками перенапряжения сердца отмечается положительная корреляция ФНО-, ИЛ-1 и ИЛ-4 с тестостероном.

Полученные данные подтверждают участие цитокинов в патогенезе нарушений ритма сердца на фоне перетренированности у спортсменов.

КОЭФФИЦИЕНТ СТАРЕНИЯ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гайшун Е.И.(1), Пристром А.М.(2)

УЗ "1 городская клиническая больница", Минск, Беларусь (1)

ГУО "БелМАПО", Минск, Беларусь (2)

Цель. Разработать способ определения «биологического возраста» (БВ) общей сонной артерии (ОСА) и на его основе оценить скорость старения ОСА у мужчин с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) 1-2 степени.

Материалы и методы. В исследование были включены: группа из 33 мужчин в возрасте 25-45 лет с продолжительной (не менее 3 лет) ЭАГ 1-2 степени и группа из 55 практически здоровых мужчин возрасте 18-60 лет. Критериями исключения для первой группы были: стенотическое поражение брахиоцефальных артерий и нарушение сосудистой геометрии, симптоматическая артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма и проводимости, сахарный диабет, ожирение. Вторая группа формировалась на основе следующих критериев: отсутствие жалоб на состояние здоровья и указаний на заболевания респираторной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта; отсутствие изменений на ЭКГ покоя и в лабораторных анализах; нормальное значение артериального давления (АД) в день обследования и отсутствие анамнестических указаний на наличие артериальной гипертензии; отсутствие проявлений ИБС (отрицательный результат при стандартном опросе для выявления стенокардии напряжения, отрицательный результат при проведении нагрузочных тестов, отсутствие нарушений ритма и проводимости, диагностически значимых изменений сегмента ST при холтеровском мониторинговании); отсутствие патологических изменений брахиоцефальных артерий при ультразвуковом сканировании, низкий риск (меньше 1%) развития фатального сердечно-сосудистого заболевания в ближайшие 10 лет по шкале SCORE.

На основании данных об АД и диаметре ОСА в систолу и диастолу в группе здоровых людей методом наименьших квадратов установлено, что БВ ОСА у мужчин определяется по формуле $БВ\ ОСА = 41,3 + 20,8 \ln(Ps/Pd) / \ln(Ds/Dd)$, где Ps и Pd – систолическое и диастолическое АД на плечевой артерии в мм рт. ст., Ds и Dd – диаметр сосуда в систолу и диастолу в мм. Несмотря на то, что в полученную формулу входят показатели Ps и Pd, она практически не зависит от АД и поэтому достаточно точно (независимо от напряжения сосудистой стенки) отражает БВ артерии. Коэффициент старения (КСТ) ОСА определяется как отношение БВ ОСА к календарному возрасту (КВ) пациента, т.е. $КСТ = БВ\ ОСА / КВ$.

Результаты. Показано, что у пациентов с ЭАГ $КСТ = 1,4 \pm 0,4$ и относительное приращение возраста за счет АГ составляет $38,6 \pm 11,9\%$. Это означает, что длительная ЭАГ приводит к ускоренному старению ОСА, причем скорость старения в среднем в 1,4 раза превышает скорость физиологического старения.

Заключение. Таким образом, ЭАГ значительно увеличивает БВ ОСА, что может свидетельствовать о раннем (субклиническом) ремоделировании сосудистой стенки, которое осуществляется в соответствии со следующим механизмом: при повышенном АД внутриартериальное напряжение возрастает и, как правило, компенсируется развитием сосудистой гипертрофии и увеличением толщины сосудистой стенки.

ЛЕЧЕНИЕ АТАРАКСОМ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ГИПОЭСТРОГЕНЕМИЕЙ В ПОЗДНЕМ ФЕРТИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Хабибулина М.М.(1), Дмитриев А.Н.(1), Федорова Н.Н.(2)

ГФБОУ ВО Уральский государственный Медицинский Университет, Екатеринбург, Россия

(1)

ГБУЗ СО СОКБН№1, Екатеринбург, Россия (2)

Состояние психо-эмоционального напряжения или тревоги связано с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Во многих случаях, чтобы предотвратить возникновение сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо тщательно следить за своим эмоциональным здоровьем. Если тревога беспокоит человека несколько месяцев, надо найти время для посещения врача-психотерапевта. Артериальная гипертензия практически всегда сопровождается тревожными нарушениями. Чтобы предотвратить их развитие, улучшить качество жизни женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, дефицитом половых гормонов, дислипидемией, ожирением, включают назначение седативной терапии. Терапия является длительной, поэтому из всех препаратов оптимальными для приема являются те, которые не вызывают привыкания, сонливости, нарушения внимания, хорошо сочетаются с кардиотропной терапией.

Цель: определить эффективность небензодиазепинового анксиолитика Атаракса в лечении тревожных нарушений у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в позднем фертильном периоде с дефицитом эстрадиола в сыворотке крови с метаболически здоровым ожирением.

Материалы и методы: В соответствии с целью, нами было включено в исследование 96 пациенток в период пременопаузы с АГ I-II степени. Критерии исключения: вторичный характер АГ; клинические проявления ИБС, ХСН, сахарный диабет, нарушения ритма сердца, клинические проявления климактерического синдрома, гемодинамически значимый стеноз общих сонных артерий и ее ветвей, патологическая извитость общей и внутренней сонных артерий. Определение уровня E2 и ФСГ проводилось иммунохемилюминисцентным методом на аппарате IMMULITE 2000 ANALYZER фирмы Siemens (США). Исследование проводилось трижды для подтверждения абсолютного характера гипоэстрогении, в фолликулиновую фазу менструального цикла.

Все женщины были разделены на две группы: в первую группу вошли 46 женщин с АГ с дефицитом эстрадиола с МЗО. В группы сравнения были включены метаболически «нездоровые» больные ожирением 50 женщин с АГ с дефицитом эстрадиола с дислипидемией. Характеристика пациенток, составивших клинические группы представлена в таблице.

Для выявления тревоги и депрессивных расстройств проводился опрос по шкале тревожности (Спилберга). Больные получали один и тот же ингибитор АПФ (лизиноприл 10мг), всем был назначен Атаракс в суточной дозе 50мг: 12,5 мг утром и днем; 25мг вечером на 2,5недели.

Результаты и обсуждение. В исследовании выявлено преобладание пациенток с умеренной и высокой тревожностью в группе с АГ в позднем фертильном периоде с гипоэстрогенией с метаболически «нездоровым» ожирением и дислипидемией. Пациентки с АГ в позднем фертильном периоде с МЗО оказались менее склонные к тревоге. После лечения Атараксом у больных с АГ в обеих группах достоверно ($p < 0,05$) наблюдалось значительное уменьшение тревоги.

Выводы: Среди больных с АГ в позднем фертильном периоде с гипоэстрогенией выявлен больший процент "тревожных пациенток" с метаболически «нездоровым» ожирением и с дислипидемией по сравнению с пациентками с АГ с дефицитом эстрадиола с МЗО.

Небензодиазепиновый анксиолитик Атаракс является эффективным препаратом в терапии тревожных нарушений у женщин с АГ в поздний фертильный период со сниженным уровнем эстрадиола, как с МЗО, так и с метаболически «нездоровым» ожирением.

МАРКЕРЫ КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мацкевич С.А., Бельская М.И.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Минск, Беларусь

Цель исследования: оценить возможность применения показателей дисфункции почек в качестве маркеров тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 106 пациентов (средний возраст $60,62 \pm 7,14$ года) с ХСН II, III функционального класса (по NYHA) ишемического генеза. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7 (GE, США - Бельгия) по стандартной методике, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила в среднем $50,4 \pm 7,63\%$. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма $0,57-1,05$ мг/л), концентрацию креатинина – с использованием наборов Bskman (норма $44,0-110,0$ мкмоль/л); содержание NT-proBNP – на иммуноферментном анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ в мл/мин/1,73 м²) по уровню креатинина определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С – по формуле: $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Уровень микроальбуминурии (МАУ в утренней порции мочи свыше 30 мг/л) определяли на анализаторе Olympus, уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче – методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л).

Результаты. Признаки ХСН ФК II (с ФВ ЛЖ в среднем $52,3 \pm 5,11\%$) определялись у 51% пациентов, ХСН ФК III (с ФВ ЛЖ $47,2 \pm 6,52\%$) – у 49% пациентов. Уровни мочевины, глюкозы крови, ферментов были в норме у всех пациентов. Уровень NT-proBNP составил в среднем $248,07 \pm 29,10$ пг/мл. Средние значения креатинина ($99,81 \pm 11,63$ мкмоль/л) и цистатина С ($0,94 \pm 0,09$ мг/л) в группе обследованных не превышали нормальных значений. Однако, повышенный уровень цистатина С выявлен чаще, чем повышенный уровень креатинина ($p < 0,05$). Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С составили соответственно $83,02 \pm 11,85$ и $84,08 \pm 11,36$ мл/мин/1,73 м². Снижение СКФ (легкое и умеренное), определяемое по уровню цистатина С, отмечалось у $62,3\%$ пациентов. Выявлены также повышенные уровни А1М (16% пациентов) и МАУ ($14,2\%$ пациентов). С помощью рангового коэффициента Спирмена выявлена положительная связь уровня цистатина С с тяжестью ХСН ($R=0,49$, $p < 0,01$), с уровнем NT-proBNP ($R=0,52$, $p < 0,01$), с величиной А1М ($R=0,50$, $p < 0,01$), а также отрицательная связь с ФВ ЛЖ ($R=-0,56$, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, уровень цистатина С является чувствительным маркером развития кардиоренального синдрома при ХСН. Учитывая достоверную связь уровня цистатина С с показателями тяжести ХСН (ФВ ЛЖ и уровень NT-proBNP), вероятно можно применять его и в качестве маркера тяжести ХСН.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Расулова З.Д., Камилова У.К.

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

Целью исследования явилось математическое прогнозирование течения хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Всего были обследованы 120 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам проводили: эхокардиография с оценкой конечно-диастолического и конечно-систолического объемов и размеров ЛЖ (КДО, КСО и КДР, КСР), фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), индекса систолической и диастолической сферичности (ИС_s и ИС_d); при проведении доплерографии брахиоцефальных артерий и почечных артерий оценивали показатель толщины интим-медии (ТИМ) на уровне общей сонной артерии (ОСА), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и левой почечной артерии; расчетным методом СКФ по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл/мин/1,73м², уровень ферментов в моче: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочной фосфатаза (ЩФ), при этом оценивался суммарный индекс ферментурии более 6,0.

Результаты исследования. Для оценки значимости параметров в прогнозировании течения ХСН с учетом функции почек использована методика неоднородной последовательной процедуры, разработанная А.А. Генкиным и Е.В. Гублером с разработкой дифференциально-диагностических таблиц с исследованием вероятности признака при ХСН в зависимости от степени тяжести, вычисление диагностических коэффициентов (ДК) и определение информативности каждого признака, составление диагностических таблиц, с включением признаков, имевших высокую информативность (более или равной 0,5), выбор диагностических порогов (суммы диагностических коэффициентов).

Проведен анализ ряда признаков для определения неблагоприятного течения ХСН. Были отобраны следующие признаки, диагностический коэффициент которых обладал информативностью: СКФMDRD менее 60 мл/мин/1,73м², ФВ ЛЖ менее 50%, КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, ИС_d, ТИМ ОСА более 1,1 мм. Наиболее чувствительными признаками для определения прогноза ХСН у больных явились наличие ФВ менее 50%, утолщение ТИМ ОСА более 1,1 мм, увеличение КДО более 137 мл и КСР более 43 мм. Наиболее специфичными признаками были снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73м², увеличение размера индекса сферичности в диастолу. Диагностические пороги были определены: при пороговой величине ДК = +15 и более прогнозируется как неблагоприятное течение ХСН, при значениях ДК = - 20 и менее делается заключение о стабильном течении ХСН.

Заключение. Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН оказались наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм и снижение СКФ менее 60 мл/мин/1,73м².

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПИКОЛИНАТ ХРОМА

Корильчук Н.И., Корильчук Б.Т., Рябоконе С.С., Рябоконе М.А.

ГБУЗ «Тернопольский медицинский университет имени И.Я.Горбачевского», Тернополь, Украина, Тернополь, Украина

Целью данного исследования было изучить особенности метаболического синдрома (МС) у пациентов трудоспособного возраста и провести лечебные мероприятия с включением препарата хрома.

Материалы и методы. В исследование были включены 54 пациента с МС. Средний возраст больных составил $(45,2 \pm 4,8)$ года. МС диагностировали за критериями (IDF, 2005) адаптированных с АТР-III (2001г.), проводили суточное мониторирование (СМАД), ультразвуковое исследование сердца и сосудов, определяли уровень инсулина, лептина, глюкозы, липидограммы иммуноферментными и биохимическими способами реактивами DRG ELISA KIT. Инсулинорезистентность рассчитывали по формуле HOMA.

Пациентов разделили на II группы. I группа наряду с антигипертензивной терапией применяли немедикаментозные мероприятия (коррекция стереотипов питания, увеличение приверженности пациентов дозированной физической активности). II группа – вышепредложенную терапию дополняли пиколинатом хрома (100 мкг) 2 раз на сутки во время еды (1 месяц). Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу и антигипертензивной терапии.

Результаты. В пациентов выявлена высокая частота нарушений циркадного ритма АД (80,8%). Основная часть пациентов была с недостаточным снижением АД в ночные часы и с ночной АГ. 23,1 % пациентов имеют нарушения суточного профиля АД - чрезмерное снижение во время сна $АД > 20\%$. Эти пациенты имеют большой риск развития как симптомных так и «немых» повреждений головного мозга. Отмечен выраженный скачок у 14,8 % пациентов в утренние часы (2-3 часа до пробуждения и 2-3 часа после пробуждения). Гипертрофия левого желудочка выявлена в 66,6 %, диастолическая дисфункция ЛЖ – в 27,7 % больных. У 83,3 % больных наблюдалась дислипидемия. На фоне проводимой терапии у пациентов I и II групп отмечалась положительная динамика. Однако, у пациентов I группы она была менее выраженной. У пациентов, получавших хром результаты терапии были значительно лучше. Наблюдались достоверные ($p < 0,05$) улучшение липидограммы и гликемических параметров крови, снижение уровня инсулина. Расчет уровня инсулинорезистентности указывал на положительное влияние пиколината хрома на пациентов II группы, применение этого препарата позволило устранить инсулинорезистентность у 8 человек. Инсулинорезистентность I группы устранена была в 1 больного. На фоне проводимой терапии отмечалось снижение ИМТ у пациентов II группы. В 44,4% II группы нормализовались показатели снижения АД в ночные часы. В 5,5 % пациентов улучшились показатели суточного профиля АД.

Заключение. Введение в лечение МС пиколината хрома (200мкг/сутки) улучшает показатели антропометрических параметров, липидограммы, уровня инсулина и показатели АД.

МЕТОДЫ РАННЕЙ ОЦЕНКИ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИТОКСИЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Павловец Вадим Петрович, Худоев Эдуард Сергеевич, Мащук Виктория Николаевна
ООО "Клиника МАММЭ", Краснодар, Россия

Современная терапия рака молочной железы зачастую ассоциирована с риском развития токсической кардиомиопатии, что является актуальной проблемой кардиологии и онкологии. Токсические эффекты антрациклинов реализуются за счет прямого повреждающего действия на кардиомиоциты активными формами кислорода и накоплением ионов кальция, что нарушает работу ионных каналов, а так же влиянием на контрактильные белки миокарда. Максимально ранняя диагностика этого осложнения позволит выявлять развитие неблагоприятных эффектов химиотерапии на ранних этапах и проводить своевременную профилактику сердечной недостаточности.

В проводимое наблюдение были включены 74 женщины, без исходной патологии системы кровообращения, в возрасте до 50 лет, ранее не получавшие химиотерапию по данному или любому другому заболеванию. Все пациентки по данным иммуногистохимического анализа должны были получать полихимиотерапию включающую антрациклины. Проводилась оценка ряда биохимических показателей с целью определения наиболее раннего маркера миокардиального повреждения. В те же сроки проводилось эхокардиографическое обследование. Заборы образцов крови проводились перед началом проведения химиотерапии, после второго и после шестого введения препаратов. Оценивались уровни миоглобина, тропонина I, МВ-фракции креатинфосфокиназы, мозгового натриуретического пептида.

При анализе полученных данных выяснилось, что у пациенток получавших триметазидин повышение кардиоспецифических ферментов (миоглобина, МВ-фракции креатинфосфокиназы и тропонин I) составляло 2,8%, в отличии от группы сравнения, в которой показатель выявляемости составил 14,3% - на третьем введении и 2,8% и 21,4% после шестого введения.

Так же, при эхокардиографическом контроле выявлялись статистически значимые различия в показателях сократительной способности миокарда в пользу группы получавших триметазидин.

Таким образом, учитывая полученные данные, можно сделать вывод, что применение триметазида в качестве сопроводительной профилактической терапии при применении антрациклинов позволяет снизить риск развития миокардиального повреждения, тем самым профилактируя антрациклиновую кардиомиопатию.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПОСЛЕ КРИОБАЛЛОННОЙ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Чичкова Т.Ю., Мамчур С.Е., Мамчур И.Н., Хоменко Е.А., Романова М.П.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель исследования. Сравнительная оценка влияния криобаллонной (крио) и радиочастотной аблации (РЧА) фибрилляции предсердий (ФП) на механическую функцию левого предсердия (ЛП).

Материалы и методы. В исследование включено 42 пациента с пароксизмальной формой ФП, средний возраст $56,1 \pm 10,1$ лет, 15 женщин (35,7%) и 27 мужчин (64,3%). Продолжительность аритмического анамнеза $4,8 \pm 1,9$ лет. Пациенты рандомизированы в группы крио и РЧА 1:1. Для оценки механической функции ЛП за сутки до, непосредственно по завершению и на пятые сутки после аблации выполнялось трансторакальное (ТТ) эхокардиографическое исследование (ЭХО КГ). На момент исследования пациенты не имели механической дисфункции ЛП. По клиническим и исходным эхокардиографическим показателям группы сопоставимы.

Результаты. В обеих группах было выявлено достоверное нарушение резервуарной функции ЛП, в виде снижения общего ударного объема (УО) ЛП в группе крио - с 38,5 мл до операции до 31,0 мл на 5 сутки после ($p < 0,05$), в группе РЧА - с 32 мл до 26 мл ($p < 0,002$), а также снижения общей фракции выброса (ФВ) ЛП - с 50% до 39% в группе крио и с 46% до 39% в группе РЧА ($p < 0,0001$). Была выявлена динамика увеличения минимального объема ЛП с 39,0 мл исходно до 45 мл на 5 сутки после ($p < 0,003$), сопоставимые результаты получены в группе РЧА – 37мл и 43мл соответственно ($p < 0,0001$). Динамика сократительной функции ЛП в обеих группах была сопоставима. Выявлено достоверное уменьшение активной ФВ ЛП на 12% в группе крио, и 8% в группе РЧА ($p = 0,23$). Активный УО снижался после аблации - с 16 до 3 мл в группе крио и с 13 до 6 мл в группе РЧА. Динамика соотношения пассивной и активной ФВ ЛП была также сопоставима в группах крио и РЧА - до вмешательства – 0,8 и 1,1; 2,5 и 2,2 на 5 сутки соответственно ($p > 0,05$ для межгрупповых различий). Динамика снижения фракции предсердного наполнения ЛЖ с 44 % до 37% ($p < 0,008$) в группе крио и с 50% до 35% в группе РЧА ($p < 0,0001$) с тенденцией к достоверной ($p = 0,056$) и обусловлена нарастанием интеграла линейной скорости трансмитрального кровотока в обеих группах.

Отсутствовала достоверная динамика пассивных УО и ФВ, кондуктного объема. Значимой динамики пиковых показателей кровотока в правой верхней ЛВ (ПВЛВ) выявлено не было. В обеих группах достоверно увеличилась продолжительность фазы ретроградного потока в ПВЛВ, после РЧА – на 27 мс, после крио на 13 мс ($p = 0,05$ между группами). Динамика кровотока в ПВЛВ свидетельствует о нарушении резервуарной функции ЛП за счет нарушения растяжимости. В совокупности с нарушением систолы ЛП это ведет к росту давления в ЛП и рефлекторному спазму легочных артериол, что обуславливает динамику повышения среднего давления в легочной артерии, рост которого составил 6 мм рт ст в группе РЧА и 2 мм рт ст в группе крио ($p = 0,0031$).

Выводы. Катетерная ИЛВ сопровождается нарушением сократительной и резервуарной функции ЛП. В группе РЧА имеется тенденция к большему снижению фракции предсердного наполнения ЛЖ и росту среднего давления в легочной артерии.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Горбунова С.И.(1), Евсевьева М.Е.(1), Джанибекова А.Р.(1), Григорьянц И.В.(2)

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия (1)

ГБУЗ СК «ГКБ №3», Ставрополь, Россия (2)

Цель. Изучить у лиц молодого возраста с повышенным артериальным давлением (АД) влияние дисплазии соединительной ткани (ДСТ) на поражение сердца, как органа-мишени.

□Методы исследования. Обследовано 67 человек, поступивших на обследование в связи с повышением АД. При проведении обследования особое внимание обращали на данные ЭхоКГ по выявлению признаков дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС). Для изучения влияния ДСТ на ремоделирование сердца при АГ отобраны лишь мужчины в возрасте 20-25 лет с одинаковым по продолжительности анамнезом, из которых сформированы сопоставимые группы: 1 группа АГ с ДСТС - 37 человек, среднее число стигм $6,9 \pm 1,1$; 2 группа: АГ в изолированном виде (по данным ЭхоКГ) 11 человек, среднее число стигм $2,3 \pm 0,6$. Из 37 человек первой группы ПМК выявлен у 11, АРХ – у 5, их сочетание - у 19, аневризма МПП в сочетании с ПМК – у 2 человек. Контрольная группа сформирована в количестве 10 человек (4 мужчины, 6 женщин, средний возраст – $22,5 \pm 2,1$ года) по следующим критериям: наличие допустимого числа стигм дизэмбриогенеза, отсутствие дисрегуляции АД по результатам традиционного измерения АД и показателям СМАД.

Полученные результаты. При анализе результатов эхокардиографии у молодых больных в зависимости от наличия или отсутствия ДСТ видно, что конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) составил в первой группе наблюдения $3,52 \pm 0,31$ см, во второй – $3,32 \pm 4,4$ см, что на 25,1% ($p < 0,05$) и 17,8% больше по сравнению с группой контроля, в которой этот показатель равнялся $2,81 \pm 0,32$ см. Конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) в первых двух группах также больше, чем в контроле, причем в группе пациентов с ДСТ и АГ этот показатель максимальный. По размерам левого предсердия (ЛП) получена достоверная разница между группой пациентов со смешанной патологией ДСТ и АГ ($4,21 \pm 0,38$ см) и контрольной группой ($3,23 \pm 0,28$ см), которая составила 31,3% ($p < 0,05$). ЛП у пациентов с изолированной АГ также отличалось большими размерами по сравнению с контрольной группой, но различия не достигли достоверного уровня. По правым камерам сердца и таким показателям как толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого предсердия (ЗСЛЖ) и фракция выброса (ФВ) различий между группами не выявлено.

Выводы. У молодых пациентов с повышенным артериальным давлением на фоне дисплазии соединительной ткани сердца морфофункциональные изменения сердца более выражены, чем в группе больных АГ без дисплазии соединительной ткани. Полученные данные указывают на необходимость учета конституционально-наследственных особенностей при проведении оценки ремоделирования органов-мишеней в случае наличия АГ.

НАРУШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ

Колесникова Е.Н., Пашков А.Н., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н.

**ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронежская область, Россия**

Цель исследования: провести анализ изменений показателей липидного обмена у больных с артериальной гипертензией в зависимости от статуса вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 больных артериальной гипертензией (АГ) 1, 2 и 3 степени в возрасте от 19 до 59 лет. Диагноз был установлен на основании клинических и инструментальных данных. У всех больных учитывались показатели липидного спектра (уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ)). Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществлялось на основании метода Н. Harris и Н. Kalmus (1949).

Результаты. В результате проведенного обследования пациентов с АГ было выявлено, что среди обследованных больных «нон-тестерами» являлись 73 человека (60,8%), в том числе 48 мужчин (62,3% всех обследованных мужчин) и 25 женщин (58,1% всех обследованных женщин). «Тестерами», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 47 человек (39,2%), среди них 29 мужчин (37,7%) и 18 женщин (41,9%). Обнаружены гендерные различия в исследуемых группах ($2(1) = 0,307, p = 0,580$).

Среди показателей липидного обмена у обследованных больных определялись ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ и рассчитывался коэффициент атерогенности. В группе пациентов абсолютно не ощущающих вкус ФТК средний уровень ОХС составил $6,3 \pm 0,4$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП – $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л. В группе пациентов, ощущающих вкус ФТК в разведении с 0 по 4 средний уровень ОХС составил $6,0 \pm 0,3$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,0 \pm 0,1$ ммоль/л, ТГ – $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л. В группе пациентов, ощущающих вкус ФТК с 5 по 14 разведение («тестеры») средний уровень ОХС составил $5,5 \pm 0,5$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л.

Выводы. Таким образом, в группах «нон-тестеры» и «тестеры» были обнаружены гендерные различия (мужчины в группе «нон-тестеры» встречались достоверно чаще). При сравнении средних значений показателей липидного обмена в группах «нон-тестеры» и «тестеры», наиболее атерогенный липидный профиль наблюдается в группе абсолютных нон-тестеров, несколько менее - в группе нечувствительных и минимальный – в группе «тестеры». Следовательно, установление чувствительности к ФТК может помочь спрогнозировать клиническое течение артериальной гипертензии и вероятность развития метаболических нарушений, а значит, исследование статуса вкусовой чувствительности к ФТК на ранних стадиях гипертонической болезни может помочь спрогнозировать вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений.

НЕЗАВИСИМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Лазарева И.В., Русских И.И.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология" (г.Минск), Минск, Беларусь

Цель: определить независимые лабораторные предикторы риска развития повторных сердечно - сосудистых событий у пациентов с перенесенной нестабильной стенокардией при консервативной стратегии лечения.

Методы исследования: обследовано 176 пациентов с нестабильной стенокардией с избранной консервативной стратегией лечения при низком риске осложнений по шкале GRACE. Конечными точками служили: повторный эпизод нестабильной стенокардии, инфаркт миокарда, летальность. Средний возраст составил- $61,2 \pm 7,3$ года. Всем пациентам выполнялись: общий анализ крови, определение уровней тропонина I, С-реактивного белка (СРБ), миелопероксидазы, фактора Виллебранда, фибриногена, антитромбина III, а также тест генерации тромбина и выполнение агрегатограмм на импедансном агрегометре Мультиплейт, а также ЭКГ, ЭхоКГ и суточное мониторирование ЭКГ.

Полученные результаты: За 18 месяцев наблюдения у 8 (4,5%) пациентов развился крупноочаговый инфаркт миокарда, возвратная стенокардия у 38 (21,6%) лиц, из них 23 (13%) пациентам выполнено стентирование коронарной артерии, а 15 (8,5) лицам проведено коронарное шунтирование. За период наблюдения умерло 4 (2,3%) пациента, из них 3 (1,7%) пациента от острой коронарной недостаточности, а у одного развилась непрерывно рецидивирующая полиморфная желудочковая тахикардия с последующей асистолией. Таким образом, за указанный промежуток времени осложнения развились у 50 (28,4 %) лиц.

Независимыми лабораторными предикторами риска развития повторных сердечно- сосудистых событий после НС являются: исходный уровень миелопероксидазы >316 пмоль/л (чувствительность-94 %, специфичность-79,2 %), высокочувствительного СРБ $>3,8$ г/л (чувствительность-52 %, специфичность- 73 %), тропонина I $>0,07$ нг/мл (чувствительность-76 %, специфичность- 72 %), величина пиковой концентрации тромбина 294,5 нМ (чувствительность-73 %, специфичность- 86 %), размер тромбоцитов - MPV в общем анализе крови $>9,6$ fl (чувствительность-60 %, специфичность-82 %), а также величина площади под кривой ADP- теста AUC > 60 U (чувствительность-85 %, специфичность-79 %) и ASPI- теста AUC >52 U (чувствительность-62 %, специфичность-76 %), определенные на фоне ежедневного (не менее 5 суток) приема ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела.

Выводы: Независимыми предикторами неблагоприятных исходов у лиц с НС являются: исходные уровни миелопероксидазы >316 пмоль/л, высокочувствительного СРБ $>3,8$ г/л, тропонина I $>0,07$ нг/мл, величина пиковой концентрации тромбина 294,5 нМ, MPV $>9,6$ fl, а также величина площади под кривой ADP- теста AUC > 60 U и ASPI- теста AUC >52 U, определенные на фоне ежедневного (не менее 5 суток) приема ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ОРГАННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Хубулава Г.Г.(1), Николаевский Е.Н.(2)

ФГБВОУ ВПО "ВМедА им. С.М. Кирова" Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО "СамГУПС", Самара, Россия (2)

Цель. Определить эффективность ультразвукового исследования (УЗИ) как метода неинвазивной диагностики органной патологии у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Материал и методы исследования. Проведен анализ данных УЗИ печени, селезенки, почек у 100 больных острым, подострым ИЭ. Для диагностики ИЭ использованы общепринятые диагностические критерии. Всем больным УЗИ проводилось на аппарате «Acuson 128 XP/10» (США) с использованием программ для исследования внутренних органов. В ходе исследования определяли их эхоструктуру и размеры.

Полученные результаты. По данным исследований определена следующая органная патология: септическая селезенка (92%), септическая печень (90%), септическая почка (62%), абсцессы (печени - 10%, селезенки - 6%, почек - 4%).

В зависимости от варианта течения ИЭ наблюдали различные изменения ультразвуковой картины. Острый гепатит был основным вариантом поражения печени у больных острым ИЭ. При этом выявлены следующие признаки: снижение эхогенности, появление неоднородности структуры паренхимы, увеличение размеров. Абсцессы печени чаще находились у передней поверхности правой доли. Встречались единичные (76%) и множественные (24%) абсцессы.

В большинстве случаев патология печени сочеталась с увеличением селезенки в виде спленомегалии (92%). При УЗИ острый сплениит характеризовался значительным увеличением размеров органа. Эхоструктура имела однородную мелкозернистость, эхогенность была несколько повышенной. Инфаркт селезенки диагностирован у 36% больных, абсцесс - у 6%. Очаги некрозов визуализировались как небольшие анэхогенные образования (12%). Инфаркты селезенки образовались после тромбоэмболий в селезеночные артерии. Они имели вид клинообразных участков сниженной эхогенности с нечеткими контурами.

Абсцессы селезенки были исходом инфарктов селезенки в 48% случаев. Наблюдались множественные мелкие (60%), бессимптомно протекающие абсцессы, а также крупные изолированные абсцессы диаметром до 12 мм (36%). Абсцессы селезенки представляли собой округлые образования с очерченными контурами.

Септические изменения почек характеризовались 2 группами признаков: 1) увеличением переднезаднего размера органа, утолщением паренхимы, диффузным снижением эхогенности паренхимы (65%); 2) утолщением паренхимы, синдромом "выделяющихся пирамидок" (34%). В 4% случаев абсцессы почек формировались в результате некротических процессов в очаге воспаления, слияния мелких очажков гнойного расплавления.

Выводы. Ультразвуковое исследование является эффективным неинвазивным методом диагностики органной патологии у больных инфекционным эндокардитом. В структуре патологии органов при эндокардите преобладает септическое поражение печени, селезенки, почек. Для диагностики септических осложнений со стороны внутренних органов всем больным инфекционным эндокардитом показано ультразвуковое исследование.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Якубов М.М., Шарипова А.А., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Турсунов Р.Р.

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

Цель. Оценить влияние терапии статинами на показатели функционального состояния левого желудочка у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включили пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения I–III функциональных классов с длительностью заболевания $5,5 \pm 0,6$ лет (средний возраст $59,1 \pm 8,4$ лет), получавших на фоне стандартного лечения статины: I группа (20) – розувастатин (10–20 мг/сутки) и II группа (20) – аторвастатин (20–40 мг/сут). Изучали показатели эхокардиографии (ЭХОКГ) с доплером. Определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ).

Результаты. У больных, принимавших розувастатин, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) до лечения в среднем составила 59%, а после лечения – 61,5%, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) до лечения – 188 г, а после – 181,5 г; толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 см до лечения и 1,05 см после; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) до 1,1 и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) – 4,95 до и после лечения 4,9 см; конечно-систолический размер ЛЖ (КСР) до лечения – 3,2 и 3,15 см после лечения; конечно-диастолический объем (КДО) до лечения – 124,5 и после лечения – 119 мл; конечно-систолический объем (КСО) до лечения – 48,5 мл и 49,5 мл после лечения. Эти же данные у больных, получавших аторвастатин, составили, соответственно: 59 и 55,5%; 210 и 210 г; 1,05 и 1,0 см; 1,1 и 1,1 см; 5,15 и 5,3 см; 3,35 и 3,3 см; 126 и 124 мл; 52 и 57,5 мл. Розувастатин уменьшил ударный объем (УО) с 79 до 77,5 мл, а аторвастатин с 84 до 82,5 мл. У больных, принимавших розувастатин, до и после лечения: скорость раннего наполнения ЛЖ (пик E) – 0,67 и 0,76 м/сек, скорость диастолического наполнения в период систолы левого предсердия – ЛП (пик A) – 0,77 и 0,7 м/сек, отношение скоростных характеристик (E/A) – 0,87 и 1,08; время изоволюмического расслабления ЛЖ – 139 и 142,5 мс; время замедления скорости раннего наполнения – 208 и 208 мс. Эти же показатели пациентов, принимавших аторвастатин, составили, соответственно: 0,65 и 0,65 м/сек; 0,7 и 0,68 м/сек; 0,92 и 0,95 мс; 95 и 96; 210,5 и 210,5 мс. До лечения, несмотря на почти нормальный показатель ФВ с сохраненной систолической функцией ЛЖ, большинство параметров трансмитрального кровотока отличались от нормы, определялись нарушения диастолической функции ЛЖ. После лечения данные ЭХОКГ и доплер-ЭХОКГ несколько улучшились, но недостоверно. Розувастатин уменьшал содержание ОХС (с $6,9 \pm 0,31$ до $4,83 \pm 0,21$), ХСЛПНП (с $3,6 \pm 0,20$ до $2,3 \pm 0,18$ ммоль/л), ТГ (с $2,5 \pm 0,12$ до $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л) и приводил к небольшому увеличению ХСЛПВП (с $1,1 \pm 0,04$ до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). У больных II-й группы эти показатели, составили соответственно: $6,6 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 0,20$; $3,3 \pm 0,11$ и $2,36 \pm 0,11$; $2,3 \pm 0,1$ и $1,61 \pm 0,13$ и ХСЛПВП – $1,2 \pm 0,04$ и $1,27 \pm 0,04$ ммоль/л.

Заключение. Включение статинов в терапию пациентов с ИБС оказывает благоприятный эффект на показатели ЭХОКГ.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Якубов М.М., Шарипова А.А., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Турсунов Р.Р.

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

Цель. Оценить влияние терапии статинами на показатели функционального состояния левого желудочка у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включили пациентов с ИБС стабильной стенокардией напряжения I–III функциональных классов с длительностью заболевания $5,5 \pm 0,6$ лет (средний возраст $59,1 \pm 8,4$ лет), получавших на фоне стандартного лечения статины: I группа (20) – розувастатин (10–20 мг/сутки) и II группа (20) – аторвастатин (20–40 мг/сут). Изучали показатели эхокардиографии (ЭХОКГ) с доплером. Определяли общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицериды (ТГ).

Результаты. У больных, принимавших розувастатин, фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) до лечения в среднем составила 59%, а после лечения – 61,5%, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) до лечения – 188 г, а после – 181,5 г; толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 см до лечения и 1,05 см после; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) до 1,1 и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) – 4,95 до и после лечения 4,9 см; конечно-систолический размер ЛЖ (КСР) до лечения – 3,2 и 3,15 см после лечения; конечно-диастолический объем (КДО) до лечения – 124,5 и после лечения – 119 мл; конечно-систолический объем (КСО) до лечения – 48,5 мл и 49,5 мл после лечения. Эти же данные у больных, получавших аторвастатин, составили, соответственно: 59 и 55,5%; 210 и 210 г; 1,05 и 1,0 см; 1,1 и 1,1 см; 5,15 и 5,3 см; 3,35 и 3,3 см; 126 и 124 мл; 52 и 57,5 мл. Розувастатин уменьшил ударный объем (УО) с 79 до 77,5 мл, а аторвастатин с 84 до 82,5 мл. У больных, принимавших розувастатин, до и после лечения: скорость раннего наполнения ЛЖ (пик Е) – 0,67 и 0,76 м/сек, скорость диастолического наполнения в период систолы левого предсердия – ЛП (пик А) – 0,77 и 0,7 м/сек, отношение скоростных характеристик (Е/А) – 0,87 и 1,08; время изоволюмического расслабления ЛЖ – 139 и 142,5 мс; время замедления скорости раннего наполнения – 208 и 208 мс. Эти же показатели пациентов, принимавших аторвастатин, составили, соответственно: 0,65 и 0,65 м/сек; 0,7 и 0,68 м/сек; 0,92 и 0,95 мс; 95 и 96; 210,5 и 210,5 мс. До лечения, несмотря на почти нормальный показатель ФВ с сохраненной систолической функцией ЛЖ, большинство параметров трансмитрального кровотока отличались от нормы, определялись нарушения диастолической функции ЛЖ. После лечения данные ЭХОКГ и доплер-ЭХОКГ несколько улучшились, но недостоверно. Розувастатин уменьшал содержание ОХС (с $6,9 \pm 0,31$ до $4,83 \pm 0,21$), ХСЛПНП (с $3,6 \pm 0,20$ до $2,3 \pm 0,18$ ммоль/л), ТГ (с $2,5 \pm 0,12$ до $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л) и приводил к небольшому увеличению ХСЛПВП (с $1,1 \pm 0,04$ до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). У больных II-й группы эти показатели, составили соответственно: $6,6 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 0,20$; $3,3 \pm 0,11$ и $2,36 \pm 0,11$; $2,3 \pm 0,1$ и $1,61 \pm 0,13$ и ХСЛПВП – $1,2 \pm 0,04$ и $1,27 \pm 0,04$ ммоль/л.

Заключение. Включение статинов в терапию пациентов с ИБС оказывает благоприятный эффект на показатели ЭХОКГ.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Волынкина А. П., Горшков И. П., Прилуцкая О. А.

ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Актуальность проблемы.

Сахарный диабет (СД) и артериальная гипертензия (АГ) – основные факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Одним из органов-мишеней СД, так же как и АГ, являются почки. Поражение почек наряду с макрососудистыми осложнениями определяют продолжительность жизни пациентов, поскольку терминальная хроническая почечная недостаточность является одной из причин смерти больных СД 1 типа (40% больных) и СД 2 типа (5-10%).

Цель исследования.

Выявить взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ), ее факторов риска и степени развития диабетической нефропатии (ДН), оценить зависимость развития ДН и АГ от длительности СД, уровня гликемии, и наличия нарушений липидного обмена (общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), ЛПВП и ЛПНП).

Методы исследования.

Для решения сформулированных задач выполнено проспективное обследование 229 пациентов из которых 145 (63,3%) – женщин, 84 (36,6%) мужчин, с СД 1 типа 102 человека (женщин – 61, мужчин – 41) и СД 2 типа 127 человека (женщин – 83, мужчин 44), в возрасте от 17 до 78 лет (средний возраст составил $53 \pm 1,63$ года), со средней длительностью СД $15 \pm 0,87$ лет, наблюдавшихся в БУЗ ВО ВГБСМП №10. Обследование пациентов проводилось рутинными методами. Обработка выполнена с помощью программ Exel 2013 (Microsoft) и Statistica 8.0 (Statsoft, Inc). Исследуемые показатели приведены в виде $M \pm m$, для сравнения использовали критерии χ^2 , критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты.

Артериальная гипертензия (АГ) выявлялась у 68,9% больных (САД оставило $156 \pm 1,58$ мм.рт.ст., ДАД - $92 \pm 0,69$ мм.рт.ст). У 83,8% – ДН (1 ст – 52,6%, 2 ст – 20,3 %, 3 ст – 27,1%). Нормальный ИМТ встречался у 47,1% обследуемых, избыточный вес – у 17,9%, ожирение – у 35,0%. Углеводный обмен: уровень HbA1c составил $10,8 \pm 0,24\%$, гликемии натощак (ГН) – $7,6 \pm 0,26$ мм/л, постпрандиальной гликемии (ППГ) – $9,2 \pm 0,3$ мм/л. У 69,4% больных выявлено нарушение липидного обмена: ОХС – $5,2 \pm 0,13$ мм/л, ТГ – $2,1 \pm 0,12$ мм/л, ЛПНП – $2,9 \pm 0,08$ мм/л, ЛПВП – $1,45 \pm 0,04$ мм/л. Показатель суточной протеинурии (ПУ) составил $1,44 \pm 0,25$ г/сут, СКФ – $64,5 \pm 2,8$ мл/мин. Стадии ДН коррелировали со следующими факторами риска: ДН 1 ст – возраст ($r = +0,31$); ДН 2 ст – пол ($r = +0,22$), ЛПВП ($r = -0,29$); ДН 3 ст – САД ($r = +0,39$), длительность СД ($r = +0,32$), ДАД ($r = +0,26$), ТГ ($r = +0,22$), ИМТ ($r = -0,25$), ГН ($r = +0,20$) ПУ ($r = +0,33$) ($p < 0,05$). Степень АГ положительно коррелировала с прогрессированием ДН у обследуемых ($r = +0,38$) и отрицательно с показателем СКФ ($r = -0,37$) ($p < 0,05$). Обнаружена корреляция ТГ с САД ($r = +0,45$), ДАД ($r = +0,30$), СКФ ($r = -0,24$), ОХС с ПУ ($r = +0,25$), САД ($r = +0,33$), ДАД ($r = +0,27$) ($p < 0,05$).

Выводы.

В развитии поздних осложнений СД имеют значение не только показатели углеводного обмена, но и особенности заболевания (длительность СД), пол и возраст пациента, а также другие факторы (ИМТ, АГ, уровень ЛПНП, ТГ, степень ПУ). Подтверждена значимая патогенетическая взаимосвязь АГ и поражения почек. Степень АГ, уровень САД коррелирует с тяжестью ДН и повышают риск ее прогрессирования. Следует заметить, что АГ и СД сами по себе приводят к прогрессированию протеинурии и снижению клиренса креатинина, что в итоге повышает риск развития почечной недостаточности и требует дальнейшего изучения. Учет факторов риска и прогнозирование развития макро- и микрососудистых осложнений должны использоваться в практике эндокринолога для выявления пациентов с высоким риском осложнений и своевременного проведения профилактических мероприятий.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА

Джанибекова А.Р.(1), Горбунова С.И.(1), Красюк О.С.(2), Синюкова А.С.(3), Джанибеков М.Р.(4)

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия (1)

ГБУЗ СК Городская поликлиника №3, Ставрополь, Россия (2)

Городская клиническая больница №2, Ставрополь, Россия (3)

МБОУ «Центр образования №11», Карачаево-Черкесская республика, Россия (4)

Цель. Поскольку повышение рейтинга здоровья в системе ценностей студентов медицинского ВУЗа является необходимым условием успешной профессиональной социализации, целью настоящего исследования послужило изучение особенностей формирования навыков здорового образа жизни студентов-медиков.

Материалы и методы. Обследовано 87 студентов Ставропольского государственного медицинского университета обоего пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст $21,4 \pm 0,2$ лет). Преобладали девушки 53 (60,9%) и юношей было 34 (39,1%). Проводили анкетирование для выяснения семейного анамнеза, вредных привычек, тревожно-депрессивных расстройств. У всех респондентов определяли скрининговые антропометрические данные. Для оценки у студентов уровня сформированности установок на здоровый образ жизни использовалась унифицированная анкета. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты. По результатам анкетирования установлено, что в системе жизненных ценностей у студентов ведущую роль имели здоровье и материальное благополучие 79% и 73% соответственно. Следующие позиции занимали любовь/семья 71% и интересная работа 53%. Факторами, благотворно влияющих на здоровье человека, по мнению респондентов, являлись: правильное питание 79%, адекватная физическая нагрузка 48%, контроль массы тела 64%, отсутствие вредных привычек 39%, удовлетворительные показатели стрессоустойчивости 38%, генетические (наследственные) факторы 41%. Состояние «духовного» здоровья, доступность и качество медицинского обслуживания, состояние окружающей среды (экологический фактор) занимали наименее значимые позиции в рейтинге здоровья.

Примечательно, что курившими на момент обследования оказались 25,3% студентов. Избыточная масса тела на момент исследования выявлялась у 18,4%, а отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) у 48,3% из числа обследованных. Психологическое обследование показало, что у 11,5% лиц молодого возраста определялось наличие тревожно-депрессивных расстройств.

Выводы. Таким образом, полученные данные демонстрируют достаточно большую распространенность некоторых факторов риска, в частности сердечно-сосудистого, у лиц молодого возраста. Очевидно, что здоровье занимает ведущее место в системе жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей. Вместе с тем, необходимо дальнейшее совершенствование и усиление мер направленных на повышение валеограмотности и выработки устойчивой здраво создающей позиции личности.

НЕФРОПРОТЕКЦИЯ ПУТЕМ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СИНТЕЗА ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Коломиец В.В., Кривонос Н.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель: – сравнить влияние бета-блокаторов бисопролола и небиволола на почечный кровоток и внутривисочечное сосуелостое сопротивление у больных ЭГ в сочетании с сахарным диабетом II типа.

Методы исследования: Обследованы 60 больных ЭГ II стадии в сочетании с сахарным диабетом II типа до и после курса терапии, 30 из которых в течение 12 недель принимали бисопролол в дозе 10 мг в сутки, а 30 – небиволол в дозе 10 мг в сутки.

Проведено суточное мониторирование АД с помощью аппарата «ВАТ41-2».

Почечный кровоток (ПК) оценивали при помощи определения показателей объемного кровотока в ренальных артериях на доплерографической системе «Siemens» (Германия) с фазированным датчиком 3,2 МГц. Внутривисочечное сосуелостое сопротивление (ВПСС) рассчитывали по формуле по формулам D. Gomez.

Концентрацию стабильных метаболитов оксида азота нитритов (NOx) в крови определяли с реактивом Грисса на спектрофотометре «СФ-4А».

Полученные результаты: В обеих группах у всех обследованных больных было достигнуто снижение уровня гликемии, который не превышал 7,0 ммоль/л и АД до целевого уровня (<130/80 мм рт.ст.), рекомендуемого для больных с сахарным диабетом.

Среднесуточное систолическое АД на фоне курса терапии бисопрололом снизилось ($p < 0,05$) на 14,6 % (со $151,8 \pm 2,6$ до $129,7 \pm 4,6$ мм рт.ст.), а диастолическое АД снизилось на 14,9 % (с $94,0 \pm 1,8$ до $80,3 \pm 1,6$ мм рт.ст.), после курса терапии небивололом среднесуточное систолическое АД достоверно снизилось ($p < 0,05$) на 16,8% (со $151,8 \pm 2,6$ до $126,2 \pm 2,1$ мм рт.ст.), а диастолическое АД снизилось на 15,5% (с $94,0 \pm 1,8$ до $79,5 \pm 1,4$ мм рт.ст.).

После курса терапии небивололом ПК заметно увеличился ($p < 0,05$) с 747 ± 19 мл/мин \times $1,73$ м² до 826 ± 26 мл/мин \times $1,73$ м². Величина среднего уровня ПК после лечения небивололом попала в диапазон величин этого показателя у здоровых людей. Изменение уровня ПК произошло за счет снижения величины ВПСС.

Общее ВПСС на фоне терапии небивололом снизилось с 8205 ± 170 дин \times с см^{-5} до 6891 ± 147 дин \times с см^{-5} ($p < 0,01$), основной вклад (73,7%) в это снижение внесло снижение эфферентного сопротивления. Причиной этого уменьшения ВПСС было снижение ($p < 0,05$) тонуса афферентных артериол с 3011 ± 219 до 2215 ± 58 дин \times с см^{-5} и, значительное снижение тонуса эфферентных артериол – с 5596 ± 253 до 3792 ± 83 дин \times с см^{-5} .

Концентрация стабильных метаболитов оксида азота нитритов (NOx) в крови после курса терапии небивололом возросла с $34,4 \pm 1,5$ мкмоль/л до $48,0 \pm 2,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Выводы: Оптимизирующее влияние небиволола на почечную гемодинамику, благодаря стимуляции внутривисочечного синтеза оксида азота, позволяет изучать возможность его использования у больных эссенциальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа с целью нефропротекции.

О ТЕХНОЛОГИИ СКРИНИНГА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРОЦЕССЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – оценить диагностические возможности модифицированного мини-перечня внешних признаков дисплазии СТ для нужд студенческой диспансеризации путём изучения его возможностей в сравнении с традиционной технологией анализа фенотипа.

Материал и методы. Обследовано 100 студентов возрасте от 18 до 21г. на базе центра студенческого здоровья СтГМУ. Выявление диспластических фенотипов осуществлялось в соответствии с Нацрекомендациями РКО (2013), а клинических синдромов – с помощью анкетных опросников, сформированных Омской школой специалистов по ДСТ. Количество и качество фенотипических признаков ДСТ оценивалось в двух диагностических форматах – традиционном с полным обследованием всех частей тела, а также в скрининговом формате. Для этого использован диагностический мини-список внешних стигм дизэмбриогенеза в собственной модификации, сформированный исходя из специфики поискового скрининга и предполагающий лёгкое выявление стигм тех частей тела, которые доступны для быстрого осмотра в рамках массовых диагностических мероприятий. Иными словами, исследованию при этом подвергались верхние конечности и челюстно-лицевой сегмент тела в сочетании с основными соматометрическими параметрами. По результатам такого мини-скрининга студенты распределялись на три группы: 1я группа – 6 и более стигм; 2я группа – 3-4-5 стигм и 3я группа - 0-1-2 стигмы. Затем в каждой группе выделялось по две подгруппы с учётом присутствия и отсутствия каких-либо жалоб. Учитывались также факты наличия хр. очагов инфекции и аллергических заболеваний. Исследована также вариабельность ритма сердца (ВРС). Обработка результатов выполнена с помощью пакета статпрограмм BIOSTAT.

Результаты. Оказалось, что из 100 обследованных лиц в 1-ую, 2-ую и 3-ю группы в соответствии с числом легкодоступных для выявления стигм попали 19, 38 и 43 человека. Стигмы, локализующиеся за пределами скринингового доступа обнаружены в 100%, 65,7% и 9,1% случаев. Диспастико-зависимая симптоматика в 84,2%, 39,5% и 9,3% случаев. Среди лиц 2-й группы по результатам традиционного анализа выявлены 4 носителя (10,5 %) шести и более стигм, а среди лиц из 3-й группы ни одного такого случая не зарегистрировано. Анализ ВРС в подгруппах 3х групп показал, что неблагоприятные изменения показателей регуляторного статуса отмечались у всех 19 высокостигмированных представителей независимо от присутствия жалоб. Обращало на себя внимание достаточно частое присутствие очагов хронической инфекции и аллергических реакций у этой части обследованных. У представителей же 2-й группы заметные нарушения ВРС присутствовали в основном у лиц, предъявляющих те или иные жалобы. Среди лиц из этой группы, не предъявляющих жалоб, отличались наличием регуляторного дисбаланса в основном те студенты, у которых выявлены дополнительные стигмы за пределами зон, доступных для скрининга. У некоторых из них присутствовало то или иное рецидивирующее заболевание по типу хронического тонзиллита или синусита и пр. Среди студентов с благоприятным фенотипом дисрегуляция выявлена лишь при наличии очагов инфекции или аллергии.

Заключение. Представленный материал служит основой для дальнейшего совер

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМОЙ СОВОКУПНОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Суспицына Ирина Николаевна, Сукманова Ирина Александровна

КГБУЗ "Алтайский краевой кардиологический диспансер", Барнаул, Россия

Актуальность исследования: Известно, что избыточная масса тела и ожирение, нарушения углеводного, липидного обмена, а также курение являются одними из ведущих факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ). Выявление наиболее значимой совокупности факторов риска, связанных с риском ИМ, отдельно для мужчин и женщин, будет способствовать более дифференцированному подходу к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Цель исследования: определение наиболее значимой совокупности факторов риска, связанных с риском ИМ, отдельно для мужчин и женщин, с помощью современных статистических методов.

Материалы и методы: Обследовано 188 пациентов среднего и пожилого возраста с ИМ, средний их возраст составил $60,8 \pm 0,6$ лет, из них было 112 (59,6 %) мужчин и 76 (40,4 %) женщин. В группу контроля было включено 55 мужчин и женщин без ИБС, средний возраст которых составил $59,1 \pm 1,2$ лет. У всех пациентов, кроме стандартных лабораторных и инструментальных методов диагностики, оценивались показатели индекса массы тела (ИМТ), липидного, углеводного обмена с расчетом индекса НОМО-IR, уровень СРБ, а также наличие тревоги и депрессии и помощью опросников. С помощью метода многофакторной логистической регрессии, были определены совокупности факторов риска, которые показали наибольшую связь с риском ИМ, отдельно для мужчин и женщин.

Полученные результаты: С целью определения совокупности наиболее значимых факторов риска, связанных с ИМ у обследованных мужчин и женщин, на первом этапе были отобраны те факторы, показатели которых определяли различия между пациентами с ИМ и контрольной группой лиц с вероятностью нулевой гипотезы (p) $< 0,15$. Для мужчин этими факторами риска оказались уровень ИМТ, ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, уровень инсулина, индекса НОМО-IR, СРБ, а также статус курения, для женщин – ХС ЛПВП, ТГ и СРБ, тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) и СД 2 типа. При дальнейшем анализе с использованием метода логистической регрессии параметры показателей ИМТ, ОХС, ХС ЛПВП для мужчин и ТДР и СД 2 типа для женщин, значимых различий между пациентами с ИМ и лицами группы контроля не показали и были исключены. Итоговое уравнение логистической регрессии для мужчин с ИМ имело следующий вид: $y = -2,65 + 1,17 * \text{ХС ЛПНП} + 1,11 * \text{Инсулин} + 2,94 * \text{НОМО-IR} + 0,25 * \text{СРБ} + 0,91 * \text{курение}$, для женщин - $y = -3,21 - 2,18 * \text{ХС ЛПВП} + 3,38 * \text{ТГ} + 0,07 * \text{СРБ}$. Таким образом, наиболее значимой совокупностью факторов риска, связанных с риском ИМ у мужчин, являются: уровень ХС ЛПНП ($r=1,17$; $p=0,003$), инсулина ($r=1,11$; $p=0,000$), индекса НОМО-IR ($r=2,94$; $p=0,000$), уровень СРБ ($r=0,25$; $p=0,000$), а также факт курения ($r=0,91$; $p=0,052$), а для женщин - уровни ХС ЛПВП ($r = -2,18$; $p = 0,012$), ТГ ($r = 3,38$; $p = 0,001$), а также СРБ ($r = 0,07$; $p = 0,013$). Прогностическая ценность полученных данных для мужчин составляет 92,9 %, для женщин – 94,7 %.

Выводы: Таким образом, на основании результатов многофакторного логистического анализа, были определены совокупности факторов риска, которые имели наиболее значимую связь с риском ИМ, отдельно для мужчин и женщин (ХС ЛПНП, уровень инсулина, индекса НОМО-IR, СРБ, статус курения для мужчин и уровни ХС ЛПВП, ТГ и СРБ для женщин), что является актуальным и важным для разработки более дифференцированного и индивидуализированного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям ИМ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Корниенко Н.В., Корытько И.Н, Мирошниченко Е.П.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского» г. Симферополь, Республика Крым, Россия, г.Симферополь Республика Крым, Россия

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности применения антагонистов рецепторов альдостерона (АРА) – спиролактона и эплеренона у пациентов ИБС с проявлениями ХСН.

□ Материалы и методы. В исследование были включены 94 пациента, преимущественно мужчины (88%) в возрасте 62 лет ($56.2 \pm 7,3$) с ИБС, осложненной систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса $< 40\%$) и клиническими признаками сердечной недостаточности соответствующие III- IV ф.кл. по NYHA. Пациенты были комплексно обследованы с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов исследования: электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии (ЭХО КГ), холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ). Все пациенты были рандомизированы на 2 сопоставимые группы по возрасту, полу, выраженности ХСН с различными формами ХСН (стенокардия напряжения III- IV ф.кл. диагностирована в 36% случаев, постинфарктный кардиосклероз в 64%). В соответствии с современными рекомендациями, имеющими клинические показания к применению АРА, пациентам I группы назначался спиролактон, а II группы – эплеренон в начальной дозе 25 мг в сутки. При необходимости проводили коррекцию дозы препаратов в зависимости от уровня креатинина и калия крови: при концентрации калия $< 5,0$ ммоль/л дозу повышали до 50 мг в сутки. Большинство пациентов (92%) получали исследуемые препараты на фоне терапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокатором рецепторов ангиотензина (БРА), диуретиком, бета-блокатором. Наблюдение продолжалось в течение 6 месяцев.

□ Результаты исследования больных ИБС, осложненных ХСН показали, что использование в лечении АРА способствовало положительному течению заболевания. Показателями эффективности считали повышение диуреза на 20%, снижение жажды, сухости во рту, стабильность концентрации калия. Стабильность концентрации калия, креатинина крови. Уровень калия был 4,4-4,6 ммоль/л. Контроль калия и креатинина крови проводился через 3 суток от начала лечения, затем через неделю, месяц, ежемесячно в течение 3 месяцев и через полгода. У 20% пациентов I группы зафиксированы побочные эффекты в виде болезненной гинекомастии и мастодинии, что явилось основанием для прекращения приема этого препарата и назначение эплеренона. В I группе у 7% пациентов из-за повышения уровня калия $> 5,4$ ммоль/л препарат был отменен. Во II группе не было зафиксировано нежелательных побочных эффектов. После лечения ЭХОКГ показатели сердечной недостаточности улучшились (ФВ $-45 \pm 2,1\%$), а также увеличилась толерантность к физическим нагрузкам..

Выводы. Выявлена высокая эффективность АРА при лечении пациентов ИБС осложненных ХСН с системной дисфункцией левого желудочка. Помимо положительного влияния на клиническое течение и прогноз заболевания, отмечен благоприятный профиль безопасности этих препаратов особенно эплеренона. АРА является частью стандартной медикаментозной терапии ХСН, способствующей снижению заболеваемости и смертности у данной категории пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Медведева Т.А., Кушнарченко Н.Н.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить закономерности формирования структурно-функциональных нарушений левого желудочка (ЛЖ) у мужчин с подагрой в зависимости от функционального состояния почек.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 105 мужчин с подагрой (средний возраст $49 \pm 8,5$ лет). Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по S.L. Wallace, 1977. У всех больных был диагностирован межприступный период заболевания. Мочевую кислоту сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой («HUMAN», Германия). Сывороточную концентрацию С-реактивного белка (вЧСРБ, мг/л) оценивали высокочувствительным иммуноферментным методом «F. Hoffman-La-Roche» (Австрия). Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) проводилось на аппарате «Atrida proTochiba». Для расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) использовался метод СКД-ЕPI. Стадию хронической болезни почек (ХБП) устанавливали в соответствии с национальными рекомендациями 2012 года. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Корреляционный анализ выполнен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Данные представлены в виде: Ме – медиана, ДИ – интерквартильный (процентильный) интервал (указан в скобках).

Результаты: На основании расчета показателей СКФ все пациенты с подагрой были разделены на две группы – с наличием поражения почек (ХБП 2-4 стадии, 80% пациентов) и без нарушения функционального состояния почек (20% больных). В зависимости от функционального состояния почек проанализированы различные варианты архитектоники ЛЖ. Установлено, что преобладающими вариантами ремоделирования в группе больных с наличием ХБП являлись концентрическая гипертрофия (КГЛЖ) (46,4%, $p < 0,001$) и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ (ЭГЛЖ) (34,5%, $p < 0,001$), а у пациентов с сохраненной функцией почек нормальная геометрия ЛЖ (НГЛЖ) регистрировалась с частотой 33,3%, концентрическое ремоделирование (КРЛЖ) в 38,1% случаев, а КГЛЖ у 19,1% пациентов, $p < 0,05$. При проведении корреляционного анализа установлено, что уровень МК сыворотки крови положительно коррелировал с индексом массы миокарда ЛЖ, г/м² ($R=0,38$, $p=0,013$), толщиной межжелудочковой перегородки, см ($R=0,41$, $p=0,001$), толщиной задней стенки ЛЖ, см ($R=0,39$, $p=0,0012$), а сывороточный уровень вЧСРБ с индексом массы миокарда ЛЖ ($R=0,34$, $p=0,011$) и уровнем МК ($p=0,003$). Показатели фильтрационной способности почек отрицательно коррелировали с уровнем МК ($R=-0,30$; $p < 0,002$ и содержанием вЧСРБ ($R=0,50$; $p < 0,002$).

Выводы: У 80,0% больных с подагрой формируется ХБП. Ассоциация подагры с ХБП вносит вклад в ухудшение почечной гемодинамики, нарушение архитектоники миокарда ЛЖ, способствуя, в конечном счете, развитию сердечной недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С УЧЁТОМ ВОЗРАСТА

Евсевьева М.Е., Кветковская А.А., Мартынов М.Ю., Хайт Г.Я., Гусев С.В.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – оценить профиль факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов, впервые перенёвших ишемический инсульт (ИИ), с учётом возрастной принадлежности. Материал и методы. Обследовано 75 лиц, перенесших первый ИИ, диагноз которого подтверждался на основании компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга. Сформированы две группы с дифференциацией по возрасту. 1я группа молодого и среднего возраста сформирована из 33 пациентов (женщин 16, мужчин 17; средний возраст - $52,7 \pm 5,4$ года). Во 2ю группу (старшая возрастная группа) было включено 42 больных, из них 20 женщин и 22 мужчины, средний возраст которых составил $79,0 \pm 7,7$ лет. Патогенетический механизм инсульта устанавливался на основании классификации Adams H.P. с соавторами (1993). С учётом текущей и предшествующей документации анализировали индивидуальный профиль факторов риска (ФР). Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью пакета программ BIostat.

Результаты. Сравнительный анализ факторов риска показал, что все случаи ИИ в обеих группах наблюдения произошли на фоне повышенного АД. В то же время, средние значения АД, зафиксированные при первом контакте с врачом СМП, различались между группами и были достоверно выше в группе молодого и среднего возраста. Анализ других факторов риска также выявил различия между группами. Стрессовая ситуация с выраженным психо-эмоциональным напряжением чаще предшествовала развитию инсульта в 1й группе. Такие факторы риска, как курение, наследственность, отягощённая по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям, висцеральное ожирение регистрировались также чаще в этой группе. Частота сахарного диабета и нарушений толерантности к глюкозе не различалась между группами. Аналогичная позиция отмечена в отношении повышения уровня общего холестерина. В то же время, у лиц молодого и среднего возраста чаще выявлялось снижение фракции липопротеидов высокой плотности и гипертриглицеридемия, что, видимо, отражает ведущую роль нарушения соотношения фракций высоко- и низкоплотных липопротеидов и гипертриглицеридемии в развитии сосудистой патологии в этой возрастной категории.

Выводы. У лиц с первым ИИ структура факторов риска его появления тесно связана с возрастом, в котором развился инсульт. У лиц молодого и среднего возраста достоверно чаще по сравнению с пожилым и старческим контингентом встречается на момент обращения более высокая артериальная гипертензия в сочетании с предшествующим психо-эмоциональным стрессом, а также наследственность, отягощённая по ранним сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточный вес (абдоминальное ожирение), курение и нарушения липидного спектра с повышением не только общего холестерина, но и триглицеридов в сочетании со снижением липопротеидов высокой плотности.

ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ДИНАМИКА УРОВНЕЙ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПРИЗНАКАМИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мирошниченко Е.П., Корытько И.Н., Корниенко Н.В., Кузнецов Э.С., Драненко Н.Ю., Митрушкин Д.И., Ушаков А.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Цель: Оценить динамику уровня альдостерона в сыворотке крови и особенности аритмического синдрома у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 пациентов с ИМ с зубцом Q.

Больные были подразделены на 2 группы: в I группу вошли 30 пациентов (средний возраст $59,68 \pm 2,35$ года) с НДСТ; II группу составили 60 пациентов (средний возраст $63,0 \pm 1,82$ года) без НДСТ. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц без сердечно-сосудистой патологии и признаков НДСТ. Все группы были сопоставимы по возрастному-половому составу. Лечение проводилось согласно протоколу ведения больных ИМ с подъемом сегмента ST.

Содержание альдостерона в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом в 1-е, 14-е и 28-е сутки от начала развития ИМ. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводилось на 28-е сутки от начала развития ИМ. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Office Excel 2007 с использованием t-критерия по Стьюденту и непараметрических критериев достоверности. Различия в частоте встречаемости изучавшихся факторов между группами оценивали с помощью критерия 2 МакНемара.

Результаты. У больных I группы уровень альдостерона в сыворотке крови составил $151,26 \pm 6,05$ пкг /мл, во II группе $157,09 \pm 10,74$ пкг/мл, что в обоих случаях достоверно выше в сравнении с группой контроля ($135,08 \pm 2,49$ (пкг /мл).

Через 14 дней после развития ИМ отмечалось снижение уровня альдостерона как у больных с НДСТ ($146,64 \pm 5,22$ пкг/мл), так и без НДСТ ($142,33 \pm 10,09$ пкг/мл). При этом достоверность различий с контролем была достигнута только в группе больных ИМ с НДСТ ($p < 0,05$).

У больных ИМ обеих групп к 28-м суткам заболеваний наблюдалось снижение уровня альдостерона в крови до уровня контрольной группы. При проведении сравнительного анализа динамики уровня альдостерона между группами больных ИМ с и без НДСТ достоверных различий не выявлено.

При анализе особенностей аритмического синдрома выявлено, что у больных ИМ с НДСТ по сравнению с больными ИМ без НДСТ достоверно чаще регистрировались парные наджелудочковые экстрасистолы, пароксизмальная желудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий.

Вывод. Наличие НДСТ не оказывает влияния на уровни альдостерона сыворотки крови в динамике течения ИМ, способствуя при этом увеличению частоты таких нарушений сердечного ритма как парные наджелудочковые экстрасистолы, пароксизмальная желудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Рудяк Е.А., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н.

ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучить влияние основных групп факторов риска на течение и эффективность лечения гипертонической болезни на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Для проведения исследования было изучено 167 амбулаторных карт пациентов в возрасте 31-86 лет, имеющих диагноз гипертоническая болезнь (ГБ), с сопутствующей гиперхолестеринемией (уровень общего холестерина выше 4.9 ммоль/л) и гипергликемией (уровень глюкозы крови выше 6.1 ммоль/л). Для анализа эффективности проводимого лечения был проведен анализ эффективности проводимого лечения по повторным явкам.

Результаты исследования. При анализе полученных данных было выявлено 105 обследуемых пациентов с гиперхолестеринемией – 62,9% и 62 обследуемых вошли в группу пациентов с гипергликемией – 37.1%. Средний уровень общего холестерина составил 5.9 ммоль/л, а средний уровень глюкозы крови – 7.4 ммоль/л. Почти половина пациентов с диагнозом ГБ в сочетании с гиперхолестеринемией имели 2 стадию заболевания (48 %), что подтверждалось наличием на кардиограммах признаков гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Такие же данные были получены в группе пациентов с гипергликемией, так как ровно половина обследованных пациентов (50%) имели 2 стадию гипертонической болезни, подтвержденную данными ЭКГ. Согласно полученным данным, в группе больных с гиперхолестеринемией, проводилось лечение комбинациями следующих групп антигипертензивных препаратов (АГП): ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики. Все препараты назначались в стандартных дозах. Положительный эффект от лечения наблюдался у 49% больных. В группе больных с гипергликемией, лечение проводилось комбинациями следующих групп АГП препаратов: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов, диуретики, комбинированные препараты и препараты центрального действия. Все препараты назначались в стандартных дозах. Положительный эффект от лечения наблюдался у 56% больных.

Выводы: по результатам проведенного исследования у обследуемых пациентов было выявлено наиболее частое повышение уровня общего холестерина (повышенный уровень общего холестерина среди пациентов с гипертонической болезнью встречался почти в 2 раза чаще, чем гипергликемия. Так же следует отметить, что среди всех обследованных наиболее часто встречались пациенты с 2 стадией ГБ, подтвержденной признаками ГЛЖ по результатам ЭКГ. Не было выявлено отличительных особенностей клинического течения гипертонической болезни в группах пациентов с гиперхолестеринемией и гипергликемией. Эффективность проводимой на амбулаторном этапе медикаментозной терапии гипертонической болезни оказалась выше в группе пациентов с гипергликемией по сравнению с группой пациентов с гиперхолестеринемией на 7%.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Нилова Оксана Владимировна, Колбасников С.В.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ МЗ России, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности экстракраниальной гемодинамики и циркадного ритма АД у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическими нарушениями. Методы исследования: обследовали 130 больных АГ I-II стадии, из которых 66 больных без метаболических нарушений, 64 - с метаболическими нарушениями (ожирение, дислипидемия, гиперурикемия). Выполнялись ультразвуковая доплерография внутренних сонных артерий (ВСА), суточное мониторирование АД, а также проводили эхокардиографию с оценкой толщины эпикардального жира. Полученные результаты: в группе больных АГ без метаболических нарушений гемодинамика в бассейне ВСА характеризовалась достоверным снижением V_s ($72,9 \pm 2,3$) и $V_{ср}$ ($44,0 \pm 1,1$), RI ($0,56 \pm 0,8$) и увеличением PWI ($0,11 \pm 0,01$) и SB ($37,4 \pm 3,8$), что свидетельствовало об изменении упруго-эластических свойств сосудистой стенки и наличии турбулентного кровотока в месте локации. В бассейне ВСА асимметрия кровотока - у 6,3% (КА - $22,3 \pm 1,1\%$). Средний уровень САД - $115 \pm 2,6$ мм рт. ст., ДАД - $77 \pm 3,3$ мм рт. ст.; ВАР САД днем - $15,26 \pm 2,9$, ВАР ДАД днем - $11 \pm 0,2$, ВАР САД ночью - $14,6 \pm 1,7$, ВАР ДАД ночью - $10,6 \pm 1,2$, что соответствовало повышено нормальному уровню АД. Выявлено нарушение variability САД в дневные часы, а также САД и ДАД в ночное время суток. Чаще регистрировались нондипперы (62,5%) и найтпикеры (19%), а дипперы и овердипперы встречались реже (соответственно 12,5% и 6,2%). В структуре ДАД найтпикеры регистрировались у 18,7%, что свидетельствовало о дополнительной нагрузке на органы-мишени. Дипперы, нондипперы и овердипперы встречались реже соответственно у 31,5%, у 31,5%, у 19% больных. Толщина эпикардального жира составила $6,1 \pm 0,1$ мм. В группе больных АГ с метаболическими нарушениями - достоверное снижение V_s ($69,0 \pm 2,7$), $V_{ср}$ ($42,5 \pm 2,8$), RI ($0,51 \pm 0,1$) и увеличение PWI ($0,60 \pm 0,2$) и SB ($49,0 \pm 5,4$), что свидетельствовало о выраженном нарушении эласто-тонических свойств сосудистой стенки и наличии признаков стенозирования. У 14,2% больных регистрировалась выраженная (КА - $37,4 \pm 1,9\%$) асимметрия кровотока. Средний уровень САД составил $121 \pm 9,0$ мм рт. ст., ДАД - $96 \pm 4,6$ мм рт. ст., что соответствовало АГ 1 степени. ВАР САД днем - $15,7 \pm 2,4$, ВАР ДАД днем - $11,3 \pm 1,54$, ВАР САД ночью - $12,0 \pm 2,04$, ВАР ДАД ночью - $6,9 \pm 1,51$, что свидетельствует о нарушении variability АД как в дневные, так и ночные часы. Дипперы составили 47,6%, нондипперы - 52,4%, овердипперы и найтпикеры не регистрировались, что отражало недостаточную степень ночного снижения САД и ДАД. Толщина эпикардального жира составила $7,4 \pm 0,3$ мм, а также выявлена прямая корреляционная связь между толщиной эпикардального жира и ВАР САД ($r=0,427$), ВАР ДАД в дневные и ночные часы ($r=0,367$; $p<0,005$), степенью ночного снижения САД и ДАД ($r=0,348$; $p<0,005$). Выводы: у больных АГ с метаболическими нарушениями экстракраниальная гемодинамика характеризуется изменением эласто-тонических свойств сосудистой стенки, увеличением асимметрии кровотока и наличием признаков стенозирования, а также увеличением эпикардальной жировой ткани, что может свидетельствовать о более высоком сердечно-сосудистом риске и необходимости проведения профилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, У БОЛЬНЫХ ХСН С РАЗЛИЧНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК

Серова Д.В.(1), Серов В.А.(1), Шутов А.М.(1), Савинова И.Е.(2), Серова С.И.(3)

ФГБУ «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия (1)

ГУЗ " Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска", Ульяновск, Россия (2)

ГУЗ "Городская поликлиника №5 ", Ульяновск, Россия (3)

Цель исследования: изучить особенности медикаментозной терапии у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с различным функциональным состоянием почек.

Пациенты и методы. Обследовано 211 больных ХСН (126 мужчин и 85 женщин). Средний возраст больных составил $58,1 \pm 10,8$ лет. У 25 пациентов был диагностирован I функциональный класс (ФК), у 86 – II, у 96 – III ФК ХСН и у 4 – IV ФК ХСН. Диагностика ХСН и лечение больных проводилось в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН 2013г. Артериальная гипертензия диагностировалась при офисном АД140/90 мм рт. ст., при проведении СМАД: в дневные часы 135/85 мм рт. ст., в ночные часы 120/70 мм рт. ст., среднесуточно 130/80 мм рт. ст., индексе времени гипертензии 15 мм рт. ст. Артериальная гипотензия (АГип) диагностировалась при офисном АД100/60 мм рт. ст., при проведении СМАД для дневного АД 100/60 мм рт. ст., для ночного – 85/47 мм рт. ст. Транзиторной АГип считалось выявление гипотонии как минимум при одном измерении АД при проведении СМАД. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD-EPI. Хроническую болезнь почек (ХБП) диагностировали согласно NKF K/DOQI, Guidelines, 2002. СКФ в среднем составила $56,3 \pm 18,0$ мл/мин/1,73 м². У 73 больных диагностирована 3А стадия ХБП, у 34 – 3Б стадия, у 16 – 4 стадия ХБП.

Результаты. У 136 (64,5%) больных с ХСН на фоне лечения сохранялась офисное АД140/90 мм рт. ст., при этом не было выявлено связи величины АД и СКФ.

При офисном измерении АД артериальная гипотензия была выявлена у 14 (6,6%) больных. Значительно чаще – у 144 (68,2%) больных – выявлялась транзиторная АГип. При анализе лекарственной терапии пациентов ХСН с различной функцией почек, выявлено что у больных с ХБП 4 стадии по сравнению с пациентами со СКФ>60 мл/мин/1,73 м² достоверно чаще назначались антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА) и диуретики ($p < 0,05$), и достоверно снижалась частота назначения бета-адреноблокаторов (БАБ) и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) ($p = 0,001$). Частота назначения АРА возрастала по мере снижения СКФ, в то время, как частота назначения иАПФ снижалась. Выявлено достоверное снижение частоты назначения диуретиков у больных в группах с ХБП 3А и 3Б стадий по сравнению с пациентами со СКФ>60 мл/мин/1,73 м² ($p < 0,05$ и $p = 0,01$, соответственно). Было отмечено достоверное снижения частоты назначений у больных ХБП 4 стадии, по сравнению с группой больных с СКФ>60 мл/мин/1,73 м² ($p = 0,01$), однако при сравнении частоты назначения БАБ среди групп с ХБП стадий 3А и 3Б, достоверных различий выявлено не было.

Выводы. Несмотря на проводимую терапию артериальная гипертензия сохраняется у 64,5% больных ХСН, транзиторная артериальная гипотония – у 68,2%. Частота и выраженность транзиторной артериальной гипотонии у больных с ХСН увеличивается при снижении СКФ. Частота назначения иАПФ и диуретиков выше в группе больных с сохранной функцией почек, при снижении СКФ - чаще назначаются АРА.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Осадчий В.А., Буканова Т.Ю.

**ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России,
Тверь, Россия**

Цель. Выяснить особенности расстройств терминального кровотока в слизистой оболочке (СО) гастродуоденальной зоны и нарушений гемостаза у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны.

Методы исследования. Обследовано 39 больных ИБС, осложненной ХСН III-IV ф. к. (по NYHA) и эндоскопически верифицированными эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДК). Состояние микроциркуляции в СО гастродуоденальной зоны оценивалось по результатам микроскопии гистологических препаратов ее биоптатов, полученных в ходе эндоскопического исследования из области эрозий и язв. Особенности нарушений гемостаза изучались по данным коагулограммы.

Полученные результаты. Установлено, что расстройства терминального кровотока в СО желудка и ДК у больных ХСН с гастродуоденальными эрозиями и язвами обычно имели тромбгеморрагический характер и проявлялись расширением подавляющего большинства капилляров и венул, утолщением и аневризматическими выпячиваниями их стенок. В полнокровных капиллярах и венулах отмечалось множество крупных ригидных эритроцитарных агрегатов, пристеночных или обтурирующих микротромбов. В периваскулярных тканях определялся умеренный или выраженный отек и геморрагии по типу обширных эритроцитарных диссеминаций в толще СО и на уровне дна желез, меж- или подэпителиальных микрогематом. Этому сопутствовало сужение и (или) облитерация просвета большей части артериол, прежде всего, за счет продуктивного эндартериита. Примерно в половине случаев констатированы умеренно выраженные изменения собственной пластинки СО по их периферии, имевшие вид участков «луковичного фиброза».

По данным коагулограммы, у больных ХСН с гастродуоденальными эрозиями и язвами отмечалось ослабление коагуляционного потенциала крови, что отражалось существенным снижением протромбинового индекса, повышением международного нормализованного отношения и удлинением активированного частичного тромбопластинового времени при нормальном содержании фибриногена. Ослабление свертывающих механизмов сопровождалось усилением антикоагулянтной и угнетением фибринолитической активности крови, что проявлялось достоверным увеличением тромбинового времени и некоторым ускорением XIIa-зависимого фибринолиза. У всех пациентов определялись маркеры патологического внутрисосудистого свертывания крови в виде значительного повышения уровня растворимых комплексов фибрин-мономера. Оценка выявленных нарушений с позиций стадий тромбгеморрагического синдрома показала, что в 76,9% случаев они соответствовали стадии коагулопатии потребления, а в 23,1% – гиперкоагуляции.

Выводы. Нарушения микроциркуляции и гемостаза у больных ИБС с ХСН и эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны имеют ряд особенностей, которые необходимо учитывать при разработке лечебных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Деменко Т.Н.(1), Чумакова Г.А.(2)

КГБУЗ "Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи", Барнаул, Россия
(1)

ФГБОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Барнаул,
Россия (2)

ЦЕЛЬ: изучить нейропсихологический статус пациентов при разных формах фибрилляции предсердий (ФП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В исследование включено 102 пациента с ФП (57 мужчин и 45 женщин) в возрасте $62,7 \pm 1,3$ года, которые были разделены на 2 группы: в Группу 1 включено 52 пациента с постоянной ФП, в Группу 2 – 50 пациентов с пароксизмальной формой ФП. Нейропсихологический статус пациентов оценивался на основании шкалы депрессии Цунга, шкалы ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера–Ханина, шкалы оценки качества жизни (КЖ) SF-36, программно-аппаратного комплекса Status PF для анализа когнитивных функций.

РЕЗУЛЬТАТЫ: При сравнительном анализе показателей, полученных в тестах «объем механической памяти» ($3,8 \pm 1,5$ числа и $4,5 \pm 1,5$ слова против $3,7 \pm 1,5$ числа и $4,7 \pm 1,5$ слова; $p > 0,05$), «простые аналогии», «абстракция», «индукция» ($14,7 \pm 8,5$, $7,8 \pm 2,7$, $4,0 \pm 2,9$ балла против $16,3 \pm 8,9$, $8,4 \pm 2,5$, $4,1 \pm 2,9$ балла; $p > 0,05$), «нейродинамика» ($678,6 \pm 166,8$ против $629,2 \pm 193,0$ мсек; $p > 0,05$) существенных различий между Группой 1 и Группой 2 выявлено не было. Однако пациенты с постоянной ФП (Группа 1) показали более низкие результаты в тестах на внимание: «поле зрения» ($35,9 \pm 16,6$ сек против $30,0 \pm 10,8$ сек; $p = 0,039$) и «объем внимания» ($4,4 \pm 1,8$ фигуры против $5,1 \pm 2,0$ фигуры; $p = 0,049$).

Большинство обследованных пациентов (в Группе 1 - 92% и в Группе 2 - 94%) не страдали истинной депрессией. Признаки легкой депрессии ситуативного или невротического генеза в Группе 1 обнаружены у 6% пациентов и в Группе 2 у 4% пациентов. По 2% пациентов в Группе 1 и Группе 2 находились в субдепрессивном состоянии.

Уровень тревоги в Группе 1 и Группе 2 был повышен. При этом в Группе 1 68% пациентов имели высокий уровень ЛТ (средний балл 52,9 по шкале Спилбергера–Ханина) и 27% умеренный уровень ЛТ (средний балл составил 42,8). В Группе 2 ЛТ была более выражена, чем в Группе 1 и составила 76% пациентов с высокой ЛТ (средний балл 52,1) и 23% с умеренной ЛТ (средний балл 33,6).

При оценке КЖ по шкале SF-36, выявлено, что в Группе 1 физический компонент здоровья (PH) значительно хуже, чем психологический (MH) (MH $49,5 \pm 7,4$ балла и PH $29,8 \pm 4,3$ балла; $p < 0,05$), в Группе 2 в большей степени страдает психологический компонент здоровья (MH), чем физический (PH) (MH $26,6 \pm 7,5$ балла и PH $44,8 \pm 6,6$ балла; $p < 0,05$).

ВЫВОДЫ: При разных формах ФП существенных различий в когнитивной сфере выявлено не было. При постоянной форме ФП несколько хуже внимание. Пациентов с признаками истинного депрессивного состояния, способного вызвать псевдодеменцию (повлиять на способность выполнения заданий), выявлено не было, однако в обеих группах повышен уровень тревоги. При этом психологический компонент здоровья в большей степени страдает при пароксизмальной форме ФП, а физический – при постоянной ФП.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

ФГБОУ ВО "Волгоградский медицинский университет" Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель: изучить показатели микроциркуляции (МЦ) кожи у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от стадии хронической болезни почек (ХБП). Пациенты и методы. В исследование включено 120 больных АГ II-III стадии в возрасте от 40 до 65 лет. Пациенты были разделены на группы в зависимости от стадии ХБП (1 группа - ХБП С1, 2 группа - ХБП С2, 3 группа - ХБП С3а, 4 группа - ХБП С3б). Всем больным проводили оценку общего состояния, измерение частоты сердечных сокращений и артериального давления (АД) на обеих руках в положении пациента сидя по стандартной методике, антропометрию. Изучали показатели МЦ кожи методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), функциональное состояние почек, определяли уровень HbA1c. Результаты. С утяжелением стадии ХБП от С1 до С3б отмечено достоверное увеличение процента больных со снижением тканевого кровотока. Процент больных с выраженными нарушениями венозного оттока (застой) был статистически значимо больше среди лиц 3 группы по сравнению с лицами 2 группы (31,9 vs 15,6%). Независимо от стадии ХБП среди пациентов с АГ и СД 2 типа преобладал гиперемический гемодинамический тип МЦ (ГТМ). При анализе функционального состояния почек отмечено, что уровень протеинурии (ПУ) был ниже у больных 1 группы по сравнению с больными 2, 3 и 4 групп (426,4±49,4 vs 623,9±61,4 vs 734,3±60,1 vs 737,3±85,2 мг/г соответственно, $p < 0,05$). Уровень альбуминурии (АУ) статистически значимо нарастал от 1 к 4 группе больных АГ и СД 2 типа. При проведении корреляционного анализа обнаружены статистически значимые связи между функциональным состоянием почек и параметрами МЦ кожи. Выявлены достоверные корреляционные зависимости между уровнем АУ и показателем МЦ (ПМ) - $r = -0,15$, уровнем ПУ и ПМ ($r = -0,35$), ПУ и потреблением тканями кислорода ($r = -0,34$). Отмечена прямая корреляционная зависимость между СКФ (СКД-ЕРІ) и потреблением кислорода тканями (І) - $r = 0,2$, $p < 0,05$. Заключение. Выявлены особенности показателей МЦ кожи у больных АГ в сочетании с СД 2 типа в зависимости от стадии ХБП.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ) ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Абдрахманова А.И.(1), Ослопова Ю.В.(1), Абдульянов И.В.(2), Хасанова Р.Н.(3)

Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия (1)

ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр» Минздрава России, Казань, Россия (2)

Казанский Федеральный Университет, Москва, Россия (3)

Цель: оценка состояния коронарных артерий (КА) у больных с безболевым ишемией миокарда (ББИМ) по данным коронароангиографии (КАГ), оценить выраженность поражения коронарных артерий, выявить наиболее уязвимые ветви КА для поражения атеросклерозом.

Методы исследования: проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ББИМ, которым была проведена КАГ в период с января 2009 г. по декабрь 2015 г. Общее количество составило 85 пациентов в возрасте от 45 до 74 лет (средний возраст $60,12 \pm 6,84$ лет); 71 мужчина (83,5%), 14 женщин (16,5%). При визуальном анализе коронарограмм оценивались магистральные КА: ствол левой коронарной артерии (ЛКА), правая межжелудочковая артерия (ПМЖА), огибающая артерия (ОА), правая коронарная артерия (ПКА). Выявляли наличие множественных поражений и количество пораженных артерий.

Результаты: по результатам КАГ 7 (8%) пациентов имели малоизмененные КА, 11 (13%) – однососудистое, 24 (28%) – двухсосудистое, 43 (51%) – множественные поражения КА. Наиболее часто поражающимися артериями стали ПМЖА и ПКА (78,8 % и 56,5 % соответственно) и ОА (42%). При анализе уровня поражения преобладают средний и проксимальный сегменты ПМЖА (72% и 55%), ПКА (58% и 31%), ОА (58% и 78%). Гемодинамически значимые стенозы встречались в ПМЖА (63%), в ПКА (61%), ОА (57%). В анализируемой группе пациентов наиболее часто поражающейся КА второго порядка стала: ветвь тупого края (ВТК) – ветвь ЛКА (30 %), в 70% случаев стеноз был критическим.

Выводы: По результатам КАГ подавляющее количество пациентов с безболевым ишемией миокарда – 51 % имеют многососудистые поражения КА. ПМЖА и ПКА являются наиболее уязвимыми магистральными КА (78,8 % и 56,5 %). Высокий уровень критического стеноза встречается в ОА (57%), ПМЖА (63%), ПКА (61%). Наиболее часто поражающейся КА второго порядка стала ВТК (30%), в 70% случаев стеноз критический.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Слезова В.И.

ООО «Медицина АльфаСтрахования» (г.Ростов-на-Дону), Ростов, Россия

Цель: Оценить выраженность гипертрофии миокарда, особенности ремоделирования ЛЖ, исследовать состояние артериальной стенки: толщину комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТКИМ ОСА) у больных артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: В исследование было включено 72 пациента (средний возраст

52 ± 6,3 лет). В зависимости от наличия или отсутствия метаболического синдрома больные были разделены на две равные группы по 36 человек: В 1-ю группу входили пациенты с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС); 2-ю группу составляли пациенты с артериальной гипертензией без метаболического синдрома. При помощи трансторакальной эхокардиографии измеряли массу миокарда ЛЖ, с индексированием его по площади поверхности тела (ИММЛЖ, г/м²), определяли относительную толщину стенок левого желудочка (ЛЖ), УЗ методом исследовали толщину КИМ брахиоцефальных артерий.

Результаты: У пациентов с АГ и метаболическими нарушениями ИММЛЖ составляла 149,9 ± 3,1 г, что достоверно превышает показатели ИММЛЖ у больных без метаболического синдрома (96,1 ± 5,2 г; $p < 0,05$). У больных АГ без МС концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ имела место у 6 (15 %) обследованных, эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ — у 15(43 %), концентрическое ремоделирование (КР) — у 3(8 %), нормальная геометрия ЛЖ — у 12(34 %) больных. При МС наиболее часто выявлялась концентрическая гипертрофия ЛЖ — в 55 % случаев(20 человек), эксцентрическая гипертрофия ЛЖ была обнаружена у 12(35 %) больных, концентрическое ремоделирование ЛЖ — у 3(10 %) пациентов; больных с нормальным типом геометрии ЛЖ в данной группе выявлено не было. Толщина КИМ ОСА была достоверно увеличена у 25 больных с метаболическим синдромом (70 %) – 0,11 мм; контроль — 0,08 мм; ($p < 0,05$), у 9 из них (25 %) выявлены атеросклеротические бляшки в области бифуркации СА, о чем свидетельствовало утолщение КИМ более 1,3 мм. У пациентов с АГ без метаболического синдрома увеличение толщины КИМ выявлялось у 13 человек(36%), в том числе у 4(11%)-атеросклеротические бляшки.

Выводы: У больных артериальной гипертензией достоверно чаще отмечается поражение органов-мишеней, по сравнению с больными артериальной гипертензией без метаболических нарушений. Это свидетельствует о необходимости адекватной гипотензивной терапии, направленной на защиту органов-мишеней. Особое внимание следует уделить группе пациентов с наличием МС.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОБЩЕГО БИЛИРУБИНА КРОВИ

Дьякова О.Н., Горбунова О.Е., Шварц Р.Н., Панова Т.Н.

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ РФ, Астрахань, Россия

Цель: определить особенности процесса ремоделирования миокарда левого желудочка при развитии хронической сердечной недостаточности у мужчин в зависимости от уровня общего билирубина крови.

Материалы и методы: обследовано 246 мужчин больных хронической ишемической болезнью сердца, имеющих хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I-III ФК (NYHA), без заболеваний печени и анемии на момент исследования или в анамнезе: 1 гр. – 146 человек с уровнем общего билирубина (ОБР) 8 мкмоль/л, средний возраст 60 лет [54;63], 2-я гр. – 100 человек, средний возраст 57 лет [52;63] с уровнем ОБР 8 мкмоль/л. ОБР, его фракции определяли фотометрическим способом. Эхокардиография (ЭхоКГ) проводилось на аппарате «Toshiba Hario». Статистический анализ проводился при помощи пакета программ Statistika 7.

Результаты. В 1гр. в 1,7 раза чаще чем во 2гр. регистрировалась ХСН III ФК (NYHA), (33% vs 20%; $p<0,05$). Риск сердечно-сосудистых осложнений у больных 1гр. достоверно выше, чем во 2гр.: перенесенный инфаркт миокарда – 61% vs 47%, артериальная гипертензия – 85% vs 68%, сахарный диабет – 47% vs 37%, мозговой инсульт – 29% vs 22%. Чрескожные коронарные вмешательства регистрировались в 1гр. в 1,2 раза чаще, чем во 2гр. (33% vs 27%; $p<0,05$). У больных 1 гр. в сравнении со 2гр. отмечено достоверное увеличение размера левого предсердия (ЛП), толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ЛЖ), индекса массы миокарда, конечного систолического и конечного диастолического размеров ЛЖ, уменьшение фракции выброса (ФВ) ЛЖ. Корреляционный анализ выявил достоверные ($p<0,05$) отрицательные связи между размером ЛП и прямым билирубином (ПБР) ($r=-0,51$), непрямым билирубином (НБР) ($r=-0,58$), ОБР ($r=-0,59$); положительные корреляции ($p<0,05$) между ФВ и ПБР ($r=+0,51$), НБР ($r=+0,56$), ОБР ($r=+0,57$). С помощью расчетных показателей ЭхоКГ у больных 1гр. и 2гр. соответственно выявлен следующий спектр типов ремоделирования миокарда ЛЖ: нормальная геометрия – 36% vs 40%, концентрическая гипертрофия – 12% vs 11%, эксцентрическая гипертрофия – 24% vs 17%, эксцентрическая дилатационная гипертрофия – 28% vs 32%.

Выводы: 1. Неблагоприятные изменения геометрии левого предсердия, левого желудочка, систолическая дисфункция, достоверно более частая регистрация III ФК ХСН (NYHA) на фоне высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у мужчин больных хронической ишемической болезнью сердца взаимосвязаны с уровнем общего билирубина крови 8 мкмоль/л.

2. Ремоделирование сердца при развитии хронической сердечной недостаточности у мужчин больных хронической ишемической болезнью сердца с уровнем общего билирубина в крови 8 мкмоль/л чаще идет по типу эксцентрической гипертрофии.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Горбунова С.И.(1), Джанибекова А.Р.(1), Сочилова С.Д.(2)

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия (1)

ГБУЗ СК «ГКБ №3», Ставрополь, Россия (2)

Цель. Оценить возрастные особенности показателей суточного профиля артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

□Методы исследования. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проведено 86 пациентам с ГБ в ассоциации с СД 2, которых рандомизировали по возрасту: группу пожилых больных составили 39 человека (средний возраст $72,2 \pm 1,4$ лет), в группу сравнения вошли 47 пациентов зрелого возраста (средний возраст $56,6 \pm 2,7$ лет). Исследуемые группы были сопоставимы по длительности ГБ и СД 2. Диагноз ГБ устанавливали на основании Российских рекомендаций «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (ВНОК, 2013). Больные с вторичными формами АГ из исследования исключались. В исследование не включались пациенты с декомпенсацией СД 2. СМАД проводилось на портативном аппарате МДП-НС-01 (ДМС-Передовые Технологии, г. Москва) в условиях свободного двигательного режима и продолжалось в среднем 24 1,5 часа. Интервал между измерениями артериального давления (АД) равнялся 30 минут в период бодрствования и 60 минут во время сна. Оценивались средние значения систолического (САД), диастолического (ДАД), пульсового (ПАД) АД за сутки, день и ночь, суточный индекс САД и ДАД, вариабельность САД и ДАД в дневные и ночные часы.

□Полученные результаты. При анализе средних показателей СМАД было установлено, что ДАД среднесуточное ($78,5 \pm 7,5$ мм рт.ст.) и среднедневное ($80,5 \pm 2,6$ мм рт.ст.) было достоверно ниже у больных пожилого возраста в сравнении с пациентами среднего возраста с ГБ и СД 2 ($85,1 \pm 3,7$ и $88,5 \pm 6,1$ мм рт.ст., соответственно). При этом у пожилых больных регистрировались достоверно высокие цифры ПАД в дневные ($64,4 \pm 8,3$ мм рт.ст.) и ночные часы ($65,9 \pm 11,6$ мм рт.ст.) в сравнении с пациентами зрелого возраста.

При анализе суточного профиля АД было выявлено преобладание нарушенного суточного ритма АД у больных пожилого возраста. В структуре данных нарушений у пожилых больных ассоциированной патологией достоверно преобладал «nightpeaker»-тип (ночное повышение АД) в сравнении с больными среднего возраста (53,6% и 16,9% для САД и 46,6% и 13,2% для ДАД, соответственно). При оценке вариабельности АД были установлены достоверно низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД у больных пожилого возраста с ассоциированной патологией в сравнении с больными среднего возраста.

□Выводы. Особенности показателей СМАД у больных ГБ на фоне СД 2 типа являются высокие цифры ПАД в дневные и ночные часы, что является мощным независимым предиктором сердечно-сосудистых осложнений; преобладание нарушенного суточного ритма АД («night-peaker»-тип для САД и ДАД), а также низкие показатели ночной вариабельности САД и дневной вариабельности ДАД, отражающие наличие ригидности состояния гемодинамики у пожилых больных.

ОТ КАКИХ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАВИСИТ СТЕПЕНЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ РАБОЧЕГО ПОСЕЛКА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ?

**Посненкова О.М.(1), Герасимов С.Н.(1), Киселев А.Р.(1), Попова Ю.В.(1), Попов И.А.(1),
Александрова И.Н.(2), Гриднев В.И.(1), Довгалецкий П.Я.(1)**

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия (1)

ГУЗ "Энгельсская городская поликлиника №4", Энгельс, Россия (2)

Обоснование. Знание предикторов удовлетворительного и неудовлетворительного контроля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) позволит эффективнее управлять лечением в реальной клинической практике.

Цель – выявить клинические характеристики, которые влияют на достижение целевого АД у пациентов с АГ, наблюдающихся в поликлинике рабочего поселка Саратовской области.

Материал и методы. Изучены данные амбулаторных карт 182 пациентов с эссенциальной АГ (средний возраст $64,6 \pm 11,3$ лет, 48,5% - мужчины), которые обращались за медицинской помощью в поликлинику рабочего поселка Саратовской области в период с 01.07.2015 по 31.07.2015 – первый этап ($n = 88$) и с 01.07.2016 по 31.07.2016 – второй этап ($n = 94$). Включались все последовательные пациенты, посетившие участкового врача, врача общей практики или кардиолога в ходе одного случайно выбранного приема на первом и на втором этапе. В исследовании принимали участие все врачи поликлиники, осуществляющие лечение больных АГ: 11 участковых терапевтов, 2 врача общей практики, 1 кардиолог. Сравнивались клинические характеристики пациентов с целевым АД ($< 140/90$ мм рт. ст.) и не целевым АД ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) на последнем визите за предшествующие 12 месяцев. Для выявления факторов, ассоциированных с достижением целевого АД, использовался дискриминантный анализ. В качестве факторов при построении модели учитывались основные демографические данные (пол и возраст), данные анамнеза, факторы риска, параметры медикаментозного и немедикаментозного лечения. В многофакторную модель включались факторы, показавшие при однофакторном анализе уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. В изучаемой группе ($n = 182$) АД соответствовало целевому уровню у 93 больных АГ (51%). Пациенты с целевым АД достоверно отличались от пациентов с неконтролируемой АГ. Они реже были женского пола (53,8% против 69,7, $p = 0,028$), чаще имели перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (22,6% против 10,1%, $p = 0,024$). В то же время они реже страдали другими формами стабильной ИБС (55,9% против 73%, $p = 0,016$). Им реже назначались тиазидоподобные диуретики (9,7% против 21,3%, $p = 0,03$). Количество назначенных антигипертензивных препаратов было достоверно ниже в группе оптимального контроля АД: $1,63 \pm 0,12$ против $1,98 \pm 0,11$ в группе не оптимального контроля ($p = 0,018$).

Построенная дискриминантная модель обладала высокой предсказательной ценностью (ОШ 5,4 (95% ДИ 2,7-10,7), $p < 0,001$) и учитывала два наиболее значимых фактора: перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе (ОШ 2,6 (95% ДИ 1,1 – 6,6), $p = 0,032$) и количество назначенных антигипертензивных препаратов ≥ 2 (ОШ 0,4 (95% ДИ 0,2 – 0,7), $p = 0,003$).

Заключение: У больных АГ, наблюдающихся в поликлинике рабочего поселка Саратовской области наличие инфаркта миокарда в анамнезе повышает вероятность достижения целевого АД в 2,6 раза, а назначение двух и более антигипертензивных препаратов на 40% снижает вероятность его достижения. У пациентов, перенесших инфаркт миокарда и получающих менее двух антигипертензивных препаратов, вероятность достижения целевого АД в 5,4 раза выше, чем при отсутствии этих факторов.

ОЦЕНКА ВАГУСНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ТЕСТОВ

Скуратова Н.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомельская областная детская клиническая больница, Гомель, Беларусь

Введение. Оценка вагусной кардиальной функции у детей позволяет определить дисбаланс в регуляции вегетативной нервной системе, в частности ее парасимпатического звена. При этом кардиоваскулярные тесты (КВТ) приобретают особое значение [1,2].

Материалы и методы исследования. КВТ были проведены у 87 обследованных детей. Из них – 43 человека с функциональными изменениями на электрокардиограмме (ЭКГ) основной группы (ОГ), (ср. возраст $12,5 \pm 2,1$ лет), 24 здоровых ребенка, занимавшихся спортом контрольной группы (КГ), (ср. возраст $12,5 \pm 1,9$ лет) и 20 детей (ср. возраст $12,5 \pm 1,8$) с установленной ВД.

Результаты и обсуждение. При анализе Кг-г было выявлено, что у детей ОГ патологические значения данного коэффициента ($K < 1,2$) были получены у 24 (56%) обследованных, пограничное значение Кг-г ($K = 1,2 - 1,4$) имело место в 11 (26%) случаях, нормальное значение ($K > 1,4$) – у 8 человек (18%). В КГ патологические значения Кг-г имели место у 10 (42%) лиц, пограничные – у 8 (33%) детей, нормальные значения – у 6 (25%) человек. У детей с ВД патологические и пограничные значения Кг-г зарегистрированы у 10 (50%) и 6 (30%) человек соответственно, нормальные значения Кг-г имели место в 4 (20%) случаях ($p > 0,05$; 2). По данным результатов К 30:15 были получены следующие данные. У большинства детей ОГ (34 человека – 79%) имели место патологические значения К30:15 ($K < 1,2$), у 8 (19%) детей регистрировались нормальные значения данного коэффициента ($K > 1,35$), в 1 (2%) случае констатировано пограничное значение К30:15 ($K = 1,2 - 1,35$). В КГ преобладали дети (13 человек – 54%) с нормальными значениями данного коэффициента, патологические значения К30:15 регистрировались у 10 (41%) юных спортсменов, пограничное значение К30:15 имело место в 1 (4%) случае. У 20 (100%) детей с ВД зарегистрированы патологические значения К30:15. При статистическом анализе выявлено, что у детей ОГ достоверно чаще имели место патологические значения К30:15 по данным КВТ в сравнении с группой здоровых детей, занимавшихся спортом ($2 = 7,9$; $p = 0,005$). При анализе КВальс у детей ОГ патологические ($K < 1,3$) и пограничные значения ($K = 1,3 - 1,7$) данного коэффициента имели место у 12 (28%) и 12 (28%) детей, нормальные значения КВальс ($K > 1,7$) – у 19 (44%) лиц. В КГ у большинства детей (20 человек – 83%) имели место нормальные значения данного коэффициента. Патологические и пограничные значения регистрировались у 2 (8%) и 2 (8%) лиц соответственно. У большинства детей с ВД регистрировались пограничные (9 лиц – 45%) и нормальные (9 человек – 45%) значения КВальс. Патологические значения КВальс имели место у 2 (10%) детей с ВД.

При статистическом анализе выявлено, что здоровые дети, достоверно чаще демонстрировали нормальные значения КВальс, в сравнении с группой детей ОГ ($2 = 8,2$; $p = 0,004$) и группой детей с ВД ($2 = 5,5$; $p = 0,02$).

Выводы. 1. Патологические значения К30:15 и КВальс у детей с функциональными изменениями на ЭКГ, могут указывать на дисбаланс в функционировании симпатического и парасимпатического звена.

2. Снижение коэффициентов данных проб указывают на ухудшение функционального состояния организма, однако интерпретация данных феноменов должна строиться с учетом клинических данных.

Литература.

1. □Беляева, Л.М. Кардиоваскулярные пробы в диагностике вегетативной дисфункции у юных спортсменов / Л.М. Беляева, Н.А. Скуратова // Репродуктив. здоровье в Беларуси. – 2012. – № 4. – С. 79–84.

2. □Скуратова, Н.А. Значение ортостатических тестов и пробы с реактивной гиперемией в обследовании юных спортсменов / Н.А.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ЧАСТОТой ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИМ

Киличев А.А., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение взаимосвязи между частотой встречаемости желудочковой аритмией и диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) у больных Q-волновым инфарктом миокарда (ИМ).

Методы исследования. Обследованы 87 больных мужского пола с первичным Q волновым ИМ. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих характерные клинические, лабораторные и инструментальные. Эхокардиографическое и доплерографическое исследование проводилось на аппарате «Sonoline Versa Pro» по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Длительная регистрация ЭКГ осуществлялась в условиях свободного режима пациента с помощью компьютерной системы «Cardio Sens+». Для характеристики ЖЭ использовались градационная классификация B.Lown и M.Wolf (1971) и прогностическая классификация J.Bigger (1982). Согласно классификации J.Bigger, после перенесенного ИМ к потенциально опасным ЖА относили ЖЭ >10 в час, парные ЖЭ и групповые ЖЭ. Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6.0.

Полученные результаты. При анализе данных доплерэхокардиографии нами выявлены следующие варианты ДДЛЖ: по I типу у 43,7%, по II типу у 31%, по III типу у 25,3% пациентов. По данным суточного мониторирования ЭКГ на 10-14 сутки у больных с Q-ИМ ЖЭ регистрировалась в 76 (88%) случаях. Из них согласно классификации J.Bigger ПОЖА выявлены у 37 (49%) больных. В зависимости от частоты и характера ЖЭ по результатам ХМЭКГ больные были разделены на 2 группы: первую составили 50 больных либо с отсутствием и либо с редкой до 10 в час ЖЭ, вторую – 37 с наличием ПОЖА. При этом в I группе больных с отсутствием или редкой ЖЭ распространенность ДДЛЖ составила 69,3%, 26,0% и 4,7% соответственно I, II и III типам ДДЛЖ. Тогда как в группе пациентов с ПОЖА частота выявляемости ДДЛЖ составила 43,5%, 29,6% и 26,9% соответственно I, II и III типам ДДЛЖ.

Выводы. Анализ результатов исследования показал наличие взаимосвязи между потенциально опасными нарушениями ритма сердца и выраженностью диастолической дисфункции левого желудочка у больных острым Q-ИМ.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА НА ЛИПИДЫ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Шарипова А.А., Исхаков Ш.А., Убайдуллаева З.З., Турсунов Р.Р.

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

Цель. Оценить влияние терапии розувастатином на показатели липидного обмена и эхокардиографические(ЭХОКГ) параметры миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца(ИБС) узбекской популяции.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов (67,5% - мужчин и 32,5% - женщин) с ИБС, стабильной стенокардией I-III функционального класса(ФК)(средний возраст 59,1 лет, длительность заболевания - 5,5 лет.). Лечение включало дезагреганты; бета-блокаторы; по показаниям - нитраты, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики. Пациенты(40) получали розувастатин в течение 6-ти месяцев. □Исходно и через 6 месяцев изучали общий холестерин(ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХСЛП высокой плотности(ХСЛПВП), триглицериды(ТГ), проводилась ЭХОКГ с оценкой основных параметров структурно-функционального состояния ЛЖ, Samsung «Accuvix 20» и ультразвуковое исследование(УЗИ) общей сонной артерии(ОСА) проводили прибором Samsung medison «SonoACE X6» с оценкой(толщины комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) на уровне 1 см проксимальнее места бифуркации по задней по отношению к датчику стенке.

Результаты. У больных, получавших розувастатин, наблюдали уменьшение содержания ОХС(с $6,9 \pm 0,31$ до $4,83 \pm 0,21$), ХСЛПНП(с $3,6 \pm 0,20$ до $2,3 \pm 0,18$ ммоль/л) ТГ(с $2,5 \pm 0,12$ до $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л) и небольшое увеличение уровня ХСЛПВП(с $1,1 \pm 0,04$ до $1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). Показатели ЭХОКГ под влиянием статина сопровождалась увеличением фракции выброса(ФВ) ЛЖ. До лечения этот показатель в среднем составил 59%, а после лечения – 61,5%. Масса миокарда ЛЖ(ММЛЖ) до лечения – 188 г, а после – 181,5 г или 3,5%, толщина задней стенки ЛЖ(ТЗЛЖ) – 1,1 см до лечения и 1,05 см после, толщина межжелудочковой перегородки(ТМЖП) до и после лечения – 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ(КДР) - 4,95 и после лечения 4,9 см, конечно-диастолический объем(КДО) до лечения - 124, 5 мл и после лечения – 119 мл, конечно-систолический объем(КСО), до лечения – 48,5 мл и 49,5 мл. При этом ударный объем(УО) до лечения составил 79 мл, а после лечения 77,5 мл. Под влиянием розувастатина улучшились такие параметры ЭХОКГ как ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. Проведенное исследование показало целесообразность проведения ЭХОКГ исследования, определения ТКИМ ОСА для оценки эффективности лечения, а также ТКИМ ОСА в качестве маркера атеросклеротических поражений. ЭХОКГ и УЗИ доплер брахиоцефальных артерий(БЦА), позволяет в комплексе с другими клиническими и лабораторными данными (в том числе определением уровня ОХС, ХС ЛПНП и ТГ) заподозрить мультифокальный атеросклероз у больных с поражением одного из сосудистых регионов. Следует отметить, что побочных явлений у больных не выявлено.

Заключение Включение розувастатина в терапию пациентов с ИБС сопровождалось выраженным гиполлипдемическим действием препарата, благоприятной динамикой основных показателей, характеризующих структурно-функциональное состояние ЛЖ и изученные показатели БЦА.

ОЦЕНКА ДАВЛЕНИЯ В АОРТЕ ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ГИПЕРТЕНЗИИ/ПРЕГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЁЖИ

Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Хайт Г.Я., Гусев С.В.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – провести офисную оценку центрального давления (ЦД) в сравнении с периферическим АД у лиц молодого возраста с учётом присутствия/отсутствия основных ФР в рамках внутривузовской диспансеризации студентов.

Материал и методы. Представлен анализ обследования 80 студентов СтГМУ, выполненного на базе Центра студенческого здоровья в рамках проекта «Вуз – территория здоровья». Исследование включало студентов в возрасте от 19 до 23 лет (41 юноша и 39 девушек). Проводили скрининг таких ФР, как наследственная отягощённость по ранним кардиометаболическим заболеваниям, а также офисная артериальная гипертензия / прегипертензия/ (АГ/ПГ), избыточная масса тела (МТ), дислипидемия и гипергликемия (полосочная экспресс-диагностика), курение (газоанализатор «Smoke Check», «Micro Medical Ltd.», Великобритания) и низкая стресс-устойчивость (анкета Ридера). С учётом отсутствия или наличия одного и более ФР обследованных распределяли по двум группам наблюдения: 1гр. – ФР нет; 2гр. - ФР есть (среднее число ФР $2,7 \pm 0,6$). Доклинические изменения сосудистой стенки изучали по показателям АД в аорте и индекса его аугментации [20] с помощью программно-диагностического комплекса BPLab Vasotens-Office(компания «Пётр Телегин», Н-Новгород). Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6.0» («StatSoft Inc»). Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты. Оказалось, что две трети студентов-медиков - 54 человека из 80, то есть 67,5% характеризовались наличием одного и более ФР. Из них почти половина отличалась наличием двух и более таких факторов. Индивидуальный сравнительный анализ результатов периферического и центрального АД каждого обследованного позволил установить особенности встречаемости различных вариантов АГ в сравниваемых группах. Оказалось, что в группе лиц без ФР системная ПГ/АГ зарегистрирована менее, чем у 4%, а в группе студентов с наличием этих факторов почти в 10 раз чаще ($p < 0,01$). Среди последних лиц с ФР практически у каждого десятого обнаружена скрытая форма ПГ/АГ, а при отсутствии ФР - ни разу такая форма повышения АД не выявлена. Ложная же форма ПГ/АГ регистрировалась практически одинаково в обеих группах наблюдения – у каждого двенадцатого. В итоге лиц со стойкой нормотензией среди студентов с благоприятным фоном оказалось практически в 2 раза больше по сравнению со сверстниками-носителями различных ФР.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о заметном влиянии ФР на большинство показателей не только периферической, но и центральной гемодинамики лиц молодого возраста. Причём, нередко нарушения ЦАД присутствуют в изолированном виде, что диктует необходимость его оценки в процессе профилактических обследований молодёжи в рамках её диспансеризации одновременно с традиционной оценкой давления на плечевой артерии. Особого внимания требует скрытая гипертензия, которая нами выявлялась только у лиц с наличием ФР, причём у девушек также часто, как и системная форма, а у юношей она заметно уступала по частоте системной прегипертензии/гипертензии. Изолированное повышение аортального давления, выявленное нами у части студентов-носителей различных ФР, указывает на целесообразность выполнения исследования центрального давления у молодых людей

ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Нуритдинов Н.А., Аvezов Д.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследованы 78 больных перенесших инфаркт миокарда, осложненной ХСН. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от сократительной способности миокарда: 1 группу составили 41 больных с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса (ФВ)50%) и 37 больных со сниженной ФВ (<40%). Выделяли следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ - нарушения релаксации, псевдонормализация, рестриктивный тип.

Полученные результаты. Анализ полученных данных у обследованных больных ХСН выявлялись следующие типы нарушений диастолической функции ЛЖ: у 36 (46,2%) больных - нарушения релаксации, у 19 (24,3%) - псевдонормализация и у 14(18%) – рестриктивный тип. Нормальные показатели диастолической функции определены у 9 (11,5%) больных. Анализ распространенности различных типов диастолической дисфункции левого желудочка показал, что тяжелые нарушения диастолической функции левого желудочка – псевдонормальный и рестриктивный тип достоверно чаще встречались в группе пациентов со сниженной систолической функцией левого желудочка. Показатель ФВ также был достоверно ниже в группе больных с рестриктивным типом нарушения.

Выводы. У больных ХСН изучение диастолической функции ЛЖ у больных хронической сердечной недостаточностью имеет важное прогностическое значение.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ У БОЛЬНЫХ STEMI ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Романовская Е.М., Галимская В.А., Олейников В.Э.

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель исследования: определить изменение показателей глобальной продольной деформации при динамическом обследовании больных STEMI с использованием методики двухмерного стрейна в зависимости от эффективности ревазуляризации.

Материалы и методы: в исследование была включена 1 группа (49 пациентов с ИМпST), состоящая из 45 мужчин и 4 женщин в возрасте от 34 до 65 лет ($51,25 \pm 9,05$ лет), и контрольная 2 группа, состоящая из 21 здорового добровольца (13 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 30 до 58 лет ($44,9 \pm 6,8$ лет). Критериями включения в группу 1 было отсутствие в анамнезе предшествующих инфарктов и другой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, диагностически значимому уровню кардиоспецифических маркеров некроза миокарда (тропонин T, КФК-MB) и по результатам коронароангиографии (КАГ) с наличием одной инфаркт-связанной коронарной артерии. Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 7-8 день от начала заболевания. Для оценки показателей глобальной продольной деформации (GLS) использовалось программное обеспечение X-Strain™.

Результаты: с учетом эффективности ревазуляризации по шкале TIMI больные 1 группы были разделены на 2 подгруппы: в подгруппу 1а вошло 34 пациента (69%) с хорошим ангиографическим результатом (TIMI 2-3), в 1б – 15 пациентов (31%) с неудовлетворительным (TIMI 0-1). В подгруппе 1а после проведенной реперфузии отмечалось снижение GLS ($20,2 \pm 4,1$) на 11% ($p < 0,01$) от контрольных значений ($22,8 \pm 2,5$), а в подгруппе 1б данные показатели были снижены на 50% ($11,5 \pm 4,8$; $p < 0,001$) при сопоставлении со здоровыми субъектами. Нужно отметить, что среди пациентов 1а группы, несмотря на хорошие показатели по шкале TIMI, было выявлено 6 больных (18%) со сниженными показателями GLS ($15,2 \pm 1,6$). При повторном обследовании больных STEMI через 3 месяца в группе TIMI 2-3 выявлено снижение GLS ($20,7 \pm 3,4$) на 9% от контрольных значений, а у рассмотренных выше 6 пациентов отмечалось увеличение показателей ($19,4 \pm 4,3$) на 28% от исходных данных. В группе TIMI 0-1 показатели GLS ($13,6 \pm 3,6$) уступали значениям здоровых субъектов на 40% ($p < 0,01$) и увеличились на 18% по отношению к первоначальным результатам.

Выводы: в группе TIMI 2-3 отмечалось незначительное снижение показателей глобальной продольной деформации, что может отражать частичное эндокардиальное повреждение. В группе больных с TIMI 0-1 определялось значительное уменьшение данных значений, сохраняющееся при динамическом обследовании больных, что подтверждает неэффективность проведенного ЧКВ и более серьезное ишемическое повреждение миокарда ЛЖ.

ОЦЕНКА КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ.

Лузина Татьяна Владимировна, Урванцева Ирина Александровна, Ефимова Лариса Петровна, Алмазова Елена Геннадьевна

БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр Диагностики и Сердечно-Сосудистой Хирургии», кафедра кардиологии г. Сургут, Ханты Мансийский автономный округ, Россия

Оценка коморбидных состояний у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов.

Т.В. Лузина, И.А. Урванцева, Л.П. Ефимова, Е.Г. Алмазова

БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр Диагностики и Сердечно-Сосудистой Хирургии», кафедра кардиологии г. Сургут, ХМАО-Югра, Россия

Цель: Коморбидность является распространенным и актуальным, но недостаточно изученным явлением. Большинство современных пациентов имеют множество сопутствующих заболеваний. Целью данного исследования является оценка коморбидных состояний у больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных сосудов.

Материалы и методы В исследование включены данные амбулаторного наблюдения пациентов в БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр Диагностики и Сердечно-Сосудистой Хирургии» (БУ ОКД «ЦД и ССХ») с атеросклерозом брахиоцефальных артерий. Отобрано 100 случаев атеросклеротического поражения брахиоцефальных сосудов с неврологической симптоматикой и отягощенной коморбидностью: мужчины 55 человек, женщины 45 человек. Средний возраст общей группы 57 ± 7 . Группа пациентов была разбита на подгруппы по возрасту, согласно классификации ВОЗ и MOT. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета анализа программы Microsoft Excel.

Полученные результаты: Средний возраст общей группы, мужчин и женщин 57 ± 7 . Большая часть пациентов находится в возрастном интервале от 50 до 64 лет. Достоверных отличий по полу в разных возрастных группах не выявлено ($p > 0,05$). Группа «средний взрослый возраст 36-45 лет» состоит из 5 пациентов (5%), из них 2 мужчины и 3 женщины. Достоверные отличия по полу ($p > 0,05$) выявлены по нозологиям Гипертоническая болезнь(ГБ), Ишемическая болезнь сердца (ИБС), заболевания щитовидной железы, у женщин преобладают заболевания нарушение ритма сердца(НРС) – 67% и ГБ – 100%. Группа «поздний взрослый возраст 46-60 лет» состоит из 66 пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов (66% от общего количества), из них 37 мужчин и 29 женщин. Достоверные отличия по полу ($p > 0,05$) наблюдаются в группе поздний взрослый возраст по нозологиям ИБС, заболевания щитовидной железы, ревматологические заболевания: у женщин преобладают заболевания ГБ – 90% в, у мужчин ИБС – 48%, мультифокальный атеросклероз – 95%. Группа «пожилой возраст 61-74 лет» состоит из 27 человек (27%), из них 14 мужчин и 13 женщин, у женщин преобладает ГБ – 100%, ИБС – 73 % .

Выводы: Ведение базы данных позволило оценить коморбидные профили и особенности течения церебрального атеросклероза в зависимости от пола и возраста. В разных возрастных группах наблюдаются различное преобладание коморбидных заболеваний у мужчин и женщин. Проблема оценки коморбидности является актуальной для практикующих врачей, курирующих пациентов с атеросклеротическим поражением БЦА и требует оптимального контроля сопутствующей патологии, несущей дополнительные риски для больного.

ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Коротин А.С., Генкал Е.Н., Попова Ю.В., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Довгалецкий П.Я.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Цель исследования. Определить соответствие терапии, назначенной больному стабильной ИБС в стационаре после ЧКВ, существующим клиническим рекомендациям.

Методы исследования. В исследовании были проанализированы данные 200 случайно отобранных пациентов (150 мужчин и 50 женщин), страдающих стабильной ИБС, в возрасте от 37 до 80 лет (медиана возраста 60 лет (54 – 66 Ме [25%;75%]), которым была оказана высокотехнологичная медицинская помощь. Условиями включения в исследования были возраст старше 18 лет, наличие диагноза ИБС, результатов коронарографии и ЧКВ, госпитализированных в 2012-2014 годах. Исключались пациенты с перенесенным инфарктом миокарда. Источником данных служил внесенных Российский регистр ИБС. Оценивались лекарственные назначения при выписке из стационаров. Частота назначения препаратов рассчитана для пациентов, не имеющих противопоказаний.

Результаты. В исследуемой группе жалобы на типичные ангинозные боли предъявляли 58,7% больных. Кроме стенокардии, у 162 пациентов (81%) отмечается повышение артериального давления, а у 150 (75%) имеются проявления хронической сердечной недостаточности. Симптомы стенокардии и ХСН у большинства больных соответствовали 2 функциональному классу. При коронарографии у 92% больных установлен гемодинамически значимый стеноз.

При выписке 171 пациенту (85,5%) рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты и 154 пациентам (77%) рекомендован прием клопидогрела. Двойная антиагрегантная терапия назначена 75% больных. 87% больных рекомендованы статины. Какие-либо антиангиальные препараты были рекомендованы 92,5% больных. Чаще других назначались бета-блокаторы – 83% больных. 22,5% пациентов назначены блокаторы кальциевых каналов, а 8,5% нитраты пролонгированного действия. У 8% больных сохранялась потребность в нитратах короткого действия. иАПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II рекомендованы 157 пациентам (78,5%), при этом 8 больным препараты двух групп назначены одновременно. 67 больных (33,5%) были рекомендованы диуретики. Чаще других назначались тиазидовые диуретики – 11% пациентов. Петлевые диуретики – 7% больных.

Выводы. В ходе проведенного анализа данных выявлено недостаточное назначение препаратов, которые улучшают прогноз у пациентов с ИБС. Стоит отметить пациентов, которые выписываются без рекомендаций по постоянному приему антиагрегантов. Четверть больных не получают рекомендаций по двойной антиагрегантной терапии. Не всем пациентам был рекомендован прием статинов. Выявлены пациенты, которым после проведенного ЧКВ не назначены антиангиальные препараты. Почти всем пациентам, страдающим артериальной гипертонией, были рекомендованы иАПФ или АРАII. Значительное реже назначались диуретики.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ РЕЭСКАЛАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ

Абесадзе И.Т., Бутхашвили М.И., Алугишвили М.З., Алексеевская Е.С., Жлоба А.А., Гордеев М.Л., Панов А.В.

ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова Минздрава РФ. Санкт-Петербург,, Санкт-Петербург , Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка влияния реэскалационной терапии аторвастатином на суммарный уровень окислов азота (NOX) и гомоцистеина в плазме крови у больных ишемической болезнью сердца перед плановым коронарным шунтированием.

Материал и методы. В исследование включено 46 пациента со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, направленных на хирургическую реваскуляризацию миокарда. Специальным критерием отбора являлся прием в дозе 20 мг/сутки не менее 30 дней до коронарного шунтирования. Средний возраст отобранных пациентов на момент исследования составил 58,8±3.6 года. Все больные после компьютерной рандомизации были разделены на две равные группы: группа А - 23 пациента группы контроля продолжали прием аторвастатин в дозе 20 мг/сутки; группа В - 23 пациента основной группы, которым дополнительно за 12 часов и за 2 часа до хирургического вмешательства назначали аторвастатин в дозе 80 мг. В целях определения референтных интервалов содержания суммы окислов азота у лиц без патологических отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы изучены образцы плазмы крови 58 здоровых добровольцев. NOX определяли энзиматическим методом с использованием нитратредуктазы. Определение общего гомоцистеина осуществляли с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты. Значения концентрации NOX предварительно анализировали в двух группах здоровых лиц. Диапазон значений NOX у здоровых лиц от 18 до 25 лет (n=31) составил 10,6 (4,6-19,9) мкмоль/л и 16,4 (9,3-36,8) мкмоль/л для возраста 48-63 года (n=27). Исходное значение гомоцистеина в основной группе составило 8,7 (4,90 – 11,3) мкмоль/л. В основной группе пациентов, у которых проводилась реэскалационная терапия аторвастатином, наблюдалось достоверное заметное снижение NOX на 1,6 (0,18–10,8) мкмоль/л к исходному уровню (p<0,05). У этих пациентов отмечено также снижение уровня общего гомоцистеина (p<0,05) в плазме крови на 0,9 (0,17-2,69) мкмоль/л по сравнению с исходным уровнем. Отсутствие гипергомоцистеинемии у пациентов на фоне проводимой терапии и его снижение при реэскалационной терапии может приводить к уменьшению торможения ответа NO-синтазы за счет снижения уровня внутриклеточного S-аденозилгомоцистеина. По-видимому, влияние статинов на генерацию оксида азота и гомоцистеина можно также расценивать, как благоприятный метаболический сдвиг, наблюдаемый в условиях форсированного применения препарата. Значимых различий уровней общей крестининфосфокиназы и трансаминаз в основной и контрольной группе не получено.

Выводы. Аторвастатин в дозе 80 мг за 12 часов и за 2 часа до КШ у больных, ранее принимавших аторвастатин 20 мг/сутки, приводит к метаболическим сдвигам в виде снижения суммарного содержания оксида азота и гомоцистеина.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Кремено С.В., Барабаш Л.В., Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В.

Филиал Томский НИИ курортологии и физиотерапии ФГБУ Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Томск, Россия

Среди факторов, способствующих возникновению и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний, метаболические нарушения являются одними из ведущих. По данным Корневой В.А.(2005), Титова В.Н.(2013) определение уровня триглицеридов (ТГ) является наиболее важным диагностическим критерием для прогноза острых сердечно-сосудистых катастроф.

Целью работы явилась оценка биохимических показателей крови в зависимости от концентрации триглицеридов в сыворотке крови у работников атомной промышленности.

Обследовано 198 человек стажированных работников Сибирского химического комбината (г. Северск), имеющих контакт с ионизирующим излучением (мужчины, средний возраст $47,4 \pm 5,2$ лет). Определяли показатели липидного обмена (общий холестерин (ОХ), ТГ, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП)), уровень глюкозы, концентрацию малонового диальдегида (МДА), содержание инсулина и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Холестерин, не связанный с ЛПВП (ХС не-ЛПВП) рассчитывали как ОХ минус ХСЛПВП. Полученные результаты обрабатывали с помощью непараметрических методов статистики. Данные представлены как среднее \pm среднее квадратичное отклонение ($M \pm$).

Все обследованные лица были разделены на 2 группы в зависимости от уровня ТГ в сыворотке крови. В группу 1 вошли лица с концентрацией ТГ ниже 1,7 ммоль/л (121 чел), в группу 2 - лица с концентрацией ТГ выше 1,7 ммоль/л (77 чел.). Было выявлено, что средняя концентрация ТГ в 1 группе ($1,00 \pm 0,32$ ммоль/л) значимо ($p=0,000$) отличается от таковой во 2 группе ($2,81 \pm 1,21$ ммоль/л). Дальнейший сравнительный анализ показал, что существенные различия между группами 1 и 2 имеются и по ряду других показателей, таких как содержание ХСЛПВП ($1,64 \pm 0,46$ и $1,39 \pm 0,37$ ммоль/л, соответственно, $p=0,001$), ХС-нелПВП ($4,12 \pm 1,10$ и $4,71 \pm 1,12$ ммоль/л, соответственно, $p=0,002$) - связанных в большей мере с риском развития атеросклеротических заболеваний сердечно-сосудистой системы, чем ХСЛПВП. Со стороны углеводного обмена, в группе 2 выявлен более высокий уровень инсулина ($p=0,006$), а также отмечается тенденция к более высокому уровню глюкозы ($p=0,072$). Отличия выявлены в содержании МДА ($p=0,000$) и СРБ ($p=0,002$) – в группе 2 концентрация этих показателей значимо выше.

На основании полученных результатов можно констатировать, что гипертриглицеридемия сопровождается более неблагоприятными сдвигами со стороны атерогенной фракции липидного обмена, углеводного обмена, прооксидантной и провоспалительной систем.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Джанибекова А.Р.(1), Горбунова С.И.(1), Синюкова А.С.(2), Джанибеков М.Р.(3)

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия (1)

Городская клиническая больница №2, Ставрополь, Россия (2)

МБОУ «Центр образования №11», Карачаево-Черкесская республика, Россия (3)

Цель. Анализ функциональных резервов является одним из обязательных условий оценки функционального состояния организма, его уровня здоровья, целью настоящего исследования послужил анализ функционального состояния сердечно-сосудистой системы и особенностей адаптационно-приспособительных возможностей у студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 87 студентов Ставропольского государственного медицинского университета обоего пола в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст $21,4 \pm 0,2$ лет). Преобладали девушки 53 (60,9%) и юношей было 34 (39,1%). Проводили измерение АД традиционным методом, частоты сердечных сокращений, массы тела. У всех обследуемых определяли скрининговые антропометрические данные. Для оценки степени тренированности сердечно-сосудистой системы к выполнению физической нагрузки использовали соответствующую формулу для определения коэффициента выносливости (КВ). Также осуществляли оценку адаптационного потенциала (АП) сердечно-сосудистой системы (по Р.М. Баевскому и соавт., 1987). Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excell.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ уровней адаптационного показателя сердечно-сосудистой системы показал, что около 2/3 обследуемых, а именно у 67,8 % студентов установлена удовлетворительная адаптация. Следовательно, 32,2 % обследуемых составляют группу риска по показателю адаптации. В дальнейшем, при анализе данной группы риска выявлено, что у 46,4% из них имеет место напряжение механизмов адаптации, у 39,3% неудовлетворительная адаптация и наконец, у 14,3% - срыв адаптации. Анализ результатов коэффициента выносливости, характеризующий тренированность сердечно-сосудистой системы, позволил установить, что нормальное значение показателя выявлено у 44,8% лиц из числа обследованных. Также установлено, что увеличение данного показателя у 36,8%, что свидетельствует об ослаблении функции сердечно-сосудистой системы, уменьшение показателя обнаружено у 18,4%, что соответственно говорит об усилении функции, следовательно, о наличии хороших резервов и высокой тренированности сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Здоровье, бесспорно, является важным звеном в системе жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей. Однако, полученные данные демонстрируют распространенность выраженного напряжения регуляторных механизмов у студентов-медиков, что свидетельствует о снижении функциональных резервов организма. Следовательно, необходимо дальнейшее совершенствование и усиление мер направленных на повышение валеограмотности и поиск более эффективных путей здоровьесбережения. Важная роль при этом принадлежит активному отдыху и физическому труду, так как недостаточная физическая активность ведет к снижению адаптационных резервов организма.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА

Джанибекова А.Р.(1), Синюкова А.С.(2), Гожая И.Н.(3), Красюк О.С.(4)

**ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Россия (1)**

Городская клиническая больница №2, Ставрополь, Россия (2)

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», Ставрополь, Россия (3)

ГБУЗ СК Городская поликлиника №3, Ставрополь, Россия (4)

Цель. В настоящее время проблема своевременной диагностики, лечения и профилактики артериальных и венозных тромбозов является одной из важных междисциплинарных проблем. Особую тревогу вызывает развитие тромботических осложнений в акушерской практике. Поскольку за последние годы отмечается неуклонный рост такой экстрагенитальной патологии как ожирение, наряду с артериальной гипертензией и заболеваниями дыхательных и мочевыводящих путей, целью настоящего исследования послужило изучение различных факторов тромботического риска у беременных с учетом массы тела.

Материалы и методы исследования. Были изучены различные факторы тромботического риска у 51 беременных. Средний возраст составил $29,1 \pm 3,5$ года. Диагноз ожирения у беременной выставлялся на основании расчета показателя индекса массы тела (ИМТ) по росту и весу женщины до беременности, либо в первые 4-6 недель гестации. Все обследуемые были разделены на 3 группы: 1-я группа — 8 беременных женщин с ожирением (ИМТ 30 кг/м^2 и более), 2-я группа — 12 беременных с избыточной массой тела (ИМТ от 25 до $29,9 \text{ кг/м}^2$), 3-я группа — 31 беременных с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до $24,9 \text{ кг/м}^2$). У всех обследуемых также анализировалось наличие или отсутствие следующих факторов тромботического риска: курение, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), отягощенная наследственность по тромбозам. Статобработку данных проводили с помощью пакета анализа STATISTICA, версия 6,0 и в Excel.

Результаты исследования и обсуждение. У 8 беременных с ожирением (1-я группа) индекс Кетле составил $32,7 \pm 2,5 \text{ кг/м}^2$, у 12 беременных с избыточной массой тела (2-я группа) — $28,8 \pm 2,0 \text{ кг/м}^2$, у 31 беременных с нормальной массой тела (3 группа) — $22,5 \pm 2,7 \text{ кг/м}^2$. Следовательно, частота избыточной массы среди обследуемых составляла 23,5%, ожирения — 15,7%. Изучение отягощенной наследственности по тромбозам показало, что у беременных с ожирением в примерно 3 раза чаще встречалась отягощенная наследственность по тромбозам 37,5%, чем у женщин с нормальной массой тела 12,9%; $p < 0,05$, также отмечалось преобладание данного немодифицируемого фактора у беременных с избыточной массой тела 16,7%; $p < 0,05$ в сравнении третьей группой. Табакокурение во время настоящей беременности и табакокурение в анамнезе также чаще встречалось в группах с избыточной массой тела и ожирением и составляло 29,4 % в сравнении с женщинами с нормальной массой тела 16,1%. Прием КОК с отменой менее чем за 6 мес до беременности у обследуемых женщин в первой группе отмечался чаще 37,5%, чем у женщин третьей 16,1%, и второй группы 25,0%. В данном анализе статистической значимости достигали отличия в обоих случаях.

Выводы. Осуществление врачами-терапевтами, кардиологами и акушерами-гинекологами активного подхода к выявлению факторов тромботического риска и своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий у беременных женщин с избыточной массой тела и ожирением способно предотвратить не только ряд серьезных перинатальных и акушерских рисков, но и осуществить своего рода «вклад» в будущее благополучие матери и ребенка.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА У БОЛЬНЫХ ИБС, ПОДВЕРГШИХСЯ МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕЩАТЕЛЬСТВАМ

Юлдошев Н.П.

РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить взаимосвязь между уровнем С-реактивного протеина и клинико-лабораторными показателями у больных ИБС, подвергшихся малоинвазивным вмешательствам.

Методы исследования. Было обследовано 95 больных ИБС (мужчин – 81 (85,3%) и женщин – 14 (14,7%)), средний возраст которых составил $55,32 \pm 10,13$ лет.

Всем проводились следующие исследования: физикальный осмотр и сбор анамнестических данных; липидный спектр крови (уровень общего холестерина – Общ.ХС, триглицериды – ТГ, липопротеиды высокой – ЛПВП, низкой – ЛПНП и очень низкой плотности – ЛПОНП, а также коэффициент атерогенности – КА); С-реактивный белок (СРБ) и фибриноген. Для определения степени, локализации, протяженности поражения коронарных сосудов всем, включенным в исследование, пациентам выполнялась диагностическая коронароангиография (КАГ). В зависимости от уровня СРБ больные были разделены на 2 группы: 1гр. – 57 больных с СРБ $\leq 5,0$ мг/л (ср.СРБ= $2,90 \pm 1,39$ мг/л) и 2гр. – 38 пациентов с СРБ $> 5,0$ мг/л (ср.СРБ= $8,96 \pm 2,66$ мг/л).

Полученные результаты. В ходе исследования было выявлено, что лица с СРБ $\leq 5,0$ оказались моложе ($p < 0.001$) и среди них преобладали мужчины ($p < 0.001$). Нозологическая характеристика пациентов представлена в табл.1, из которой видно, что среди пациентов с высокой активностью СРБ, такие сопутствующие состояния, как сахарный диабет ($p > 0.05$) и гипертоническая болезнь ($p < 0.05$), встречались гораздо чаще, чем в 1 группе. Со стороны лабораторных показателей обращало на себя внимание то, что у больных 1 группы с низкой активностью СРБ уровень фибриногена оказался ниже в 1,5 раза, чем во 2 группе. Учитывая выраженную разницу по содержанию в крови ОХ у обследуемых групп пациентов, нами был проведен корреляционно-регрессионный анализ между активностью СРБ и уровнем ОХ. При оценке взаимозависимости данных показателей была выявлена прямая корреляция ($p < 0.05$). Аналогичная тенденция наблюдалась и со стороны фибриногена, т.е. по мере увеличения активности СРБ регистрировался прирост уровня фибриногена, что также характеризовалось прямой корреляционной зависимостью достоверного характера. По данным КАГ также было установлено, что в наибольшем количестве случаев (92,6%) атеросклеротические поражения отмечались в бассейне передней нисходящей артерии (ПНА), при этом средний размер стенотических сужений составил $89,96 \pm 8,61\%$ а средняя длина – $3,45 \pm 0,28$ см. Вторым наиболее подверженным атеросклерозу участком коронарного русла оказался бассейн правой коронарной артерии (ПКА - 31,6%), при этом размеры повреждений составили $80,48 \pm 13,49\%$ и $3,21 \pm 0,62$ см, соответственно. Поскольку, наиболее уязвимым локусом венечного русла был бассейн ПНА (88 больных), мы проанализировали взаимосвязь между уровнем её стеноза и активностью СРБ. Исходя из этих позиций были сформированы 3 группы: 1гр. – 22 больных с уровнем стеноза ПНА 75-80% (ср.= $76,50 \pm 5,89\%$); 2гр. – 27 человек, у которых стеноз был 81-90% (ср. $87,48 \pm 2,36\%$) и 3гр. – 39 респондентов со стенозом $> 90\%$ (ср. $97,77 \pm 2,11\%$). Количество пациентов с установленным диагнозом острый инфаркт миокарда с/без ST-подъема в этих группах составили: 8 (36,4%), 19 (70,4%) и 29 (74,4%) больных, соответственно. Средние значения СРБ были: в 1гр.= $5,32 \pm 3,92$ мг/л; во 2гр.= $5,38 \pm 4,21$ мг/л и в 3гр.= $5,71 \pm 3,21$ мг/л.

Выводы. Степень стеноза ПНА не зависит от активности СРБ.

ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Камилова У.К.(1), Юсупов Д.М.(2)

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан (1)

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Фергана, Узбекистан (2)

Цель. Оценить процессы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Методы исследования. Обследованы 82 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст $48,61 \pm 6,76$ года). Для оценки процессов раннего ремоделирования ЛЖ проводили эхокардиографию с доплерографией на 10-14 сутки Q-ИМ.

Полученные результаты. Анализ полученных данных по эхокардиографии, показал, что систолическая дисфункция ЛЖ ($ФВ < 40\%$) имела место у 14 (17%) больных. Умеренное снижение сократительной функции ЛЖ ($40 < ФВ < 50\%$) отмечалось у 32 (39%) больных и у 36 (44%) пациентов величина ФВ ЛЖ была выше 50%. ЭхоКГ-признаки раннего локального ремоделирования ЛЖ (закругление верхушки, парадоксальное выбухание стенки в зоне повреждения) были выявлены у 28 (34,1%) больных, митральная регургитация (МР) I степени – у 16 (19,5%), МР II степени – у 10 (12,2%) больных. В целом по группе один из этих неблагоприятных ЭхоКГ-признаков или их комбинацию ($30\% < ФВ < 40\%$ и/или МР и/или локального ремоделирования зоны инфаркта) имели 45 (54,9%) больных. При этом только систолическая дисфункция отмечена в 15 (18,2%) случаях; только МР - в 13 (15,8%) случаях, только ремоделирование - в 10 (12,2%) случаях. Одновременно 2 признака выявлено у 11 (13,4%) пациентов: по 3 (3,6%) случая сочетания систолической дисфункции с МР I степени и ремоделирования с МР I степени, и 8 (9,7%) случаев сочетания систолической дисфункции с локальным ремоделированием. У 7 (8,5%) больных были обнаружены одновременно все 3 признака: $ФВ < 40\%$, локальное ремоделирование в зоне инфаркта и МР II степени.

Выводы. У больных ОИМ у 39% больных отмечалось умеренное снижение сократительной способности ЛЖ и у 17% систолическая дисфункция ЛЖ.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К.(1), Кадилова Ш.С.(2)

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан (1)

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан (2)

Цель. Изучить психологическое состояние у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненной I-II ФК хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. В исследование было включено 42 мужчин ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II ФК по NYHA. Оценка психологического статуса проводили с применением методики самооценки депрессии (шкала Цунга) и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина. Для оценки психологической защиты использовали методику "Индекс жизненного стиля» - Plutchik-Kellerman LSI.

Результаты исследования. Для больных с ХСН была характерна повышенная степень отрицания существующих проблем, вытеснения (исключение из сознания идеи и связанных с ней эмоций), проекции, сопряженной с агрессией, и интеллектуализации, отличающейся контролем эмоций и чрезмерной зависимостью от рациональной интерпретации ситуации. Аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии оказались тесно сцепленным ($r = 0,50$; $P < 0,001$) и были типичны для больных более молодого возраста ($r = -0,46$; $P < 0,05$ и $r = -0,66$; $P < 0,001$ соответственно). Возникновение депрессии было пропорционально выраженности клинических симптомов по ШОКС ($r = 0,46$; $P < 0,05$). С наличием отрицания были связаны выраженность компенсации: чем выше оказывался показатель отрицания у больных с ХСН, тем выраженнее были тревожно-депрессивные расстройства. Сочетание этих признаков носило устойчивый характер ($R = 0,9$; $P < 0,001$). Как благоприятный фактор рассматривалось наличие интеллектуализации поскольку больным с СН с таким типом механизма психологической защиты не были свойственны аффективные расстройства ($R = 0,59$; $F = 2,9$; $P < 0,05$). Выявлена зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием $r = 0,42$; $P < 0,05$) боль (зависимость от выраженности регрессии $r = 0,46$; $P < 0,05$). Взаимосвязь депрессии и тяжести соматического состояния больных носила устойчивый характер ($p < 0,05$).

Вывод: Таким образом, была выявлена связь между выраженностью депрессивных расстройств и тяжестью заболевания у больных с ХСН.

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ИЛИ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Смолина Е.Г., Хут И.Ю.

**ГБУЗ НИИ "Краевая клиническая больница №1 имени профессора Очаповского С.В.",
Краснодар, Россия**

ОЦЕНКА РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ИЛИ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Смолина Е.Г., Хут И.Ю.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия.

Цель работы - оценить состояние пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование или ортотопическую трансплантацию сердца через год после операции. Наряду с общеклиническим обследованием определяли регуляторно-адаптивные возможности организма по параметрам пробы сердечно-дыхательного синхронизма. У 48 пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование, и у 10 пациентов после трансплантации сердца состояние клинически оценивалось как «удовлетворительное». В то же время у 33 пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование, и у 3 пациентов с трансплантированным сердцем через год после операции регуляторно-адаптивные возможности оценивались как «хорошие». У 8 пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование и у 4 пациентов после трансплантации сердца регуляторно-адаптивные возможности оценивались как «удовлетворительные». У 7 пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование, и у 3 пациентов, перенесших трансплантацию сердца, регуляторно-адаптивные возможности оценивались как низкие. В последующем состояние пациентов после аорто-коронарного шунтирования из последней группы ухудшилось: у 3 больных появились загрудинные боли. Использовались дополнительные методы обследования: эхокардиография выявила у 7 человек снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса 42 – 45%), а коронароангиография - у 3 пациентов нарушения коронарного кровоснабжения. Таким образом, по регуляторно-адаптивным возможностям, несмотря на удовлетворительное клиническое состояние, среди пациентов через год после операции следует выделять группу риска, требующую более тщательного клинического наблюдения.

ОЦЕНКА РЕЗИДУАЛЬНОГО «ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО» РИСКА У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В ВОЗРАСТЕ ДО 55 ЛЕТ

Черепанова В.В.(1), Миролюбова О.А.(2), Вахрушева Ю.В.(3)

ФГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет", Архангельская область, Россия (1)

ФГБОУ ВО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Россия (2)

ГБУЗ АО "Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич", Архангельск, Россия (3)

Роль С-реактивного белка (СРБ) и связь его с системным воспалением и разрывом атеросклеротической бляшки достаточно изучена. С другой стороны, остается менее ясной роль миелопероксидазы (МПО) для стратификации риска, уровни которой выше в случаях эрозий бляшек, что может быть триггером формирования тромбов.

Цель. Определить роль сывороточной МПО для прогнозирования «воспалительного» риска и развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий у женщин.

Материал и методы. Включена 31 женщина, возраст $52,8 \pm 6,0$ лет, с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте до 55 лет и 46 женщин контрольной группы без ишемической болезни сердца (ИБС), возраст $33,6 \pm 11,1$ лет. Группы значительно различались по возрасту, поэтому при проведении регрессионного анализа выполнялась корректировка на возраст. В основной группе было больше курящих женщин, чем в группе контроля, 13 (41,9%) vs. 5 (10,9%), $p < 0,001$, был выше уровень глюкозы ($5,8 \pm 1,6$ vs. $4,9 \pm 0,6$ ммоль/л, $p = 0,005$), больше окружность талии ($88,8 \pm 15,6$ vs. $75,3 \pm 12,0$ см, $p < 0,001$) и выше частота сахарного диабета 5 (18,3%) vs. 0%, $p = 0,007$. Однако по уровню показателей липидного спектра достоверных различий не было. Все женщины основной группы получали статины. Определение МПО проводилось методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Уровень МПО был выше у женщин с ИБС $2485,6$ (739,5; 4239,4) vs. $884,9$ (696,2; 1444,0) пг/мл у здоровых женщин, $p = 0,018$. Выявлена отрицательная корреляционная связь между МПО и ХС ЛПВП ($r_{sp} = -0,358$; $p = 0,002$) и положительная - между МПО и числом компонентов метаболического синдрома (МС) ($r_{sp} = 0,308$; $p = 0,008$). Определена регрессионная зависимость МПО от числа компонентов МС ($= 0,338$; $p = 0,003$). У курящих женщин основной и контрольной групп уровни МПО были выше, чем у некурящих женщин ($p = 0,011$). Также выявлена отрицательная корреляционная связь между скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD и МПО ($r_{sp} = -0,270$, $p = 0,044$). Концентрация МПО оказалась выше у женщин с повторным ИМ ($9745,2 \pm 1705,3$ vs. $2739 \pm 2694,8$ пг/мл; $p = 0,030$). Уровень МПО в сыворотке крови использован для создания прогностического теста, позволяющего оценить риск повторных больших коронарных событий (ИМ и/или повторная реваскуляризация миокарда по поводу нестабильной стенокардии) у женщин в позднем постинфарктном периоде. Построена ROC-кривая для прогнозирования повторных сердечно-сосудистых событий у женщин в возрасте до 55 лет в позднем постинфарктном периоде. Площадь под ROC-кривой для МПО: 0,833 (95% ДИ 0,652 – 1,000), $p = 0,034$. Точка разделения – 3450 пг/мл. Чувствительность 75%. Специфичность – 77,8%.

Вывод. Уровень сывороточной МПО позволяет оценить остаточный «воспалительный» риск у женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет. Значение МПО в сыворотке крови, превышающее 3450 пг/мл, с чувствительностью 75% и специфичностью – 77,8% определяет риск повторных сердечно-сосудистых событий.

ОЦЕНКА РИСКА ОТДАЛЕННЫХ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ СТОЙКОГО ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

**Ложкина Н.Г.(1), Козик В.А.(1), Хасанова М.Х.(1), Глебченко Е.А.(1), Куимов А.Д.(1), Рагино Ю.И.(2), Максимов В.Н.(2), Воевода М.И.(2)
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия (1)
ФГБНУ "НИИТПМ", Новосибирск, Россия (2)**

Цель. Оценка прогноза отдаленных (годовых) исходов острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST (ОКСнST) путем построения математической нелинейной регрессионной модели для оптимизации реабилитации, вторичной профилактики и персонализированного подхода к лечению.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 135 пациентов с ОКС без подъема сегмента ST (средний возраст $59,1 \pm 6,1$ лет), в том числе 94 мужчины и 41 женщина, госпитализированных в ГКБ № 1 г. Новосибирска в течение 2010 г. Всем пациентам в госпитальном периоде и в течение года после выписки проводилась стандартная медикаментозная терапия ОКС согласно рекомендациям РКО, ESC, ACCA. Диагноз ОКС устанавливался по совокупности критериев, разработанных Европейским обществом кардиологов и Американской коллегией кардиологов (2000 г.). Всем пациентам было проведено клиничко-инструментальное исследование по следующей программе: клинический осмотр, электрокардиография, эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование воспалительных цитокинов и молекулярно-генетические исследования. В работе было определено влияние каждого из исследованных показателей на вероятность неблагоприятного годового прогноза методами факторного и корреляционного анализа. Результаты. Получена математическая модель многофакторного прогнозирования отдаленных (годовых) неблагоприятных и благоприятных исходов острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST. Модель включает в себя определение возраста пациента в годах, наличия или отсутствия у пациента: тахикардии при поступлении, Killip более II, жизнеугрожающих пароксизмальных тахикардий, а также концентрации высокочувствительного С-реактивного протеина в сыворотке крови (вчСРП) и генотипа по полиморфному варианту rs1376251 гена TAS2R50.

Заключение. Применение предложенной модели многофакторного прогнозирования отдаленных исходов острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST позволяет повысить точность предсказываемого события, так как она разработана на основе исследования показателей у российских пациентов и учитывает активность субклинического воспаления атеросклероза и генотип пациента. Формула расчета вероятности неблагоприятного исхода показывает, с каким весовым множителем тот или иной фактор влияет на вероятность неблагоприятного исхода. Модель проста в использовании и позволяет персонализировать вторичную профилактику, что будет способствовать снижению суммарного сердечно-сосудистого риска у этих пациентов.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛОГИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ

Каштанова Е.В.(1), Полонская Я.В.(2), Яковина И.Н.(3), Баннова Н.А.(3), Рагино Ю.И.(2)

**1 Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, 2
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования Новосибирский государственный технический университет, Новосибирск, Россия (1)**

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины,
Новосибирск, Россия (2)**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования Новосибирский государственный технический университет, Новосибирск,
Россия (3)**

Целью данного исследования было разработать калькулятор для лабораторной диагностики риска развития коронарного атеросклероза и ишемической болезни сердца.

Материалы и методы: В исследование было включено 200 с ишемической болезнью сердца на фоне коронарного атеросклероза, верифицированного данными коронароангиографии и 312 мужчин без ИБС. У всех пациентов определяли биохимические показатели. Оценка риска развития коронарного атеросклероза проводилась с использованием логико-математического метода.

Результаты: В основу логико-математической модели (ЛММ) положен ранее разработанный нами лабораторно-диагностический комплекс, включающий наиболее информативные окислительные, липидно-липопротеиновые, воспалительные и метаболические биохимические показатели, характеризующие основные патогенетические звенья коронарного атеросклероза: исходный уровень продуктов перекисного окисления липидов в ЛНП, резистентность ЛНП к окислению, концентрации в крови инсулина, С-реактивного белка, апопротеина А1 и В, триглицеридов и ХС-ЛВП. Для каждого биохимического показателя была выполнена процедура оценки степени важности параметров и их нормирования, которые определяются в соответствии с предварительными экспертными рассуждениями, формализуемыми в виде алгоритма логического вывода. На основании этого алгоритма строится ЛММ. В модели учитывается вес каждого параметра, характеризующий различную степень вклада в общую картину заболевания, граница «норма-патология», выявленная для каждого параметра, и способ его нормирования.

Для полученной обобщенной модели выполнялось ее тестирование на реальных данных и расчет характеристик диагностической точности, специфичности и чувствительности.

Заключение: данная модель представляет собой универсальную схему обработки лабораторных показателей, которая учитывает специфику разнородных диагностических данных и позволяет упростить процедуру анализа значений диагностических признаков. Разработанный программный модуль (калькулятор), позволяет врачу, после введения данных лабораторных исследований и нажатия кнопки «рассчитать», получить результат, характеризующий риск развития коронарного атеросклероза и ИБС у пациента.

ОЦЕНКА СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хоролец Е. В., Шлык С. В., Хаишева Л. А.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ростов, Россия

Цель – оценить показатели свободно-радикальных процессов (СРП) у пациентов инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМпST) в зависимости от проведения тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент ИМпST, средний возраст $60,86 \pm 1,2$ лет; группу контроля составила 30 человек ($59,83 \pm 0,79$ лет) ($p > 0,05$). Критериями включения в исследование явились: длительность болевого синдрома более 20 мин, боль не купирующаяся приемом нитроглицерина; возраст старше 45 лет; наличие артериальной гипертонии; впервые установленный диагноз ИМпST передней стенки левого желудочка. Оценка показателей СРП (общей антиокислительной активности (ОАА), активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, уровень супероксид анион-радикалов (САР), высоты быстрой вспышки, светосуммы) у больных ИМпST по сравнению с контролем и в зависимости от проведения ТЛТ. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили с помощью программы Statistika-6,0. Результаты представлены в виде $M \pm m$, статистически значимые различия оценивали при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе показателей СРП у пациентов ИМпST по сравнению с здоровыми добровольцами установлено увеличение уровня САР - в 3,5 раза, высоты быстрой вспышки – в 1,4 раза, светосуммы - в 1,3 раза, активность каталазы – в 1,6 раза и снижение активности СОД – в 1,4 и ОАА – в 1,2 раза ($p < 0,05$), что отражает наличие дисбаланса про- и антиоксидантов при данной патологии. Среди пациентов ИМпST после успешной проведенной ТЛТ установлено достоверное увеличение активности СОД ($29,43 \pm 1,56$ усл.ед на 1 мл), что отражает снижение дисбаланса свободных радикалов и фермента антиоксидантной защиты. Выявлено увеличение активности каталазы ($33,7 \pm 5,08$ мкат/л) у больных ИМпST после ТЛТ, что препятствует накоплению перекиси водорода и способствует увеличению компенсаторных возможностей организма. Другие изучаемые показатели СРП (уровень САР, высота быстрой вспышки, светосумма хиломикронов, общая антиокислительная активность) достоверно не отличались от группы больных без ТЛТ. Таким образом, увеличение активности ферментов антиоксидантной защиты (СОД, каталазы) у пациентов ИМпST после ТЛТ отражает сохранение компенсаторных возможностей антиоксидантной защиты.

Выводы. У пациентов ИМпST выявлен дисбаланс про- и антиоксидантов. При проведения успешной ТЛТ установлено увеличение активности ферментов супероксиддисмутазы и каталазы, что отражает сохранение компенсаторных механизмов.

ОЦЕНКА СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Абдрахманова А.И.(1), Цибулькин Н.А.(2), Сайфуллина Г.Б.(3), Ослопова Ю.В.(1)

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия (1)

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия (2)

ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия (3)

Введение. Сократимость левого желудочка (ЛЖ) является важной характеристикой работы сердца и подразделяется на интегральную и регионарную. Интегральная сократимость оценивается без учета дисфункции отдельных участков миокарда, ее показателем является фракция выброса (ФВ). Регионарная сократимость оценивается для каждого сегмента миокарда ЛЖ и определяется как нормальное, сниженное, парадоксальное движение стенки ЛЖ, а также отсутствие ее движения. Оценка сократимости ЛЖ позволяет определить возможные причины поражения миокарда и тактику лечения пациента. Распространенными способами оценки сократимости ЛЖ являются эхокардиография (ЭХО-КГ) и перфузионная сцинтиграфия миокарда (ПСГМ). Оценка сократимости ЛЖ с помощью ЭХО-КГ и ПСГМ позволяет сравнить диагностические возможности обоих исследований.

Цель: сравнение результатов оценки сократимости ЛЖ по результатам исследования с помощью ЭХО-КГ и ПСГМ у пациентов с безболевогой ишемией миокарда (ББИМ).

Материалы и методы. Проведено исследование интегральной и регионарной сократимости с помощью методов ЭХО-КГ и ПСГМ у 15 пациентов с ББИМ, включая пациентов с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и эндоваскулярными вмешательствами. Обследовано 13 мужчин и 2 женщины, средний возраст $55,6 \pm 2,6$ лет. Результаты на ПСГМ получены в результате планового исследования без нагрузки. Интегральная сократимость ЛЖ на ЭХО-КГ рассчитывалась по методу дисков (метод Симпсона). Регионарная сократимость оценивалась в баллах от 1 (нормокинезия) до 4 (дискинезия) с расчетом индекса сократимости ЛЖ как среднего значения по оцениваемым сегментам. Статистическая обработка проведена с использованием программных средств, уровень значимости 0,05.

Результаты. Показатели ЭХО-КГ в исследованной группе пациентов имели следующие значения: конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ - $130,31 \pm 45,85$ мл, ФВ ЛЖ - $49,00 \pm 13,01$ %, ударный объем (УО) ЛЖ - $60,14 \pm 12,18$ мл, индекс сократимости (ИС) ЛЖ - $1,38 \pm 0,39$. Показатели по исследованию ПСГМ имели следующие значения: КДО ЛЖ - $140,21 \pm 57,76$ мл, ФВ ЛЖ - $48,36 \pm 15,53$ %, УО ЛЖ - $60,71 \pm 10,82$ мл, ИС ЛЖ - $1,52 \pm 0,40$. Средние значения диастолического объема ЛЖ и показатель его интегральной сократимости по данным обоих исследований существенно не различались ($p > 0,05$), но КДР был выше по данным ПСГМ. Однако, регионарная сократимость ЛЖ, оценивавшаяся на основании ИС ЛЖ, достоверно различалась ($p < 0,05$) по результатам двух исследований. Более высокая степень регионарной сократительной дисфункции у обследованных пациентов определялась по результатам ПСГМ. Показатели в отдельных случаях продемонстрировали различия: в частности, максимальные значения ИС ЛЖ по результатам ЭХО-КГ равнялись 2,00 в 2 случаях, тогда как по ПСГМ в тех же случаях они равнялись 2,00 и 2,27 баллам.

Выводы. В исследованной группе пациентов с ББИМ, включая больных с перенесенным ИМ и эндоваскулярными вмешательствами, оба использованных способа оценки сократимости ЛЖ (ЭХО-КГ и ПСГМ) не показали между собой достоверных различий в показателях объема левого желудочка, его интегральной сократимости и ударного объема. Показатель регионарной сократимости (ИС ЛЖ) был достоверно выше по результатам ПСГМ, показывая более высокую степень сократительной дисфункции ЛЖ, полученную по результатам этого метода. Результаты обоих исследований могут равно использоваться для оценки диастолического объема ЛЖ и его интегральной сократимости. Оценка с их помощью показателя регионарной сократимости может различаться, демонстрируя большую

ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМ ПАРОКСИЗМОМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Душина А.Г., Либис Р.А.

ФГБОУ ВО ОРГМУ МЗ РФ, Оренбург, Россия

Цель работы – оценить структурно-функциональные показатели миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) и впервые возникшим пароксизмом фибрилляции предсердий (ФП) в сравнении с пациентами без фибрилляции предсердий.

Материалы и методы. В условиях стационара обследовано 225 пациентов, из которых у 121 – была диагностирована ХСН-СФВ (ФВ>50%) I-IIA стадии, I-III ФК и впервые возникший пароксизм ФП, у 104 – ХСН-СФВ без ФП. Соотношение мужчин/женщин (n(%)) в группах соответственно составило 73(60,3)/48(39,7) и 32(30,8)/72(69,2), средний возраст – 60,9±7,9 и 60,5±7,4 лет (p>0,05). Артериальная гипертония была выявлена у 112(92,6) пациентов в первой группе и 104(100) – во второй, ишемическая болезнь сердца – у 99(81,8) и 58(55,8) пациентов соответственно. Для оценки структурно-функциональных параметров миокарда всем проводилось стандартное эхокардиографическое исследование в одномерном (М), двухмерном (В) и доплеровском (Д) режимах на аппарате SonoScape 8000 (Корея). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica 6.1. За статистическую достоверность принималось p<0,05.

Результаты. ФВ была ниже в группе пациентов с впервые возникшим пароксизмом ФП и составила 63,3±6,6% против 65,8±7,8% у пациентов без ФП (p=0,01). Размеры полостей сердца, за исключением ЛП, между группами значимо не отличались: ПЖ 31,0±2,9 и 31,6±2,9 мм (p=0,16), ПП 51,0±7,5 и 50,3±4,5 мм (p=0,43), ЛП 54,9±7,5 и 51,5±6,9 мм (p<0,01), КСР 34,1±5,0 и 33,4±5,5 мм (p=0,4), КДР 52,4±5,5 и 52,0±4,9 мм (p=0,6) в первой и второй группе соответственно. Показатели гипертрофии были значимо выше у пациентов с ХСН-СФВ без ФП. Так, толщина МЖП в первой группе составила 12,5±2,2 мм, во второй – 13,3±1,4 мм (p<0,01), толщина ЗС – 10,0±2,6 и 11,8±1,4 мм (p<0,01), ОТС – 0,43±0,09 и 0,49±0,06 (p<0,01), ММЛЖ – 236,1±74,2 и 273,8±59,5 г (p<0,01) соответственно.

Выводы. ХСН-СФВ и впервые возникший пароксизм ФП чаще встречаются у мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца. Риск развития ФП возрастает с увеличением размера ЛП. Показатели гипертрофии не влияют на возникновение ФП у пациентов с ХСН-СФВ.

ОЦЕНКА ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Захарова Н.А., Загребельный А.В., Лукьянов М.М., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю.

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

Цель: оценить терапию бета-адреноблокаторами (-АБ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) при наличии или отсутствии сахарного диабета (СД) в амбулаторной практике по данным регистров сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы: проанализированы данные двух амбулаторных регистров: регистра ПРОФИЛЬ (рПРОФ), в который вошли пациенты 18 лет, обратившиеся за консультацией по поводу ССЗ в специализированное кардиологическое подразделение научно-исследовательского центра с 2011г. по 2015г. (n=1531); и регистра РЕКВАЗА (рРЕКВ), в который включены пациенты 18 лет с наличием ССЗ (ИБС, перенесенный ИМ, ХСН, фибрилляция предсердий (ФП), в т.ч. различные их сочетания), постоянно проживающие на территории Рязани и рязанской области, обратившиеся в одну из трех городских поликлиник по месту жительства в 2012 и 2013гг. (n=3690). В обоих регистрах четко фиксировались все данные о ССЗ и лекарственной терапии, в т.ч. назначение -АБ. В работе использована только ретроспективная часть регистров: информация о назначении -АБ получена исключительно из амбулаторных карт. Количество пациентов с ИБС в рПРОФ n=535, доля больных с СД составила 20,0% (n=107); в рРЕКВ n=2548, с СД - 19,7% (n=503) .

Результаты: Больным с ИБС и СД в рПРОФ и рРЕКВ были назначены -АБ в 84,0% и 41,4% (p<0,01), больным с ИБС без СД – 74,8% и 44,4% соответственно (p<0,01). В рПРОФ пациентам с ИБС и СД -АБ назначались чаще, чем без СД (p<0,05); в отличие от рРЕКВ, где различий в назначении -АБ при наличии или отсутствии СД не выявлено (p>0,05).

В рПРОФ и рРЕКВ наиболее часто назначаемым -АБ был бисопролол, как среди больных ИБС с СД (56,2% и 74,5%; p<0,01), так и без СД (60,1% и 66%, соответственно; p<0,05). При сравнении выбора других препаратов из группы -АБ вторым по частоте назначения был метопролол – 22,5% в рПРОФ и 16,8% в рРЕКВ (p<0,01), затем карведилол или небиволол – 14,6% и 7,2%, соответственно (p<0,01). Выбор этих -АБ при наличии или отсутствии СД при ИБС в обоих регистрах не различался (p>0,05).

Выводы: В специализированном подразделении научного центра назначение -АБ при ИБС имело значение наличие СД, в то время как в городских поликлиниках данной связи не выявлено. Выбор -АБ внутри группы при ИБС в зависимости от наличия или отсутствия СД в обоих регистрах не различался и не полностью соответствовал современным клиническим рекомендациям.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОКС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Мансурова Д.А., Каражанова Л.К.

Государственный медицинский университет г.Семей, Семей, Казахстан

Цель: Изучение частоты встречаемости высокой остаточной реактивности тромбоцитов (ВОРТ) у пациентов с ОКС после ЧКВ со стентированием на фоне двойной антитромбоцитарной терапии в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования: Исследование проведено на базе кардиохирургического отделения МЦ ГМУ г.Семей. В исследование включены 157 пациентов с клиникой ОКС, которым была проведена КАГ с последующей реваскуляризацией миокарда со стентированием. Для определения референсных значений агрегационной активности тромбоцитов обследованы 34 здоровых добровольца. Пациентам через 12-48 часов после ЧКВ определялась остаточная реактивность тромбоцитов (ОРТ) агрегометром AggRAM Helena Biosciences Europe. ОРТ оценивалась по максимальному проценту агрегации тромбоцитов на стимуляцию АДФ 10 мкг/мл и эпинефрином 10 мкг/мл. Пациенты получали аспирин (250/325мг) и нагрузочную дозу ингибитора P2Y12 (клопидогрел 600/300 мг или тикагрелор 180 мг).

Результаты исследования: Среди пациентов, включенных в исследование, 109 (69,4%) мужчин (ср. возраст 58,6 лет (ср. откл. 11,2)) и 48 (30,6%) женщин (ср. возраст 67,6 лет (ср. откл. 10,1)). Мужчины моложе женщин ($p=0,0$). Средний возраст всех пациентов составил 61,4 (ср.откл. 11,6) лет, минимальный - 32 года, максимальный - 86 лет. Референсные значения агрегации тромбоцитов составили: индуцированная АДФ ($n=34$) - среднее 85,5% (ср. откл. 9,5) (мин. 54,5%, макс. 99,6%); индуцированная эпинефрином ($n=14$) - среднее 82,0% (ср. откл. 12,1) (мин. 55,5%, макс. 97,6%). Показатель ОРТ у исследуемых пациентов: индуцированная АДФ - средний 55,4% (ср. откл. 20,4) (мин. 0,6%, макс. 102,5%), индуцированная эпинефрином - средний 49,5% (ср. откл. 22,4) (мин. 6,5%, макс. 91,3%). АДФ-индуцированная ОРТ у мужчин - 53,9% (ср. откл. 20,1), у женщин - 58,7% (ср. откл. 21,2), статистически значимых различий по полу не выявлено ($p=0,179$). В первой группе - 98 (62,4%) пациентов, принимавших нагрузочную дозу клопидогрела, среднее значение ОРТ при стимуляции АДФ составило 58,1% (ср. откл. 18,5); во второй группе - 59 (37,6%) пациентов, принимавших нагрузочную дозу тикагрелора, среднее значение ОРТ при стимуляции АДФ составило 50,9% (ср. откл. 23,0). ОРТ, индуцированная эпинефрином, в первой группе - 52,2% (ср. откл. 22,9), во 2 группе - 46,2% (ср. откл. 21,7). Во второй группе АДФ-индуцированная ОРТ статистически значимо меньше, чем в первой ($p=0,032$). Значимого различия ОРТ, индуцированной эпинефрином, в обеих группах не выявлено ($p=0,286$). Выявлено недостаточное подавление агрегационной способности тромбоцитов у 33,8% и его отсутствие у 6,4% пациентов.

Выводы: После приема нагрузочной дозы тикагрелора уровень ОРТ у пациентов с ОКС статистически значимо меньше, чем после приема нагрузочной дозы клопидогрела (50,9% (ср. откл. 23,0) против 58,1% (ср. откл. 18,5) $p=0,032$). Учитывая наличие недостаточного подавления агрегационной способности тромбоцитов у 33,8% и его отсутствие у 6,4% пациентов, необходимо определение ОРТ у пациентов с ОКС для оптимизации антитромбоцитарной терапии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОАБСОРБИРУЕМОГО СОСУДИСТОГО КАРКАСА ABSORB У БОЛЬНЫХ ИБС

Юлдошев Н.П., Курбанов Р.Д., Ганиев А.А.

РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить безопасность и эффективность использования биорастворимого каркаса Absorb в нашей реальной практике, а также средне отдаленные клинические результаты.

Методы исследования: Обследовано 57 пациентов с различными формами ИБС. Средний возраст составил 51 (± 10) лет, пациенты были преимущественно мужчины (91,3%). Стабильная стенокардия было показанием для ЧКВ в 42,1%, а инфаркт миокарда в 50,8% и 7,1% нестабильная стенокардия. Десять пациента (17,6%) имели многососудистое поражение.

Полученные результаты: Большинство поражений (47,3%) были типа С, случаев с окклюзией возрастом не более 1 месяца 8 (14%) и бифуркационных поражений было 5 (8,7%). Предилатация проводилась в 55 (96,5%) поражениях. Постдилатацию проводили во всех случаях. Ангиографический успех вмешательство достигнуто в 100% случаев, непосредственный клинический успех составил 94,7%. По данным количественной коронарной ангиографии до и после имплантации каркаса острый прирост составил 2,75мм. В средне-отдаленном периоде кумулятивная частота клинических осложнений со стороны целевого сосуда (кардиогенная смерть, инфаркт миокарда (ИМ) связанный с целевой артерией или необходимостью повторной реваскуляризации целевого сосуда, тромбоз каркаса) составило 3,6%, включая 1,8% ИМ и 1,8% тромбоза каркаса, клиническая эффективность составило 89,5%.

Выводы: Использование биорастворимого сосудистого каркаса Absorb клинической практике ассоциируется с хорошим непосредственным клинико-ангиографическим успехом и приемлемыми промежуточными клиническими исходами.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАГРУЗОЧНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Тагаева Д.Р., Расулова З.Д., Машарипова Д.Р.

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние комплекса нагрузочных физических тренировок на показатели толерантности к физической нагрузке и клиническое состояние больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования. Обследовано 90 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) осложненной ХСН I-III ФК. Средний возраст больных 61,3± 1,5 лет. Оценка клинического состояния больных проводилась с применением шкалы оценки клинического состояния (ШОКС), модифицированная Мареевым В.Ю. (2000). Толерантность к физической нагрузке оценивалась по тесту шестиминутной ходьбы (ТШХ). Больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 45 больных ХСН I ФК (23), II ФК (17), III ФК (5); 2 группа - 45 больных ХСН I ФК (21), II ФК (19), III ФК (5). В течение 6 месяцев обе группы получали стандартную базисную терапию (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антиагреганты, спиронолактон, диуретики). 1 группа в дополнение занималась общепринятым вариантом комплекса физических упражнений, который включал в себя утреннюю гимнастику, тренировку аэробной направленности в виде велотренировки с нарастающей нагрузочной тяжестью на аппарате «МОТОМЕД». Продолжительность комплекса занимало – 30 минут. Обязательным компонентом тренировочной программы была ежедневная 30 минутная дозированная ходьба с достижением аэробного порога (60-70% максимальной ЧСС).

Полученные результаты. У больных I и II группы с II ФК ХСН было отмечено уменьшение дистанции ТШХ на 17,1% и 15,4% ($p<0,01$) и III ФК ХСН на 48% и 47,7% ($p<0,001$) соответственно по сравнению с показателями ТШХ больных с I ФК ХСН. Показатели ШОКС также были достоверно выше у больных II и III ФК ХСН по сравнению с показателями больных с I ФК ($p<0,001$). На фоне 6 месяцев лечения с включением комплекса физических тренировок у больных 1 группы, было отмечено: у больных 1 группы с I ФК ХСН на фоне лечения сумма баллов по шкале ШОКС увеличились на 50,7% ($p<0,001$), а у больных II группы на 42,6% ($p<0,001$); у больных 1 группы со II ФК ХСН на 41,8% ($p<0,001$), а у больных II группы на 29,2% ($p<0,001$); у больных 1 группы с III ФК на 22,5% ($p<0,001$), а у больных II группы на 8,5% ($p<0,005$), соответственно, по сравнению с исходными показателями. Вместе с тем дистанция ТШХ увеличилась у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p<0,001$), у больных второй группы на 16,3%, 9,4% и 13% ($p<0,005$), соответственно. По завершению комплекса физических упражнений большинство больных отметили улучшение клинического состояния, которое проявлялось в уменьшении одышки, стабилизации артериального давления, что способствовало повышению функциональных возможностей и физической работоспособности больных независимо от ФК ХСН.

Выводы. У больных ХСН регулярное применение комплекса физических тренировок, в виде утренней гимнастики и нагрузочные тренировки, способствует улучшению общего самочувствия, увеличивает толерантность к физическим нагрузкам, повышается работоспособность и приводит к улучшению клинического состояния больных.

ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ С КРУПНООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Ярославская Е.И.(1), Кузнецов В.А.(1), Криночкин Д.В.(1), Пушкарев Г.С.(1), Бессонов И.С.(1), Калиниченко А.П.(2)

Тюменский кардиологический научный центр, Томский научно-исследовательский медицинский центр РАН, Тюменская область, Россия (1)

ГБУЗ Тюменской области "Областная клиническая больница №1", Тюменская область, Россия (2)

В предыдущих работах мы доказали существование гендерных различий в механизмах формирования ишемической митральной регургитации: у женщин она связана с глобальным, у мужчин – с региональным патологическим ремоделированием миокарда, вызванным преимущественно поражением правой коронарной артерии.

Цель. Установить гендерные различия в клинико-функциональных характеристиках больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и митральной регургитацией (МР).

Материал и методы. Из «Регистра проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны 403 пациента с анамнестическим Q-волновым инфарктом миокарда и асинергией ЛЖ соответствующей локализации при эхокардиографии и функциональной (без значимого поражения створок) МР 2 степени (с эффективной площадью регургитационного отверстия 0,2 см и регургитирующим объемом 30 мл) - 350 мужчин и 53 женщины.

Результаты. При сравнении мужской и женской групп с ПИКС и МР оказалось, что группа мужчин по численности почти в 7 раз превосходила женскую. Женщины были старше мужчин, что объяснимо более поздним у них дебютом сердечно-сосудистых заболеваний в связи с окончанием протективного действия эстрогенов на сосудистую стенку. По результатам мультивариантного анализа женский пол продемонстрировал независимую связь с индексом толщины задней стенки левого желудочка (ЛЖ) (ОШ=3,215; 95% ДИ 1,781-5,804; $p<0,001$), гипофункцией щитовидной железы (ОШ=3,070; 95% ДИ 0,994-9,483; $p=0,050$), большим индексом массы тела (ОШ=1,170; 95% ДИ 1,042-1,317; $p=0,008$), а также отсутствием курения (ОШ=0,056; 95% ДИ 0,013-0,244; $p<0,001$) и более низким уровнем гемоглобина (ОШ=0,927; 95% ДИ 0,890-0,966; $p<0,001$). Частота гипофункции щитовидной железы в нашей группе женщин была более чем в 3 раза выше, чем у мужчин (29,7% против 9,6%, $p=0,001$). Эксцентрический тип гипертрофии был характерен для обоих полов, однако более выраженные у женщин дилатация левого предсердия и гипертрофия ЛЖ, независимая связь женского пола с индексом толщины свободной стенки ЛЖ, а также тенденция к большим размерам желудочков и более частому выявлению тяжелых классов сердечной недостаточности говорят о более выраженном ремоделировании миокарда именно в группе женщин.

Заключение. Таким образом, гендерные различия между клинико-функциональными параметрами больных ИБС с ПИКС и гемодинамически значимой МР заключаются в более выраженном ремоделировании миокарда у женщин, что указывает на важность профилактики развития и прогрессирования у них глобального патологического ремоделирования ЛЖ.

ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ И ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ SDNN У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Нагаева Г.А.(1), Нагаев Ш.А.(2)

**АО «Республиканский специализированный центр кардиологии» МЗ РУз, Ташкент,
Узбекистан (1)**

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан (2)

Цель: Сравнительный анализ параметров variability ритма сердца (BPC) и турбулентности сердечного ритма (TCP) у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) в зависимости от показателя SDNN.

Материал и методы: В исследование было включено 79 больных с КБС, средний возраст $58,73 \pm 10,22$ (от 38 до 85) лет, из них мужчин – 58 (73,42%). Всем больным проводились физикальный осмотр, общеклинические лабораторные исследования, ЭКГ, ЭхоКГ. Анализ параметров BPC и TCP проводился при регистрации 24-часового мониторинга ЭКГ с помощью компьютерной программы «CardioSens». В исследование не включались больные с перенесенным инфарктом миокарда. В зависимости от уровня SDNN больные были разделены на 2 группы: 1гр. – 50 больных с $SDNN < 50$ мс и 2гр. – 29 больных с $SDNN \geq 50$ мс. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Статистическая оценка результатов проводилась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты: Анализ сегмента ST-T выявил, что явление ST-депрессии у пациентов 1гр. регистрировалось в 54%, а во 2гр. – в 62% случаев ($p > 0,05$). Тем не менее, амплитуда ST-депрессии в 1гр. $= 208,48 \pm 139,40$ мкВ, что на 11,59% было выше, чем во 2гр. Средняя продолжительность интервала QT в 1гр. $= 383,26 \pm 30,74$ мс, что на 4,35% было ниже аналогичного показателя во 2гр. ($p = 0,048$). В тоже время скорректированный QTc в 1гр. $= 36,13 \pm 37,81\%$, что на 9,48% было выше, чем во 2гр. ($p < 0,05$). Число пациентов с ЖЭ в 1гр. составило 74%, а во 2гр. – 62%, при этом, среднее количество ЖЭ в 1гр. $= 29,83 \pm 53,61$ за 1 час, а во 2гр. $= 50,28 \pm 72,71$ за 1 час (все $p > 0,05$). Оценка ЖЭ в плане циркадной зависимости, выявила недостоверное, но превалирование ЖЭ в дневные часы у пациентов 1гр. (18% против 14%, соответственно в 1гр. и 2гр.). При оценке параметров TCP было установлено, что в 1гр. показатель $TS = 2,65 \pm 2,66$ мс/бит, в то время как во 2гр. данный показатель $= 7,26 \pm 6,84$ мс/бит ($p < 0,001$). Снижение показателя $SDNN < 50$ мс сопровождается достоверным снижением как временных, так и спектральных показателей BPC у пациентов 1гр.: $SDNN = 33,98 \pm 7,61$ мс; $rMSSD = 20,08 \pm 11,54$; $pNN50 = 2,98 \pm 4,58\%$; $TI = 15,64 \pm 4,85$; $ULF = 315,00 \pm 160,73$ мс; $VLF = 511,70 \pm 249,95$ мс. Во 2гр. BPC-показатели составили: $SDNN = 73,86 \pm 32,97$ мс; $rMSSD = 58,89 \pm 56,84$; $pNN50 = 15,58 \pm 20,12\%$; $TI = 24,58 \pm 7,26$; $ULF = 1886,60 \pm 1573,70$ мс и $VLF = 1330,00 \pm 1050,90$ мс (все $p < 0,001$). Это имело отражение на соотношении LF и HF-спектров, которое свидетельствовало о превалировании LF-спектра у пациентов 1гр. (LF/HF в 1гр. $= 2,54 \pm 2,03$ против $1,81 \pm 1,07$ – во 2гр., ($p = 0,077$)).

Выводы: Снижение показателя SDNN у больных с КБС характеризуется более глубокой амплитудой ST-депрессии, недостоверным превалированием скорректированного интервала QTc, что, в свою очередь, сопровождалось превалированием желудочковой эктопии и достоверным снижением как параметров variability ритма сердца, так и турбулентности сердечного ритма.

ПАРАСИМПАТИЧЕСКАЯ РЕИННЕРВАЦИЯ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОГО СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Лепшокова М.Х., Космачева Е.Д., Барбухатти К.О.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт- Краевая клиническая больница №1 имени профессора С.В. Очаповского» Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель: оценить влияние частичной парасимпатической реиннервации трансплантированного сердца на качество жизни пациентов после ортотопической трансплантации сердца.

Материалы и методы: В исследование включено 42 пациента (20 мужчин и 22 женщины) после ортотопической трансплантации сердца по модифицированной бикавальной технике на базе НИИ ККБ№1 г Краснодара. Возрастной диапазон реципиентов 28 -59 лет, средний возраст- 38,2 лет. В течение 2 лет пациентам проводилось СМ ЭКГ через 1 и 2 года после трансплантации сердца с использованием аппарата «Кардиотехника-04-8(М)», результаты суточного мониторирования ЭКГ анализировались в программе «Кардиорегистр 4». Для оценки качества жизни использовался опросник SF -36. Проводилась оценка влияния динамики высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма на диапазон шкал опросника SF -36. Статистический анализ проведен с использованием STATISTICA-6 {StatSoft.Inc. 2001, version 6}.

Результаты: по данным СМ ЭКГ в динамике отмечалось увеличение показателя высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма с $18,43 \pm 9,61 \text{ мс}^2$ до $49,32 \pm 17,88 \text{ мс}^2$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о наличии частичной парасимпатической реиннервации сердечного трансплантата. При анализе результатов анкетирования через 1 год и 2 года после трансплантации сердца выявлена статистически достоверная ($p < 0,01$) положительная динамика показателей, характеризующих физическое и психологическое здоровье: показатель физического функционирования увеличился с $68 \pm 8,4$ до $88 \pm 5,2$, показатель ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, с $58 \pm 8,2$ до $85 \pm 11,4$, показатель ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, с $51,4 \pm 11,4$ до $78 \pm 6,8$, показатель социального функционирования с $62 \pm 15,7$ до $92,1 \pm 7,1$, болевой порог вырос с $76 \pm 14,2$ до $95,5 \pm 13,4$, показатель психического здоровья с $54 \pm 14,2$ до $84,1 \pm 13,6$, показатель жизненной активности с $65,2 \pm 20,3$ до $83 \pm 13,8$, показатель общего состояния здоровья с $68 \pm 10,5$ до $79 \pm 13,7$. Отмечается статистически достоверная зависимость показателей физического компонента здоровья от значений показателя высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма. Не выявлено достоверной связи между показателями психологического здоровья и активностью парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

Выводы: частичное восстановление парасимпатической иннервации сердечного трансплантата ведет к улучшению качества жизни пациентов после ортотопической трансплантации сердца, обуславливая более высокие значения физического компонента здоровья.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ НОВЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Джиоева О.Н., Никитин И.Г., Модестова А.В.

**Федеральное Государственное бюджетное Образовательное Учреждение РНИМУ имени
Пирогова Минздрава РФ, Москва, Россия**

Осложнения хирургических манипуляций в виде послеоперационных кровотечений представляют актуальную междисциплинарную проблему. Риск развития кровотечений может усугубляться на фоне лечения антикоагулянтами или ингибиторами агрегации тромбоцитов. Тактика ведения пациентов на фоне антиагрегантной и антикоагулянтной терапии в периоперационном периоде является предметом дискуссии. Немедленный эффект и короткий период полураспада НОАК демонстрирует отсутствие необходимости «мост»-терапии. Схема отмены проста: препарат отменяется перед оперативным вмешательством, затем возобновляется его прием, как только адекватный гемостаз был обеспечен. Возможные сложности заключаются в том, что НОАК накапливаются у пациента с почечной недостаточностью, поэтому у пациентов с нарушенной функцией почек применение НОАК должно быть прекращено в течение более длительного периода.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов, получающих НОАК, которым выполнялась эндоскопическая полипэктомия в толстой кишке. Материалы и методы: проанализировано 77 историй болезней пациентов с неклапанной персистирующей формой фибрилляции предсердий, которым выполнена эндоскопическая полипэктомия. Средний возраст пациентов составил 65 лет [47;83]. Все пациенты на момент подготовки к операции и оперативного вмешательства имели стойкий синусовый ритм. В качестве антикоагулянтной терапии 42% пациентов получали дабигатран в дозе 300 мг в сутки, 55%- ривароксабан в дозе 20 мг в сутки, 3%-эликвис в дозе 5 мг в сутки. У всех пациентов СКФ был более 50 млмин. Всем пациентам препарат НОАК был отменен за 24 часа до манипуляции. Возобновление терапии соответствовало от 4 до 12 часов от момента полипэктомии. Ретроспективный анализ показал, что ни в одном случае не было зафиксировано геморрагических осложнений. Тромбоэмболических событий, развития ОКС, приступов фибрилляции предсердий также не было отмечено.

Данные исследований и клинических наблюдений демонстрируют, что необходимость в «мост-терапии», как правило, отсутствует в случае НОАК, где своевременное прерывание лечения, в зависимости от функции почек, играет большую роль. Тем не менее, рекомендации по управлению НОАК во время эндоскопических процедур основываются, главным образом, на мнении экспертов. Перспективные исследования для подтверждения этих рекомендаций, являются очень актуальными и очень ожидаемыми в медицинском мире.

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рубаненко О.А.(1), Фатенков О.В.(1), Дупляков Д.В.(2), Русскова Е.Н.(1), Блиничкина Д.В.(1)

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара, Россия (1)

ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия (2)

Сочетание клапанных пороков сердца и ишемической болезни сердца (ИБС) выявляется в 28-30% случаев. Коррекция клапанной патологии и одновременное проведение коронарного шунтирования (КШ) является операцией выбора при наличии сочетанных заболеваний. Госпитальная летальность при таких операциях у больных всех возрастных категорий в 2-3 раза выше, чем при изолированных вмешательствах.

Цель. Оценить клинические особенности периоперационного периода у больных с сочетанной клапанной и коронарной патологией.

Пациенты и методы. Ретроспективно проанализировано 53 истории болезни пациентов с сочетанной патологией (средний возраст $65 \pm 3,7$ лет), находящихся на лечении в СОККД.

Результаты. Среди пациентов выявлено 75,5% мужчин. Из сопутствующих заболеваний отмечаются: сахарный диабет (23,7%), заболевания легких (18,9%). Давность ИБС составила от 4 до 20 лет (в среднем $9 \pm 2,3$ года). Наблюдались следующие аритмии: у 15 человек (28,3%) - фибрилляция предсердий, у 3 (5,7%) - желудочковые экстрасистолы. 76,4% больных имеют атеросклеротическое поражение артерий БЦС. По данным коронарографии наиболее часто поражалась правая коронарная артерия (71,7%), огибающая артерия (60,4%), передняя нисходящая артерия (35,9%), левая коронарная артерия (33,7%). Двухсосудистые поражения встречались в 15 случаях (28,3%), трехсосудистые в 29 случаях (54,7%). У 20 (37,8%) пациентов в анамнезе был инфаркт миокарда. 94,5% пациентов имели гипертоническую болезнь. Все обследуемые имеют ХСН: I- 20 человек (37,7%), II-41 (77,3%), III- 12 (22,7%). Митральный порок выявлен у 29 пациентов (54,7%), аортальный - у 24 (45,3%, из них у 11 человек с преобладанием стеноза). Поражение митрального клапана чаще было обусловлено ревматическим процессом, аортального – дегенеративным.

В раннем послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: 5 случаев фибрилляции желудочков, 17 случаев фибрилляции предсердий, 14 случаев отека легких, 3 случая ОНМК. Все осложнения были купированы в ОРИТ. Летальных случаев нет. 2 пациента с ОНМК переведены в неврологическое отделение.

Заключение. Среди больных с сочетанным клапанным пороком сердца и ИБС преобладали мужчины пожилого возраста. У большинства больных наблюдалась коморбидная патология, включая сахарный диабет, бронхолегочные заболевания. Пациенты отличались длительным течением кардиоваскулярной патологии, многососудистым поражением коронарного русла. Чаще отмечалось поражение митрального клапана. Высокая частота осложнений, которые купированы успешно, требовала проведение неотложных мероприятий.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАЗНЫЕ СЕЗОНЫ ГОДА

Бредихина Е.Ю., Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф., Барабаш Л.В.

ФГБУ "Сибирский федеральный научно-клинический центр " ФМБА России, Томск, Россия

Цель работы: оценить состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты у больных артериальной гипертонией (АГ) в разные сезоны года в условиях Западной Сибири.

Материал и методы исследования: Проведено обследование 402 больных АГ I-II-стадии, находящихся на реабилитации в клинике СибФНКЦ. Критериями включения в исследование являлись наличие АГ 1 степени; мужской пол; возраст 35-60 лет. Критерии исключения: АГ III стадии, 2 и выше степени, сопутствующая ИБС, эндокринная патология. Средний возраст больных составил $49,8 \pm 6,88$ лет, средняя давность заболевания $9,61 \pm 2,22$ лет. О состоянии ПОЛ судили по концентрации малонового диальдегида (МДА) (цветная реакция с тиобарбитуровой кислотой), активности каталазы (М.А. Королюк с соавт.) и церулоплазмينا в сыворотке крови (по методу Ревина). Анализ изучаемых показателей проводился до и после курса санаторно-курортного лечения (ЛФК, массажа, бальнео- и КВЧ-терапия) с учетом сезона года и месяца наблюдения, количество наблюдений в каждой точке исследования (более 30) позволило применить групповой подход к хронобиологическому анализу.

Результаты. Максимальные значения МДА по сравнению с другими сезонами года были зарегистрированы весной ($M \pm SD$ $4,14 \pm 0,54$ ммоль/л, $p=0,046$), при этом достоверной динамики МДА после курса лечения не получено, что вероятнее всего отражает высокую напряженность системы адаптации организма в условиях резко континентального климата Западно-Сибирского региона в переходный сезон года (до лечения $M \pm SD$ – $2,53 \pm 0,32$ ммоль/мл, после лечения $M \pm SD$ – $2,77 \pm 0,68$ ммоль/мл, $p=0,07$). В весенние месяцы года также отмечен высокий уровень церулоплазмينا ($M \pm SD$ – $432,92 \pm 33,22$ мг/л, $p=0,0035$), после лечения снижение повышенных значений церулоплазмينا происходило лишь в зимний (до лечения $M \pm SD$ – $412,35 \pm 29,56$ мг/л, после лечения $M \pm SD$ – $377 \pm 51,43$ мг/л, $p=0,005$) и весенний сезоны (до лечения $M \pm SD$ – $432,92 \pm 33,22$ мг/л, после лечения $M \pm SD$ – $397,5 \pm 43,50$ мг/л, $p=0,0035$), в то время как осенью и летом уровень церулоплазмينا не изменялся. Активность ферментативного звена антиоксидантной системы, а именно каталазы, была максимальной в осенне-зимний период ($42,65 \pm 27,8$ мккат/л), и минимальной в июле – $19,50 \pm 6,29$ мккат/л, $p=0,000$. После курса лечения активность каталазы сыворотки крови снижалась во все сезоны, за исключением летнего периода (до лечения $M \pm SD$ – $43,77 \pm 6,89$ мккат/л, после лечения $M \pm SD$ – $28,10 \pm 11,12$ мккат/л, $p < 0,14$).

Выводы. Таким образом, изменения системы ПОЛ у больных АГ имеют четкую сезонную зависимость, что определяет необходимость проведения дополнительной антиоксидантной коррекции санаторно-курортного лечения в весенний и зимний сезоны года.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ МОЛОЖЕ 45 ЛЕТ.

Лысоченко А.Б.(1), Сукманова И.А.(1), Пономаренко И.В.(2)

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия (1)

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия (2)

Цель исследования: оценить частоту встречаемости полиморфизмов генов у лиц молодого возраста с подтвержденным острым коронарным синдромом.

Материалы и методы: В исследование включены пациенты с подтвержденным острым коронарным синдромом молодого возраста (до 45 лет) находящиеся на лечении в отделении острого инфаркта АККД — 75 человек. У всех пациентов кроме стандартного общеклинического и биохимического обследования, проводилось исследование полиморфизмов генов протромбина, МТНFR, ингибитора активатора плазминогена (FII G20210-A, FV G1691-A, МТНFR C677-T, PAI 5G-4G), ассоциированных с риском сердечно-сосудистых заболеваний. Критерии исключения: лица старше 45 лет, информированный отказ от участия в исследовании.

Полученные результаты: В кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда за 2015 – 2016г госпитализировано 3150 пациентов с острым коронарным синдромом, из них 75 пациентов (2,3%) были лица, моложе 45 лет. Средний возраст их составил $38,7 \pm 7,3$ лет, 68 человек (90%) из них мужчины. Из данной группы пациентов, у 54 (72%) диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 21 пациента (28%) нестабильная стенокардия (НС). Из сопутствующих заболеваний 43 пациента (57,3%) имели гипертоническую болезнь, 11 (14,6%) - сахарный диабет II типа, наследственность по ССЗ отягощена у 33 (44%) пациентов, курили- 56 (74,6%) пациентов.

С подтвержденным полиморфизмом генов выявлено 49 больных (65,3%). Из них: мутации F5-гетерозиготы диагностированы у 14 (28%), полиморфизмы МТНFR – гетерозиготы у 39 (79,5%), PAI-1-мутация, гомозигота у 6(12,2%), PAI-1 гетерозигота у 8(16,3%), МТНFR – гомозигота у 8 (16,3%). У 3-х (6,1%) выявлена F2-мутация. У 17 (34,69%) пациентов выявлено сочетание нескольких полиморфизмов: у 6 (12,2%) - мутации F5-гетерозиготы, полиморфизмы МТНFR – гетерозиготы, PAI-1-мутация, гомозигота. У 4 (8,1%) - мутации F5-гетерозиготы, полиморфизмы МТНFR – гетерозиготы, PAI-1 – гетерозигота, F2-мутация. У 5 пациентов (10,2%) - PAI-1 – гетерозигота, МТНFR – гомозигота. У 2-х (4,0%) мутации F5-гетерозиготы, полиморфизмы МТНFR – гетерозиготы.

Выводы: Из всех пациентов, госпитализированных за 2 года в АККД с ОКС — 2,3 % составляют лица молодого возраста, большинство из них пациенты с ОИМ (72%). У 65,3% помимо традиционных факторов риска выявлены полиморфизмы генов, ассоциированных с тромбозами и развитием ИМ. Превалирующее значение занимает полиморфизмы МТНFR-гетерозигота (79,5%) и мутации F5-гетерозиготы- 14 (28%). По 16,3% составили PAI-1 – гетерозигота и МТНFR – гомозигота. Зачастую в (34,6%) случаев выявляется сочетание нескольких полиморфизмов.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.

Юлдашев Н.П., Нагаева Г.А.

АО «Республиканский специализированный центр кардиологии» МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить взаимозависимость атеросклеротического поражения передней нисходящей артерии (ПНА) и систолической функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: Было обследовано 33 больных, средний возраст – $58,7 \pm 9,4$ лет, из них 5 (15,2%) – женщин. Всем были проведены исследования: осмотр, сбор анамнеза, лабораторные анализы, ЭКГ, ЭхоКГ с измерением фракции выброса (ФВ) ЛЖ и коронароангиография (КАГ) с последующим стентированием ПНА. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: Средний уровень глюкозы крови в целом по группе составил $8,3 \pm 2,5$ ммоль/л. Средний калибр ПНА = $3,39 \pm 0,35$ мм. Средний процент стеноза ПНА = $89,25 \pm 8,79\%$. Изолированное поражение проксимальной части ПНА имело место в 19 (57,6%) случаях; средней – в 7 (21,2%); сочетанное поражение проксимально и средней частей было выявлено у 6 (18,2%) больных и у 1 (3%) пациента наблюдалась комбинация поражений проксимальной и дистальной частей ПНА. Исследование показало явное превалирование сложных типов стеноза у данной категории больных: типы В и С отмечались в 9 (27,3%) и 23 (69,7%) случаях. Средняя ФВЛЖ = $56,5 \pm 7,9\%$, при этом 5 (15,2%) больных имели ФВЛЖ $< 50\%$. Была установлена обратная корреляционная зависимость между калибром ПНА и ФВЛЖ ($p=0,009$; $r=0,196$; $t=-2,757$) и между уровнем стеноза и ФВЛЖ ($p=0,065$; $r=0,105$; $t=-1,906$).

Выводы: Наличие сахарного диабета 2 типа способствует усугублению ангиографических поражений в бассейне ПНА характеризуется преимущественно проксимальной локализацией и превалированием стенозов С-типа, что сопровождается снижением систолической функции миокарда левого желудочка ($p < 0,05$).

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ СТЕНОЗАМИ ВНЕСЕРДЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Пивоварова Е.М.

ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского», Москва, Россия

Предоперационная оценка степени поражения коронарного русла у пациентов с атеросклеротическими стенозами внесердечных артерий

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава РФ

Отделение хирургии сосудов

Пивоварова Е.М.

Операции у больных с атеросклерозом внесердечных артерий сопряжены с высоким риском хирургических осложнений. Сопутствующая ИБС вносит весомый вклад в увеличение ранней и отдаленной летальности.

Цель: изучить частоту и тяжесть поражения коронарных сосудов у больных со стенозами сонных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Методы: В течение 2016 года выполнено 168 коронарографий (КГ) пациентам, с запланированными хирургическими вмешательствами на артериях различных бассейнов. Изменения в коронарных артериях были расценены как тяжелые при наличии стеноза в стволе левой коронарной артерии, либо в трех коронарных артерий. Средней тяжести – при наличии стенозов в одной или двух коронарных артериях. Легкое – при отсутствии гемодинамически значимых стенозов либо при пограничных стенозах.

Результаты: Пациенты с каротидным атеросклерозом - 44% случаев выявлен тяжелый атеросклероз коронарного русла; в 32% случаев – поражение коронарных артерий средней тяжести и в 24% случаев – гемодинамически значимых изменений в коронарных артериях найдено не было.

Пациенты с аневризмой брюшной аорты - 21% тяжелый коронарный атеросклероз, 38% - средней тяжести, 41% больных - легкий

Пациенты с атеросклерозом артерий нижних конечностей: 34% тяжелый коронарный атеросклероз, 33% - средней степени тяжести, 33% - легкий

Выводы: Наиболее тяжелые атеросклеротические изменения коронарных артерий были выявлены у пациентов со стенозом сонных артерий. Эти данные могут служить поводом к расширению объема исследований, вплоть до проведения коронарографии, у пациентов перед плановой каротидной эндартеректомией с целью стратификации кардиального риска.

ПРИМЕНЕНИЕ P300 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ВЫСОКОДОЗНОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Зуева И.Б., Кривоносов Д.С., Буч А.В., Урумова Е.Л., Бараташвили Г.Г.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить возможность применения когнитивного вызванного потенциала (P300) для оценки когнитивных функций у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. В исследование было включено 80 больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС). Средний возраст составил $52,87 \pm 5,3$ лет. Длительность ИБС $5,8 \pm 1,72$ лет. Все пациенты получали высокоинтенсивную терапию: аторвастатином в дозе 80 мг ($n=40$) и розувастатином 40 мг ($n=40$) в сутки. Длительность терапии составила 12 месяцев. Когнитивные функции оценивались с помощью применения батареи нейропсихологических шкал: краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)), батарея тестов на лобную дисфункцию, тест рисования часов, тест «10 слов по Лурии». Для оценки быстроты реакции и способности концентрировать внимание была использована проба Шульце. Для оценки памяти применялась шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Scale, WMS).

Количественная оценка когнитивных функций определялась методом когнитивного вызванного потенциала (P300) с помощью ЭМГ/ВП Nicolet Viking Select.

При систематизации и статистической обработке данных различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. На фоне терапии статинами были достигнуты целевые уровни холестерина липопротеидов низкой плотности: на фоне терапии аторвастатином (с $3,57 \pm 1,06$ до $1,81 \pm 0,68$ ммоль/л ($p < 0,05$)) и розувастатином (с $3,51 \pm 1,02$ до $1,78 \pm 0,64$ ммоль/л ($p < 0,05$)). На фоне терапии аторвастатином и розувастатином отмечалось улучшение когнитивных функций в целом ($p < 0,01$), улучшение как краткосрочной ($p < 0,01$), так и долгосрочной ($p < 0,01$) памяти, а также параметров внимания ($p < 0,01$).

При оценке когнитивных функций методом когнитивного вызванного потенциала было продемонстрировано достоверное уменьшение латентного периода P300 через один год терапии в группе пациентов, получавших как аторвастатин ($- 10,24 \pm 3,49$ мсек, $p < 0,01$), так и розувастатин ($- 10,12 \pm 3,42$ мсек, $p < 0,01$). Отмечено достоверное увеличение амплитуды P300 на фоне терапии как розувастатином ($1,1 \pm 0,02$ мкВ, $p < 0,05$), так и аторвастатином ($1,3 \pm 0,04$ мкВ, $p < 0,05$).

Заключение. Высокодозная терапия розувастатином и аторвастатином значительно улучшает когнитивные функции у пациентов с ишемической болезнью сердца по данным нейропсихологического тестирования и когнитивного вызванного потенциала.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Громыко Т.Ю., Сайганов С.А.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить вероятность рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) при различных вариантах восстановления синусового ритма (СР) в зависимости от выбора кардиоверсии. Материалы и методы: Обследовано 153 пациента с неклапанной формой ФП длительностью от 24 часов до 6 месяцев. Все пациенты делились на 3 группы. В 1-ю - включены 49 пациентов, у которых СР восстанавливался с помощью медикаментозной терапии; во 2-ю – 57 пациентов, у которых СР восстанавливался с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ); в 3-ю – 47 пациентов, которым проводилась радиочастотная изоляция легочных вен (РЧИ ЛВ). Всем пациентам проводилось ЭХО-кардиографическое исследование (ЭХО КГ) на момент ФП, а так же на 1,3,15 сутки и через 6 мес. после восстановления СР с оценкой систолической и диастолической функции ЛЖ, толщины стенок миокарда, передне-заднего размера (ПЗР) левого предсердия (ЛП), объема ЛП, а также времени восстановления функции ЛП по скорости пика А трансмитрального потока (ТМП). Результаты: Во всех группах было отмечено, что отсутствие пароксизмов ФП после восстановления синусового ритма в течение 2-х недель является достоверным предиктором сохранения СР к 6 мес. наблюдения ($p < 0,001$) и снижения количества пароксизмов ФП в течение 6 мес. ($p < 0,001$). Соответственно, появление пароксизмов ФП в течение первых 2х недель свидетельствует о повышении их вероятности в более отдаленном периоде наблюдения (в течение 6 мес.) [OR (отношение риска) = 15,37]. Так же была отмечена достоверная взаимосвязь между сроками восстановления функции ЛП (пик А > 0,5 м/сек) и вероятностью возникновения пароксизмов ФП в раннем (до 2-х недель) и позднем (до 6 мес.) периодах наблюдения ($p < 0,05$). Выводы: Измеренный по ТМП пик А > 0,5 м/с в 1 сутки после восстановления ритма является достоверным предиктором сохранения СР сроком до 6 мес. при любом выборе кардиоверсии ($p < 0,001$). Также достоверным предиктором сохранения синусового ритма к 6 мес. является отсутствие пароксизмов ФП в течение первых 2 недель после восстановления СР при любом выборе кардиоверсии ($p < 0,001$).

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ильченко И.А., Бобронникова Л.Р., Шапошникова Ю.Н.

Национальний медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Изучить показатели частотного анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) и оценить прогностическое значение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и ВРС на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Проведен проспективный анализ течения ХСН у 184 больных, из них 74 женщины, с АГ 2-3 степени (среднее систолическое и диастолическое давление соответственно: 164,4±8,6 мм рт ст; 98,3±7,4 мм рт ст), средний возраст - 58,4±9,7 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 28,2±2,0 кг/м), больные получали сопоставимую терапию. В исследование последовательно включались больные с ХСН II-А стадии. В зависимости от исходных признаков функционального класса (ФК) ХСН по классификации NYHA было выделено 2 группы: 1 группа - 2 ФК (102 пациента), 2 группа - 3 ФК (82 пациента). Всем больным каждые 3 месяца в течение 1 года выполнялась электрокардиограмма (ЭКГ) утром 08.00-09.00 натощак в 5-ти минутном интервале записи. Проанализированы данные спектрального анализа ВРС: высокочастотный компонент (HF), низкочастотный компонент (LF), их соотношение (L/H) и общая мощность спектра (TP). Контролем служили данные 20 здоровых добровольцев аналогичного пола и возраста.

Результаты. Средняя ЧСС за сутки на момент включения составляла в 1 и 2 группах соответственно: 82,2±4,8 и 88,2±6,4 в 1 мин (контроль 60,2±2,4; $p<0,05$). При оценке показателей ВРС установлено снижение индексов спектрального анализа, более выраженное у больных 2 группы. У пациентов 1 и 2 групп установлено уменьшение TP (соответственно: 1286,4±78,6мс ($p>0,05$); 967,8±53,5мс ($p<0,05$); контроль 1682,8±83,2мс); достоверное уменьшение HF (соответственно: 342,7±38,9мс ($p<0,05$); 289,5±37,5мс ($p<0,05$); контроль 486,2±41,4мс) и LF (соответственно: 219,3±22,4мс ($p<0,05$); 182,3±20,3мс ($p<0,05$); контроль 295,5±18,2 мс). В течение периода наблюдения у пациентов 1 и 2 групп повышенная ЧСС ассоциировалась с худшими спектральными показателями ВРС. Установлена отрицательная корреляция между ЧСС и HF [$r=-0,48$; ДИ 95%; 0,84-1,68, $p=0,042$] LF [$r=-0,52$; ДИ 95%; 1,57-1,83; $p=0,034$]. К концу периода наблюдения при сохранявшейся повышенной ЧСС ФК ХСН ухудшился у 23% и 36% больных 1 и 2 групп соответственно.

Выводы. Повышенная ЧСС у больных с АГ и ХСН сопровождается ухудшением спектральных показателей ВРС, что имеет неблагоприятное прогностическое значение, усугубляет течение ХСН, и определяет необходимость проведения активного лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО БИОМАРКЕРА

Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Рытова А.И., Бойцов С.А.

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

Проявления субклинического атеросклероза служат независимым предиктором повышенного кардиоваскулярного риска. Отсутствие атеросклероза сопряжено с менее чем 1%-м ежегодным риском коронарных событий тогда как наличие субклинического атеросклероза ассоциируется с увеличением риска до 1-3%.

Цель. Изучить возможность применения интегрированного биомаркера i-BIO для оценки сердечно-сосудистых осложнений в течение среднесрочного периода наблюдения (48 мес) у пациентов с коронарным атеросклерозом, независимо от его выраженности.

Методы. В исследование включено 205 пациентов (М/Ж 136/69; 62,8±9,0 лет), которым по показаниям проводили коронароангиографию и дуплексное сканирование каротидных артерий. Наличие коронарного атеросклероза и выраженность поражения коронарных артерий оценивали по шкале Gensini Score (GS). Биохимические показатели в крови определяли стандартными лабораторными методами. Для оценки выживаемости (вероятности наступления терминального события) использовали кривые выживаемости Каплана-Мейера и модель пропорциональных рисков Кокса. В качестве комбинированной конечной точки определяли необратимые события: наличие фатального инфаркта миокарда (ИМ) или мозгового инсульта + нефатального ИМ или инсульта + повторной реваскуляризации миокарда. Отклик составил 80%.

Результаты. Из всей когорты выделили группу пациентов с непораженными коронарными артериями – 0 баллов по шкале GS и группу пациентов с наличием коронарного атеросклероза по шкале GS >0 баллов. Интегрированный биомаркер i-BIO включает значения толщины интима-медиа (0,9; >0,9 мм), наличие атеросклеротических бляшек в каротидных артериях (<3; 3), степень поражения каротидных артерий (45; >45%), уровень триглицеридов (1,7; >1,7 ммоль/л), глюкозы (5,5; 5,6-6,0; 6,1-6,9; 7,0 ммоль/л), фибриногена (4,0; >4,0 г/л), вчСРБ (<1,0; 1,0-3,0; 3,0 мг/л) и адипонектина (8,0; <8,0 мкг/мл). В течение 48 мес наблюдения в группе с отсутствием коронарного атеросклероза 6,3% пациентов перенесли мозговой инсульт и стентирование коронарных артерий, а в группе с наличием коронарного поражения (GS>0) – 32,3% (7 фатальных ИМ, 2 фатальных инсульта, 4 нефатальных ИМ, 2 нефатальных инсульта и 27 случаев повторной реваскуляризации миокарда) (p=0,005). При анализе кривых выживаемости Каплана-Мейера выявлено достоверное различие между временем наступления конечного события в группах с отсутствием коронарного атеросклероза и его наличием (p=0,005). При применении регрессионной модели Кокса пропорционального риска, было показано, что риск наступления комбинированной конечной точки в 6,3 раза выше у пациентов с наличием поражения коронарных артерий (GS>0).

Заключение. Согласно данным настоящего исследования выявлена достоверная ассоциация между риском наступления сердечно-сосудистых осложнений и наличием коронарного атеросклероза любой степени выраженности, который можно неинвазивно диагностировать с помощью i-BIO.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ NT-PROBNP В ОТНОШЕНИИ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА.

Михин В.П., Алименко Ю.Н., Горбатов Т.В., Жиронкина Е.В., Алексеев И.Э.

ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Проблема диагностики, профилактики и лечения острой коронарной патологии является одной из ведущих в современной кардиологии. Острый коронарный синдром-главная причина смерти и инвалидизации пациентов от сердечно-сосудистых заболеваний.

Миокард синтезирует множество биохимических маркеров, важнейшим из которых является NT-proBNP, его экспрессия чувствительно реагирует на малейшее расширение камер сердца, в первую очередь на расширение и перегрузку предсердий.

Для оценки прогноза исхода ОКС, представляется перспективной возможность оценки уровня изменения NT-proBNP.

Цель исследования:

Определить роль NT-proBNP, как прогностического маркера течения и исходов ОКС.

Материалы и методы исследования: Исследование выполнено на клинической базе МУЗ ГБ СМП г. Курска. Под наблюдением находились 120 пациентов с ОКС: 82 мужчины, 38 женщин в состоянии менопаузы, средний возраст которых $52,5 \pm 3,11$ года.

Критерии включения пациентов в исследование: ИБС, ОКС (первые сутки от момента появления болей), которому предшествовало ХСН I-IIА, I-IIФК. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: ОКС без подъёма сегмента ST (ОКС бп ST) и ОКС с подъёмом сегмента ST (ОКС ST), затем формировалась третья группа при появлении патологического зубца Q на ЭКГ (ОКС ST Q). Пациенты получали стандартную терапию при ОКС, включающую нитраты (нитросорбит), бета-адреноблокаторы (метопролол), низкомолекулярный гепарин, ацетилсалициловую кислоту, при необходимости наркотические анальгетики (морфин).

Для определения NT-proBNP использовался количественный иммунологический тест: тест-системы и регистратор Cardiac reader (Roche Diagnostics).

Результаты собственных исследований:

В первые сутки развития ОКС исходный уровень NT-proBNP в группе ST(Q) выше 900 пг/мл., ОКС ST-350-900 пг/мл., ОКС бп ST-300 пг/мл.

Уровень NT-proBNP у больных ОКС с исходом в нестабильную стенокардию, или в инфаркт миокарда (также с появлением зубца Q на ЭКГ), определяли на 1-й, 5-й и 20-й дни в течение 3-х недель стационарного наблюдения.

Установлена взаимосвязь уровня пептида в первые сутки ОКС с дальнейшим исходом ОКС и ЭКГ-картиной. У большинства больных ОКС бп ST значение NT-proBNP не превышало 300 пг/мл, при ОКС ST(без Q)- 400-800 пг/мл, у больных с ОКС ST(Q)- 900-1200 пг/мл. Таким образом, исходный уровень пептида позволяет предположить вероятный исход ОКС.

В результате во всех группах ОКС отмечено повышение уровня пептида. При этом установлено, что в случаях, где ОКС переходил в прогрессирующую стенокардию, исходный уровень NT-proBNP был менее 300 пг/мл, уровень пептида изменялся: к 5-м сут уменьшался на 12%, к 20-му дню снизился лишь на 10% ($p < 0,05$). В группе с не Q-инфарктом миокарда изначально NT-proBNP достоверно отличался от группы ОКС бп ST (350 пг/мл.), концентрация также менялась: к 5-му дню снизился на 3%, к 20-му - на 15% ($p < 0,05$). У больных с Q-инфарктом миокарда исходный уровень пептида был достоверно выше. К 5-ому дню NT-proBNP повышался на 5%, к 20-му - на 15% ($p < 0,05$), что говорит о прогрессировании нарушений внутрисердечной гемодинамики и сердечной недостаточности.

Так, уровень NT-proBNP служит важным прогностическим параметром исхода ОКС.

Выводы:

1. При исходе ОКС в прогрессирующую стенокардию, не Q-инфаркт миокарда уровень NT-proBNP был 300,

350-900 пг/мл. соответственно, при развитии Q-инфаркта миокарда более 900 пг/мл.

2. Уровень NT-proBNP у большинства больных с ОКС в первые сутки заболевания может служить значимым прогностическим критерием исхода ОКС.

ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С УЧЕТОМ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Итальянцева Е.В., Сергеева О.В., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Евсеева М.Е.

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Ставрополь, Россия**

Цель. Изучить динамику профиля факторов риска у студентов в течении шести лет их обучения студентов в медицинском университете.

Материалы и методы. Проведен скрининг ресурсов здоровья обучающихся в рамках ежегодных внутривузовских мероприятий «Неделя первокурсника» и «Неделя шестикурсника» на базе центра студенческого здоровья СтГМУ. В исследовании участвовали 121 студент, поступившие на 1 курс в 2010г. и они же повторно были обследованы на 6 курсе. Всего 31 юноша и 90 девушки, средний возраст которых составил на 1 курсе $17,5 \pm 0,2$ лет. Обследование включало в себя анкетирование, направленное на выявление основных факторов риска (ФР) типа артериальной гипертензии (АГ) / прегипертензии (ПГ), курения, гиподинамии, нерационального питания. Учитывались антропометрические показатели.

Результаты. Проведенный анализ встречаемости ФР показал, что всего АГ зарегистрирована у 1,6% первокурсников, при этом у 3,2 % юношей и 1,1% девушек. Она же зафиксирована у 4,9 % шестикурсников, при этом у 16,1 % юношей и 1,1% девушек. Причём все случаи АГ укладывались в первую её степень. Прегипертензия (АД 125/80 - 139/89 мм рт.ст.) выявлена у 3,3% поступивших, из них у 9,6% юношей и 1,1% девушек на 1 курсе, у 19,8% выпускников, из них у 51,6% юношей и 8,8% девушек на 6 курсе. Оценка метаболического статуса по уровню ИМТ показала, что случаев ожирения и повышенной МТ выявлено на 1 году обучения всего 9,0%, причём 12,9% у юношей и 7,7% у девушек, на 6 году обучения всего 22,2%, причём 41,8% у юношей и 15,5% у девушек. Курящих среди поступивших по данным анкет было 4,9%, из них 16,1% юношей и 1,1% девушек, к выпуску же в курении признавались всего 6,6% из них 22,5% юношей и 1,1% девушек. Наличием гиподинамии отличались 14,8% первокурсников, при этом 9,6% юношей и 16,6% девушек и у 38,8 % шестикурсников, при этом 48,3% юношей и 35,5% девушек. Нерациональное питание присутствовало у 44,6% поступивших, причём 22,5% юношей и 52,2% девушек на 1-ом курсе, у 45,4% выпускников, причём 48,3% юношей и 44,4% девушек на 6-ом.

Закключение. Полученные данные показывают, что встречаемость АГ/ПГ среди выпускников по сравнению с первокурсниками повышается в 2,5 и 6 раз. При этом среди юношей-первокурсников случаи повышенного АД в три раза чаще выявляются по сравнению с девушками, среди выпускников эти различия увеличиваются многократно. Избыточная МТ регистрируется у шестикурсников в 3,5 раза чаще по сравнению со студентами-первокурсниками. При этом юноши гораздо чаще страдают метаболическими нарушениями. Представленность курения также выше среди выпускников. За время учёбы встречаемость гиподинамии повышается почти в три раза, а представленность нерационального питания остается на одном уровне. В целом представленная негативная динамика профиля ФР у студентов подтверждает идею о необходимости скорейшего внедрения системы эффективной диспансеризации студенческой молодёжи.

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н.

ГБОУ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: изучить генетические особенности ожирения у лиц молодого возраста с целью прогнозирования предрасположенности его развития и течения.

Материалы и методы исследования. Для проведения данного исследования было выбрано 127 практически здоровых молодых людей в возрасте от 17 до 29 лет, обучающихся в Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н. Бурденко, жителей Центрально-Черноземного региона РФ. За основу был взят метод определения чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК), разработанный Н. Harris и Н. Kalmus. В 100 мл дистиллированной воды растворяли навеску ФТК массой 260 мг. Получается исходный раствор (разведение 0), каждое последующее разведение уменьшалось вдвое. Таким образом, использовалась серия из 14 разведений ФТК в прогрессии 2,6 г на 1 л дистиллированной воды с предъявлением испытуемому в порядке от наименьшей величины n (0,08 мг/л) до момента четкого ощущения горечи. Испытуемому предлагалось поместить на область корня языка полоску фильтровальной бумаги, предварительно смоченную в растворе ФТК известной концентрации, определяя свою индивидуальную способность или неспособность ощущать горький вкус ФТК: ФТК+ или ФТК-.

Результаты. Данные анализа распределения чувствительности к ФТК в группе клинически здоровых лиц показали, что «нон-тестерами» являются 54 человека (42,5%), «тестерами» - 73 человека (57,5 %), при этом «абсолютными нон-тестерами» являются 7% обследуемых, среднечувствительными (то есть, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 9) – 40,1%, и сверхчувствительными к ФТК (ощущающими горький вкус в разведениях с 10 по 14) являются 17,3%. У мужчин отмечается более высокий порог чувствительности к ФТК, то есть они ощущают вкус ФТК в более высокой концентрации в сравнении с женщинами. Сравнительный анализ частоты избыточной массы тела и ожирения в группе здоровых лиц показал, что избыточная масса тела чаще встречалась среди обследуемых «нон-тестеров» в сравнении с «тестерами», ожирение 1 степени отмечалось исключительно среди «нон-тестеров». Случаев ожирения 2 и 3 степени среди клинически здоровых лиц выявлено не было. Пациенты с ожирением 3 степени выявлены исключительно среди «нон-тестеров». При изучении наследственного анамнеза у пациентов, страдающих ожирением, наличие избыточного веса и ожирения у родственников первой линии было выявлено в 27 случаях (20,8%), из них 10 «тестеров» и 17 «нон-тестеров».

Выводы. Практическое внедрение результатов исследования имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, поскольку использование созданной эффективной модели прогнозирования и ранней диагностики ожирения у лиц молодого возраста, позволит предупредить развитие заболевания и ассоциированных с ним состояний, снизить заболеваемость, расходы здравоохранения на лечение и содержание данной категории населения, повысить качество жизни пациентов и сохранить трудоспособность.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Либерман А.А., Шуленин К.С., Воронин С.В., Черкашин Д.В., Макиев Р.Г., Зайцев А.Е.
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург,
Россия**

Цель: На основании современных подходов к классификации и эхокардиографической диагностике первичного пролапса митрального клапана (ПМК), оценить реальную практику клиничко-экспертной оценки этой патологии у молодых мужчин в многопрофильном стационаре. Методы исследования: В исследование было включено 130 мужчин с первичным ПМК в возрасте от 19 до 36 лет (средний возраст $24,9 \pm 3,5$ лет), проходивших лечение и медицинское освидетельствование в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Лица с вторичным ПМК, врождёнными и приобретёнными пороками сердца, а также иной структурной патологией сердца, в исследование не включались. Обследование больных проводилось в строгом соответствии с требованиями руководящих документов, регламентирующих характер и объём диагностических процедур. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью ППП «Statistica 10.0». Результаты: В рутинной клинической практике оценка фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) и признаков её системного вовлечения у пациентов с ПМК не проводится. Изучение протоколов эхокардиографического исследования выявило ряд отклонений от современных требований к оценке морфометрических показатели аппарата митрального клапана: не измеряются длина створок, их толщина и глубина коаптации. Оценивается лишь наличие выраженной миксоматозной дегенерации створок (толщина свыше 5 мм). Расчёт должного диаметра корня аорты и Z-критерия не выполняется. Определяются только истинные размеры корня и восходящего отдела аорты. В результате дифференциальная диагностика вариантов первичного ПМК (синдром ПМК, структурная аномалия сердца) и правильная оценка кардиоваскулярного риска являются крайне затруднительными. Выводы: Дифференциальная диагностики вариантов первичного ПМК возможна лишь при оценке фенотипических проявлений ДСТ и признаков её системного вовлечения с обязательной расчётом Z-критерия. Стратификация истинного кардиоваскулярного риска при первичном ПМК невозможна без рутинного измерения толщины створок и выявления даже минимальной митральной регургитации.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У МАШИНИСТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Белоусова К.В.(1), Никифоров В.С.(2), Басова В.А.(2)

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Волховстрой» ОАО РЖД, Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия (2)

На организм машиниста железнодорожного транспорта воздействует комплекс неблагоприятных факторов, который включает психоэмоциональные нагрузки, сменную работу с ночными сменами, гиподинамию. Диагностика и оценка распространенности нарушений сердечного ритма у машинистов железнодорожного транспорта является актуальной задачей современной медицины, поскольку с данной патологией связана возможность возникновения неконтролируемых ситуаций на железнодорожном транспорте.

Цель. Изучить распространенность и структуру желудочковых нарушений ритма (ЖНР) у машинистов и помощников машинистов железнодорожного транспорта.

Материал и методы. В исследование включены 97 машинистов и помощников машинистов в возрасте от 21 до 59 лет (средний возраст – 44 года), которым выполнялось медицинское обследование в условиях НУЗ «Отделенческая больница на ст. Волховстрой» ОАО РЖД, включавшее суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с помощью приборов «Кардиотехника-04» (Инкарт, Россия) и «Валента МН-02-8» («Компания Нео», Россия).

Результаты. Среди обследованных у 28 лиц (29%) патологии выявлено не было. ЖНР зарегистрированы у 67 лиц (69%). При этом одиночные мономорфные желудочковые экстрасистолы выявлены в 36% (35 чел.), одиночные полиморфные в 25% (24 чел.), парные мономорфные в 3% (3 чел.), парные полиморфные в 3% (3 чел.), неустойчивая пробежка мономорфной желудочковой тахикардии в 3% (3 чел.). Помимо ЖНР у всех обследованных лиц были выявлены суправентрикулярные аритмии. У 34 лиц (35%) отмечено снижение циркадного индекса. В качестве кардиологической патологии наиболее часто встречались артериальная гипертензия – в 39,2% (38 чел.), и кардиомиопатия – в 13,4% (13 чел.). Лиц с ишемической болезнью сердца среди обследуемых не было. При анализе взаимосвязей ЖНР с сопутствующей патологией выявлено, что желудочковые аритмии регистрировались у большинства лиц, страдавших артериальной гипертензией (79%), а ЖНР высоких градаций (5 класс по классификации Ryan) были зафиксированы только у лиц с артериальной гипертензией.

Заключение. Желудочковые нарушения ритма регистрируются у большинства машинистов и помощников машинистов железнодорожного транспорта. Наличие в этой группе лиц артериальной гипертензии сопровождается более высоким риском желудочковых аритмий. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения СМЭКГ у всех работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией для исключения опасных для жизни нарушений ритма сердца.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Николаева А. Н., Хегай Т. Р., Зуфарова К. А., Арипова Т. У.

РНЦИ МЗд РУз, Ташкент, Узбекистан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Николаева А.Н., Хегай Т.Р., Зуфарова К.А., Арипова Т.У.

РНЦИ МЗд РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Охарактеризовать распространенность метаболического синдрома (МС) среди жителей г. Бухары и Бухарской области (Узбекистан), а также оценить распространенность среди мужчин и женщин.

Материал и методы. Всего было обследовано 203 человека случайной выборки, мужчины и женщины, средний возраст составил $45,37 \pm 0,86$. Материалом для исследования послужила венозная кровь. Биохимическое обследование проводилось с использованием аппарата Randox (UK). Уровень инсулина определяли методом ИФА с использованием ELISA-ридеров (STATFAX-2100 (USA)), используя коммерческие тест-системы фирмы Diagnostics Biochem Canada Inc.(Canada). Проводили измерения артериального давления, окружности талии, роста, веса, а также подсчет индекса массы тела (ИМТ). Статистический анализ данных проводился с использованием Excel 2010.

Результаты. В результате обследования были выявлены лица с МС и охарактеризованы компоненты метаболического синдрома. Среди обследованных у 22,2% человек обнаружили МС, из них 13,3% мужчины и 8,9% женщины. Высокие показатели глюкозы натощак ($>6,1$ mmol/l) у 10,3% мужчин и 6,9% женщин; инсулинорезистентность (индекс HOMA $>2,6$) у мужчин 11,8% и у женщин 6,4%. Повышенное артериальное давление ($>140/90$ mmHg) встречалось у 10,8% мужчин и 6,9% женщин. Высокий уровень триглицеридов ($>1,7$ mmol/l) выявили у 8,9% и у 4,9% женщин; низкий уровень холестерина ЛПВП (0,9mmol/l для мужчин и 1,0 mmol/l для женщин) выявлен у 9,9% мужчин и у 5,9% женщин. Также среди обследованных выявлены лица с ожирением (ИМТ >30 kg/m) 6,4% и 7,9% среди мужчин и женщин, соответственно. Окружность талии более 102 см для мужчин и 88 см для женщин встречалось у 7,4% мужчин и 8,9% женщин.

Заключение. Полученные данные указывают на высокую распространенность МС среди обследованных (22,2%), особенно среди мужчин (13,3%), в сравнении с женщинами (8,9%). При анализе компонентов МС: гипергликемия, инсулинорезистентность, повышенное артериальное давление, дислипидемия встречались чаще среди мужчин, тогда как, ожирение встречалось чаще среди женщин. Многочисленные эпидемиологические исследования популяций в Европе, США, Азии подтверждают высокую распространенность метаболического синдрома от 10% до 40%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ КОМБИНАЦИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Басырова И.Р.

**ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет" Минздрава
России, Оренбург, Россия**

Цель. Изучить распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и их комбинаций.

Методы исследования. В выборку вошли 2000 человек в возрасте 25-64 лет, из которых согласились принять участие и включены в исследование 1600 человек. Медиана возраста в выборке составила 49,0 [35,0; 56,0] лет. На этапе обследования все заполняли стандартный вопросник. Физикальное обследование включало: измерение АД, частоты сердечных сокращений, проведение антропометрических измерений, таких как рост, вес, окружность талии, окружность бедер; регистрация ЭКГ покоя в 12 отведениях. Все антропометрические измерения проводились в соответствии со стандартной процедурой. Лабораторное обследование включало определение натошак общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов, глюкозы. Полученные данные обработаны с использованием программы Statistica 6.0.

Полученные результаты. В данном исследовании мы оценивали только основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: артериальную гипертонию, курение, нарушение липидного и углеводного обменов. Встречаемость основных факторов риска в популяции составила: нарушения углеводного обмена – 19,9% (n=319), курение – 23,3% (n=372), артериальная гипертония – 54,7% (n=875), нарушения липидного обмена – 79,8% (n=1276) обследованного населения. При этом у 166 (10,4%) обследованных не выявлено ни одного фактора риска развития ССЗ, у 424 (26,5%) обследованных выявлен один изучаемый фактор риска, у 648 (40,5%) человек выявлена комбинацию из двух факторов риска, у 326 (20,4%) обследованных выявлена комбинация из трех факторов риска, у 36 (2,3%) имеются все четыре фактора риска развития ССЗ.

Выводы. Большинство обследованных имеет хотя бы один фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, чаще всего выявляются нарушения липидного обмена. В комбинациях преобладает сочетание двух факторов риска. Вопрос о частоте встречаемости и значимости различных комбинаций требует дальнейшего обучения.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Долотовская П.В., Фурман Н.В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов, Россия

Коморбидность утяжеляет течение основного заболевания, негативно влияет на прогноз. Лечение основного заболевания требует учета коморбидности из-за вероятности развития нежелательных лекарственных взаимодействий. Коморбидные состояния повышают затраты на лечение, а в специализированных стационарах служат причиной необходимости закупки «непрофильных» лекарственных препаратов. Учет распространенности коморбидных состояний может быть полезен при планировании организации специализированной кардиологической помощи.

Цель исследования: изучить структуру коморбидности у больных острым коронарным синдромом в Саратовской области.

Материалы и методы. Дизайн исследования: выборочное ретроспективное исследование. Материалы исследования: карты стационарного больного (форма 003/у) и амбулаторные карты (форма N 025/у).

Группы коморбидных заболеваний назывались в соответствии с МКБ 10.

Выбор карт осуществлялся случайным методом в рамках проверки качества оказания медицинской помощи ТФОМС.

Всего проанализированы стационарные и амбулаторные карты 484 человек, из них жители Саратова - 64 %, жители городов с населением более 100000 - 23%, жители городов с населением менее 100000 - 13%.

Результаты. Без коморбидности (документально зафиксированной) было 99 пациентов (20,5% всех наблюдений).

Коморбидное заболевание сердечно-сосудистой системы (одно или сочетание) отмечено у 372 (76,9%) человек.

Коморбидные не сердечно-сосудистые заболевания отмечены у 182 (37,8%) человек.

Среди не сердечно-сосудистых коморбидных заболеваний наиболее частыми были болезни органов пищеварения (43%), болезни органов дыхания (24,2%), болезни мочеполовой системы (16 %), болезни вен (8,8%) и болезни костно-мышечной и соединительной ткани (8,2%). Новообразования отмечались у 3,8% больных, анемия у 7,7%.

Среди сердечно-сосудистых коморбидных заболеваний преобладали артериальная гипертензия (88,4%) и гиперхолестеринемия (документально подтвержденная) – 42,2%. У 11,3% пациентов отмечался сахарный диабет, у 7% инсульт или/и транзиторная ишемическая атака в анамнезе, у 14% хроническая сердечная недостаточность (манифестировавшая до развития ОКС).

Заключение. Коморбидность широко распространена в популяции больных ОКС Саратовской области. При организации/ планировании специализированной помощи больным ОКС необходимо учитывать данные о коморбидности, актуальные для данного региона, для определения потребности в консультациях профильных специалистов, закупки «непрофильных» препаратов

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жолдин Б.К., Ешниязов Н.Б., Медовщиков В.В., Харисова А.И.

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

Цель. Определить региональные особенности распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов со стабильной ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения Актюбинской областной больницы (АОБ). В исследование было включено 45 пациентов (28 мужчин и 17 женщин), направленных для проведения плановой коронароангиографии в терапевтическое отделение АОБ в период с сентября 2016 по февраль 2017 годов. Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте 40-75 лет, со стабильной ИБС с инфарктом миокарда в анамнезе или без с верифицированным атеросклеротическим поражением коронарных артерий по данным коронароангиографии. Критерии исключения: мужчины и женщины в возрасте до 40 и старше 75 лет, с пороками сердца и сосудов, миокардитами, печеночной недостаточностью, заболеваниями крови, онкологическими и психическими заболеваниями в анамнезе. Пациентам проводились антропометрические измерения (рост, вес, объем талии), оценка анамнеза, лабораторные исследования. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10. Достоверность во всех видах анализа была принята при пороге значимости $p < 0,05$.

Результаты и заключение. Медиана возраста у мужчин составила 63,5 [58; 66] лет, у женщин – 61,0 [60; 66] год. Антропометрические данные: медиана объема талии (ОТ) у мужчин составила 100 [92,5; 107] см, у женщин – 105,7 [98; 113] см; медиана индекса массы тела (ИМТ) у мужчин 27,3 [23,8; 30,6] кг/м², у женщин – 28,6 [26; 33,2] кг/м². Полученные данные свидетельствуют: 1) о превышении рекомендованных показателей ОТ в обеих группах; 2) о наличии избыточной массы тела в группе мужчин и женщин по данным ИМТ. Медиана уровня глюкозы крови у мужчин 5,1 [4,4; 6,3] ммоль/л, у женщин 5,7 [5,1; 6,1] ммоль/л. Медиана значений общего холестерина (ОХС): мужчины – 4,4 [3,7; 5,2] ммоль/л, женщины – 5,1 [4,5; 6,0] ммоль/л. Статистически достоверных различий между мужчинами и женщинами по указанным показателям обнаружено не было. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди мужчин составила 25 случаев (89,3%), среди женщин – 14 случаев (82,4%). Частота нарушений углеводного обмена (сахарного диабета, нарушенной толерантности к глюкозе – СД/НТГ): мужчины – 4 случая (14,3%), женщины – 5 случаев (29,4%). Были обнаружены статистически достоверные различия среди пациентов в группах с наличием АГ и без нее по уровням глюкозы (медианы – 5,1 и 6,95 ммоль/л соответственно ($Z = -2,2$, $p = 0,03$)) и ОХС (медианы – 4,6 и 5,66 ммоль/л соответственно ($Z = -2,0$, $p = 0,04$)). Также статистически достоверные различия были обнаружены среди пациентов в группах с нарушением углеводного обмена и без него по возрасту (медианы – 66 и 61 год соответственно ($Z = -2,1$, $p = 0,03$)), ОТ (медианы – 109 и 100 см соответственно ($Z = -2,4$, $p = 0,02$)), ИМТ (медианы – 31,77 и 26,96 кг/м² соответственно ($Z = -2,3$, $p = 0,02$)), уровням глюкозы (медианы – 7,1 и 5,1 ммоль/л соответственно ($Z = -3,1$, $p = 0,002$)). Обращает внимание, что изучаемая выборка и отсутствие анализа данных всего липидного спектра, степеней АГ на данном этапе не позволяет делать однозначные выводы. Однако полученные данные свидетельствуют о распространенности ожирения и артериальной гипертензии как у мужчин так и у женщин со стабильной ИБС. Авторы продолжают изучать данную проблему.

РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПРИ СТЕНОЗЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Рубан Дмитрий Валерьевич

**ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Астрахань, Россия**

ЦЕЛЬ: Оценить эффективность различных методов АКШ на работающем сердце у больных ИБС с ПИКС, имеющих степень стеноза ствола ЛКА менее 50 %, в ближайшие и отдалённые сроки.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: В исследование вошли 58 больных ИБС с ПИКС со стенозом ствола ЛКА менее 50 %. Средний возраст больных 55,50±8,23 лет. Оперативное лечение ИБС проводилось в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань) с 2009 по 2013 гг. Динамика показателей ЭхоКГ оценивалась на 1 сутки до операции, на 7 суток и через 1 год после реваскуляризации миокарда. Пациенты разделены на группы исследования и контроля. Группа исследования: 25 пациентов (мужчин – 24, женщин – 1), прооперированных в объёме АКШ на работающем сердце в условиях параллельного ИК. Группа контроля: 33 пациента (мужчин – 29, женщин – 4), которым выполнено АКШ на работающем сердце без использования ИК. Исходные показатели ЭхоКГ ЛЖ до реваскуляризации миокарда: КДО в группе исследования – 121,48±23,60 мл, в группе контроля – 116,18±22,32 мл ($p>0,39$); КСО в группе исследования – 52,28±10,97 мл, в группе контроля – 47,61±11,23 мл ($p>0,12$); ФВ в группе исследования – 56,80±2,40 %, в группе контроля – 58,82±3,27 % ($p<0,02$).

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ: В ближайшие сроки после оперативного лечения в группе исследования инфарктов миокарда не отмечено, в группе контроля у 2 (6,06 %) пациентов нефатальный инфаркт миокарда. В группах исследования и контроля отмечена нулевая летальность после реваскуляризации миокарда и в течение года. В группе исследования рестернотомия потребовалась у 1 (4,00 %) больного по поводу репозиции грудины. В группе контроля рестернотомия выполнена у 2 (6,06 %) больных: у 1 (3,03 %) больного, в связи с кровотечением; у 1 (3,03 %) больного, в связи с реАКШ. При выписке выявлена положительная динамика в группах исследования и контроля по данным ЭхоКГ ЛЖ: КДО в группе исследования – 109,08±18,80 мл ($p<0,05$), в группе контроля – 105,79±19,14 мл ($p<0,05$); КСО в группе исследования – 44,44±11,50 мл ($p<0,02$), в группе контроля – 42,03±11,09 мл ($p<0,05$); ФВ в группе исследования – 59,00±4,72 % ($p<0,05$), в группе контроля – 60,70±4,17 % ($p<0,05$). Через 1 год после операции: КДО в группе исследования – 107,36±17,48 мл ($p<0,03$), в группе контроля – 104,70±15,44 мл ($p<0,02$); КСО в группе исследования – 43,80±10,51 мл ($p<0,01$), в группе контроля – 41,42±10,88 мл ($p<0,03$); ФВ в группе исследования – 59,16±4,15 % ($p<0,03$), в группе контроля – 61,03±5,31 % ($p<0,05$). При сравнении данных показателей ЭхоКГ в динамике, у пациентов с реваскуляризованным миокардом с применением ИК и без него, диагностически значимых различий не получено ($p>0,05$).

ВЫВОДЫ: АКШ на работающем сердце у больных с ПИКС и поражением ствола ЛКА менее 50 %, вне зависимости от использования ИК, способствует уменьшению объёмов ЛЖ и увеличению ФВ ЛЖ. АКШ на работающем сердце в условиях параллельного ИК у данной категории больных является эффективным и безопасным методом лечения ИБС, снижающим количество осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СТЕНТАМИ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ВТОРОЙ ГЕНЕРАЦИИ

Юлдошев Н.П.

РСЦК, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить непосредственные результаты интервенционного лечения поражений ствола левой коронарной артерии (ЛКА) с помощью стентов с лекарственным покрытием второй генерации.

Методы исследования: С марта 2011г по январь 2016г стентирование ствола ЛКА с помощью стентов с лекарственным покрытием второго поколения было выполнено у 88 пациентов в возрасте 49–80 лет (средний возраст $60,15 \pm 7,6$ г). У 42 (47,8%) пациентов отмечали стабильную стенокардию III–IV функционального класса по CCS, у 28 (37,9%) нестабильную стенокардию, у 18 (20,3%) ОИМ с давностью до одного месяца. Сопутствующую артериальную гипертензию имели 82 пациента (93,1%) и сахарный диабет 24 (27,3%). ИМ в анамнезе имело место у 36 (40,9%), АКШ у 2 (2,3%) и ЧКВ у 18 (20,4%) пациента. По локализации поражения распределились так: изолированное поражение ствола ЛКА – 15 пациентов (17%): устьевое – 5 (6,7%) и тело ствола ЛКА – 10 (11,3%); бифуркационное поражение – у 73 пациентов (82,9%). По шкале SYNTAXscore пациенты распределены следующим образом: низкий риск – 47 (53,4%), средний риск 35 (39,7%) и высокий риск 6 (6,9%). При бифуркационном стентировании применяли технику "Culotte" – 4 (4,5%) пациентов, изолированное стентирование – у 6 (6,8%) и «Provisional T» с одним стентом у 78 (88,6%). В 47 (53,4%) случаях бифуркационных и/или устьевых поражений ПНА и ОА вмешательство заканчивали методикой «kissing balloon».

Полученные результаты: Непосредственный ангиографический успех составил 100%. Успех процедуры составил 97,4%, в 93,2% случаев имели непосредственный клинический успех. При проведении стентирования в большинстве случаев (88,6%) применяли методику прямого стентирования. Интервенционные вмешательства на стволе ЛКА во всех случаях протекали без больших осложнений. В 97,8% (n=86) случаев госпитальный период протекал без больших клинических осложнений. У 4 пациентов (4,5%) выявлено снижение ФК стенокардии на 1, что было обусловлено наличием диффузного атеросклероза в других сегментах коронарного русла. Внутригоспитальная летальность составила 2,3% (n=2). Причиной смерти у больного был острый тромбоз стента, во втором случае пациент был с острой формой ИБС и высоким баллом по шкале Syntax, причиной смерти было прогрессирование острой левожелудочковой недостаточности. В одном случае (1,2%) процедура осложнилась Q-негативным (нефатальный) инфарктом миокарда.

Выводы. Стентирование поражений ствола ЛКА с помощью стентов с лекарственным покрытием второй генерации является эффективной процедурой с точки зрения непосредственных результатов и низкой частотой рецидива стенокардии и повторной реваскуляризации миокарда.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Савчук Н.О., Ушаков А.В., Савчук О.М., Кожанова Т.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение. Тиреоидная патология является одной из наиболее распространенных среди населения Российской Федерации и всего мира. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, болезни щитовидной железы (ЩЖ) находятся на втором месте после сахарного диабета среди всех эндокринных заболеваний.

Влияние тиреоидных гормонов на деятельность сердечно-сосудистой системы включает в себя такие гемодинамические изменения как снижение общего системного сосудистого сопротивления, увеличение сердечного выброса, частоты сердечных сокращений, минутного объема крови, артериального и венозного давления, сократительной функции миокарда. В связи с этим, как гипер- так и гипотиреоз вызывают значительные изменения сердечно-сосудистой деятельности и структурных характеристик сердца.

Цель работы. Выявить особенности аритмического синдрома и ремоделирования миокарда у больных с различными вариантами нарушений функции ЩЖ.

Материал и методы. В исследование было включено 96 пациентов с патологией ЩЖ, сопровождавшейся нарушением её функции. В группу I вошли 30 человек с диагнозом гипотиреоз, во II группу – 36 больных с диагнозом гипертиреоз. Контрольную группу составили 30 пациентов с заболеваниями ЩЖ, находившиеся в состоянии стойкого длительного эутиреоза. В исследование не включали больных с наличием ишемической болезни сердца, пороков и воспалительных заболеваний сердца, первичных кардиомиопатий, неконтролируемой артериальной гипертензией. Всем больным проводили суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, ультразвуковое исследование ЩЖ, определение уровней тиреоидных гормонов, тиреотропного гормона, антитиреоидных антител.

Результаты. Структурно-функциональное ремоделирование сердца у пациентов с гипертиреозом характеризовалось достоверно ($p < 0,05$) большими размерами полости левого желудочка ($5,22 \pm 0,07$ см) как по сравнению с группой контроля ($4,78 \pm 0,10$ см), так и с группой гипотиреоза ($4,90 \pm 0,06$ см), при отсутствии гипертрофии миокарда. При гипотиреозе по сравнению с группой гипертиреоза отмечалась большая толщина стенок левого желудочка ($1,09 \pm 0,03$ и $0,98 \pm 0,03$ см соответственно; $p < 0,05$). По данным суточного мониторирования ЭКГ при гипотиреозе по сравнению с группой контроля достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалось снижение variability сердечного ритма (22,58% и 0%), парная суправентрикулярная экстрасистолия (51,61% и 9,68%), депрессия сегмента ST (29,03% и 0%). В группе больных с гипертиреозом по сравнению с группой контроля достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались одиночная суправентрикулярная экстрасистолия (69,44% и 38,71%) миграция суправентрикулярного водителя ритма (13,89% и 0%), а также выраженная синусовая аритмия (13,89% и 0%). Различия в частоте встречаемости других нарушений ритма (желудочковой экстрасистолии различных градаций, неустойчивых пароксизмов фибрилляции, трепетания предсердий, наджелудочковой тахикардии) не достигали уровня статистической значимости.

Выводы. У пациентов с гипертиреозом происходит ремоделирование миокарда с преобладанием тенденции к дилатации полостей сердца, тогда как состояние гипотиреоза приводит к формированию гипертрофии миокарда левого желудочка. Как гипер- так и гипотиреоз способствуют развитию суправентрикулярных нарушений сердечного ритма. При этом наличие гипотиреоза ассоциируется с резким снижением variability сердечного ритма, что является фактором риска внезапной сердечной смерти, а наличие гипертиреоза – с синусовой аритмией и миграцией водителя ритма.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Боева О.И., Щеглова Е.В., Магазинюк Т.П., Гусев С.В., Хайт Г.Я.

**ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Россия**

Кальцинирующая болезнь аортального клапана (КБАК) представляет собой отложение кальцинатов в створках аортального клапана (АК) с последующим формированием клапанного стеноза. Заболевание нередко манифестирует на стадии выраженного стеноза АК, когда имеется выраженное ремоделирование миокарда, нарушение его систолической функции. Интересным представляется изучение Эхо-кардиографических характеристик сердца на различных этапах КБАК.

Цель: оценить изменения структуры и функции сердечных камер и клапанного аппарата в зависимости от стадии КБАК.

Материал и методы. Обследованы 108 больных с Эхо-кардиографически подтвержденным кальцинозом АК, в возрасте от 60 до 87 лет (средний возраст $72,5 \pm 7,5$ лет, 48,5% мужчин). Все участники исследования подвергались стандартному клинико-лабораторному и инструментальному кардиологическому обследованию. У 32,4% больных отсутствовали признаки стенозирования АК, у 44,1% отмечался незначительный, у 7,4% – умеренный, у 16,2% – выраженный аортальный стеноз. Контрольную группу составили 58 человек без признаков кальциноза АК, сопоставимые с основной группой по полу, возрасту, профилю сопутствующей патологии. В исследование не включались пациенты с первичными и вторичными кардиомиопатиями, признаками перенесенного инфаркта миокарда по данным Эхо КГ. Статистический анализ проводился с использованием ППП SPSS 21 for Windows.

Результаты. Больные КБАК были разделены на две подгруппы: пациенты с аортальным стенозом (просвет АК менее 16 мм, подгруппа 1) и без стенозирования АК (подгруппа 2). В обеих подгруппах отмечались схожие нормальные средние показатели конечно-систолического размера левого желудочка – (КСР ЛЖ): ($3,9 \pm 0,69$ см и $3,9 \pm 0,58$ см, соответственно), и несколько увеличенные конечно-диастолические размеры ЛЖ (КДР ЛЖ) ($5,55 \pm 0,58$ см и $5,6 \pm 0,61$ см, соответственно). У пациентов со стенозом АК были значимо больше толщина межжелудочковой перегородки ($1,29 \pm 0,19$ см против $1,2 \pm 0,17$ см, $p=0,02$) и размер полости левого предсердия (ЛП) ($4,8 \pm 0,8$ см против $4,5 \pm 0,70$ см, $p=0,03$). Средние скоростные показатели на клапанах (за исключением АК), фракция выброса (ФВ) ЛЖ были в пределах нормы и не различались между подгруппами. При сравнении Эхо-кардиографических показателей больных 2-й подгруппы с данными пациентов группы контроля, оказалось, что даже при отсутствии стеноза АК при КБАК имеются статистически значимые изменения геометрии сердца. Во 2-й подгруппе были выше значения КСР ЛЖ ($3,9 \pm 0,58$ см против $3,6 \pm 0,31$ см, $p=0,01$), КДР ЛЖ ($5,5 \pm 0,58$ см против $5,3 \pm 0,36$ см, $p=0,04$), толще МЖП ($1,2 \pm 0,17$ см против $1,1 \pm 0,16$ см, $p=0,03$), больше размеры ЛП ($4,5 \pm 0,7$ см против $4,2 \pm 0,46$ см, $p=0,03$) и ниже ФВ ЛЖ ($56 \pm 5,2$ % против $58 \pm 3,9$ %, $p=0,02$).

Выводы. Таким образом, уже на ранних этапах КБАК у больных имеются признаки ремоделирования миокарда: относительное увеличение размеров ЛЖ, его гипертрофия, некоторое снижение ФВ ЛЖ, увеличение полости ЛП. По мере присоединения стеноза АК отмечается дальнейшее увеличение размеров ЛП и увеличение толщины МЖП.

РИСКОМЕТРИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДЕЛИ ИДЕАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ, ШКАЛЫ SCORE И УРОВНЯ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РИСКОВ

Смирнова И.Н., Тонкошкурова А.В., Семенова Ю.В., Воробьев В.А., Абдулкина Н.Г., Зайцев А.А.

ФГБУ "Сибирский федеральный научно-клинический центр" ФМБА России, Томск, Россия

Цель исследования: провести оценку риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с применением шкалы SCORE, модели идеального сердечно-сосудистого здоровья и уровня соматического здоровья у работников промышленного предприятия.

Материал и методы. Проведено одномоментное обследование работников Сибирского химического комбината с использованием программы кардиологического скрининга. В исследование было включено 219 работников радиохимического завода СХК, завершили программу обследования 198 (90,4%), средний возраст 47,4±5,2 лет. Анализировали частоту факторов риска (ФР): АГ, избыточной массы тела, курения, гиподинамии, дислипидемии, гипергликемии, наследственного анамнеза. Рискометрию ССЗ проводили с использованием шкалы 10-летнего фатального риска SCORE. «Идеальное» сердечно-сосудистое здоровье (ИССЗ) определяли в соответствии с рекомендациями АНА, использовали комплекс из 7 показателей, включавших поведенческие и физиологические ФР. Уровень соматического здоровья оценивался на основании анализа соматотипического статуса, АД, частоты пульса, данных спирографии, физической работоспособности по тесту Рюффье и кистевой динамометрии. Полученные результаты обработаны с помощью статистического пакета PASW Statistics 18 (SPSS Inc., USA).

Результаты. Выявлена высокая частота ФР ССЗ: низкая физическая активность (81,6%), дислипидемия (77,5%), наследственная отягощенность (37,5%), курение (37,5%), гипергликемия (64,75%), прием более чем 5 ед. алкоголя в неделю (29,0%), избыточная масса тела (44,4%), артериальная гипертензия (30,5%). Рискометрия по шкале SCORE выявила низкий риск у 5,4%, умеренный у 87,7%, высокий и очень высокий у 5,1% обследованных. Оценка риска ССЗ с использованием модели ИССЗ показала, что «идеальным» ССЗ (нормальные значения всех 7 компонентов модели) никто из обследованной когорты работников не обладает, большинство имели «среднее» и «слабое» ИССЗ: у 43,7% (n=106) обследованных работников из 7 изученных компонентов ИССЗ имелось 3-4 «идеальных» компонента, у 46,9% (n=115) – всего 1-2 «идеальных» компонента и у 4,9% (n=12) не имелось ни одного «идеального» значения компонентов ИССЗ. Уровень соматического здоровья (УСЗ), позволяющий всесторонне оценить здоровье индивида, был низким у 34,98% (n= 69), ниже среднего у 42,9% (n=85), средним у 16,6% (n=33), высоким у 2,5% (n=5) и выше среднего у 3,03% (n=6), средние значения УСЗ составили 6,32±4,05 у.е.

Выводы. Таким образом, наиболее информативным инструментом рискометрии ССЗ представляется модель ИССЗ, позволяющая формировать группы работников с неблагоприятным профилем ССЗ, которые приоритетно нуждаются в профилактических мероприятиях.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

ФГОУ ВО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: изучить влияние индивидуальных особенностей генетических факторов на эффект гиполипидемической терапии у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперлипидемией.

Материалы и методы: под наблюдением находились 118 больных ИБС с первичной изолированной гиперхолестеринемией (ГХС) или сочетанной гиперлипидемии (ГЛП) в возрасте 41-60 лет (средний возраст $55,7 \pm 2,9$ и $56,2 \pm 3,2$ года).

Результаты: мы определили степень изменения всех показателей липидного спектра у больных, принимавших симвастатин (генотип СС имели 12 пациентов, СТ – 17, ТТ – 11) и розувастатин (генотип СС имели 11 пациентов, СТ – 19, ТТ – 10). Наиболее выраженный гиполипидемический эффект симвастатина в дозе 20 мг/сут наблюдался у лиц с ИБС, несущих генотип ТТ по сравнению с пациентами, имеющими генотипы СС и СТ. Эффективность симвастатина по показателям липидного профиля была достоверно выше в группе лиц, имеющих генотип ТТ. Таким образом, значительное снижение всех атерогенных фракций липидного спектра у пациентов с генотипом ТТ по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 было главной причиной, приводящей к большей эффективности симвастатина. В нашем исследовании не было обнаружено связи между полиморфным маркером С3435Т гена MDR1 и развитием большего гиполипидемического эффекта розувастатина у пациентов с генотипом ТТ, чем с генотипами СТ и СС. У пациентов с генотипами СС, ТТ и СТ эффективность розувастатина по всем показателям липидного спектра достоверно не отличалась. Аллельный вариант ТТ гена MDR1 у больных ИБС не явился генетическим фактором предрасполагающим к выраженной эффективности розувастатина.

Выводы: полученные результаты описанной взаимосвязи генотипа по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 и гиполипидемического эффекта у больных ИБС с различными типами ГЛП показали неоспоримый вклад знаний о генетической гетерогенности субпопуляции в целях индивидуализации фармакотерапии.

РОЛЬ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Гросу Виктория Васильевна

Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации им.Николая Тестемицану, Кишинев, Молдова

РОЛЬ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Гросу В.В., доктор биологических наук, Кишиневский Государственный Университет Медицины и Фармации им.„Николая Тестемицану“ Республика Молдова, victoria.grosu@usmf.md

Учитывая последние научные достижения в детской кардиологии, следует отметить, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает занимать ведущее место в структуре осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и является долгое время одной из основных причин инвалидизации и детской смертности. Внедрение новых неинвазивных лабораторных методов ранней диагностики поражения эндотелия и ишемии миокарда представляет высокую степень значимости для мониторинга больных с ХСН.

Цель исследования. Диагностическое значение определения уровня биомаркеров ишемии миокарда - ишемически модифицированного альбумина (Albumin Cobalt binding test - ACB-тест), миоглобина при ХСН. Методы исследования. Проведен анализ результатов клинических и инструментальных параметров у 146 исследуемых, которые были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 61 больных миокардитами, осложненными ХСН II-III функционального класса NYHA в возрасте 13-18 лет, 2-ю контрольную группу составили 85 здоровых ребенка. Исследование проводили с соблюдением всех этических норм. Ишемически модифицированный альбумин (ИМА) определяли по методу Лопатин Ю.М., Зайцев ВП., Литус Е. и соавторам (2011). ИМА является новым маркером ишемии миокарда, который обладает более низкой связывающей способностью Co^{2+} чем альбумин. В исследуемых образцах сыворотки проводилось определение уровня сывороточного ИМА по разработанному нами протоколу (Гудумак В., 2014). Определение миоглобина проводилось по стандартному методу флюориметрии пакета „миоглобин“ (DAC-Спектро-MED) по формуле: $Epr = (E2 - E1) \text{ проба} - (E2 - E1) \text{ контроль}$; $\text{миоглобин} = Epr \cdot 925 \text{ мкг/л}$. Все статистические расчеты проводили с использованием пакета программ „Statistical Package for the Social Science“ с использованием критериев t Стьюдента и „ТНІ“ ().

Полученные результаты. Исследование уровня ИМА в сыворотке крови у больных миокардитами позволило определить концентрацию $0,381 \pm 0,020$ ммоль/л, что достоверно превышало уровень контроля на 68%. Оценивая результаты сывороточной концентрации миоглобина исходно в основной группе $33,2 \pm 1,7$ нг/мл, что также достоверно превышало уровень контрольной группы ($p < 0,001$), и уменьшение ее в эволюции процесса через 6 месяцев до $19,5 \pm 1,3$ нг/мл ($p < 0,05$), свидетельствуют о повышении метаболической активности и тяжести основного заболевания.

Выводы. Определение в сыворотке крови биомаркеров ишемии миокарда расцениваются как новые высокочувствительные предиктивные диагностические тесты которые были проведены для ранней диагностики метаболических нарушений при ХСН. Исследование этих биомаркеров в крови у данной категории больных представляет высокую степень значимости для мониторинга эволюции клинических проявлений и ранней диагностики возможных полиорганных осложнений.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЛЕКУЛЫ ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АКШ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Миролубова О.А., Алексеева М.А., Мосеева А.С.

ФГОУ ВО "Северный государственный медицинский университет", Архангельск, Россия

Кардиоренальный синдром и биомаркеры, ассоциированные с ним, активно обсуждаются медицинским сообществом. Определена роль молекулы почечного повреждения (KIM-1) в моче, как биомаркера канальцевого поражения, в то время как роль сывороточный KIM-1 исследована недостаточно. Нами был разработан способ прогнозирования риска снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на работающем сердце, заключающийся в том, что через 48 часов и 7 дней после операции определяют сывороточные концентрации KIM-1 и их отношение и при значении последнего более 1,5 делают заключение о вероятности снижения СКФ через 3 месяца с чувствительностью 82% и специфичностью 81% (Патент № 2553366, приоритет от 23 октября 2013 г.). Исходя из этого, была поставлена цель работы определить влияние диагностического значения отношения KIM-1 48ч./KIM-1 7дней на систолическую функцию левого желудочка и СКФ через 3 месяца после АКШ на работающем сердце.

Методы исследования. Включены 27 пациентов, которым была проведена операция АКШ на работающем сердце и в раннем послеоперационном периоде определено значение отношения KIM-1 48ч./KIM-1 7дней. По этому отношению были выделены 2 группы: группа 1 - 15 пациентов с отношением $< 1,5$ и группа 2 - 12 больных с отношением $> 1,5$ (диагностическое значение). В этих двух группах не было различий по возрасту ($58,4 \pm 5,1$ vs $58,3 \pm 4,1$ года, $p=0,941$), полу ($p=0,182$) и тяжести поражения коронарного русла (Syntax score $26,0 \pm 5,6$ vs $24,3 \pm 7,9$, $p=0,507$). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) до операции также не имела различий ($57,9 \pm 7,5$ vs $57,7 \pm 8,1\%$, $p=0,948$), как и тест 6-минутной ходьбы ($331,0 \pm 89,0$ vs $337,1 \pm 72,3$ м, $p=0,850$) и СКФ ($90,4 \pm 22,2$ vs $89,9 \pm 23,8$ мл/мин/1.73м², $p=0,959$). KIM-1, матричную металлопротеиназу-3 (ММП-3) определяли методом ИФА.

Результаты. Через 3 месяца после АКШ на работающем сердце СКФ в группах (1 vs 2) составила ($103,4 \pm 15,8$ vs $85,8 \pm 24,2$ мл/мин/1.73м², $p=0,031$), ФВ ЛЖ составила ($66,1 \pm 4,6$ vs $60,3 \pm 7,3\%$, $p=0,020$), соответственно. Линейный регрессионный анализ выявил влияние отношения KIM-1 48ч./KIM-1 7дней на уровень ФВ ЛЖ через 3 месяца после операции, $F=6,214$; $p=0,020$; $R^2=0,199$; (для диагностического отношения = $-0,446$ $p=0,020$). Выявлено, что в группе 2 с диагностическим отношением KIM-1 48ч./KIM-1 7дней $> 1,5$ оказался выше исходный уровень с-реактивного белка (СРБ) $5,5 \pm 4,9$ vs $3,2 \pm 4,6$ мг/л, $p=0,032$, тест Манна-Уитни и ММП-3 $9,1 \pm 6,0$ vs $4,5 \pm 4,4$ пг/мл, $p=0,002$, тест Манна-Уитни и индекс массы тела (ИМТ) – $29,8 \pm 2,0$ vs $26,6 \pm 3,3$ кг/м², ($p=0,011$).

Заключение. Динамика уровней молекулы почечного повреждения в сыворотке крови у пациентов после АКШ на работающем сердце ассоциирована не только со скоростью клубочковой фильтрации, но и с систолической функцией левого желудочка, что отражает ее роль в патогенезе и течении кардиоренального синдрома.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ARG16GLY ГЕНА ADRB2 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Камилова У.К.(1), Алиева Т.А.(2)

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан (1)

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан (2)

Цель. Изучить роль полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2 в прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования. У 154 больных с I-III функциональным классом (ФК) ХСН узбекской национальности были изучены полиморфизма Arg16Gly гена ADRB2 методом ПЦР. Контрольную группу составили 150 здоровых лиц – мужчин узбекской национальности. Группы по возрасту были сопоставимы.

Полученные результаты. Сравнительный анализ распределения частот аллелей и генотипов данного полиморфизма между группами больных в зависимости от ФК заболевания и группы контроля также выявил значительные различия ($p < 0,05$), за исключением группы больных ХСН ФК I ($P > 0,05$). Частота носительства гомозиготного генотипа Gly/Gly по неблагоприятному аллелю среди больных с ФК II была статистически достоверно выше по сравнению с контрольной выборкой (31.0% против 17.2%; $2=4.9$; $P=0.03$; $OR=2.2$; 95%CI 1.083, 4.336). Отмечено статистически значительное увеличение носителей данного гомозиготного генотипа среди больных ХСН ФК III в сравнении с группой контроля (33.3% против 17.2%; $2=7.2$; $P=0.007$; $OR=2.4$; 95%CI 1.257, 4.611). Статистически значимых различий по частотам генотипов полиморфизма rs1042713 гена ADRB2 между выборкой больных с ХСН ФК I и контрольной группой не обнаружено.

Выводы. Таким образом, учитывая выявленные различия по частоте аллелей и генотипов данного полиморфизма между контрольной группой и группами больных с ФК II и ФК III, можно предположить, что данный полиморфизм влияет не только на развитие заболевания, но и определяет степень тяжести ХСН.

СВЯЗЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Карпова И.С., Манак Н.А., Соловей С.П., Козлов И.Д.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Санкт-Петербург, Беларусь

Известно, что транзиторные ишемические атаки при ишемической болезни сердца (ИБС) часто сопровождаются изменениями электрофизиологических свойств миокарда. Гетерогенность процесса реполяризации отражается на ЭКГ в виде патологической микроальтернции Т-зубца (mTWA), замедленное восстановление барорефлекторной чувствительности после эктопического желудочкового комплекса – патологической турбулентностью сердечного ритма. Целью работы явилось сопоставление локализации стенотического поражения коронарных артерий и показателей электрической нестабильности миокарда при ИБС с желудочковой экстрасистолией высоких градаций при ИБС.

Материалы и методы исследования. 84 пациента с хронической ИБС со стенозами коронарных артерий (ФК по Nyha не выше ФК II). У пациентов наблюдалась желудочковая эктопия 3-5 классов по B. Lowп и M. Wolf в модификации M. Ryan. С помощью коронароангиографии, ЭКГ-картирования (60 отведений), ЭхоКГ пациенты были разделены на 2 группы: коронарные стенозы бассейна левой коронарной артерии (ЛКА) – I группа (40 человека) и коронарные стенозы бассейна правой коронарной артерии (ПКА) – II группа (44 человек). Параметры электрического состояния миокарда (турбулентность сердечного ритма, микровольтная альтернция зубца Т) определяли с помощью компьютерной программы «Интекард-7» при записях ЭКГ в течение 5 минут, турбулентность сердечного ритма также при суточном мониторинге ЭКГ (СМЭКГ). Оценивались следующие показатели турбулентности сердечного ритма: начало турбулентности – TO % и наклон турбулентности – TS мс/RR.

Результаты. Показатели электрической нестабильности миокарда были выше при атеросклерозе коронарных артерий бассейна ЛКА. Так, среднее значение TO , по данным 5-минутных записей ЭКГ, у пациентов I группы было патологическим (> 0 %), а во II группе непатологическим (< 0 %). Она встречалась в 1,8 раза чаще у пациентов со стенозами ЛКА, по сравнению с поражениями бассейна ПКА. По данным СМЭКГ у лиц со стенозами ЛКА также выявлены более значимые средние значения TO % ($p = 0,035$) и TS мс/RR ($p = 0,04$), значительно чаще встречались желудочковые экстрасистолы с $TS < 2,5$ мс/RR ($p = 0,0006$) и экстрасистолы с сочетанием $TO > 0$ и $TS < 2,5$ мс/RR ($p = 0,00006$).

В I группе наблюдения определялась большая амплитуда средней альтернции зубца Т (56,9 мкВ (36,8; 69,8), по сравнению с лицами II группы (33,2 мкВ (23,2; 44,5)).

Выводы. У пациентов с гемодинамически значимым атеросклерозом коронарных сосудов, особенно ствола левой коронарной артерии и проксимальной части передней межжелудочковой ветви отмечается повышенная электрическая нестабильность миокарда, требующая более ранней диагностики и лечения.

СЕЗОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST .

Габинский Я.Л, Родионова Н.Ю

ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

СЕЗОННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST .

Габинский Я.Л, Родионова Н.Ю

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия.

Цель исследования: Выявить биоритмологические особенности острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы: В исследование были включено 505 пациентов с диагнозом ОКСбпST, поступивших в Уральский институт кардиологии (УРИК) за период с 1 января 2012 по 31 декабря 2015 г. Возраст пациентов составил от 36 до 87 лет (средний возраст 61 год). Среди поступивших было 358 мужчин и 147 женщин. По всем историям болезней поступивших пациентов проведен мониторинг возникновения ОКСбпST по сезонам года.

Результаты: Анализ показал, что развитие случаев данной патологии в течение года, в зависимости от сезонов года неравномерно. Зимой зафиксировано 24,2% случаев, весной — 15% случаев, летом- 24,8% случаев, осень - 36%.

По данным нашего исследования наибольшее количество поступивших пациентов с ОКСбпST как среди мужчин, так и среди женщин приходится на осенний период (182 человека - 36%). Количество поступивших мужчин в данное время года составило 134 человека (37,1%), женщин — 48 человек (32,5%).

Наибольшее число случаев развития ОКСбпST осенью у мужчин приходится на интервал времени с 8 до 12 часов (30,6%) и с 16 до 20 часов (30,4%), у женщин пиком развития данной патологии приходится на период времени с 20 до 24 часов (33,4% случаев), т.е это время, когда у мужчин риск развития ОКСбпST осенью минимален . Также период времени с 8 до 12 часов у женщин является неблагоприятным в плане развития ОКСбпST . У 25% обратившихся женщин, исследуемая патология развилась в данный промежуток времени.

Больше всего случаев ОКСбпST осенью у мужчин приходится на возраст от 41 до 60 лет, т.е мужчин трудоспособного возраста. У женщин - старше 70 лет. Возможно это связано с тем, что женщины до 53 лет с данной патологией в охваченный промежуток времени в УРИК вообще не обращались. Вероятная причина тому - защитное действие эстрогенов на сосудистую стенку.

Выводы:

1) Осень является самым неблагоприятным временем года в плане развития ОКСбпST. Это связано с тем, что осень является переходным периодом года, когда идет перестройка физиологических систем с летней активности на пассивное состояние зимой. Увеличивается число сердечно-сосудистых катастроф, существенно снижается эрготропная функция сердца, увеличивается содержание холестерина в крови, повышается глюкокортикоидная функция надпочечников и активность прокоагулянтов.

2) Чаще осенью ОКСбпST у мужчин развивается в возрасте от 41 до 60 лет, у женщин в возрасте старше 70 лет.

3) Наибольшая частота случаев ОКСбпST осенью выявлена в интервале времени с 8 до 12 часов и с 16 до 20 часов у мужчин. У женщин - с 8 до 12 часов и с 20 до 24 часов.

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Корильчук Н.И., Бабинец Л.С., Боцюк Н.Е.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь, Тернополь, Украина

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Корильчук Н.И., Бабинец Л.С., Боцюк Н.Е.

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь, Украина

Введение. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о стремительном росте числа больных с ожирением. Распределение жировой ткани в организме определяет риск развития сопутствующих метаболических осложнений. При абдоминальном ожирении (АО) разного рода нарушения развиваются рано и долго протекают бессимптомно, задолго до клинической манифестации. Такие пациенты, длительно не обращаются за помощью к врачу, расценивая АО визуальным недостатком, нежели проблему здоровья.

Цель. Провести обследование пациентов с АО для раннего выявления метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. Нами обследовано 250 человека I-II диспансерной группы, в возрасте от 20 до 69 лет по типу «случай-контроль». Основную группу составило 210 пациентов с АО. У пациентов проводились обследования для диагностики МС за критериями (IDF, 2005) адаптированных с АТФ-III (2001г.). Определяли уровень инсулина, лептина, глюкозы, липидограммы иммуноферментными и биохимическими способами реактивами DRG ELISA KIT. Инсулинорезистентность рассчитывали по формуле HOMA.

Результаты. Мы выяснили, что лишь 25% совершали попытки уменьшить вес: 12% - применяли медикаментозные средства, 3% - физические нагрузки, 5% - диету, 2% - диета и физические нагрузки, 3% - пробовали все. Однако, попытки осуществляли кратковременно и непоследовательно. Увеличение массы тела за год составил от 2 до 20 кг. Анализ особенностей пищевого поведения показал, что пациенты не следят за питательностью пищи, ее калорийностью и количеством. За опросником DEBQ установлено, что в 53% доминирует экстернальное питания, в 28% - эмоциогенное, в 19% - ограничительное. В пациентов выявлен низкий уровень физической активности (ФА). Из анамнеза жизни, нами выявлено, что у 93% пациентов отягощена наследственность, как по I так и по II линии, по СД, избыточному весу, АГ, ИБС. Нами выявлено, что в 42% удовлетворительная и в 12% - плохая ортостатическая устойчивость. В 24% - удовлетворительный и в 13% - пониженный адаптационный потенциал. Отличные функциональные резервы кардиореспираторной системы имеют лишь 12%, хорошие - 24%. Индивидуальный уровень здоровья низкий в 6%, ниже среднего в 8%, средний у 12%, выше среднего у 42%, высокий только 14%. По пробе Мартине установлено, что отличное состояние ССС в 12%, хорошее - 18%, удовлетворительное -16%, неудовлетворительное - 6%. В 82% выявлены нарушения липидного обмена. В 12% диагностировано нарушение толерантности к углеводам, в 6% - гипергликемия, в 43% - гиперинсулинемия, в 68%- инсулинорезистентность, в 24% - гиперлептинемия. С каждым из пациентов проведена беседа о состоянии их здоровья и последствиях. Пациенты с низкой ортостатической устойчивостью, с пониженным адаптационным потенциалом и плохими функциональными резервами кардиореспираторной системы согласились на профилактические мероприятия, связанные с изменением образа жизни (коррекция пищевого поведения, увеличение ФА). Пациентам с нарушением липидного, углеводного обменов, гиперинсулинемией, инсулинорезистентностью и гиперлептинемией назначено медикаментозные средства наряду с модификацией образа жизни.

Выводы. Визуальная оценка семейного врача по типу «случай-контроль» срабатывает в хорошем аспекте, по раннему выявлению метаболических проявлений при абдоминальном ожирении, их профилактике и лечении.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.

Космачева Е.Д., Бабич А.Э.

ГБУЗ "НИИ-ККБ №1" им. профессора С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Целью данного исследования является анализ сердечно-сосудистых осложнений после трансплантации печени.

Методы: ретроспективно проанализированы истории болезни 88-ми пациентов после проведенной трансплантации печени с мая 2010 года по декабрь 2014 года в ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1» им. профессора С.В. Очаповского. Исследование проводилось в целях выявления послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений и впервые возникших сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты: гендерный и возрастной состав представлен 59% мужчины, 41% женщины; возраст: от 13 до 64 лет (средний возраст 47±3,2 лет); пациентов старше 50 лет- 36,4%. Ранние артериальные сосудистые осложнения включали в себя: тромбозы печеночной артерии и ее ветвей (2%) и тромбозы печеночной артерии и чревного ствола (3%). Сосудистые венозные осложнения были представлены: тромбозом портальной вены (1%) и пристеночным тромбозом портальной вены (1%). Причинами ранней послеоперационной сердечно-сосудистой смертности были: массивная легочная эмболия (1,1%), и тромбоз портальной вены (1,1%). При анализе поздних сердечно-сосудистых заболеваний после трансплантации печени были обнаружены впервые возникшая артериальная гипертония – 35,2%, хроническая сердечная недостаточность – 14,8%, ИБС – 3,4%. Большинству пациентов n=46 (52,3%) в качестве иммуносупрессивной терапии был назначен такролимус, n=42 (47,7%) – циклоспорин. При анализе было выявлено значительное повышение развития артериальной гипертонии при приеме циклоспорина (43,5%), в отличии от такролимуса (26,2%). Наибольшее количество сердечно-сосудистых заболеваний было выявлено у пациентов старше 50 лет.

Выводы: развитие новых сердечно-сосудистых заболеваний возрастает после трансплантации печени. Ингибиторы кальциневрина вносят вклад в развитие артериальной гипертонии. Оценка индивидуальных факторов риска, новые терапевтические схемы и тщательный мониторинг необходимы с целью снижения рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с трансплантацией, особенно у пожилых.

СООТНОШЕНИЕ НЕЙТРОФИЛОВ К ЛИМФОЦИТАМ КАК ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бахчоян М.Р., Космачева Е.Д., Славинский А.А.

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия, Краснодар, Россия

Ежегодно число лиц, страдающих сердечной недостаточностью (СН), растет. Клинико-anamnestические данные, морфо-функциональные характеристики сердца, этиология поражения миокарда, лабораторные маркеры играют важную роль в диагностике СН. Продолжается поиск новых, более точных и экономически выгодных, маркеров стратификации риска при данной патологии. В последнее время появились исследования, указывающие на диагностическую и прогностическую значимость анализа соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (н/л) у пациентов с СН различной этиологии. Причем чем выше данный показатель, тем хуже прогноз. Особенно впечатляющие результаты получены в группе больных с ишемическим генезом дисфункции миокарда.

Цель исследования: определить прогностическую значимость соотношения н/л у пациентов с некоронарогенной этиологией СН в госпитальный период.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинский карт 67 больных, страдающих СН разной степени выраженности. Среди них мужчин было 57, женщин - 10. Средний возраст составил от 19 до 68 лет. Сроки госпитализации – от 4 до 52 дней. Всем пациентам выполнялась трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ), по данным которой фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) < 40%. С целью исключения атеросклероза коронарных артерий, у 64 человек выполнена коронароангиография - гемодинамически значимых стенозов не выявлено ни у одного больного. Кроме того, всем проведена эндомикардиальная биопсия с целью верификации диагноза. Соотношение н/л определялось с помощью математический вычислений по результатам общего анализа крови. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Статистика 6,0. Первичной конечной точкой явился летальный исход в госпитальный период.

Результаты: Все пациенты страдали ХСН разной степени выраженности. ФВ ЛЖ по данным трансторакальной ЭХО-КГ составляла 21,4 ± 10,1%. Согласно результатам биопсии миокарда у 46 больных диагностирована кардиомиопатия невоспалительной этиологии, у 10 – миокардит (4 - определенный миокардит, 6 – вероятный миокардит), а у пятерых постмиокардитический кардиосклероз. С учетом компенсации проявлений СН на фоне медикаментозной терапии больные (n=61) пациенты были разделены на группы по функциональному классу (ФК) классификации NYHA: I – 9,8%, II – 19,7 %, III – 49,2%, IV – 21,3%. Проведен анализ соотношения н/л и получены следующие результаты: ФК I – 2,14, ФК II – 3,13, ФК III – 2,41, ФК IV – 3,56. В госпитальный период летальный исход был зарегистрирован только в группе больных с ФК IV СН (n=3): все пациенты страдали фульминантным миокардитом, осложненным кардиогенным шоком. Соотношение н/л в последней группе равнялось 3,26.

Выводы. Соотношение н/л в общем анализе крови не может служить самостоятельным предиктором неблагоприятного прогноза (летального исхода) у пациентов с СН некоронарогенной этиологии. Однако, учитывая полученные данные, следует более детально изучить исследуемый показатель в подгруппе больных с верифицированным миокардитом.

СОСТОЯНИЕ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ЗЛУОПТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКГОЛЕМ

Медведева С.О.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Цель: Избыточное употребление алкоголя является одним из модифицированных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом у больных АГ влияние данной вредной привычки на эласто-тонические свойства сосудистой стенки остаются недостаточно изученным. Целью работы явилась оценка показателей контурного анализа пульсовой волны и функции эндотелия у больных АГ, злоупотребляющих алкогольными напитками.

Материалы и методы: обследовано 150 больных (мужчин - 49, женщин - 101) АГ II стадии, которые находились на диспансерном наблюдении у врача общей практики. В зависимости от приверженности к употреблению алкоголя (злоупотребляющими алкоголем считались лица, употребляющие за неделю более 35 единиц чистого алкоголя; 1 единица= 10г чистого спирта) все пациенты были разделены 2 группы: 1-ю составили 113 человек (возраст – $54,6 \pm 1,2$ лет), употребляющие алкоголь редко (менее 1 раз в месяц), 2-ю – 37 человек, злоупотребляющие алкогольными напитками (возраст – $46,2 \pm 1,8$ лет). Проводилось: общеклиническое обследование, контурный анализ пульсовой волны объема и проба с реактивной гиперемией на приборе "АнгиоСкан – 01".

Результаты: У больных 1-ой группы систолическое артериальное давление (САД) было $134,8 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – $81,2 \pm 0,9$ мм рт. ст. При проведении контурного анализа пульсовой волны среднее значение индекса жесткости крупных артерий (SI) составило $7,9 \pm 0,1$ м/с, индекса отражения резистивных артерий (RI) – $40,3 \pm 1,6\%$, центрального систолического давления в проксимальном отделе аорты (Spa) – $131,9 \pm 1,9$ мм рт. ст. Возраст сосудистой системы (VA) составил $51,8 \pm 1,6$ лет, что на 2,8 года меньше паспортного. При оценке эндотелиальной функции отмечалась тенденция к увеличению индекса окклюзии по амплитуде – $1,9 \pm 0,1$ и уменьшение сдвига фаз между каналами (C2-C1) до и после окклюзии – минус $7,0 \pm 0,6$ мс.

У больных 2-ой группы, по сравнению со 1-ой группой, отмечались более высокие цифры АД. Так, САД составило $139,1 \pm 2,4$ мм рт. ст., ДАД - $87,6 \pm 1,5$ ($p < 0,001$) мм рт. ст. При проведении контурного анализа пульсовой волны отмечено повышение индексов: SI – до $8,0 \pm 0,1$ ($p < 0,05$) м/с; RI – $44,7 \pm 2,8\%$; Spa – $136,7 \pm 2,5$ мм рт. ст. Возраст сосудистой системы (VA) составил $47,0 \pm 2,9$ лет, что на 0,8 лет превышало паспортный. Дисфункция эндотелия имела у всех обследованных, о чем свидетельствует низкая степень амплитуды пульсовых волн $1,8 \pm 0,1$ и меньший сдвиг фаз между каналами (C2 – C1) до и после окклюзии – минус $3,9 \pm 0,8$ ($p < 0,001$) мс.

Выводы: у больных АГ, злоупотребляющих алкогольными напитками, отмечается более выраженное нарушение эласто-тонических свойств сосудистой стенки и дисфункция эндотелия, чем у лиц, редко употребляющих алкоголь, что влияет на течение заболевания и прогноз и требует проведения активных лечебно-реабилитационных мероприятий.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОЙ ФАЗЫ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МЕМБРАНЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н., Дубова Т.В.

Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Являясь облигатным компонентом биологических мембран, липиды обуславливают их проницаемость, участие в передаче нервного импульса, создании межклеточных контактов. Состав фосфолипидов, насыщенность их жирокислотных остатков, содержание мембранного холестерина оказывают влияние на активность мембраносвязанных ферментов, функцию рецепторного аппарата и другие важнейшие для клетки процессы. Биомембраны несут защитную, обменно-информационную энергетическую и другие функции, обеспечивающие жизнедеятельность клетки, органа, организма в различных условиях существования.

Цель. Оценить характер и выраженность структурных изменений липидного бислоя эритроцитарной мембраны у больных стенокардией напряжения с различной толерантностью к физической нагрузке.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 93 больных стенокардией напряжения II-III функционального класса мужского пола, разделенных на 2 группы: 1 – с толерантностью к физической нагрузке 75 Вт (n=29, . 2 - 50 Вт (n=64). Группы были идентичны по возрасту (50,7±1,5 и 51,5±0,8 лет), числу лиц с сопутствующей артериальной гипертонией (36,6% и 44,0%) и перенесших ранее инфаркт миокарда (45,4% и 54% соответственно). Толерантность к физической нагрузке в 1 группе составила 88,0±4,0 Вт, во 2 – 33,7±1,8 Вт. В эритроцитах исследовали содержание перекисного окисления липидов (ПОЛ) - диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), фосфолипидный (ФЛ) состав. Оценивали отношение содержания мембранного холестерина к сумме фосфолипидов (ХС/ФЛ).

Результаты. У пациентов 2 группы обнаружено увеличение ДК и МДА на 81,6% и 9,4% (p<0,001). Повышенная активность ПОЛ сопровождается деструкцией клеточной мембраны, о чем свидетельствует снижение общего количества ФЛ на 15,8% (p<0,001). Особенно наглядно это демонстрирует уменьшение количества полиненасыщенных ФЛ – фосфатидилэтаноламина, с 0,098±0,005 ммоль/л в 1 группе, до 0,083±0,004 ммоль/л во 2 группе (p=0,011). Глубокую структурную модификацию клеточной мембраны подтверждает также существенное увеличение показателя ХС/ФЛ - на 33,1 (p=0,006).

Заключение. Описанные изменения сопровождаются нарушением функции мембран и обуславливают возникновение и развитие таких важных патофизиологических процессов, как снижение сократительной функции сердца, нарушение энергообразовательных процессов, ионный дисбаланс, развитие аритмий, нарушение релаксации миокарда, что вместе с атеросклерозом коронарных артерий может оказывать дополнительно влияние на функциональное состояние организма и прогноз заболевания.

СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ И ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ: РОЛЬ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Евсевьева М.Е., Итальянцева Е.В., Ерёмин М.В., Кошель В.И., Карпов В.П.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель исследования - у пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом изучить динамику показателей ригидности сосудистой стенки на фоне проводимой тонзиллэктомии.

Материалы и методы. Обследованы 15 женщин и 8 мужчин в возрасте от 18 до 44 лет, являвшимися пациентами ЛОР-отделений городской и краевой больниц г. Ставрополя. Критерии исключения – соматические заболевания по типу артериальной гипертензии, ожирения, сахарного диабета и др. Обследование включало анкетирование, направленное на выявление основных факторов риска (ФР), антропо-метрическое исследование, а также регистрацию функциональных показателей сосудистой стенки при помощи диагностической системы ангиологического скрининга BPLab (ООО «Петр Телегин», Н- Новгород). При этом анализировали такие показатели офисного измерения, как центральное и периферическое АД, время распространения отраженной волны (RWTT), скорость пульсовой волны в аорте (PWVao), индекс аугментации на периферии и в аорте (Aix, Aixao), амплификация пульсового давления (PPA), аортальный сердечно – лодыжечный индекс (CAVIa), индекс эластичности (IE) и др. Регистрация указанных параметров осуществлялась дважды: 1-й раз - в день операции перед вмешательством, следующий раз – на вторые послеоперационные сутки. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel, 2010. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты проведенного анализа показали, что за указанный период наблюдения за больными до и после оперативного вмешательства отмечаются нижеперечисленные изменения изученных показателей: RWTT снизилась с 135,2 до 128,7мс; PWVao увеличилась с 10,9 по 11,6м/с; Aix снизился с -52,0 до -57,0%; Aixao снизился с 0,5 до -3,7 %; PPA увеличилась с 145,6 до 153,8 мм рт.ст. ($p=0,001$), а CAVI повысился с 19,2 до 23,0 ед. ($p=0,04$); IE снизился с 0,82 до 0,76 ед. При этом уровни показателей периферического АД снизились менее значительно (САД со 118,5 до 116,3 мм рт.ст., ДАД с 81,3 до 79,0 мм рт.ст., СрАД с 94,0 до 90,3 мм рт.ст.), чем центрального (САДао с 108,5 до 104,8 мм рт.ст., ДАДао с 82,8 до 80,8 мм рт.ст, СрАДао с 94,0 до 90,4 мм рт.ст.). Зарегистрировано увеличение ЧСС с 82,6 до 89,2 ударов/мин, т.е. на 7,3 % ($p=0,02$).

Выводы. По полученным данным тонзиллэктомия сопровождается снижением показателей АД и обоих видов индекса аугментации, при этом менее значительно на периферическом отрезке сердечно – сосудистой системы, чем в аорте. Такое соотношение параметров центральной и периферической гемодинамики в ответ на оперативное вмешательство характеризует направленность и возможности адаптивных ресурсов организма. Анализируя динамику показателей васкулярной ригидности (снижение RWTT, повышение PWVao, повышение CAVIa, снижения IE), можем предположить, что сосудистая стенка в раннем послеоперационном периоде реагирует повышением жесткости. Интересно, что описанная динамика, свидетельствующая об изменении сосудистого статуса, происходит несмотря на увеличение ЧСС.

СПЕКЛ-ТРЕКИНГ ЭХОКГ В ОЦЕНКЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ВЫРАЖЕННОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Бранд Я.Б.(1), Бикбова Н.М.(1), Харитонов Н.И.(1), Ключников И.В.(2), Сагиров М.А.(1), Мазанов М.Х.(1), Тарасова Ю.С.(1)

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия (1)

ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева МЗ РФ, Москва, Россия (2)

Самым распространенным методом неинвазивной оценки функции сердца на сегодняшний день является двухмерная эхокардиография (ЭХОКГ), а фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) – один из основных показателей систолической функции ЛЖ. Однако, стандартные эхокардиографические показатели весьма субъективны и не всегда достоверно отражают сократимость миокарда. С появлением методики спекл-трекинг ЭХОКГ появились дополнительные возможности количественно оценить глобальную и регионарную функции ЛЖ.

Целью нашего исследования является изучение показателей продольной деформации миокарда ЛЖ методом спекл-трекинг ЭХОКГ для оценки систолической функции ЛЖ до и после операции коронарного шунтирования у больных ИБС и низкой ФВ ЛЖ.

Материалы и методы: В исследование включено 44 пациента мужского пола в возрасте от 38 до 81 года (средний возраст 55,1 лет). У 33 пациента (75%) в анамнезе 1 инфаркт миокарда (ИМ), у 10 пациентов (23%) – 2 ИМ и у 1 пациента (2%) – 3 ИМ. По данным коронароангиографии многососудистое поражение коронарного русла выявлено у всех пациентов. Всем больным проводилась стандартная трансторакальная ЭХОКГ и спекл трекинг ЭХОКГ с оценкой показателей продольной деформации миокарда левого желудочка (ЛЖ) до и через 6 месяцев после операции АКШ. Исходно ФВ ЛЖ составила $34,5\% \pm 5,5$. Индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) составил $2,25 \pm 0,25$. Среднее значение глобальной продольной деформации – $10,4 \pm 3,8$. Всем пациентам выполнена операция аорто-коронарного шунтирования, объем которой определялся состоянием коронарного русла.

Результаты: В послеоперационном периоде пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от изменения функционально-морфологических показателей ЛЖ. У 1 группы (31 пациентов) отмечался достоверный прирост ФВ ЛЖ и ударного объема, уменьшение ИНЛС и конечно-диастолического объема. Во 2 группе (13 пациентов) эти параметры не претерпели существенных изменений. При этом у пациентов обеих групп было выявлено значимое улучшение значений продольной деформации миокарда ЛЖ по сравнению с исходными данными, а также клиническое улучшение, связанное с уменьшением проявлений коронарной и сердечной недостаточности.

Выводы: По нашим данным методика спекл-трекинг ЭХОКГ позволяет эффективно и объективно количественно оценить систолическую функцию ЛЖ у пациентов с ИБС и выраженной левожелудочковой дисфункцией, и прогнозировать послеоперационную клинко-функциональную динамику коронарной и сердечной недостаточности.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЭКГ ПРИЗНАКИ ЛАМИН-АССОЦИИРОВАННОГО ФЕНОТИПА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т.Г.(1), Сивицкая Л.Н.(2), Курушко Т.В.(1), Даниленко Н.Г.(2)

ГУ Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь (1)

ГУ Институт генетики и цитологии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь (2)

Мутации в гене, кодирующем ядерные белки ламинов А/С (LMNA) являются причиной дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в 4-9% всех случаев. Фенотип ДКМП, обусловленный LMNA мутациями, ассоциируется с высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС) даже при отсутствии значительной дилатации и систолической дисфункции. Часто нарушения ритма предшествуют структурному ремоделированию сердца. Ранними проявлениями LMNA мутаций являются малоспецифичные ЭКГ аномалии: низкоамплитудный Р зубец, атриовентрикулярная (АВ) блокада, наджелудочковые и желудочковые тахикардии.

Целью настоящего исследования явилось изучение ранних ЭКГ-признаков ламин-ассоциированной ДКМП. Так как уже хорошо известен специфический МРТ предиктор LMNA-фенотипа – фиброз срединного слоя миокарда, чаще септальной (межжелудочковая перегородка) локализации, предметом анализа явились показатели ЭКГ, отражающие электрофизиологический «септальный» субстрат сердца.

Материалы и методы. В исследование включили 176 пациентов с верифицированной ДКМП (46/130: семейная/спорадическая форма, возраст $48,9 \pm 11,3$ лет; 142/80,7 % мужчин; ФК NYHA $2,6 \pm 0,5$; ФВЛЖ $28,7 \pm 9,97$ %). Всем пациентам были проведены клинико-инструментальные (ЭКГ, ХМЭКГ, ЭхоКГ) и генетические (секвенирование LMNA) исследования. Анализ исходной ЭКГ (на момент включения) проводился двумя независимыми специалистами. Оценивали амплитудно-временной критерий «плоского» Р зубца в отведении II (низкоампл. Р < 1 мм, ширина P120 мс), АВ-проведение (блокада при PR > 200 мс) и «септальные» критерии: фрагментация QRS (в 2 отвед. V1-V3), патологический Q зубец (шир. Q 40 мс, ампл. Q 3 мм или Qr 0.25 в 2 отвед. I, aVL, V1-3, V5-6) и неспецифический дефект внутрижелудочковой проводимости (QRS 120 мс).

Результаты. У 17 (9,66 %) пациентов в гене LMNA выявлены миссенс-мутации LMNA. У носителей LMNA мутаций фибрилляция предсердий (ФП) и АВ-блокады манифестировали в более раннем возрасте ($31,2 \pm 6,1$ vs $49,8 \pm 4,7$ лет; $p = 0,005$) и чаще выявлялись неуст. ЖТ и «септальные» ЭКГ-критерии ($94,1/ 82,4\%$ vs $26,4/ 20,8\%$; $p = 0,04$), ФП ($p = 0,009$). В результате пошагового дискриминантного анализа значимых 8 переменных (лямбда Уилкса в модели 0,47631; $F=21,3$; $p < 0,0001$) определены независимые ЭКГ-предикторы LMNA фенотипа: PR интервал (лямбда Уилкса 0,774; $F=96,8$; $p=0,0001$); АВ блокада (лямбда Уилкса 0,498; $F=7,23$; $p=0,008$); наличие одного из трех «септальных» признаков (лямбда Уилкса 0,495; $F=6,24$; $p=0,014$) и низкоамплитудный Р зубец (лямбда Уилкса 0,491; $F=5,02$; $p=0,026$).

Заключение. Полученные нами данные подтверждают стратегическую важность генетического поиска мутаций LMNA у пациентов с ЭКГ признаками «ламинового» фенотипа ДКМП для последующего активного динамического наблюдения, раннего прогнозирования ВСС и превентивной имплантации ЭКС-устройств.

СРАВНЕНИЕ ЭХОГЕННОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Матвеев В.В., Иванов С.И., Кузнецова Л.М., Дмитриева И.Е.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель: сравнительная оценка эхогенности миокарда левого желудочка (ЛЖ) при стандартной эхокардиографии у больных артериальной гипертензией (АГ) и здоровых лиц.

Материалы и методы. В исследование было включено 62 человека. Контрольная группа – 34 здоровых лица, из них 20 (59%) мужчин и 14 (41%) женщин; средний возраст – 43 ± 12 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 114 ± 11 мм рт.ст., диастолическое АД – 72 ± 7 мм рт.ст. Вторая группа – 28 больных с АГ; из них 16 (57%) мужчин и 12 (43%) женщин; средний возраст – 46 ± 13 лет; систолическое АД – 147 ± 18 мм рт.ст., диастолическое – 92 ± 10 мм рт.ст. Критерии включения: впервые выявленная эссенциальная АГ I степени, отсутствие медикаментозного лечения. Исследуемым выполнялось трансторакальное эхокардиографическое исследование с помощью ультразвукового сканера экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуля векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging). Оценку эхогенности миокарда проводили с применением способа гистографии на выделенном участке в сравнении с эхогенностью перикарда в программе ImageJ (v1.50g). Регистрировали средний цифровой гистографический показатель интенсивности эхосигнала ультразвукового изображения миокарда для базальных и средних сегментов ЛЖ и межжелудочковой перегородки (МЖП) – MnLV и MnSpt (МЖП рассматривалась как медиальная стенка ЛЖ), аналогично находили средний цифровой гистографический показатель интенсивности для перикарда – MnP, находили и сравнивали отношения MnLV/MnP и MnSpt/MnP у больных АГ и здоровых лиц. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0. Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и среднего квадратического отклонения ($S \pm$), считаются достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. При гистографической оценке интенсивности эхосигнала было получено статистически значимое различие по MnLV, MnSpt, MnLV/MnP и MnSpt/MnP ($p < 0,05$). У лиц контрольной группы MnLV и MnSpt были равны $113,84 \pm 15,44$ единиц и $125,02 \pm 18,53$ единиц, у лиц II группы – $118,33 \pm 16,02$ и $132,84 \pm 23,30$ единиц соответственно. MnLV/MnP и MnSpt/MnP у здоровых лиц имели значения $0,49 \pm 0,07$ и $0,53 \pm 0,08$, у больных с АГ – $0,51 \pm 0,07$ и $0,57 \pm 0,10$ соответственно.

Заключение. Результаты исследования показывают, что у больных с АГ эхогенность миокарда левого желудочка достоверно выше, чем у здоровых лиц. Данный метод позволяет объективизировать визуальную оценку эхогенности миокарда путем гистографии его ткани, дать количественную оценку степени изменения (склерозирования) миокарда для пациентов с различной патологией сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальной гипертензией, по данным ультразвукового исследования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ЛЕЧЕНИЯ

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

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

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты лечения (чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) или оптимальная медикаментозная терапия (ОМТ)) и качество жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения ФК II-III.

Материал и методы исследования. Всего за отчетный период обследовано 70 больных ИБС, из них мужчин - 66 (94,2%), женщин - 4 (5,7 %). Средний возраст больных составил $56,8 \pm 5,3$ лет. Первую группу составили 46 пациентов, подвергшихся ЧКВ, вторую группу - 34 пациента, принимающие оптимальную медикаментозную терапию (бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты). Оценка качества жизни проводилась по методике MOS SF-36. Наблюдение за пациентами после проведения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий и группы сравнения проводилось через 1 год после проведенного кардиохирургического лечения.

Результаты исследования. Повторное возникновение инфаркта миокарда у пациентов двух групп, вошедших в исследование, не наблюдалось в течение года после ЧКВ. Возврат стенокардии после выполнения ЧКВ в течение года наблюдалось у 2,86% пациентов группы исследования, что не происходило в группе сравнения ($p < 0,05$). Повторные госпитализации в стационар, из-за ухудшения общего состояния, наблюдались у 5,71% пациентов группы исследования, что не было в группе сравнения. При анализе полученных данных за счет факторов характеризующих физический компонент качества жизни по опроснику MOS SF -36 в группе пациентов с реваскуляризацией миокарда улучшилось на 27,1% ($p < 0,05$), а у больных с применением ОМТ на 25,6% ($p < 0,05$), а психическое здоровье улучшилось у пациентов с реваскуляризацией миокарда на 32,1% ($p < 0,05$) и на 30,5% ($p < 0,05$) у больных с ОМТ. Полученные данные свидетельствуют о несомненном улучшении качества жизни после реваскуляризации у большинства пациентов которое сохраняется и в отдаленном периоде - через год исследования. Обращает на себя внимание, что пациенты, перенесшие ЧКВ имели лучшие показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 по сравнению с группой сравнения и в отдаленные сроки после операции. В отдаленном периоде снижается частота развития инфаркта миокарда, улучшается «качество жизни» пациентов.

Среди больных ИБС отдаленный прогноз закономерно ухудшают такие факторы, как исходно выраженная степень сердечной недостаточности, многососудистое поражение коронарного русла и неполная реваскуляризация миокарда.

Выводы. Изучение результатов лечения (ЧКВ или оптимальная медикаментозная терапия) выявило достоверное улучшение показателей качества жизни по всем шкалам опросника SF-36, больше в группе больных с реваскуляризацией, чем с применением медикаментозной терапии.

Ранняя диагностика и функциональная оценка состояния миокарда позволяют своевременно определить соответствующую тактику лечения пациентов и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКГ-ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Хромова О.М.

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Новосибирск, Россия**

Введение. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) нередко имеют схожую клиническую картину. Правильная интерпретация ЭКГ помогает в уточнении диагноза.

Цель исследования. Определить ЭКГ-изменения, характерные для ОИМ, ТЭЛА.

Материал и методы. Проведена оценка ЭКГ 50 пациентов с ОИМ (29 мужчин и 21 женщина от 45 до 85 лет) и 60 пациентов с ТЭЛА (28 мужчин и 32 женщины от 34 до 88 лет), госпитализированных с основными жалобами на болевой синдром в грудной клетке и одышку. В группе ОИМ: 22 случая Q-позитивного нижнего ОИМ, 10 Q-позитивного переднего ОИМ, Q-негативный нижний и Q-негативный передний ОИМ диагностированы у 18 пациентов. ТЭЛА верифицирована МСКТ, ангиопульмонографией (15 пациентов). В 19 случаях выявлена массивная ТЭЛА, у 24 пациентов определена субмассивная ТЭЛА и 17 пациентов имели немассивную ТЭЛА.

Результаты. Нарушения сердечного ритма преобладали в группе ТЭЛА: синусовая тахикардия регистрировалась в 57% случаев, фибрилляция предсердий (ФП) - в 23%, трепетание предсердий (ТП) - в 10%, предсердная пароксизмальная тахикардия (ППТ) - в 3%, желудочковая тахикардия (ЖТ) - в 2%, экстрасистолия - в 28%. Больные с ОИМ чаще имели правильный синусовый ритм. ФП и ТП зарегистрированы только у 3 пациентов (6%), ЖТ в 4%, экстрасистолия в 14%. Более половины пациентов (57%) с ТЭЛА имели признаки острой перегрузки правого предсердия (ПП). В группе больных с ОИМ преобладали ЭКГ-признаки гипертрофии левого предсердия (ГЛП). Отклонение электрической оси сердца (ЭОС) вправо или резко вправо, вертикальная ЭОС отмечались при ТЭЛА в 52%. У больных с ОИМ ЭОС была не изменена, либо отклонена влево. Блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) встречалась в 2 раза чаще при ТЭЛА. Синдром SI,QIII выявлен только у больных с ТЭЛА (20%). Патологических зубцов Q или QS в грудных отведениях у больных с ТЭЛА не отмечалось. ЭКГ-признаки острой перегрузки правого желудочка (ПЖ) в V5-V6 выявлены в 33% в группе ТЭЛА. Инверсия z.T в V1-V3(V4) отмечалась у 53% больных с ТЭЛА и сочеталась обычно с отрицательными z. T III, признаками перегрузки ПП и ПЖ. В отличие от ОИМ, при ТЭЛА не было отмечено синусовой брадикардии, АВ-блокады. Для пациентов с ОИМ характерными ЭКГ-признаками были: Qr (QS) в грудных отведениях, либо во II, III, aVF с элевацией сегмента ST, отрицательные z. T во II, III, aVF или в грудных отведениях без признаков острой перегрузки ПП, ПЖ.

Заключение. В ЭКГ-диагностике ТЭЛА важно выявление симптомокомплекса ЭКГ-признаков острой перегрузки ПП, ПЖ, особенно сочетание синусовой тахикардии, суправентрикулярных аритмий с отклонением ЭОС вправо или резко вправо, синдромом SI,QIII, инверсией z.T в III, aVF, в V1-V3(V4), признаками острой перегрузки ПЖ в V5-V6. При возникновении ОИМ чаще регистрируются инфарктные изменения без признаков острой перегрузки правых отделов сердца.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА И НЕБИВОЛОЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.А., Исламова У.А., Анатова А.А., Абдуллаев А.М.

ФГБОУ ВО "Дагестанский государственный медицинский университет" МЗ РФ, Республика Дагестан, Россия

Цель: определить сравнительную эффективность использования ивабрадина и небиволола в сочетании со стандартной терапией у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в постинфарктном периоде в предупреждении развития электрической нестабильности сердца и обусловленных этим аритмий сердца.

Методы исследования. В данное открытое, рандомизированное исследование включили 48 пациентов с ХСН II-III ФК в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин – 34, женщин - 14), выписанных из клиники после Q-инфаркта миокарда (Q-ИМ). Холтеровское мониторирование ЭКГ проводили с помощью компьютерной программы «Инкарт» (Санкт-Петербург) в день их выписки из стационара и через три месяца. У каждого из них оценивали число и продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии, динамику ЧСС, нарушения ритма и проводимости. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм от исходного уровня и продолжительностью 0,1 с расценивали как эпизод снижения этого сегмента. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я группа (основная) из 26 пациентов, получала ивабрадин (Кораксан фирмы Servier, Франция) на фоне стандартной терапии, включавшей ацетилсалициловую кислоту (Аспирин-кардио фирмы Bayer, Германия), клопидогрел (Клопидекс фирмы Belupo, Хорватия), альдактон (Верошпирон фирмы Gedeon Richter, Венгрия), периндоприл (Престариум А фирмы Servier, Франция) и по показаниям – диуретики и другие препараты), 2-я группа (контрольная) из 22 больных, адекватная для сравнения с основной группой по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, –, небиволол (Бинелол фирмы Belupo в дозе 5 мг/сут в сочетании со стандартной терапией. Лечение в обеих группах проводили в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа.

Полученные результаты. После проведенного лечения в основной группе число ишемических эпизодов за сутки уменьшилось на 22%, средняя их продолжительность – на 17%, в контрольной группе – на 25% и 19% соответственно ($p < 0,05$). В основной группе регистрировались нарушения ритма сердца – у 25,3% пациентов, в контрольной – у 21,9%. Угрожаемые для жизни аритмии (желудочковые экстрасистолы высоких градаций, пароксизмы желудочковой тахикардии) зарегистрированы у 15,3% пациентов контрольной и у 13,8% основной групп наблюдения, пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий – у 16,5% и 12,3% – соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. Применение ивабрадина в сочетании со стандартной терапией у пациентов с ХСН в постинфарктном периоде способно препятствовать развитию электрической нестабильности и нарушений ритма сердца с эффективностью, эквивалентной небивололу. Это служит обоснованием возможности замены бета-адреноблокатора ивабрадином в необходимых случаях у пациентов с ХСН в постинфарктном периоде.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Полозова Э.И., Мамкина Н.Н.

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

Цель. В сравнительном аспекте провести анализ нарушений диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа ремоделирования сердца.

Методы исследования. Проведено обследование 120 пациентов, которые были разделены на две группы: основную группу составили 60 больных с метаболическим синдромом, в группу сравнения вошли 60 пациентов с артериальной гипертонией без метаболических нарушений, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №5» г. Саранска в 2014-2016 г.г.

Средний возраст больных основной группы составил $60,83 \pm 2,15$ лет, группы сравнения – $54,60 \pm 4,53$ лет. Пациентам анализируемых групп проводили оценку данных эхокардиографического исследования. Типы ремоделирования левого желудочка определяли, используя классификацию Ganau et al. (1992 г.).

Полученные результаты. Нарушения диастолической функции ЛЖ были обнаружены нами у 50 из 60 человек группы сравнения, т.е. в 83% случаев, и в 100% случаев в основной группе. Структура нарушений диастолической функции ЛЖ была следующей: в группе сравнения 10 человек (16,7%) имели II тип диастолической дисфункции (ДД), 40 человек (66,7%) – I тип диастолической дисфункции. В основной группе I тип диастолической дисфункции имели 46 человек (76,7%), 14 человек (23,3%) – II тип ДДЛЖ. Рестриктивный тип диастолической дисфункции в обследованных группах не встречался. При исследовании нарушений диастолической функции ЛЖ в сравниваемых группах в зависимости от типа ремоделирования сердца отмечено, что наиболее часто в обеих исследуемых группах наблюдалась ДД ЛЖ I типа. В группе сравнения у пациентов с нормальной геометрией (НГ) I тип ДД ЛЖ отмечался у 6 из 16 человек (38%); у больных с эксцентрической гипертрофией (ЭГ) – у 18 из 28 человек (64%); при концентрической гипертрофии (КГ) – у 10 из 12 пациентов (83%). ДД ЛЖ не регистрировалась у 10 пациентов с НГ (63%) в группе сравнения. Среди больных основной группы с ЭГ I тип ДД ЛЖ наблюдался у 14 из 20 пациентов (70%), при КГ – у 26 из 34 человек (77%). ДД ЛЖ II типа отмечалась у 12 больных группы сравнения (в 36% случаев среди больных с ЭГ и 17% - при КГ) и у 14 пациентов основной группы (в 30% случаев при ЭГ и 23% - у больных с КГ левого желудочка).

Выводы. Диастолическая дисфункция левого желудочка наблюдается при всех изученных типах ремоделирования сердца среди пациентов с АГ и МС, наиболее часто - при эксцентрической и концентрической гипертрофии ЛЖ. Эксцентрический тип гипертрофии ЛЖ характеризуется большей частотой формирования диастолической дисфункции ЛЖ II типа.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ГРУДНОГО И БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М., Прошина Л.Г., Румянцев Е.Е., Атаев И.А.

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

Цель исследования. Провести сравнительный анализ ремоделирования компонентов внеклеточного матрикса (ВКМ) в меди и грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса и через 1 месяц после окончания эксперимента.

Материалы и методы. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам-самцам линии Вистар на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу через 2 недели введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. В парафиновых срезах брюшного отдела аорты, окрашенных по Ван Гизону, в меди с помощью сетки Г.Г. Автандилова в 9 полях зрения производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Объемная плотность эластиновых волокон подсчитывалась с помощью сетки Г.Г. Автандилова в препаратах, окрашенных орсеином по Шиката в 11 полях зрения.

Результаты исследования. Объемная плотность ВКП через 2 недели введения адреналина по сравнению с контрольной серией в брюшном отделе аорты увеличилась на 109,2%, а в грудном отделе оставалась на уровне значений контрольной серии. Через 1 месяц после прекращения эксперимента по сравнению с контрольной точкой 2 недели объем ВКП уменьшился как в грудном, так и в брюшном отделе аорты (на 56,8% и 65,9%, соответственно), при этом в грудном отделе объем ВКП стал достоверно ниже, чем в брюшном ($3,63 \pm 0,32$ об.% через 1 месяц в грудном и $5,12 \pm 0,33$ об.% через 1 месяц в брюшном отделе, $t = -3,241$; $p = 0,002$). Объемная плотность коллагеновых волокон через 1 месяц после прекращения введения адреналина по сравнению с контрольной серией в брюшной аорте увеличилась на 138,7%, тогда как в грудном отделе — на 42,1% ($p < 0,05$). По сравнению с контрольной точкой 2 недели введения адреналина, через 1 месяц объемная плотность коллагеновых волокон возросла на 48,9%, тогда как в грудном отделе только на 4,2%, то есть практически не изменилась. Деградация эластиновых волокон как в грудном, так и в брюшном отделах аорты происходила примерно одинаково как через 2 недели введения адреналина, так и через 1 месяц после окончания эксперимента.

Заключение. Сравнение динамики ремоделирования компонентов внеклеточного матрикса аорты крыс линии Вистар при моделировании ХАС позволяет говорить о том, что как в грудном, так и в брюшном отделе аорты структурное ремоделирование продолжается и через 1 месяц после окончания эксперимента. Кроме того, стоит отметить, что ремоделирование ВКМ брюшной аорты более выражено.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕДУЩИХ ПРОФЕССИЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)

Куделькина Н. А., Савицкая Е.Ю., Малютина С.К.

**ФГБНУ "Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины",
Новосибирск, Россия**

Цель. Изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) и ее ассоциации с показателями «рабочего стресса» в популяции машинистов локомотивов станции Новосибирск Западно-Сибирской железной дороги (ЗСЖД).

Методы исследования. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование машинистов локомотивных бригад ст. Новосибирск в возрасте 30-59 лет (650 чел.). Стандартное измерение артериального давления (АД): троекратно с вычислением средних показателей. ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ (эхокардиография), доплерография брахиоцефальных артерий и периферических сосудов, глазное дно; липидный спектр, креатинин крови, анализ мочи (микроальбуминурия). Критерии диагностики АГ: САД \geq 140 мм рт.ст., ДАД \geq 90 мм рт.ст. (МОАГ, ВОЗ 1999). Оценку показателей «рабочего стресса» проводили с помощью стандартных опросников. В баллах рассчитывалась шкала индекса «усилие-награда» (Effort/Reward, ER), и на ее основании выделяли 2 категории: ER \leq 1 и ER \geq 1 (наличие дисбаланса). Шкала показателя «рабочий контроль» (Job Control, JC) также рассчитывалась в баллах: от 0 (низкий уровень контроля) до 18 (высокий уровень контроля). Определены подгруппы по квартилям распределения индекса ER и JC. Соответственно показатели АГ и уровни АД сопоставляли в группах высокого и низкого контроля по квартилям.

Результаты. Частота АГ среди машинистов – 50,2%. Среди «гипертензивных» лиц в обследуемой выборке 92,4% были осведомлены о наличии АГ, 85% получали гипотензивное лечение, и только 10% из них контролировали уровень АД. Показатели среднего САД и ДАД и частота АГ в группах с наличием и отсутствием дисбаланса по индексу ER существенно не различались. Однако, в группе «гипертензивных» лиц уровень САД увеличивался во 2-4 квартилях распределения индекса ER от 139,4 мм рт.ст. в I квартиле до 141,0-143,1 мм рт.ст. во 2-4 квартилях ($p_{1-3} = 0,053$). Частота АГ была максимальной (100%) в группе наиболее низкого рабочего контроля (JC) и снижалась во 2-4 квартилях до 56,0-43,0% ($p_{1-3} = 0,038$). Этот прирост среди лиц с низким контролем сохранялся при стандартизации по другим факторам: возраст, индекс Кетле, уровень физической нагрузки, курение ($p_{1-3} = 0,038$; $p_{1-4} = 0,053$), но нивелировался при учете гипотензивного лечения.

Заключение. В исследуемой популяции машинистов высока распространенность АГ. При высоких показателях осведомленности и гипотензивного лечения – контроль АД низкий. Средние уровни АД и частота АГ достоверно ассоциируют с увеличением «рабочего стресса» (по показателям дисбаланса шкалы «усилие-награда» и «рабочий контроль»). Результаты исследования указывают на обязательный «рабочий контроль» АГ, необходимость повышения эффективности первичной профилактики АГ среди машинистов, работающих в условиях повышенного «профессионального риска» и организации оздоровительных комплексов на «рабочих местах».

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Габинский Я.Л., Родионова Н.Ю

ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Цель исследования: Изучить структуру факторов риска и особенности клинического течения острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST (ОКСбпST) у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы: В исследование было включено 137 пациентов с диагнозом ОКСбпST: 97 мужчин и 40 женщин в возрасте от 36 до 87 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа- пациенты среднего возраста (36-60 лет) - 62 человека (средний возраст 48,5 лет). 2 группа - пациенты пожилого и старческого возраста (61-87 лет) - 75 человек. (средний возраст 74,5 года). У всех исследуемых пациентов рассмотрены факторы риска как гипертоническая болезнь (ГБ), избыточная масса тела в том числе ожирение (ИМТ>25), курение, наследственность, сахарный диабет (СД).

Результаты и обсуждение: При сравнении двух групп по половому признаку оказалось, что мужчин с ОКСбпST больше в 1 группе -84,5%, чем во 2 - 58,6%. Женщин больше в группе пожилого и старческого возраста - 41,3%.

Из анализируемых данных получено, что ГБ является ведущим фактором риска развития ОКСбпST в обеих возрастных группах. С возрастом наблюдается усиление влияния ГБ на развитие ОКСбпST. Пациентов, имеющих ИМТ > 25, больше во 2 группе - 41,3%. Наследственность, СД и курение играют большую роль в развитии ОКСбпST в среднем возрасте, чем в пожилом и старческом.

Анализ факторов риска в зависимости от числа факторов у одного пациента показал, что наибольшее число обследованных -39,4% имели 2 фактора риска. Чаще наблюдалось сочетание ГБ и избыточной массы тела. 30,6% имели 3 фактора риска, чаще встречалось сочетание ГБ, ИМТ>25, отягощенной наследственности. 13,8% имели 4 фактора риска. 11,6% имели 1 фактор риска, в основном ГБ. У 2,9% не выявлено ни одного фактора риска. У 1,4%- 5 факторов риска.

При рассмотрении ОКСбпST в аспекте клинического течения выявлено, что типичное ангинозное начало ОКСбпST отмечено у 87,1% пациентов 1 группы и у 89,4% пациентов 2 группы.

Атипичное течение ОКСбпST выявлено у 12,9 % пациентов 1 группы и у 10,6% пациентов 2 группы.

Из 75 пациентов 2 группы отмечали атипичное течение, проявляющееся слабостью и головокружением (церебральная форма) - 6,6%, болью в руках - 2,6%, болью в шее - 1,33%.

Из 62 пациентов среднего возраста боли в эпигастрии (абдоминальная форма) отмечены у 1,6%, боли в руках, нижней челюсти у 9,6%, озноб, повышение температуры в 1,6% случаев.

Выводы:

1) Гипертоническая болезнь является ведущим фактором риска развития ОКСбпST как у пациентов среднего возраста, так пожилого и старческого возраста.

2) В особенностях клинического течения ОКСбпST у пациентов пожилого и старческого возраста важно отметить наличие церебральной формы, основными проявлениями которой являются слабость и головокружение, что не наблюдается у пациентов средней возрастной группы.

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Габинский Я.Л., Родионова Н.Ю.

ГБУЗ СО "Уральский институт кардиологии", Екатеринбург, Россия

Цель исследования: Изучить структуру факторов риска и особенности клинического течения острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST (ОКСбпST) у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы: В исследование было включено 137 пациентов с диагнозом ОКСбпST: 97 мужчин и 40 женщин в возрасте от 36 до 87 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа- пациенты среднего возраста (36-60 лет) - 62 человека (средний возраст 48,5 лет). 2 группа - пациенты пожилого и старческого возраста (61-87 лет) - 75 человек. (средний возраст 74,5 года). У всех исследуемых пациентов рассмотрены факторы риска как гипертоническая болезнь (ГБ), избыточная масса тела в том числе ожирение (ИМТ>25), курение, наследственность, сахарный диабет (СД).

Результаты и обсуждение: При сравнении двух групп по половому признаку оказалось, что мужчин с ОКСбпST больше в 1 группе - 84,5%, чем во 2 - 58,6%. Женщин больше в группе пожилого и старческого возраста - 41,3%.

Из анализируемых данных получено, что ГБ является ведущим фактором риска развития ОКСбпST в обеих возрастных группах. С возрастом наблюдается усиление влияния ГБ на развитие ОКСбпST. Пациентов, имеющих ИМТ > 25, больше во 2 группе - 41,3%. Наследственность, СД и курение играют большую роль в развитии ОКСбпST в среднем возрасте, чем в пожилом и старческом.

Анализ факторов риска в зависимости от числа факторов у одного пациента показал, что наибольшее число обследованных - 39,4% имели 2 фактора риска. Чаще наблюдалось сочетание ГБ и избыточной массы тела. 30,6% имели 3 фактора риска, чаще встречалось сочетание ГБ, ИМТ>25, отягощенной наследственности. 13,8% имели 4 фактора риска. 11,6% имели 1 фактор риска, в основном ГБ. У 2,9% не выявлено ни одного фактора риска. У 1,4% - 5 факторов риска.

При рассмотрении ОКСбпST в аспекте клинического течения выявлено, что типичное ангинозное начало ОКСбпST отмечено у 87,1% пациентов 1 группы и у 89,4% пациентов 2 группы.

Атипичное течение ОКСбпST выявлено у 12,9% пациентов 1 группы и у 10,6% пациентов 2 группы.

Из 75 пациентов 2 группы отмечали атипичное течение, проявляющееся слабостью и головокружением (церебральная форма) - 6,6%, болью в руках - 2,6%, болью в шее - 1,33%.

Из 62 пациентов среднего возраста боли в эпигастрии (абдоминальная форма) отмечены у 1,6%, боли в руках, нижней челюсти у 9,6%, озноб, повышение температуры в 1,6% случаев.

Выводы:

1) Гипертоническая болезнь является ведущим фактором риска развития ОКСбпST как у пациентов среднего возраста, так пожилого и старческого возраста.

2) В особенностях клинического течения ОКСбпST у пациентов пожилого и старческого возраста важно отметить наличие церебральной формы, основными проявлениями которой являются слабость и головокружение, что не наблюдается у пациентов средней возрастной группы.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА

Прохоров Е.В., Пшеничная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Ведущими факторами, определяющими сложившиеся негативные тенденции в состоянии здоровья призывников, специалисты рассматривают: неудовлетворительное качество плановых профилактических осмотров и связанных с этим мероприятий по коррекции выявленных нарушений среди детей и подростков; недостаточный объем при этом диагностических мероприятий; низкое качество медицинских услуг детской поликлиники; неэффективность диспансеризации детей и подростков, а также недостаточную мотивацию подростков на сохранение и укрепление собственного здоровья. Несмотря на большое количество работ научно-исследовательского характера и достигнутые успехи, чувствительность и специфичность используемых в настоящее время методов исследования сердечно-сосудистой системы и коррекция обнаруженных нарушений у подростков предпризывного возраста все еще остаются недостаточно эффективными.

Цель: повышение качества диагностики субклинических форм кардиальной патологии и профилактики сердечно-сосудистых осложнений у мальчиков-подростков предпризывного возраста.

Методы исследования. На первом этапе в исследовании приняли участие 547 мальчиков-подростков в возрасте 15 – 16 лет, обратившиеся в клинику для решения вопроса о возможности занятий в спортивных секциях. Комплексное обследование детей включало сбор и анализ жалоб, анамнестических данных, клинический осмотр, проведение общеклинических, лабораторных (определение липидного, гликемического профиля) и инструментальных исследований (стандартная ЭКГ, доплер-ЭхоКГ, 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ, стресс-тесты (тредмил-тест). По показаниям – ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне.

Полученные результаты. Согласно полученным данным, 336 (61,4%) подростков признаны здоровыми. В основную группу вошли 192 (35,1%) мальчиков-подростков, разделенные на 4 группы. I группу составили 53 мальчиков-подростков – с высоким нормальным артериальным давлением или «предгипертензией», II группу – 51 мальчиков с нарушениями ритма сердца, III группу – 45 подростков с дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе и предгипертензией – мозаичный метаболический синдром, IV группу – 43 мальчиков-подростков с патологическими формами геометрии миокарда. Достоверной разницы между различными жалобами в группах обследованных подростков не выявлено, что, вероятно, связано с их неспецифичным характером. При объективном обследовании нами зарегистрированы особенности сердечно-сосудистой системы в зависимости от контингента 4-х обследованных групп.

Выводы. Полученные данные определяют целесообразность своевременного использования направленной дифференцированной коррекции выявленных нарушений, что положительно скажется на состоянии здоровья мальчиков-подростков.

ТЕЛЕМОНИТОРИНГ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УДАЛЕННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

**Ионов М.В., Юдина Ю.С., Емельянов И.В., Авдоница Н.Г., Звартау Н.Э., Курапеев Д.И.,
Конради А.О.**

ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель

Оценить востребованность и эффективность телемониторинга артериального давления и дистанционного консультирования (ТМДК) среди амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ), обратившихся в СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова.

Материалы и методы

Для технического обеспечения проекта была выбрана платформа RuHealth.net. Востребованность ТМДК оценивалась по предварительному опросу врачей и пациентов СЗФМИЦ имени В.А. Алмазова. В группу вмешательства были включены 42 пациента с неконтролируемой АГ, подписавшие информированное согласие. Группу контроля составили 30 пациентов, которым давались стандартные рекомендации. Все пациенты были без серьезной сопутствующей патологии, требовавшей частого очного наблюдения. Пациенты из группы ТМДК на первом визите к врачу получали подробную инструкцию по работе с RuHealth.net, по самоконтролю артериального давления (АД) и о возможности дистанционного консультирования врачом. На первом и заключительном визитах к врачу у всех пациентов оценивался офисный уровень АД, а также заполнялись опросник «Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии» (HADS), опросник по качеству жизни SF-36. Проводилась оценка объема и изменений терапии.

Полученные результаты

По результатам опроса только 12 (11%) из 112 врачей и 92 (34%) из 270 пациентов согласились на участие в проекте. В группу ТМДК вошло 42 пациента (28 мужчин и 14 женщин, средний возраст $51,2 \pm 17$ лет), группу контроля составили 30 больных, сопоставимых по полу, возрасту. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца с обязательными начальным и заключительным очными визитами. Спустя 3 месяца в группе ТМДК отмечалось более выраженное по сравнению с контрольной группой снижение офисного САД и ДАД: в среднем -16 ± 6 мм.рт.ст. ($p=0,05$) и $-8,4 \pm 3,4$ мм.рт.ст. ($p=0,02$), соответственно. При этом целевого уровня АД ($<140/90$ мм рт.ст.) удалось достичь у 31 пациента (75%) в ТМДК и у 6 пациентов (20%) в группе контроля. В группе ТМДК показатели АД у 16 пациентов (38%) и у 26 (62%) находились в целевом диапазоне через 4 и 8 недель наблюдения, соответственно. За 3 месяца наблюдения удаленные консультации, по меньшей мере однократно, были проведены со всеми пациентами, по результатам которых 14 пациентам (33%) потребовалась коррекция терапии без увеличения количества назначенных препаратов ($+0,3$ препарата, $p=0,15$). В группе ТМ отмечалось снижение выраженности тревоги и депрессии по HADS ($-1,2$ и $-1,8$ баллов, соответственно, $p<0,05$), повышение физического благополучия по SF-36 ($+3 \pm 9,3$ балла, $p=0,04$).

Выводы

Результаты пилотного исследования показали, что простая, безопасная программа для ТМДК способствует лучшему контролю АД по сравнению со стандартным подходом к ведению пациентов. Для подтверждения вывода требуется проведение рандомизированного исследования с оценкой экономической эффективности.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕ Q ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.

Михно М.М., Пристром А.М., Демидчик Ю.Е.

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Цель. Оценка влияния комплексного лечения (медикаментозного в сочетании с внутривенным лазерным облучением крови (ВЛОК) на течение раннего реабилитационного периода пациентов, перенесших не Q-ИМ, по количеству приступов стенокардии и дополнительного приема таблеток короткодействующего нитроглицерина (НГ).

Методы. В исследование включены 97 пациентов с не Q-ИМ различной локализации на 3-5 день от начала заболевания. По проводимому лечению пациенты разделены на 4 группы: ИМ-К (n=25) - проводилось медикаментозное лечение и имитация ВЛОК-терапии с использованием аппарата для ВЛОК в неактивном режиме; ИМ-I (n=25) - медикаментозное лечение и ВЛОК с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) с =670 нм (20 мин); ИМ-II (n=24) - медикаментозное лечение и ВЛОК с последовательным воздействием НИЛИ с =405 нм (5 мин) и =670 нм (15 мин); ИМ-III (n=23) - медикаментозное лечение и ВЛОК с последовательным воздействием НИЛИ с =405 нм (5 мин) и =780 нм (15 мин). ВЛОК проводилось ежедневно, курс - 5 процедур. В течение 3 месяцев наблюдения пациенты вели дневники самоконтроля, в которых ежедневно регистрировали приступы стенокардии и дополнительный прием короткодействующего НГ.

Результаты. По клиническим характеристикам, возрасту, гендерному составу и проводимому медикаментозному лечению сформированные группы были сопоставимы. После выписки из стационара в начале периода наблюдения в группе ИМ-К еженедельная частота приступов стенокардии составляла $5,6 \pm 2,1$, а количество принятых таблеток НГ - $6 \pm 3,2$. В группах ИМ-I и ИМ-II эти показатели составили $3 \pm 1,5$, $2,9 \pm 1,5$ и $3 \pm 1,2$, $2,6 \pm 1,4$ соответственно, что было достоверно ($p < 0,05$) меньше по сравнению с группой ИМ-К. Достоверных различий между группами ИМ-I и ИМ-II по обоим показателям не выявлено. Группа ИМ-III по анализируемым показателям достоверно не отличалась ($p > 0,05$) ни от группы ИМ-К, ни от групп ИМ-I и ИМ-II: частота приступов стенокардии в неделю составляла $3,6 \pm 1,5$, количество принятых таблеток НГ - $3,5 \pm 1,5$.

Описанная ситуация сохранялась до 10 недели наблюдения, когда во всех опытных группах начали нарастать количество приступов стенокардии и количество потребляемого в неделю НГ. Указанные показатели в группе ИМ-I составили $3,3 \pm 1,2$ и $4,5 \pm 1,6$, в группе ИМ-II - $3,1 \pm 1,3$ и $4,7 \pm 1,8$, в группе ИМ-III - $4,2 \pm 1,1$ и $4,1 \pm 1,2$ соответственно, что было сопоставимо с итогами наблюдения в группе контроля ИМ-К: $4,5 \pm 2,1$ и $4,5 \pm 1,9$ ($p > 0,05$). Отсутствие достоверных различий между всеми исследуемыми группами сохранялось до конца периода наблюдения.

Заключение. Использование ВЛОК в комплексном лечении пациентов с не Q-ИМ достоверно уменьшает количество приступов стенокардии в течение раннего реабилитационного периода. Учитывая увеличение количества приступов стенокардии и потребления таблеток НГ короткого действия с 10й недели наблюдения в группах комплексного лечения можно сделать вывод о необходимости проведения повторных курсов ВЛОК с периодичностью раз в 3 месяца.

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВОМ ФЕНОТИПЕ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рязанова Т.А., Макарова В.Р., Логачева И.В.

ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ, Удмуртская область, Россия

Цель. Оценить толщину эпикардиального жира (ТЭЖ) у больных с метаболически нездоровым фенотипом (МНЗФ) и показать связь ТЭЖ с основными кардиометаболическими факторами риска (ФР) и структурно-функциональными показателями левого желудочка (ЛЖ) у тучных больных с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Обследовано 90 стационарных больных мужского пола с ИБС и АГ 1-3 степени с МНЗФ в возрасте $61,2 \pm 1,7$ года, среди которых 29 человек с ИМТ до 25 кг/м^2 (группа Н), 31 человек с избыточной массой тела, $\text{ИМТ} > 25 \text{ кг/м}^2$ (группа И), 30 человек – $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$ (группа Ож). В качестве контроля исследовались больные с метаболически здоровым фенотипом (МЗФ) без ИБС (30 чел) с ИМТ до 25 кг/м^2 (группа-К). Оценку структурно-функциональных параметров ЛЖ с расчетом индекса массы миокарда (ИММ) и толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) проводили с помощью эхокардиографии (Эхо-КГ). Всем больным проводили антропометрический скрининг, исследовался липидный профиль, уровень глюкозы плазмы натощак (ГПн), проводился расчет индексов висцерального ожирения (VAI) и инсулинорезистентности (НОМА-IR).

Полученные результаты. При ЭхоКГ у лиц с МЗФ были документированы жировые отложения размером $4,9 \pm 0,2$ мм, толщина которых оказалась в 2 раза меньше, чем у тучных больных ($2=120,0$; $p < 0,001$). Независимо от наличия абдоминального ожирения, количество эпикардиальных отложений с большой долей достоверности превосходило ТЭЖ лиц с МЗФ во всех изучаемых группах больных (Н,И,Ож) и соответствовало следующим параметрам: $8,3 \pm 0,3$; $8,7 \pm 0,3$; $10,4 \pm 0,5$ мм ($p < 0,001$). При анализе принятых кардиометаболических ФР регистрировался повышенный уровень ТГ, ГПн и НОМА IR. Значения VAI у здоровых лиц и худых больных с АГ и ИБС регистрировалось в пределах 1,21-1,28, у тучных больных его значения увеличились в 3,7 раза, указывая на значительное повышение кардиоваскулярного риска ($2=86,934$; $p < 0,01$). Была выявлена прямая корреляция между значениями ТЭЖ и ИМТ в группах И и Ож ($r=0,85$; $p < 0,01$; $r=0,87$; $p < 0,001$); ТЭЖ и ОТ/ОБ ($r=0,52$; $p < 0,01$; $r=0,79$; $p < 0,01$). Величина ТЭЖ у тучных больных ассоциировалась с повышенными значениями ТГ и ХС ЛНП ($p < 0,001$), повышенными индексами VAI и НОМА-IR ($r=0,57$; $p < 0,001$; $r=0,85$; $p < 0,001$). Констатирована прямая корреляция ТЭЖ с ИММ ($r=0,63$; $p < 0,01$).

Выводы. У коморбидных больных с АГ и ИБС при МНЗФ, независимо от массы тела, показано увеличение толщины эпикардиальных отложений (как показателя накопления и отложения висцерального жира). ТЭЖ у больных с МНЗФ с большой долей достоверности превосходила ТЭЖ лиц с МЗФ и тесно коррелировала с основными кардиометаболическими ФР и структурно-функциональными показателями ЛЖ.

ТРОПОНИН I КРОВИ КАК МАРКЕР НЕКРОБИОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Кузнецов Э.С., Мирошниченко Е.П., Корытько И.Н., Корниенко Н.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Цель: Оценка влияния анемического синдрома на развитие деструкции кардиомиоцитов с помощью определения уровня кардиоспецифического тропонина I. Материалы и методы. Было

обследовано 87 больных с анемическим синдромом различной этиологии, в том числе 42 мужчины и 45 женщин, средний возраст которых составил $52,9 \pm 2,0$ года. Критерием для отбора больных явилось отсутствие первичной патологии сердца. В соответствии со степенью тяжести анемического синдрома больные были разделены на четыре группы: 23 пациента с анемией легкой степени (уровень гемоглобина крови 90-110 г/л) составили 1-ю группу, 22 больных с анемией средней степени тяжести (гемоглобин крови 70-89 г/л) вошли во 2-ю группу, 3-ю группу составили 22 пациента с анемией тяжелой степени (гемоглобин крови 50-69 г/л), в 4-ю группу включены 20 больных с крайне тяжелой степенью анемии (уровень гемоглобина крови ниже 50 г/л).

Результаты. На основании результатов иммуноферментного анализа повышение уровня тропонина I в крови было выявлено у 14 обследованных пациентов, что составило 16,1% от общего числа включенных в исследование больных. Факт обнаружения тропонина I в крови больных анемией свидетельствует о наличии некробиотического процесса. Возникновение данной ситуации возможно при диффузном поражении кардиомиоцитов на фоне гемической гипоксии у больных анемией, что объясняет высокий риск возникновения вторичных кардиомиопатий у больных с анемическим синдромом. Наибольшее количество случаев гипертропонинемии наблюдалось у больных с крайне тяжелой степенью анемии (9 из 14; 64,3%). У больных с анемией легкой степенью тяжести случаев повышения уровня тропонина I не наблюдалось. Среди больных с анемией средней степени тяжести повышение уровня тропонина I зафиксировано в 1 наблюдении, при анемии тяжелой степени - в 4 случаях. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии прямой связи между повышением уровня тропонина I в крови и степенью тяжести анемии.

Выводы. Гемическая гипоксия может приводить к повышению уровня кардиоспецифического тропонина I в крови больных анемией различной этиологии. Повышение уровня кардиоспецифического тропонина I у больных анемией объясняется развитием некробиотического синдрома. Существует связь между степенью тяжести анемии и повышением уровня кардиоспецифического тропонина I в крови больных.

ТЯЖЕСТЬ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХСН И ЧАСТОТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АНЕМИЕЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БЕЗ НЕЕ

Соломахина Н.И.(1), Находнова Е.С.(1), Ильчишина Н.И.(2), Ляхова М.А.(2)

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия (1)

ФГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн №1 ДЗМ, Москва, Россия (2)

Цель: Проанализировать и сравнить тяжесть, длительность течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) и частоту госпитализаций у больных пожилого и старческого возраста с анемией хронических заболеваний (АХЗ) и без нее.

Материалы и методы исследования. По данным медицинской документации (выписки из стационаров, амбулаторные карты, истории болезни) проанализировали тяжесть, длительность ХСН и частоту госпитализаций у 70 пациентов пожилого и старческого возраста, госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. Из них: 35 пациентов в возрасте от 76 до 97 лет (8710,5 года) 20 жен. и 15 муж., (57,1% и 42,9% соответственно) с АХЗ и 35 пациентов в возрасте от 79 до 94 лет (86,510,5), 17 жен. и 18 муж., (48,6% и 51,4% соответственно) без АХЗ. В группу ХСН и АХЗ включались больные со сниженным уровнем гемоглобина (Hb): <12 г/дл (от 7,4 до 11,6 г/дл) и нормальным и/или повышенным уровнем ферритина: > 30 мкг/л (от 34 до 505 мкг/л). В группу ХСН без АХЗ включались больные с нормальным уровнем Hb и нормальным уровнем ферритина.

Результаты. Частота тяжести ХСН по NYHA в группах ХСН с АХЗ и ХСН без АХЗ была сопоставимой: 54% и 58% соответственно III ФК ($p=0,813$); 46% и 42% соответственно IV ФК ($p=0,812$), при этом количество больных с анасаркой было не достоверно больше в группе ХСН с АХЗ, чем в группе ХСН без АХЗ - 45,7% и 31,4% ($p=0,326$). При анализе длительности течения ХСН выявлено, что в группе ХСН и АХЗ значительно преобладают (78%) пациенты с длительностью ХСН от 5 до 10 лет (в среднем 6,5 лет) против 34% в группе ХСН без АХЗ ($p=0,0003$). И напротив, в группе ХСН без АХЗ преобладают (66%) пациенты с длительностью ХСН менее 5 лет (в среднем 4,5 года) против 22% в группе ХСН и АХЗ ($p=0,0003$). Также достоверные различия выявлены по числу госпитализаций в год по поводу декомпенсации ХСН: в группе ХСН и АХЗ преобладают (61%) пациенты с числом госпитализаций - 4-5 раз в год против 17% в группе ХСН без АХЗ, ($p=0,0002$). И напротив, в группе ХСН без АХЗ преобладают (83%) пациенты с числом госпитализаций 2-3 раза в год против 39% в группе ХСН и АХЗ ($p=0,0004$).

Выводы. Больные с АХЗ на фоне ХСН в пожилом и старческом возрасте имеют достоверно более длительное течение ХСН (в среднем 6,5 лет) и достоверно большую - 4-5 раз в год - частоту госпитализаций по поводу декомпенсации сердечной недостаточности при сравнении с больными ХСН без АХЗ.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА.

Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Вдовенко С.В., Зырянов И.П., Семухин М.В., Ярославская Е.И., Доний Е.А.

**Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия.,
Тюменская область, Россия**

Возможность ранней неинвазивной диагностики атеросклероза привлекательна, но трудноразрешима. Изменение морфо-функциональных свойств аортальной стенки вследствие пропитывания форменными элементами крови, пролиферации мышечных клеток, фиброза и кальцификации ведет к ее утолщению и снижению эластичности, и как следствие - изменение скорости прохождения пульсовой волны (СПВ).

Цель исследования: Оценить с помощью ультразвукового исследования связь СПВ с выраженностью коронарного атеросклероза.

Методы исследования: С помощью трансторакальной эхокардиографии, включая доплер-эхокардиографическое исследование и эхографии аорты, нами было обследовано 90 мужчин (средний возраст $52,0 \pm 0,78$ года), с расчетом СПВ. Всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ), оценивались данные клинического обследования, состояние комплекса интима-медиа сонных артерий. СПВ определяли по формуле Моенса-Кортевега, которая применяется для расчета данного показателя в крупных кровеносных сосудах.

Результаты: Была выявлена прямая корреляционная зависимость значения СПВ с возрастом ($r=0,35$, $p<0,001$), функциональным классом стенокардии ($r=0,29$, $p=0,023$), показателем степени риска артериальной гипертонии ($r=0,25$, $p=0,031$), толщиной комплекса интима-медиа ($r=0,62$, $p=0,030$) и количеством пораженных коронарных артерий по данным КАГ ($r=0,29$, $p=0,006$). Показатель СПВ был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь ($5,39$ м/с $\pm 0,29$ и $6,34$ м/с $\pm 0,17$, $p=0,030$). Ультразвуковые признаки атеросклероза аорты соответствовали более высокому значению СПВ по сравнению с пациентами, не имеющих этих признаков ($6,43$ м/с $\pm 0,19$ и $5,51$ м/с $\pm 0,22$, $p=0,013$). Более высокая СПВ была выявлена у больных с гемодинамически значимым ($>75\%$ просвета) атеросклерозом одной или более крупных коронарных артерий ($6,62$ м/с $\pm 0,20$ и $5,58$ м/с $\pm 0,30$, $p=0,012$).

Заключение: Таким образом, скорость пульсовой волны связана с выраженностью коронарного атеросклероза. Оценка этих показателей может использоваться для вспомогательной неинвазивной диагностики атеросклеротических изменений коронарного русла.

УРОВЕНЬ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Сукманова И.А., Танана О.С.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Уровень матриксных металлопротеиназ и провоспалительных цитокинов у пациентов с острым коронарным синдромом.

Сукманова И.А., Танана О.С.

ФГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, г. Барнаул.

Цель исследования: Оценить и сопоставить концентрацию матриксных металлопротеиназ у больных с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией.

Материалы и методы: В исследование включено 49 мужчин с острым коронарным синдромом, разделенных на 2 группы: в первую группу вошли пациенты с инфарктом миокарда -26 человек, средний возраст $64,2 \pm 1,6$ лет, во вторую - с нестабильной стенокардией – 23 человека в возрасте $62,1 \pm 2,2$ лет. В группу контроля вошли 25 практически здоровых мужчин. У всех пациентов, кроме стандартных общеклинических и биохимических обследований проводилась динамическая оценка уровня матриксных металлопротеиназ (ММР) ММР1, ММР2, ММР7, ММР9, TIMP, ИЛ1b, ИЛ 6 методом ИФА в первые 3 часа от начала болевого синдрома, затем 12 часов и на 4-6 сутки госпитализации, так же всем выполнялась ЭКГ, ЭХО-КГ и коронароангиография.

Обсуждение полученных результатов. Уровень ММР1 и ММР2 в течение госпитализации не различался у пациентов обеих групп и не превышал соответствующие показатели группы контроля. Концентрация ММР7 в группе с нестабильной стенокардией при поступлении была выше, чем в контрольной группе и у пациентов с инфарктом миокарда ($2,7 \pm 0,2$ и $1,9 \pm 0,1$, $p=0,001$), отмечалось снижение концентрации ММР7 к 6-м суткам госпитализации. Концентрация ММР9 и TIMP у пациентов с инфарктом миокарда при поступлении достоверно превышала соответствующие показатели группы контроля и была выше, чем у пациентов с нестабильной стенокардией ($10,0 \pm 1,0$ и $8,2 \pm 1,1$, $p=0,03$ для ММР9 и $141,7 \pm 25,0$ и $71,0 \pm 7,5$, $p=0,02$ для TIMP). Уровень ММР9 и TIMP в обеих группах исходно и до 6-х суток сохранялся выше, чем в группе контроля. У пациентов первой группы отмечался значимый прирост концентрации ИЛ 1b (с $2,2 \pm 0,1$ до $4,8 \pm 0,1$, $p=0,03$) и снижение концентрации ИЛ 6 (с $7,6 \pm 1,6$ в первые сутки до $5,7 \pm 0,7$, $p=0,02$) к 6-м суткам госпитализации. У пациентов второй группы значимой динамики концентрации ИЛ 1b и ИЛ 6 в течение госпитального периода не наблюдалось.

Заключение: Уровень ММР1,2 не превышал соответствующие показатели группы контроля на протяжении всей госпитализации, что свидетельствует об отсутствии связи данных белков у обследованных пациентов с ОКС. Показано, что в большей степени отражают выраженность сердечно - сосудистой катастрофы ММР9 и TIMP1. Более высокие концентрации ММР9 и TIMP1 у пациентов с обоими вариантами ОКС подтверждают их значение как маркеров коронарного повреждения; достоверно высокая их концентрация у пациентов с инфарктом миокарда свидетельствует о большей его тяжести при данном виде ОКС.

УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ КРОВИ И МОДЕЛЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЕРВАЦИОННОГО ОДНОМОМЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Малинова Л.И., Фурман Н.В., Клочков В.А., Долотовская П.В.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского" Минздрава России, Саратов, Россия

Известно, что степень ущерба здоровью при потреблении алкоголя зависит от возраста, пола и других биологических характеристик потребителя, а также модели потребления, т.е. объема, кратности и типа предпочитаемого алкогольного напитка. Описано кардиопротективное действие регулярного потребления алкоголя в малых дозах. Механизм защитного действия малых доз алкоголя не до конца ясен. Имеются сведения, что предпочтение потребления того или иного типа алкогольного напитка связано с социальными факторами, такими как возраст, уровень образования и доходов, т.е. возможно протективный эффект заключен не в действии алкоголя как такового, а в особенностях стиля жизни обследованных, либо химическом составе предпочитаемого напитка. Есть данные, что потребление вина и пива ассоциируется со снижением уровня триглицеридов крови.

Цель: оценить влияние модели потребления алкоголя на уровень триглицеридов (ТГ) крови у городских жителей трудоспособного возраста

Материалы и методы. Проводилось сплошное одномоментное обсервационное исследование сотрудников (n = 315) 2 предприятий производственно-коммерческой направленности городской агломерации Саратов – Энгельс в возрастном диапазоне 21...75 лет, из них 26,35% мужчин и 73,65% женщин. Основным инструментом изучения модели потребления алкоголя и поведенческих факторов сердечно-сосудистого риска являлась анкета, разработанная на основе основного и расширенного модулей инструмента STEPS ВОЗ (v 2.0). Дополнительно проводилось антропометрическое исследование, изучались тощаковые уровни глюкозы крови, креатинина, мочевой кислоты, параметров липидного спектра, проводилось измерение «офисного» уровня артериального давления. В соответствии с результатами опроса были выделены три основные модели потребления алкоголя в зависимости от предпочитаемого алкогольного напитка: 1) пиво, 2) сухие и игристые вина и 3) крепкие алкогольные напитки. Под предпочитаемым алкогольным напитком понимался тот напиток, которому обследуемым/ обследуемой будет отдано предпочтение при наличии выбора и прочих равных условиях (экономический, психологический, социальный аспекты).

Результаты. Большинство обследованных были женатые/ замужние лица с высшим образованием. Доход обследованных находился в пределах среднедушевого дохода по Саратовской области. Среди лиц, включенных в исследование, больных, страдающих алкоголизмом или патологическим потреблением алкоголя не было.

Наименьший уровень триглицеридов крови был в группе предпочитающих вина 70 (63; 87) мг/дл, а наибольший у предпочитающих крепкие спиртные напитки 75,0 (64, 0; 95,0) мг/дл. Лица, предпочитающие пиво занимали промежуточное положение – уровень ТГ – 74 (63; 95) мг/дл. Показатели общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности были во всех трех группах одинаковы. В тоже время, предпочитающие вино были статистически достоверно моложе, чем лица предпочитающие крепкие алкогольные напитки и пиво.

Заключение. Предпочтение употребления вина ассоциируется со снижением уровня ТГ крови, по сравнению с предпочтением пива или крепких алкогольных напитков. Возможно, снижение уровня ТГ обусловлено химическим составом вина, в частности, высоким содержанием полифенолов, но полностью исключить, что этот факт является следствием приверженности более безопасному типу потребления алкоголя и более здоровому образу жизни в целом, нельзя.

ФАКТОРЫ КАРДИО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН И ВЫРАЖЕННОСТЬ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Евсевьева М.Е., Иванова Л.В., Горьковенко М.В., Мисходжева З.А.

ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель – выяснить особенности профиля факторов кардио-метаболического благополучия у молодых мужчин, подверженных воздействию профессиональных стрессогенных нагрузок (ПСН), с учётом их выраженности.

Материал и методы. Обследовано 132 военнослужащих органов правопорядка в возрасте от 30 до 40 лет. Все обследуемые при приёме на службу считались практически здоровыми. Стаж их работы от 1 до 5 лет. Для оценки ПСН использована классификация ПСН по R.A. Karasek et al. (1990), в соответствии с которой стрессогенная работа осуществляется, с одной стороны, в условиях повышенной ответственности и дефицита времени, а с другой стороны, - в условиях ограничения возможности принятия личного решения. К особенностям оперативной деятельности служб правопорядка относятся - внезапность, готовность, повышенная ответственность, необычность рабочей ситуации, ожидание экстренного вызова, ненормированный рабочий день, интенсивность, длительность воздействия повседневных стрессоров и прочее (Шогенов А.Г. и соавт., 2007). Первая группа контроля (30 чел.) сформирована из мужчин того же возраста, но без ПСН какой-либо оперативной деятельности, т.е. из сотрудников подразделений, обеспечивающих вспомогательную деятельность. Так как в органах правопорядка (Калягин Ю.С. и соавт., 2006) оперативную деятельность по степени своей напряжённости изначально подразделяют на условно оперативную и собственно оперативную, то это послужило критерием для подразделения обследуемых по группам умеренной (64 чел.) и выраженной (38 чел.) ПСН соответственно второй и третьей группам наблюдения. Результаты. Встречаемость АГ, курения, избыточной МТ и дислипидемии в указанных трёх группах наблюдения составила соответственно 20,0%, 17,2%, 14,3% и 20,0% в первой контрольной группе, 41,2%, 25,9%, 24,7% и 35,2% во второй группе умеренной ПСН и 60,9%, 37,5%, 40,6% , 48,4% в третьей группе выраженной ПСН. При этом различия между крайними группами достигали достоверных различий. Случаи же отягощённой наследственности по ранним СС заболеваниям в сравниваемых группах регистрировались с почти одинаковой частотой – от 21,8% в третьей группе до 25,7% в первой группе. Средние параметры таких показателей метаболического статуса как индекс массы тела (ИМТ), объём талии и показатели липидограммы также свидетельствовали о его нарушениях у молодых мужчин при усилении выраженности их ПСН. Причём, представленные данные подтверждают факт повышения МТ за счёт развития абдоминального ожирения у указанного контингента. ИМТ у лиц из второй и третьей групп был на 7,3% и 16,1% выше, чем у представителей контрольной группы. Показатели липидограммы также демонстрировали тенденцию к неуклонному повышению от 1й к 3й группе наблюдения.

Выводы. В ходе проведения диспансеризации молодых мужчин, вовлечённых в процесс стрессогенной профессиональной деятельности, надо предусмотреть выполнение регулярного динамического скрининга основных факторов кардиометаболического риска, так как нами продемонстрирована зависимость их нарушений от выраженности психо-эмоционального напряжения на рабочем месте несмотря на молодой возраст обследуемых.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ДО 45 ЛЕТ

Лысоченко А.Б, Сукманова И.А., Пономаренко И.В., Харитонов Я.Е.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер». г Барнаул Россия., Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить факторы риска развития острого коронарного синдрома у пациентов молодого возраста

Материалы и методы: В исследование были включены 75 пациентов с подтвержденным острым коронарным синдромом молодого возраста (до 45 лет) находящиеся на лечении в отделении острого инфаркта за период 2015-2016г. У всех пациентов проводилась оценка клинико-анамнестических данных, стандартное общеклиническое и биохимическое обследование, оценка толщины комплекса интима-медиа, уровня Микроальбуминурии (МАУ). Всем неоднократно записывалась ЭКГ, выполнялась ЭХО-КГ и коронароангиография. Критерии исключения: лица старше 45 лет, информированный отказ от участия в исследовании

Результаты исследования: За период 2015 – 2016 г с острым коронарным синдромом было пролечено 75 пациентов моложе 45 лет, что составило 2,3% от всех больных с ОКС. Средний возраст $38,7 \pm 7,3$ лет, у 54 больных (72%) диагностирован ОИМ, у 21 пациента (28%) нестабильная стенокардия. Большинство пациентов (90%)—мужчины. Большая часть из обследованных пациентов имели гипертоническую болезнь – 43(57,3%), сахарный диабет II типа - у 11(14,6%) пациентов. Наследственность по ССЗ была отягощена у 33 пациентов(44%), курильщиками оказались 56 больных(74,6%). Показатель индекса массы тела у обследованных пациентов соответствовал избыточной массе тела - $29,2 \pm 0,6$, показатель ТИМ превышал норму $1,0 \pm 0,2$, уровень МАУ—составил $42,6 \pm 11,2$ мг/л, что также выше нормативных значений и свидетельствует о наличии субклинического поражения почек. Показатель ИММЛЖ составил $122,3 \pm 6,7$ м, что указывает на наличие ГЛЖ у большинства из обследованных пациентов. Уровень глюкозы превышал верхнюю границу нормы и составил $6,02 \pm 0,2$ ммоль/л, показатель ОХС также превышал норму и составил $5,2 \pm 0,8$ ммоль/л, уровень ЛПНП $2,3 \pm 0,6$ ммоль/л, показатель ЛПВП был ниже нормы $0,95 \pm 1,2$ ммоль/л, уровень ТГ значимо превышал норму и составил $2,1 \pm 1,2$ ммоль/л, что свидетельствует о выраженности липидных нарушений у молодых пациентов с ОКС.

Выводы: Пациенты молодого возраста составляют около 2,3% от всех больных с ОКС, у большинства из них встречается ОИМ(72%). Наиболее значимые, часто встречающиеся у данной категории больных факторы риска развития ОКС: гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа, отягощенная наследственность по ССЗ, курение, также избыточная масса тела, тенденция к гипергликемии и дислипидемия с преобладанием гипертриглицеридемии и снижения уровня ХСЛПВП. Значимое количество пациентов данной группы наряду с атеросклерозом коронарных артерий имели признаки субклинического поражения брахиоцефальных сосудов, о чем свидетельствует увеличенный показатель комплекса интима-медиа, субклиническое поражение почек с учетом повышенного уровня МАУ.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Евсеева М.В.(1), Каретникова В.Н.(2), Груздева О.В.(1), Барбараш О.Л.(2)

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия (1)

ФГБУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия (2)

Почечная дисфункция (ПД) встречается среди пациентов с острым коронарным синдромом значительно чаще, чем ее диагностируют и, следовательно, ее влияние не всегда учитывается в оценке риска неблагоприятных исходов. Наиболее тяжелую в прогностическом плане категорию больных представляют пациенты с сочетанием сахарного диабета (СД) и ПД. Актуальным является выявление факторов риска развития ПД на фоне СД, что позволит прогнозировать ухудшение функции почек и оптимизировать тактику лечения этой категории больных.

Цель: определить факторы, влияющие на развитие ПД в госпитальном периоде у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) на фоне СД 2 типа.

Материалы и методы исследования. Группу исследования составили 954 пациента с диагнозом ИМпST, госпитализированных в Кемеровский кардиологический диспансер в период с 2008-2010гг в сроки до 24 часов от момента развития клинической картины. Протокол исследования соответствовал требованиям локального этического комитета. В исследование включено 620 (65%) мужчин, медиана возраста 60,3 [59,4-61,1] года; и 334 (35%) – женщины, медиана возраста – 69,2 [68,1-70,4] года. Верификацию диагноза ИМпST проводили на основании клинических, биохимических, электрокардиографических и эхокардиографических характеристик этого заболевания (ВНОК, 2007г). Наличие СД устанавливали на основании данных анамнеза, анализа амбулаторных карт пациентов, показателей перорального глюкозотолерантного теста (ВОЗ, 1999). Всем пациентам определяли уровень креатинина в сыворотке крови при поступлении и на 12-е сутки госпитализации с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКD-EPI (2009г). ПД диагностировалась при СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м².

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов ИМпST с СД нарушение функции почек в госпитальном периоде выявлено в 46,9% случаев. По результатам проведенного однофакторного анализа установлено значимое повышение риска развития ПД у больных ИМпST с СД при наличии анемии (ОШ 3,638, 95% ДИ 1,572-8,423, $p=0,003$), клинических проявления ОCH II-IV класса по Killip (ОШ 3,364, 95% ДИ 1,729-6,542, $p=0,0001$). Также факторами, ассоциированными с развитием ПД у пациентов с ИМпST при наличии СД, оказались: женский пол (ОШ 2,621, 95% ДИ 1,395-4,923, $p=0,003$), возраст >60 лет (ОШ 1,075, 95% ДИ 1,037-1,114, $p=0,0001$). Методом многофакторной логистической регрессии выявлена совокупность предикторов, значимо влияющих на вероятность развития ПД у больных ИМпST с СД. Предикторы, показавшие влияние по результатам однофакторной логистической регрессии, включались в итоговую модель методом прямого пошагового отбора. Выявлены значимые показатели в модели: женский пол повышает риск снижения функции почек в 2,6 раза; выявление анемии в госпитальном периоде ассоциируется с увеличением риска развития ПД в 3,5 раза; тяжелые проявления ОCH (II-IV класса Killip) повышают риск развития ПД в 2,59 раза, увеличение возраста на 1 год (после 60 лет) повышает вероятность выявления ПД на 5,3%. В итоговую модель оценки риска выявления ПД у больных ИМпST с СД вошли такие предикторы как анемия, женский пол, возраст >60 лет, степень тяжести ОCH по Killip II. Качество полученной модели было проверено с помощью построения ROC-кривой и расчета с-статистики. Специфичность данной модели - 67,1%, чувствительность - 74,2%, коэффициент конкордации - 71,0%, AUC - 0,76.

Выводы. Наибольший риск развития ПД при ИМпST с СД имеют женщины старше 60 лет с клиническими проявлениями ОCH (II-IV класса Killip) и анемией.

ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Сушинский В.Э.(1), Евтух О.В(2)

БелМАПО, г. Минск, Беларусь (1)

Городской кардиологический центр, г. Минск,, г. Минск, Беларусь (2)

Инфаркт миокарда (ИМ) является одной из наиболее тяжелых форм ИБС. К развитию этого заболевания наиболее часто приводит длительно протекающий атеросклероз коронарных артерий, который в свою очередь связан с факторами риска. Следует учитывать, что наряду с немодифицируемыми факторами развития сердечно-сосудистых заболеваний существуют и модифицируемые факторы. Выявление факторов риска и проведение мероприятий, направленных на их коррекцию, является наиболее действенной мерой по первичной и вторичной профилактике ИМ.

Для контроля факторов риска необходим комплекс мер, обеспечивающих длительность наблюдения за пациентом с проведением при необходимости коррекции терапии, т.е. динамическое диспансерное наблюдение.

Достижение существенных результатов возможно лишь при своевременном внесении изменений в схемы лечения, прежде всего, связанные с коррекцией АД, частоты сердечных сокращений, дислипидемии.

Цели и задачи: определить эффективность контроля факторов риска у пациентов, перенесших ИМ.

Материалы и методы: в городских поликлиниках г. Минска проведен анализ амбулаторных карт 293 пациентов, перенесших ИМ.

Результаты: при экспертной оценке амбулаторных карт выявлено, что в городские поликлиники до ИМ по поводу болезней системы кровообращения не обращалось 15,4% пациентов (45 человек), при этом с заболеваниями, не связанными с сердечно-сосудистой системой, обращалось 22,5% пациентов (n=66). Состояло на учете по болезням системы кровообращения 66,9% пациентов (n=166).

При оценке у состоящих на учете пациентов факторов риска болезней системы кровообращения выявлено, что отягощенная наследственность наблюдалась у 18,1% пациентов; злоупотребляли алкоголем – 5,8% человек; курили – 27,6% пациентов; индекс массы тела >30 кг/м² выявлен у 25,3% пациентов; 21,8% пациентов страдали сахарным диабетом; 52,9% пациентов имели дислипидемию.

Лечение после острого ИМ на амбулаторном этапе соответствует медицинским протоколам в 89,9% случаев (n=263 пациента). Амбулаторно осмотрены кардиологом после перенесенного острого ИМ 57,5% (n=169) пациентов. Коррекция лечения проводится в 82,9% случаев (243 пациента). Целевой уровень АД достигается у 87,7% от пациентов, которым проводится коррекция лечения (n=213), целевые значения частоты пульса – у 88,5% от пациентов, которым проводится коррекция лечения, и уровня общего холестерина соответственно – у 64,6% пациентов.

Полученные результаты указывают на пути дальнейшего снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и рецидива инфаркта миокарда – дальнейшая интенсификация терапии, направленная на достижение целевых значений основных контролируемых показателей, проводимая при динамическом диспансерном наблюдении.

Вывод: у пациентов перенесших ИМ отмечена высокая распространенность факторов риска болезней системы кровообращения. Диспансерное динамическое наблюдение, включающее своевременную коррекцию проводимой терапии, позволяет достигнуть целевые значения АД, частоты сердечных сокращений, общего холестерина у большинства пациентов перенесших ИМ. Необходимо дальнейшее усиление мероприятий направленных на контроль факторов риска.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫБОРОМ ИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. АНАЛИЗ ДАННЫХ МНОГОЦЕНТРОВОГО РЕГИСТРА

Коротин А.С., Генкал Е.Н., Попова Ю.В., Посненкова О.М., Киселев А.Р., Гриднев В.И., Довгалевский П.Я.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между клиническими характеристиками и выбором инвазивной стратегии у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), которым была выполнена диагностическая коронарография.

Методы исследования. Источником данных является многоцентровый регистр ИБС, в ведении которого принимают 60 лечебных учреждений из 17 регионов России. Проведен анализ клинических данных 1522 больных стабильными формами ИБС (средний возраст $53,0 \pm 8,5$ года, 76 % мужчины), которым в 2012-2015 гг. была выполнена диагностическая коронарография. Наличие показаний к коронарному вмешательству определялось в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов по реваскуляризации миокарда 2014г. Для выявления факторов, ассоциированных с проведением реваскуляризации миокарда, была построена дискриминантная модель.

Результаты. Инвазивная стратегия применялась у 591 пациента, что составило 38,8 % от общего количества. Пациенты, которым провели реваскуляризацию миокарда, чаще ранее переносили инфаркт миокарда (67,9 % против 57,0 %, $p < 0,001$). В группе консервативного лечения было больше больных с типичными ангинозными болями (64,8 % против 55,1 %, $p < 0,001$). Проведение коронарного вмешательства было показано 80,8 % больным, в том числе 83,1 % больных группы оперативного лечения и 76,8 % больных из группы медикаментозной терапии ($p < 0,001$). При построении дискриминантной модели было выявлено, что стеноз более 70% в отдельных коронарных артериях является основным фактором, определяющим выбор инвазивной стратегии. Типичная ангинозная боль и более высокий класс хронической сердечной недостаточности были ассоциированы с отказом от выполнения вмешательства. Дискриминантная модель показала высокую прогностическую ценность: хи-квадрат - 154,8 ($p < 0,001$), ОР - 4,6 (95% ДИ 3.5-5.9).

Заключение. В ходе исследования установлено, что выполнение коронарных вмешательств у части пациентов не соответствует действующим клиническим рекомендациям. В тоже время, почти у 2/3 больных имеющих показания к реваскуляризации миокарда лечение ограничивается консервативной терапией. Значимый стеноз коронарных артерий вне зависимости от симптомов является основным фактором, определяющим выбор в пользу инвазивной стратегии. При этом, наличие у пациента типичных ангинозных болей и высокого функционального класса хронической сердечной недостаточности связано с отказом от коронарного вмешательства.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СТАЦИОНАРЕ

Решетько О.В., Соколов А.В., Рыкалина Е.Б., Фурман Н.В., Долотовская П.В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ, Саратов, Россия

Как известно, приверженность врачей при лечении ХСН современным рекомендациям позволяет существенно улучшить выживаемость пациентов хотя на практике зачастую отмечается недостаточная приверженность врачей существующим клиническим рекомендациям.

Вследствие этого в рекомендациях ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) особое внимание уделено их практической направленности, важной для реальной клинической практики кардиологов, терапевтов, и врачей общей практики.

Известно, что приверженность врачей клиническим рекомендациям может изменяться со временем.

Описаны межрегиональные различия терапии заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе, и ХСН.

Цель исследования оценить особенности фармакотерапии пациентов с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, находившихся на лечении в специализированном стационаре г. Саратова до и после выхода рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр)

Материалы и методы проведено выборочное фармакоэпидемиологическое ретроспективное исследование, основанное на анализе медицинских карт стационарных больных (форма 003/у) с диагнозом "Сердечная недостаточность" (МКБ – I50), госпитализированных в кардиологическое отделение стационара г. Саратова. Критериями включения в исследование являлись: возраст пациентов более 18 лет, установленный диагноз ХСН (NYHA II-IV ФК), сниженная (<45%) ФВ ЛЖ по данным ЭхоКГ.

Проанализировано случайным образом отобранные 52 истории болезни пациентов с ХСН (NYHA II-IV) со сниженной ФВ ЛЖ в 2009-2010 гг. и 95 в 2014-2015 гг.

Основные результаты Среднее количество препаратов, назначенных1 пациенту, в 2009-2010 гг. составило $5,55 \pm 0,1$, в 2014-2015 гг. – $5,95 \pm 0,12$ ($p < 0.05$).

В терапии ХСН со сниженной ФВ ЛЖ в клинической практике обследованного стационара произошли достоверные изменения: в 2014-2015 гг. по сравнению с 2009-2010 гг. снизилась частота назначения иАПФ, увеличилась частота назначения блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА,) антагонистов минералокортикоидов (АМКР), диуретиков, оральных антикоагулянтов, клопидогрела; достоверно увеличилась частота назначения комбинации иАПФ+бета-адреноблокатор (БАБ)+АМКР+диуретик при достоверном уменьшении назначения комбинации иАПФ+БАБ+АМКР; потребление нитратов и блокаторов кальциевых каналов остается на высоком уровне.

Заключение Фармакотерапия ХСН в стационаре в 2014-2015 гг. соответствует рекомендациям ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) и существенно отличается от терапии ХСН в 2009-2010 гг.

ФУНКЦИЯ СИНУСОВОГО УЗЛА У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОДНОМОМЕНТНО С ОПЕРАЦИЕЙ «ЛАБИРИНТ III»

Куликов А. А.

ФГБ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Цель исследования: Оценка функции синусового узла до и после операции «лабиринт» у пациентов с патологией митрального и трикуспидального клапанов.

Материалы и методы: В исследование включены 100 взрослых пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами фибрилляции предсердий и клапанными патологиями. У всех пациентов выявлена органическая патология митрального клапана со средней продолжительностью существования порока в $21,8 \pm 12,8$ год. Также у 80% пациентов была выявлена недостаточность трикуспидального клапана. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA $2,7 \pm 0,75$. При этом размер левого предсердия $5,1 \pm 1,5$ см, средняя фракция выброса левого желудочка составляла $61 \pm 8,6\%$, а кардиоторакальный индекс - $58,6 \pm 4,7\%$.

Всем пациентам была выполнена электрическая кардиоверсия в условиях рентгенооперационной, где, после успешного восстановления ритма, сразу же проводилось эндокардиальное электрофизиологическое исследование сердца (ЭФИ). Затем, на первые-вторые сутки после ЭФИ, проводилась операция «Лабиринт III» и коррекция клапанных патологий.

Результаты: Таким образом, по результатам операции «Лабиринт III» с одномоментной коррекцией клапанной патологии избавление от ФП наблюдалось у 95% пациентов. У 46% на момент выписки сохранялся стабильный синусовый ритм. У 24% пациентов наблюдался предсердный ритм с максимальными частотами сердечных сокращений (ЧСС) 80-110 уд. в мин. (по результатам мониторинга ЭКГ по Холтеру). В имплантации ЭКС нуждались 25% пациентов. При этом, по результатам эндокардиального ЭФИ, исходно до операции СССУ страдали 13% пациентов. Из оставшихся 12% у 9% пациентов показанием для имплантации ЭКС послужили узловой ритм с низкими ЧСС и паузами более 3 с, у одного пациента – переходящие АВ-блокада 2 ст. 2 типа и СА-блокада 2 ст. 2 типа, еще у одного пациента – полная АВ-блокада и у последнего – паузы более 3 с на фоне предсердного ритма.

У 13% пациентов с предсердным ритмом и нормальной ЧСС в раннем послеоперационном периоде развилось типичное истмусзависимое трепетание предсердий.

Оценка функции предсердно-желудочковой проводящей системы сердца (атриовентрикулярного узла и системы Гиса-Пуркинье) и электрофизиологических параметров предсердий выявила: замедление проведения импульса по предсердиям, наличие неоднородности миокарда предсердий по продолжительности ЭРП, у 17% больных выявлена уязвимость предсердий.

Выводы:

1. □ Эффективность хирургического лечения персистирующей и длительно персистирующей форм фибрилляции предсердий (криомодификация операции «Лабиринт III» с одномоментной коррекцией патологии митрального и трикуспидального клапанов) в раннем послеоперационном периоде составляет 95%.

2. □ По данным предоперационного эндокардиального электрофизиологического исследования дисфункция синоатриального узла выявляется у 13% пациентов.

3. □ После хирургической коррекции патологии митрального и трикуспидального клапанов и проведения криомодификации операции «Лабиринт III» признаки дисфункции синоатриального узла, требующие имплантации электрокардиостимулятора, в общей сложности выявляются у 24% больных.

4. □ Длительное существование порока митрального клапана и многолетнее персистирование фибрилляции предсердий приводят к анатомическому и электрофизиологическому ремоделированию предсердий, что проявляется существенным увеличением объема левого предсердия, а также удлинением времени

внутрипредсердного проведения и возникновением неоднородности рефрактерных периодов предсердного миокарда.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЙ ОСТАТОЧНОЙ РЕАКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ

Медведева Е.А.

Республиканский научно- практический центр "Кардиология" (г.Минск), Минск, Беларусь

Цель: оценить частоту выявления и определить клиническое значение высокой остаточной реактивности тромбоцитов у лиц с нестабильной стенокардией (НС) при консервативной стратегии лечения.

Методы исследования: обследовано 208 пациентов с НС. Всем пациентам выполнялось определение уровня TnI, общий и биохимический анализ крови с определением уровня миелопероксидазы и С-реактивного белка; оценка коагуляционного и плазменного гемостаза (уровень фибриногена, тромбина, антитромбина III, Д-димеров). Для оценки чувствительности тромбоцитов к антиагрегантам выполнялась агрегатограмма на импедансном агрегометре Мультиплейт с определением величины AUC (площадь под кривой агрегации тромбоцитов) ADP-теста (индуктор АДФ) и ASPI-теста (индуктор- арахидоновая кислота) на 5-7 сутки при условии ежедневного приема клопидогрела 75 мг в сутки и ацетилсалициловой кислоты 75 мг в сутки.

Полученные результаты: При выписке снижение чувствительности к клопидогрелу выявлено у 37 пациентов (17,8 %), из них у 28 лиц- к дженерическому препарату и у 9- к оригинальному, при этом по результатам агрегатограммы площадь под кривой (AUC) ADP- теста составила $71,6 \pm 7,7$ U через 7 дней лечения клопидогрелом. Снижение чувствительности к АСК при выписке выявлено у 39 пациентов (18,7 %), при этом (AUC) ASPI- теста составила $59,6 \pm 6,7$ U. К клопидогрелу и АСК снижение чувствительности тромбоцитов выявлено у 12 пациентов (5,8%). Итого, чувствительными к антиагрегантам оказались- 144 пациента (69,2%), которые представили Г1, а высокая остаточная реактивность тромбоцитов выявлена у 64 (30,8%) лиц, которые составили Г2.

Возвратная стенокардия развилась 14 (9,7 %) лиц из Г1 и у 26 (40,6 %) пациентов из Г2 ($p=0,0001$), инфаркт миокарда зарегистрирован у 1 (0,7 %) пациента из Г1 и у 3 (4,7 %) лиц из Г2. В Г2 умерло 3 пациентов (4,7 %) от острой коронарной недостаточности, в Г1 летальных исходов не было. Таким образом, вероятность относительного риска развития ишемических осложнений в будущем у пациентов с выявленной высокой остаточной реактивностью тромбоцитов увеличивается в 4 раза [ДИ 3,6; 4,2], несмотря на проводимую стандартную антитромботическую терапию в сравнении с группой лиц без признаков резистентности к антиагрегантам.

Выводы: Снижение чувствительности к клопидогрелу и АСК на стационарном этапе наблюдения выявлено у 36,5 % пациентов с НС при консервативной тактике ведения, при этом число повторных сердечно- сосудистых событий за 1 год наблюдения у пациентов с высокой остаточной реактивностью тромбоцитов достоверно выше, чем среди пациентов с нормальной чувствительностью к антиагрегантам.

ЧАСТОТА ПЕРЕНЕСЕННЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ДАННЫЕ МОСКОВСКОГО РЕГИСТРА

Мелехов А.В., Гендлин Г.Е., Дадашова Э.Ф., Алексева Е.М., Никитин И.Г.

ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Москва, Россия

Цель: оценить частоту перенесенных нарушений мозгового кровообращения (НМК) у пациентов с различными формами фибрилляции предсердий (ФП).

Методы: регистр из 1624 пациентов старше 18 лет с ФП, проходивших стационарное лечение или наблюдавшихся амбулаторно в различных учреждениях здравоохранения г.Москвы в период 2009-2015 гг. Критериев исключения не было.

Результаты: возраст больных 73,0 (64,0-79,0) лет, в выборке преобладали женщины (61,4%). 39,1% пациентов имели постоянную форму ФП, 31,4% - пароксизмальную и 29,4% - персистирующую.

Возраст больных с постоянной формой ФП был статистически значимо выше, чем при менее устойчивых формах ФП (75 (66,9-81,0) и 71 (62,5-78)), как и суммы баллов по шкалам CHA₂DS₂ Vasc (6 (4-7), среднее 5,4 и 4 (3-5), среднее 4,1) и HAS-BLED (3 (2-3), среднее 2,8 и 2 (2-3), среднее 2,3), $P < 0,05$ для всех сравнений.

29,2% больных имели анамнестические указания на перенесенное НМК (21,7% - однократно, 7,4% - повторно). Больные, перенесшие НМК, были статистически значимо старше, чем пациенты, не переносившие НМК (74 (66-80,6) и 72 (62,7-79) лет, $P < 0,05$). Превалировал ишемический тип НМК (27,0%, из них 27,4% перенесли НМК неоднократно), 1,8% больных перенесли ТИА (из них 3,5% - повторно) и 0,4% - геморрагический инсульт (повторных не было).

Из больных с постоянной формой ФП 29,9% перенесли НМК однократно, 11,7% - повторно, при пароксизмальной и персистирующей формах ФП эти значения составили соответственно 21,4, 7,7% и 11,6, 6,6% (отличия статистически значимы при оценке методом χ^2).

Анализ данных больных с достоверно подтвержденной информацией о перенесенных ишемических инсультах и ТИА (пациенты неврологического отделения, осмотренные неврологом, имевших данные КТ или МРТ) показал сходные пропорции: частота перенесенных единственных и повторных НМК среди больных с постоянной формой ФП оказалась выше (23,3 и 10,8% соответственно), чем при менее устойчивых формах (8,3 и 4,5% соответственно). Статистическая значимость отличий, рассчитанная методом χ^2 осталась такой же высокой.

Амбулаторно частота применения варфарина при постоянной форме ФП составила 8,4%, при пароксизмальной – 4,9%, при персистирующей – 13,0%. В стационаре эти значения составили 28, 17,3 и 68,9% соответственно. Для новых оральных антикоагулянтов эти значения оказались равными 0,8, 0,6, 9,6% и 6,4, 3,9, 23,1% соответственно. Пациенты, перенесшие НМК, особенно повторные, реже получали и варфарин и НОАК.

Выводы: Больные с постоянной формой ФП были старше и имели более высокий риск тромбоэмболических и геморрагических осложнений. Постоянная форма ФП связана с более высоким риском инсульта, что может учитываться при решении вопроса о необходимости назначения антикоагулянтов больным с промежуточным риском (сумма баллов по шкале CHA₂DS₂-Vasc=1). Профилактика инсульта у пациентов с постоянной формой ФП проводится хуже, чем у пациентов с менее устойчивыми ее формами.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Малева О.В., Трубникова О.А., Барбараш О.Л.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Цель: оценить развитие стойкой послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) у пациентов через год после коронарного шунтирования (КШ) в зависимости от наличия ранней ПОКД.

Материалы и методы: проанализированы ранние (на 7-10-е сутки) и поздние (через 12 месяцев) когнитивные исходы у 217 мужчин (средний возраст $55,9 \pm 5,3$ лет), перенесших КШ в условиях искусственного кровообращения (ИК). Когнитивный статус включал 12 показателей доменов нейродинамики, памяти и внимания. Диагноз ПОКД верифицировали при снижении когнитивных показателей в послеоперационном периоде, на 7-10-е сутки и через 1 год, у каждого пациента на 20% от исходных в 20% проводимых тестов. Статистический анализ результатов проводили в программе «STATISTICA Advanced».

Результаты: Ранняя ПОКД была диагностирована у 141 (65%) пациентов. Стойкая ПОКД диагностирована у 87 (61,7%) пациентов. Проявления стойкой ПОКД были выявлены у пациентов как с наличием, так и с отсутствием ранней ПОКД (141 (65 %) и 76 (35 %), соответственно). Установлено, что у 87 (61,7 %) пациентов с выявленной ранней ПОКД в последующем отмечалось развитие стойкой ПОКД и у 54 (38,3 %) – регресс проявлений ПОКД к первому году после КШ. Из 76 (35%) пациентов не имеющих раннюю ПОКД через год после КШ стойкая ПОКД была диагностирована у 35 (46,6 %), что составило 16 % от общего количества оперированных пациентов. У 19 % от общего числа пациентов, перенесших КШ в условиях ИК, не выявлено развития ни ранней, ни стойкой ПОКД.

Выводы: таким образом, стойкая ПОКД развивается как у пациентов с ранней ПОКД в анамнезе, так и без ранней ПОКД. Однако частота развития стойкой ПОКД выше у пациентов, у которых наблюдалась ранняя ПОКД, что свидетельствует о необходимости проведения реабилитационных мероприятий в период диагностики ранней ПОКД.

ЭВОЛЮЦИЯ ХОЗЛ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Пивнев Б.А.(1), Легостаева И.И.(2), Громенков В.Д.(2), Грицкевич О.С.(2)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, ДНР (1)

Дорожная клиническая больница ст. Донецк, Донецк, ДНР (2)

Целью исследования является оценка зависимой коррекции легочного сердца, развившегося как следствие хронического пневмосклероза, путем коррекции гипертензивного сердца у пациентов с комбинированной патологией.

Материал и методы. Обследовали 97 больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с гипертонической болезнью 2 стадии (ГБ). Изучали функциональные показатели внешнего дыхания, электро- и эхокардиографические показатели гемодинамики мужчин в возрасте от 42 до 62 лет с явлениями хронического легочного сердца (ХЛС) на фоне ХОЗЛ и ГБ с признаками гипертензивного сердца (согласно рекомендациям ВОЗ).

Результаты и обсуждение. 62 больных в качестве бронхолитической терапии получал ингаляции М-холинолитика, 35 больных – ингаляции 2-агониста. В обеих группах было выявлено по 34 (55,7%) и 19 (54,3%) лиц злоупотребляющих курением свыше 10 сигарет в день, ежедневно. Коррекция уровней артериального давления (АД) производилась с использованием ингибитора ангиотензин превращающего фермента и петлевого диуретика с последующей его заменой сульфонамидным диуретиком.

□ Установлено достоверное снижение интенсивности кашля (на $3,3 \pm 0,03$ балла; $p < 0,05$) и одышки (на $2,7 \pm 0,03$ балла; $p < 0,05$) у всех больных, хотя у «курильщиков» динамика утреннего кашля была несколько ниже (на $0,9 \pm 0,002$ балла; $p = 0,05$).

□ У 59,8% больных диагностирована легочная недостаточность II степени, у остальных (40,2%) – III степени. После проведенного лечения показатели функции внешнего дыхания достоверно не изменились только у 7 больных (7,2%, $p = 0,1$) имеющих III степень легочной недостаточности. Достоверной взаимосвязи между степенью гипертрофии миокарда левого желудочка (толщина стенки $13,21 \pm 0,05$ мм) и конечно диастолическим объемом правого желудочка ($147,55 \pm 11,71$ мл) выявлено не было – $r = +0,07$.

□ Установлена достоверная связь между характером эффекта бронхолитика и суточной дозой ингибитора ангиотензин превращающего фермента. Больные принимавшие ингаляции 2-агониста нуждались в назначении несколько больших доз ингибитора ангиотензин превращающего фермента (на $1,25 \pm 0,07$ мг; $p = 0,04$). При этом наблюдалась дозозависимая корреляционная связь слабой степени $r = +0,36$. В то время как исходные средние уровни АД в обеих подгруппах больных не различались ($p = 0,5$).

Выводы. Имеется слабая достоверная связь между принимаемой бронхолитической терапией и необходимостью несколько больших доз антигипертензивных препаратов для нормализации уровней АД у больных с сочетанием ХОЗЛ и уже развившимся ХЛС и ранее сформировавшейся ГБ II стадии. Характер и продолжительность диуретической терапии в комплексной коррекции АД при ГБ II стадии существенно зависят от выраженности ХЛС, развившегося вследствие ХОЗЛ.

ЭКГ-МАРКЕРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С НАГРУЗОЧНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Жабина Е.С., Тулинцева Т.Э., Кузьмина М.В., Трешкур Т.В.

ФГБУ "СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова" МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Желудочковые аритмии (ЖА), индуцированные физической нагрузкой (ФН) наименее изучены и систематизированы среди других аритмий.

Цель. Определить частоту встречаемости нагрузочных некоронарогенных ЖА и проанализировать показатели электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) у пациентов с дневным типом распределения ЖА.

Материал и методы. Обследовано 173 пациента (99 женщин) с дневным распределением ЖА по данным холтеровского мониторирования, средний возраст 44 ± 14 лет. Всем выполнена ЭхоКГ (по показаниям: стресс-ЭхоКГ, МРТ сердца). Изучены показатели электрической нестабильности миокарда (ЭНМ): микровольтная альтернация зубца Т (мВАЗТ), турбулентность сердечного ритма (ТСР), фрагментация комплекса QRS (fQRS), продолжительность эктопического комплекса QRS (eQRS) и скорость восстановления частоты сердечных сокращений (СВ ЧСС) по данным тредмил теста (ТТ) с помощью стресс-системы Кардиотехника (ЗАО «Инкарт»). Причины прекращения ТТ: достижение субмаксимальной ЧСС, прогрессирование ЖА.

Результаты. По данным ТТ у 68 (39%) пациентов ЖА индуцировались ФН, из них у 22 (56%) диагностированы некоронарогенные ЖА, средний возраст $38,3 \pm 8$ лет. Пациенты были разделены на две группы: I — 15 пациентов без структурной патологии сердца; II — 24 — со структурной патологией сердца (15 — с гипертонической болезнью, 4 — с аритмогенной дисплазией/кардиомиопатией правого желудочка, 4 — с пролапсом митрального клапана, 1 — с перенесенным миокардитом). В I группе преимущественно мономорфные ЖА, средняя ЧСС возникновения 136 ± 22 в 1 мин. Желудочковая тахикардия (ЖТ) у 13%, СВ ЧСС на 1-ой мин $24,5 \pm 7$ в 1 мин, с 3-ей мин снижалась до 10 ± 2 в 1 мин, на 5-ой мин $5,3 \pm 1$ в 1 мин. Во II группе — у 42% полиморфные ЖА, средняя ЧСС возникновения 101 ± 15 в 1 мин. ЖТ у 20%, СВ ЧСС на 1-ой мин 12 ± 5 в 1 мин, с 3-ей мин — 6 ± 4 в 1 мин, на 5-ой мин — 2 ± 1 в 1 мин. Положительный тест на мВАЗТ выявлен в обеих группах: 15% в I и 38% во II. Продолжительность eQRS 147 ± 17 мс в I группе и 150 ± 22 мс во II. fQRS и патологические значения ТСР (начало турбулентности) выявлены только во II группе (10% и 15% соответственно). Таким образом, во II группе ЖА возникали при меньшей ЧСС, у них выявлено больше показателей ЭНМ, замедление СВЧСС в восстановительном периоде.

Заключение. Среди пациентов с дневным распределением ЖА выявлено 23% нагрузочных некоронарогенных ЖА. Данная группа крайне неоднородна как по возрасту, так и по нозологиям. Вероятно, пациенты с индуцированной ФН аритмией со структурной патологией имеют более высокую активность симпатической нервной системы, о чем косвенно свидетельствуют показатели ЭНМ.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Шавлохова Э.А., Басиева З.К., Кехоева А.Ю.

ФГОУ ВО СОГМА, Республика Северная Осетия–Алания, Россия

Цель - изучить некоторые показатели эндотелиальной дисфункции у больных СД 2 типа в сочетании с АГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 48 больных, 34 из них (первая группа) составили больные СД 2 типа с АГ, средний возраст $48,29 \pm 1,06$ лет. Продолжительность СД составила $5,3 \pm 0,4$ года, а длительность АГ — $4,8 \pm 0,2$ года соответственно.

Во вторую группу вошли 14 больных с изолированной АГ, средний возраст которых составил $48,53 \pm 1,75$ лет. Длительность АГ $4,8 \pm 0,4$ года.

Все больные были поделены на подгруппы. В первой группе из 34 больных 1 степень АГ была у 9 человек (26 %), 2 степень — у 20 (59 %) и 3 степень — у 5 (15 %) больных. Во второй группе соответственно из 14 больных 1 степень АГ была у 3 человек (20 %), 2 степень — у 9 (67 %) и 3 — у 2 (13 %).

18 клинически здоровых людей составили группу контроля, средний возраст $46,56 \pm 1,66$ года.

Критериями исключения являлись: декомпенсированная сердечная недостаточность, тяжелая неконтролируемая артериальная гипертензия, нестабильная стенокардия, больные.

Клинико-лабораторные обследования включали в себя определение циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), оксида азота (NO).

Для увеличения достоверности полученных результатов за 4 дня до проведения анализа всем больным рекомендовали определенный образ жизни: исключались продукты, содержащие нитраты или нитриты, эпизоды инсоляции интенсивные физические нагрузки.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel, 2007. Для сравнения данных использовали парный критерий Стьюдента (t-критерий).

Результаты исследования и обсуждение.

В обеих группах отмечались признаки эндотелиальной дисфункции, однако у обследованных больных первой группы наблюдались более выраженные нарушения NO-продуцирующей функции эндотелия сосудов, по сравнению со второй группой. Уровень NO в первой группе составил $18,44 \pm 0,23$ мкмоль/л, а во второй — $24,57 \pm 0,52$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о достоверном уменьшении уровня NO в зависимости от степени АГ в обеих группах. Самый низкий уровень NO определялся при 3 степени АГ, самый высокий уровень в подгруппе с 1 степенью АГ. Эти данные демонстрируют, что по мере уменьшения содержания NO вследствие снижения высвобождения NO эндотелием сосудистой стенки, отмечается увеличение уровня АД. В первой группе отмечается более выраженное повышение количества ЦЭК в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой (КГ) и со второй группой ($M \pm m = 25,1 \pm 2,31 * 10^4 / л$; $M \pm m = 17,3 \pm 2,79 * 10^4 / л$; соответственно КГ $4,5 \pm 0,14 * 10^4 / л$, $p < 0,001$). В обеих группах уже при 1 степени АГ ($7,33 \pm 0,91 * 10^4 / л$ и $6,33 \pm 1,45 * 10^4 / л$ соответственно, $p < 0,01$) отмечается достоверное повышение содержания ЦЭК в периферической крови. Значительное повышение циркулирующих эндотелиальных клеток выявлено у больных со 2 и 3 степенью АГ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о влиянии выраженности ЭД на уровень АД, которая остается одним из наиболее изучаемых факторов сердечно-сосудистых осложнений и в то же время наименее исследованных разделов клинической медицины.

Выводы:

1. Наиболее выраженные признаки эндотелиальной дисфункции были выявлены у больных СД 2 типа и АГ в сравнении с группой с изолированной АГ.
2. В зависимости от степени АГ установлены достоверные различия содержания NO и ЦЭК.

ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Отт А. В., Чумакова Г. А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

ЭПИКАРДИАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ОДИН ИЗ ЗНАЧИМЫХ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Отт А.В., Чумакова Г.А.

Алтайский краевой кардиологический диспансер, г. Барнаул, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых распространенных нарушений ритма сердца, осложняющихся развитием ишемических инсультов. Эпикардиальный жир (ЭЖ), как разновидность висцерального жирового депо, окружает миокард. Известно, что ЭЖ является эндокринным органом, синтезирующим биологически активные вещества (БАВ), обладающие провоспалительной, профибротической активностью, способные проникать в миокард. Изучается влияние эпикардиального ожирения (ЭО) на процессы ремоделирования левого предсердия (ЛП) и развития ФП. Цель исследования: Изучить взаимосвязь ЭО с развитием ФП. Материалы и методы: В исследование было включено 90 мужчин, 50,5 ± 3,2 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу составили 50 пациентов, имеющих пароксизмы ФП, зарегистрированные по данным ЭКГ или суточного мониторирования ЭКГ. 2 группу контроля составили 40 пациентов без пароксизмов ФП. На момент включения в исследование пациенты 1 и 2 групп не имели других установленных сердечнососудистых заболеваний (ССЗ). Всем пациентам были определены уровни провоспалительных цитокинов: интерлейкина-6 (IL-6), С-реактивного белка (CRP), фактора некроза опухоли- (TNF-); маркеры профибротической активности: тромбоцитарный фактор роста BB (PDGF-BB), трансформирующий фактор роста 1 (TGF-1), фактор роста соединительной ткани (CTGF). Для оценки ЭО всем пациентам проводилась эхокардиография (ЭХОКГ) с определением толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) за свободной стенкой правого желудочка, также оценивались размеры ЛП. Результаты: В группе 1 наблюдалась большая тЭЖТ, чем во 2-й группе (10,41±0,8 мм против 7,9±0,77 мм, p=0,001, соответственно); большие размеры ЛП (46,56 ±2,95 мм против 41,81 ±1,55 мм; p=0,003, соответственно); большие уровни IL-6, CRP, TNF-: 6,54±1,23 пг/мл против 2,34±0,89 пг/мл, p=0,028; 5,2±0,23 г/л против 2,17±1,05 г/л, p=0,001; 4,8±0,74 пг/мл против 1,98±1,06 пг/мл, p=0,01, соответственно). При оценке профибротической активности в 1 группе наблюдались более высокие показатели PDGF-BB, TGF-1, CTGF. PDGF-BB, TGF-1 в группе с ФП были значимо выше группы без ФП: 40,35±2,91 пг/мл против 24,36±1,28 пг/мл, p=0,001; 18,13±0,98 пг/мл против 11,26±2,05 пг/мл, p=0,001, соответственно). При проведении корреляционного анализа между тЭЖТ, провоспалительными цитокинами, профибротическими маркерами была выявлена значимая положительная корреляционная взаимосвязь тЭЖТ с IL-6, TNF-, PDGF-BB, TGF-1 в группе 1 (r=0,66, p=0,001; r=0,72, p=0,001; r=0,68, p=0,001; r=0,76, p=0,001, соответственно). Во 2-й группе тЭЖТ положительно коррелировала с IL-6, TGF-1 (r=0,56, p=0,01; r=0,64, p=0,01). Также была выявлена значимая корреляция между показателем тЭЖТ и размером ЛП в 1 и 2 группе пациентов (r=0,80; p=0,001; r=0,68; p= 0,001, соответственно). В результате ROC-анализа было получено пороговое значение тЭЖТ (8,75 мм) как фактора риска развития ФП с высокой прогностической значимостью (площадь под ROC кривой (AUC) равнялась 0,978). Выводы: Повышение тЭЖТ по ЭХОКГ без других факторов ССР может служить предиктором развития ФП, что требует дополнительного обследования пациентов.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТЕЗА КЛАПАНА

Хубулава Г.Г.(1), Николаевский Е.Н.(2)

ФГБВОУ ВПО "ВМедА им. С.М. Кирова" Минобороны РФ, Санкт-Петербург, Россия (1)

ФГБОУ ВО "СамГУПС", Самара, Россия (2)

Наиболее достоверным диагностическим критерием инфекционного эндокардита протеза клапана (ИЭПК) является результат бактериологического исследования крови, операционного материала. Получение гемокультуры необходимо для установления этиологического диагноза, проведения адекватной антибактериальной терапии.

Цель работы. Определить видовой состав возбудителей инфекционного эндокардита протеза клапана на современном этапе.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов бактериологических исследований, проведенных у 67 больных ИЭПК. При заборе материала были использованы рекомендации профессора Шевченко Ю.Л. (1986): обязательные посевы венозной и артериальной крови, многократное исследование крови (от 3 до 6 раз) на стерильность, исследование интраоперационного материала (микробные вегетации, протезы, прокладки, шовный материал).

Полученные результаты. Указанный подход позволил получить положительную гемокультуру в 90% случаев. Из 34 случаев раннего протезного эндокардита положительная гемокультура получена у 32 человек. При позднем ИЭПК этот показатель составил 88%.

Анализ видового состава микроорганизмов, высеянных из крови больных до операции и во время операции, свидетельствует о том, что наиболее частым возбудителем раннего ИЭПК были эпидермальный стафилококк (32%), который вместе с золотистым стафилококком (12%) был ответственен почти за половину всех случаев болезни.

На втором, третьем месте были грамотрицательные бактерии (21%), грибы (12%). Остальные возбудители (стрептококки, смешанная микрофлора, другие бактерии) составили значительно меньший процент наших наблюдений (17%).

При позднем ИЭПК преобладали стрептококки (33%). *Staphylococcus epidermidis* занимал вторую позицию (24%). Одинаковая частота высеваемости приходилась на золотистый стафилококк (12%) и грамотрицательные бактерии (12%). Грибы являлись этиологическим фактором у 12% больных с ранним ИЭПК и у 3% больных поздним ИЭПК.

Следует подчеркнуть, что у 8,8% больных ранним ИЭПК и у 3% больных с поздней формой ИЭПК выявлены различные микробные ассоциации. Наиболее частыми сочетаниями микроорганизмов были: *Staph. epidermidis* + *E. coli* (22%), *Staph. epidermidis* + *Alcaligenes faecalis* (21%), *Staph. aureus* + *E. coli* (18,6%), *Staph. epidermidis* + *Candida albicans* (14%), *E. coli* + *Alcaligenes faecalis* (9%).

Другие микроорганизмы высевались в 15% случаев. В подавляющем большинстве случаев в микробных ассоциациях присутствовали стафилококки. При этом *Staph. epidermidis* был представлен в 58% случаев, а *Staph. aureus* – в 18%.

Наличие отрицательной гемокультуры у 6% больных ранним и у 9% больных поздним ИЭПК обусловлено длительным применением антибактериальных препаратов на догоспитальном этапе, изменением культуральных свойств бактерий в результате появления новых штаммов, требующих специфических условий для культивирования, а также погрешностями при заборе и транспортировке крови.

Выводы. Возбудителями инфекционного эндокардита протеза клапана современного течения являются стафилококки, стрептококки, грамотрицательные бактерии. Бактериологическое исследование имеет существенное значение в диагностике болезни и определении лечебной программы. Эти исследования необходимо проводить на всех этапах лечения больных инфекционным эндокардитом протеза клапана в стационаре: дооперационном, во время операции и после неё.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПЛЕРЕНОНА У ПАЦИЕНТОВ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Чепурненко С.А.(1), Артюхова Н.В.(2), Шавкута Г.В.(2)

ГБУ РО "Ростовская областная клиническая больница", ГБОУ ВПО РостГМУ, Ростов, Россия (1)

ГБОУ ВПО РостГМУ, Ростов, Россия (2)

Цель: Оценить кардиогемодинамические эффекты эплеренона у больных с ишемической дилатационной кардиопатией без клинических проявлений сердечной недостаточности в зависимости от исходных кардиогемодинамических параметров.

Материалы и методы: Обследовано 42 пациента с ишемической дилатационной кардиопатией без декомпенсации. Средний возраст $59 \pm 7,6$ лет. Мужчины составили 93 %, женщины - 6 %. В исследование включались пациенты, имеющие конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка (ЛЖ) 60 и более мм, не принимавшие диуретики ранее, без признаков декомпенсации на момент обращения. □ Всем пациентам в первый день обследования и через 3 мес. от начала терапии выполняли электрокардиографию и эхокардиоскопию (ЭХОКС) по стандартной методике, биохимический анализ крови, липидограмму, исследование содержания K^+ и Na^+ в крови, тест 6 минутной ходьбы.

Пациенты основной и контрольной группы принимали рамиприл в дозе $7,65 \pm 0,61$ мг/сут, небиволол $5,25 \pm 0,25$ мг/сут., кишечнорастворимую форму ацетилсалициловой кислоты 150 мг/сут., розувастатин 20-40 мг/сут. в зависимости от показателей липидограммы и активности трансаминаз.

В основной группе все пациентам к стандартной терапии был добавлен эплеренон (эспиро) (Э) 25 мг 1 раз в течение 30 дней, далее 50 мг 1 раз в день. Контрольную группу составили 30 пациентов, находящихся на стандартной терапии без диуретиков.

Результаты: Через 3 месяца в группе больных, принимающих Э выявлено достоверное снижение конечного диастолического размера (КДР) правого желудочка (ПЖ) на 7,4% ($p < 0,05$), КДР левого желудочка (ЛЖ) и объема (КДО) ЛЖ на 7,37 и 17,4% соответственно ($p < 0,05$). В то же время в контрольной группе наблюдалось увеличение КДР ПЖ на 19,1% ($p < 0,05$). При этом КДР и КДО ЛЖ достоверно не изменились. Положительная динамика на фоне терапии, включающей эплеренон, выявлена в 59,5% случаев. В 9,5% не выявлено достоверного изменения объемов ЛЖ. У остальных 31% пациентов не смотря на добавление эплеренона к стандартной терапии, размеры ЛЖ увеличились. Пациенты, основной группы были разбиты на 2 подгруппы. В подгруппу 1 вошли лица, с положительным эффектом от приема эплеренона, в группу 2 – те, у которых на прием эплеренона не наблюдалось эффекта или выявлена отрицательная динамики в виде увеличения объема ЛЖ. Проведен субанализ изменений исследованных нами параметров в зависимости от эффективности эплеренона.

В 1-й подгруппе исходные значения КДР и КДО ЛЖ были достоверно выше, чем во 2-й подгруппе. Так КДР ЛЖ превышал значения в 1-й подгруппе по сравнению со 2-й на 7,6%, а КДО ЛЖ на 22,6% ($p < 0,05$). По остальным кардиогемодинамическим параметрам группы достоверно не отличались.

Выводы: 1. Добавление эплеренона к стандартной терапии у больных с компенсированной сердечной недостаточностью улучшает функциональное состояние миокарда.

2. Уменьшение размеров ЛЖ зависит от степени его дилатации до начала терапии. Более выраженный эффект наблюдался у пациентов с более высокими значениями КДР и КДО ЛЖ.

ЭФФЕКТЫ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ

Мартироян С.М., Космачева Е.Д.

ГБУЗ НИИ-ККБ №1 им.проф. С.В. Очаповского МЗ КК, Краснодар, Россия

Значительные успехи в модификации иммуносупрессивной терапии улучшили показатели выживаемости трансплантата и переключили внимание клиницистов на другие прогностические показатели. Главным образом, это профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся наиболее распространенной причиной смерти среди пациентов с функционирующим ренальным аллотрансплантатом. Непосредственно сама иммуносупрессивная терапия может являться субстратом для прогрессии сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования: оценить влияние иммуносупрессивной терапии на показатели сердечно-сосудистого риска в популяции пациентов после трансплантации почки.

Методы: проведено ретроспективное исследование 196 пациентов (61,2% мужчин, 38,8% женщин). Средний возраст реципиентов составил $40,1 \pm 10,3$. Все пациенты получали иммуносупрессивное лечение в объеме: преднизолон, микофенолата мофетил, плюс Циклоспорин или Такролимус или Эверолимус. В зависимости от принимаемого иммуносупрессанта реципиенты были подразделены на 3 группы: 1-я группа Такролимуса, 2-я Циклоспорина, 3-я Эверолимуса. Оценивались уровни артериального давления, протеинурии, клиренс креатинина (КК), липидный профиль: липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ) через 6 и 12 месяцев после трансплантации почки.

Результаты: распространенность протеинурии была достоверно ниже в группе пациентов, принимавших Такролимус ($p=0,02$), при этом статистически значимой разницы в КК не было получено ни в одной группе. Так же в 1-й группе была ниже распространенность артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ниже уровни ЛПНП относительно 2-й и 3-й групп, но без достоверной статистической значимости ($p>0,05$). В группе циклоспорина уровни триглицеридов были выше, чем в прочих группах ($p=0,04$). В ходе анализа также была установлена положительная корреляционная связь между уровнем ОХ и возрастом реципиента ($r= 0,11$) во всех группах.

Выводы: Иммуносупрессивная терапия повышает риски сердечно-сосудистых событий своим негативным влиянием, в большей степени, на липидный обмен. Пациенты, принимающие такролимус, имеют меньшую распространенность дислипидемий в сравнении с циклоспорином и эверолимусом. Агрессивный мониторинг кардиоваскулярных факторов риска, а также мероприятия по их профилактике и лечению в максимально ранние сроки после трансплантации почки являются ключом к предотвращению неблагоприятных сердечно-сосудистых событий среди реципиентов почки.

ЭХОКАРДИОСКОПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чепурненко С.А.(1), Ляшенко С.А.(2), Шавкута Г.В.(3)

**ГБУ РО "Ростовская областная клиническая больница" , ГБОУ ВПО Рост ГМУ, Ростов,
Россия (1)**

ГБУ РО "Ростовская областная клиническая больница", Ростов, Россия (2)

ГБОУ ВПО Рост ГМУ, Москва, Россия (3)

Цель работы: сопоставление кардиогемодинамических параметров у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) и артериальной гипертензией без клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС) и ФП.

Материалы и методы: В 1-ю группу вошли 66 мужчин (м) и 52 женщины (ж) с АГ и ФП. Средний возраст м - 60,97±8,32 лет, средний возраст ж - 64,63±7,93 лет. Во 2-ю группу вошли 72 м и 120 ж с АГ без клинических проявлений ИБС. Средний возраст м - 48,97±10,84 лет, ж - 55,87±8,45 лет. Всем больным выполнялись эхокардиоскопия (ЭХОКС) по стандартной методике, нагрузочные тесты (велоэргометрия, тредмил), холтеровское мониторирование ЭКГ, электрокардиография в 12 стандартных отведениях. Пациенты, имеющие эхокардиоскопические признаки дилатации левого желудочка (конечный диастолический размер 60 мм и выше) в исследование не включались. Статистическая обработка полученного материала выполнялась в программе Microsoft Excel Windows.

Полученные результаты: По результатам ЭХОКС индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у м 1-й группы составил 153,11±12,18 г/м², что на 9,18% было выше, чем у пациентов 2-й группы (140,24±11,11 г/м²) (p < 0,05). Согласно рекомендациям ESH/ESC 2013г. индекс массы миокарда левого желудочка более 115г/м² является критерием бессимптомного поражения миокарда. Среднее значение данного показателя в исследуемой группе превышало рекомендуемые параметры в 1-й группе на 33,04%, а во 2-й группе на 22,8%. У женщин в ФП ИММЛЖ 140,17±10,26 г/м², что достоверно не отличалось от женщин с АГ без ИБС (132,84±12,7. г/м²). По рекомендациям ESH/ESC 2013г. критерием бессимптомного поражения миокарда у женщин с АГ является ИММЛЖ более 95г/м². Среднее значение этого показателя у женщин в группе больных с ФП превышало рекомендуемые значения на 47,52% в 1-й группе и на 39,8 % во 2-й. В 1-й группе у мужчин размер левого предсердия (ЛП) составил 41,06±4,09 мм, что превышало значение во 2-й группе на 2,7% (38,35±3,64мм) (p>0,05). При этом дилатация ЛП (40мм и выше) выявлена у 66,7% м 1-й группы и 37,5% 2-й группы (в 1,78 раза чаще). Частота встречаемости дилатации ЛП у женщин 1-й группы составила 66,7%, а у ж 2-й группы в 20,3% случаев (в 3,3 раза чаще). Регургитация на митральном клапане (РМК) выявлена в 1-й группе в 71,4% случаев, у ж в 80,6%. Из них выше 1 степени у 48,6% м и 61,3% ж. Во 2-й группе РМК встречалась у 55,6% м и 60% ж. РМК выше 1-й степени выявлена в 12,5 % м и в 21,9% ж.

Выводы: к гемодинамическим предикторам развития пароксизмальной формы ФП у пациентов, страдающих АГ, относятся сочетание ГЛЖ с дилатацией ЛП и РМК выше 1-й степени. Пациенты с указанными изменениями нуждаются в проведении холтеровского мониторирования ЭКГ для выявления бессимптомной ФП, и назначения терапии, направленной на замедление прогрессирования этого состояния и перехода в постоянную форму, а также для своевременной профилактики ишемических инсультов.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

В

Viji.S 17

С

Сухарева Г.Э. 101

К

KALYAGIN A.N 16

Kalyagin.A.N 17

М

MUNEER A.R 16

Muneer.A.R 17

С

SHAFIQ M.K 16

SUMAN O.S 16

Suman.O.S 17

В

VIJAYARAGHAVAN G 16

Vijayaragham.G 17

А

Абдрахманова А.И. 22, 96, 143, 168

Абдужамалова Н.М. 59

Абдулкина Н.Г. 201

Абдуллаев А.А. 67, 99, 219

Абдуллаев А.М. 219

Абдуллаев А.Х. 126, 127, 150

Абдуллаев Р.А. 93

Абдульянов И.В. 22, 143

Абесадзе И.Т. 25, 156

Абидова Д.Э. 26

Абраменко И.О. 104

Абрамова О.В. 60

Авдонина Н.Г. 226

Авезов Д.К. 83, 152

Аврам Г.Х. 88

Адуева С.М. 99

Айназаров А.Ж. 20

Акимова Е.В. 64

Александров А. В. 92

Александров П.В. 109

Александрова И.Н. 147

Александрова Н. В. 92

Алексеев И.Э. 113, 187

Алексеева Е.М. 73, 243

Алексеева М.А. 204

Алексеевская Е.С. 156

Алехина И. Ю. 92

Алиева З.Х. 27

Алиева М.Г. 67, 99

Алиева Т.А. 205

Алименко Ю.Н. 113, 187

Алмазова Елена Геннадьевна 154

Алугишвили М.З. 25, 156

Аляви А.Л. 217

Аляви Б.А. 126, 127, 150

Аминов А.А. 26, 27

Амиржанова А.Г. 20

Анатова А.А. 219

Андреева А.А. 75

Арипова Т. У. 193

Артемова И.А. 108

Артюхова Н.В. 250

Атаев И.А. 221

Ахтямова К.В. 49

Б

Бабинец Л.С. 208

Бабич А.Э. 209

Багаутдинова Л.И. 95

Багненко С.С. 57

Баннова Н.А. 166

Барабаш Л.В. 157, 179

Бараташвили Г.Г. 32, 183

Барбараш О.Л. 112, 236, 244

Барбараш Ольга Леонидовна 28

Барбашина Т.А. 84

Барбук О.А. 35

Барбухатти К.О. 176

Басиева З.К. 247

Басова В.А. 192

Басырова И.Р. 194

Баталина М.В. 100

Бахчоян М.Р. 210

Беззубцева М.В. 84

Беловол А.Н. 63

Белоусова К.В. 192

Бельская М.И. 35, 117

Бenedицкая Е. В. 92

Бессонов И.С. 66, 174

Бикбова Н.М. 214

Блиничкина Д.В. 178

Бобронникова Л.Р. 63, 185

Боева О.И. 200

Бойцов С.А. 186

Борисова В.С. 61

Боцюк Н.Е. 208

Бранд Я.Б. 214

Бредихина Е.Ю. 179

Буканова Т.Ю. 140

Бутхашвили М.И. 25

Бутхашвили М.И. 156

Буч А.В. 32, 183

В

Вайханская Т.Г. 215

Ванханен Н.В. 56

Василенко В.С. 114

Васильев А.П. 212

Васильева Инна Николаевна 110

Васильева Л.В. 39

Вахмистрова А.В. 100

Вахмистрова Т. К. 100

Вахрушева Ю.В. 164

Вдовенко С.В. 231

Вебер В.Р. 221

Воевода М. И. 94

Воевода М.И. 165

Волынкина А. П. 128

Воробьев В.А. 201

Воронин С.В. 191

Вяткина Е.А. 104

Г

Габинский Я.Л. 207, 223

Габинский Я.Л. 224

Гаврилова Н.Е. 186

Гагарина Д.О. 50

Гагулин И.В. 89
Гайшун Е.И. 115
Гакова Е.И. 64
Галактионов Д.А. 70
Галимская В.А. 153
Ганиев А.А. 172
Гафаров В.В. 89
Гафарова А.В. 89
Гелис Л.Г. 124
Гендлин Г.Е. 73, 243
Генкал Е.Н. 155, 238
Герасимов С.Н. 147
Глебченко Е.А. 165
Гожая И.Н. 159
Голубева А.В. 76
Гончарук Р.Н. 57
Горбатов Т.В. 187
Горбатов Т.В. 113
Горбунова Е.В. 112
Горбунова О.Е. 145
Горбунова С.И. 48, 122, 129, 146, 158
Гордеев М.Л. 25, 156
Гореликов А.В. 97
Горшков И. П. 128
Горьковенко М.В. 234
Григорьянц И.В. 122
Гриднев В.И. 147, 155, 238
Грицкевич О.С. 245
Гришина Е.А. 23
Громенков В.Д. 245
Громова Е.А. 89
Громыко Т.Ю. 184
Гросу Виктория Васильевна 203
Груздева О.В. 236
Губская П.М. 221
Гусев С.В. 135, 151, 200
Гуськова Ю.А. 72

Д

Давлетчурин Д.Х. 80
Дадашова Э.Ф. 73, 243
Даниленко Н.Г. 215
Деменко Т.Н. 141
Демидчик Ю.Е. 71, 227
Денисова Т.П. 65
Деревянченко М.В. 98, 142

Джанибеков М.Р. 129, 158
Джанибекова А.Р. 48, 122, 129, 146, 158, 159
Джигоева О.Н. 177
Джураева В.Х. 81
Дискаленко О.В. 58
Дмитриев А.Н. 116
Дмитриева И.Е. 216
Довгалевский П.Я. 147, 155, 238
Долотовская П.В. 65, 74, 195, 233, 239
Доний Е.А. 231
Драненко Н.Ю. 136
Дубова Т.В. 212
Дударев М.В. 95
Дупляков Д.В. 178
Душина А.Г. 169
Душина Е.В. 72
Дьякова О.Н. 145
Дятлов Никита Вячеславович 107

Е

Евсеева М.Е. 24, 48, 122, 131, 135, 151, 189, 213, 234
Евсеева М.В. 236
Евсюков Александр Александрович 44, 111
Евтух О.В. 237
Емельянов И.В. 226
Енина Т.Н. 45, 105
Енина Татьяна Николаевна 31
Ерёмин М.В. 131, 213
Ефимов С.В. 57
Ефимова Лариса Петровна 154
Ешниязов Н.Б. 196

Ж

Жабина Е.С. 246
Желнов Владимир Васильевич 107
Жидкова Ирина Игоревна 28, 28
Жиронкина Е.В. 113, 187
Жлоба А.А. 156
Жмайлова С.В. 221
Жолдин Б.К. 196

Жуйко Е.Н. 35
Жукова Е.Б. 56

З

Загребельный А.В. 170
Заиграев И.А. 73
Зайцев А.А. 201
Зайцев А.Е. 191
Захарова Н.А. 170
Звартау Н.Э. 226
Зуева И.Б. 32, 183
Зуйкова А.А. 43, 78, 123, 137
Зуфарова К. А. 193
Зырянов И.П. 231

И

Ибатов А.Д. 102
Иванов С.И. 216
Иванова А. А. 94
Иванова Л.В. 234
Изотова А.Б. 58
Ильина Т.В. 35
Ильченко И.А. 63, 185
Ильчишина Н.И. 230
Ионов М.В. 226
Исламова У.А. 219
Исхаков Ш.А. 126, 127, 150
Итальянцева Е.В. 189, 213

К

Кадирова Ш.С. 162
Казаченко А.А. 70
Казиева А.А. 20
Калиева С.С. 20
Калиниченко А.П. 66, 174
Калле Е.Г. 23
Камилова У.К. 81, 86, 118, 161, 162, 173, 205
Каражанова Л.К. 171
Кардашевская Лилия Ивановна 51
Каретникова В.Н. 236
Карпелев Г.М. 97
Карпелева О.Г. 97
Карпов В.П. 213
Карпова И.С. 206
Карповская Е.Б. 114
Касаткина О.С. 55

- Касаткина С.Г. 55
 Качмар Е.А. 36
 Каштанова Е.В. 166
 Каюмова Гюзелия
 Хатыбулловна 33
 Каюмова Н.К. 80
 Кветковская А.А. 135
 Кехоева А.Ю. 247
 Киличев А.А. 79, 82, 149
 Киргизова М.А. 54
 Киселев А.Р. 147, 155, 238
 Клочков В.А. 65, 233
 Ключников И.В. 214
 Кожанова Т.А. 199
 Кожокар К. Г. 30
 Козик В.А. 165
 Козлов И.Д. 35, 206
 Козлова Н.М. 104
 Козлова С.Н. 108
 Колбасников С.В. 138
 Колесникова Е.Н. 43, 78, 123, 137, 190
 Коломиец В.В. 47, 130
 Коломиец Виктория Владимировна 46
 Конради А.О. 226
 Корильчук Б.Т. 119
 Корильчук Н.И. 36, 119, 208
 Корниенко Н.В. 133, 136, 229
 Коротин А.С. 155, 238
 Корытько И.Н. 133
 Корытько И.Н. 136, 229
 Косбасников С.В. 103
 Космачева Е.Д. 176, 209, 210, 251
 Костенко В.А. 77
 Кошель В.И. 131, 213
 Красюк О.С. 129, 159
 Кремено С.В. 157
 Кривонос Н.Ю. 47, 130
 Кривонос Николай Юрьевич 46
 Кривоносов Д.С. 32, 183
 Криночкин Д.В. 66, 105, 174, 231
 Криночкин Дмитрий Владиславович 31
 Крымов Э.А. 89
 Кувшинова Ю.А. 202
 Куделькина Н. А. 222
- Кузнецов В.А. 34, 45, 53, 64, 66, 105, 174, 231
 Кузнецов Вадим Анатольевич 31
 Кузнецов Э.С. 136, 229
 Кузнецова А.Ю. 93
 Кузнецова Л.М. 216
 Кузьмина М.В. 246
 Куимов А.Д. 165
 Куликов А. А. 240
 Курапеев Д.И. 226
 Курбанов Р.Д. 79, 149, 172
 Курпита Анна Юрьевна 41
 Курушко Т.В. 215
 Кутелев Г.Г. 57
 Кутихин Антон Геннадьевич 28
 Кутишенко Н.П. 170
 Кучмин А.Н. 70
 Кушнарченко Н.Н. 134
- Л**
 Лазарева И.В. 124
 Лахин Д.И. 39
 Левицкий Е.Ф. 179
 Легостаева И.И. 245
 Лепшокова М.Х. 176
 Леушина Е.А. 19, 21
 Либерман А.А. 191
 Либис Р.А. 169
 Лискова Ю. В. 87
 Логачева И.В. 228
 Ложкина Н.Г. 165
 Лопатин З.В. 114
 Лузина Татьяна Владимировна 154
 Лукина Е.С. 78
 Лукьянов М.М. 170
 Лыков Юрий Владимирович 107
 Лысоченко А.Б. 235
 Лысоченко А.Б. 180
 Ляхова М.А. 230
 Ляшенко С.А. 252
- М**
 Магазинюк Т.П. 200
 Мазанов М.Х. 214
 Майлян Д.Э. 50
- Макарова В.Р. 228
 Макарова И.В. 70
 Макиев Р.Г. 191
 Максимов В. Н. 94
 Максимов В.Н. 165
 Малева О.В. 244
 Малинова Л.И. 65, 74, 233
 Малов А.А. 18
 Малхасьян М.В. 34
 Малышева О.С. 57
 Маль Г.С. 202
 Малютин С. К. 94
 Малютин С.К. 222
 Мамкина Н.Н. 220
 Мамутов Р.Ш. 26, 27
 Мамчур И.Н. 121
 Мамчур С.Е. 121
 Манак Н.А. 206
 Мансурова Д.А. 171
 Марков В.А. 54
 Мартиросян С.М. 251
 Мартынов М.Ю. 135
 Марцевич С.Ю. 170
 Масенко В.П. 59
 Матвеев В.В. 216
 Матвиевская Е.Н. 103
 Мацкевич С.А. 117
 Машарипова Д.Р. 81, 173
 Мащук Виктория Николаевна 38, 120
 Медведева Е.А. 124, 242
 Медведева С.О. 211
 Медведева Т.А. 134
 Медовщиков В.В. 20, 196
 Мелехов А.В. 73, 243
 Меркулов Е.В. 59
 Метельская В.А. 186
 Мигенько Б.О. 36
 Минулина А.В. 106
 Миролубова О.А. 164, 204
 Миронов В.М. 59
 Мирошниченко Е.П. 133, 136, 229
 Мисходжева З.А. 234
 Митрофанова Л.Б. 25
 Митрушкин Д.И. 136
 Михайличенко Евгения Сергеевна 51
 Михин В.П. 113, 187

Михно М.М. 71, 227
Модестова А.В. 177
Морозов С.Л. 58, 70
Морозова И.В. 102
Морозова Т.Е. 23
Мосеева А.С. 204
Мун О.Р. 27

Н

Нагаев Ш.А. 37, 175
Нагаева Г.А. 26, 27, 37, 175, 181
Наумов В.Г. 59
Находнова Е.С. 230
Небогина О.В. 68
Никитин И.Г. 73, 177, 243
Никифоров В.С. 192
Николаев К.Ю. 30
Николаева А. Н. 193
Николаевский Е.Н. 88, 90, 91, 125, 249
Нилова Оксана Владимировна 138
Новоселов В. П. 94
Нуритдинов Н.А. 83, 85, 152

О

Олейников В.Э. 153
Осадчий В.А. 140
Осадчук Михаил Алексеевич 110
Ослопова Ю.В. 96
Ослопова Ю.В. 143, 168
Островский Ю.П. 97
Отт А. В. 248

П

Павлов П.И. 34
Павловец Вадим Петрович 38, 120
Панов А.В. 25, 156
Панов Д.О. 89
Панова Т.Н. 55, 145
Пашков А.Н. 123
Перепеч Н.Б. 109
Песковец Роман Дмитриевич 44, 111
Петелина Татьяна Ивановна 31

Петрова Т.Н. 43, 78, 123, 137, 190
Пивнев Б.А. 245
Пивоварова Е.М. 182
Плужникова О.В. 75
Подболотов Р.А. 74
Полозова Э.И. 220
Полонская Я.В. 166
Помогайбо Б.В. 40
Понасенко Анастасия Валериевна 28
Пономаренко И.В. 180, 235
Попов И.А. 147
Попова Д.О. 68
Попова Ю.В. 147, 155, 238
Посненкова О.М. 147, 155, 238
Прибылова Н.Н. 84
Прилуцкая О. А. 128
Пристром А.М. 71, 115, 227
Пристром М. С. 52
Прокопова Л.В. 42
Проничева И.И. 68
Прохоров Е.В. 225
Прошина Л.Г. 221
Пустовая М.Г. 57
Пушкарев Г.С. 45, 53, 66, 174
Пшеничная Е.В. 225

Р

Рагино Ю.И. 165, 166
Раджабова Д.И. 80, 217
Разин Владимир Александрович 33
Расулова З.Д. 81, 118, 173
Решетников И.Б. 61
Решетько О.В. 239
Родионова Н.Ю. 207, 223
Родионова Н.Ю. 224
Романова М.П. 121
Романовская Е.М. 153
Рубан Дмитрий Валерьевич 197
Рубаненко О.А. 178
Рудяк Е.А. 137
Румянцев Е.Е. 221
Русиди А.В. 24, 189
Русских И.И. 124
Русскова Е.Н. 178
Рыжикова К.А. 23

Рыкалина Е.Б. 239
Рытова А.И. 186
Рычков А.Ю. 106
Рычков Александр Юрьевич 31
Рябов В.В. 54
Рябокоть М.А. 119
Рябокоть С.С. 119
Рязанова Т.А. 228

С

Савинова И.Е. 139
Савицкая Е.Ю. 222
Савченко С. В. 94
Савчук Н.О. 199
Савчук О.М. 199
Сагиров М.А. 214
Саидов М.З. 67, 99
Сайганов С.А. 60, 184
Сайфуллина Г.Б. 96, 168
Саликова С. П. 87
Саямова Л.И. 76
Самоходкина С.В. 71
Самсонова Л.Г. 55
Сапожникова А.Д. 45
Сатюкова О.А. 19
Сафина Э.Г. 96
Седых Д.Ю. 112
Семенов И. И. 52
Семенова Ю.В. 201
Семухин М.В. 231
Сергеева О.В. 24, 151, 189
Серов В.А. 139
Серова Д.В. 139
Серова С.И. 139
Сиверина А.В. 77
Сивицкая Л.Н. 215
Синюкова А.С. 129, 158, 159
Ситникова М.Ю. 42
Скородумова Е.А. 77
Скородумова Е.Г. 77
Скуратова Н.А. 148
Славинский А.А. 210
Слезова В.И. 69, 144
Смирнов С.В. 58
Смирнова И.Н. 157, 179, 201
Смолина Е.Г. 163
Соколов А.В. 239
Солдатова А.М. 45, 105

Солдатова Анна Михайловна
31

Соловей С.П. 206

Соломахина Н.И. 230

Сотникова М.А. 61

Сочилова С.Д. 146

Стаценко М.Е. 98, 142

Степаненков А.А. 47

Степаненков Андрей

Анатольевич 46

Стрельцова Н.Н. 212

Сукманова И.А. 180, 232, 235

Сукманова Ирина

Александровна 132

Суслова Т.Е. 54

Суспицына Ирина Николаевна

132

Сушинский В.Э. 237

Сычев Д.А. 23

Т

Тагаева Д.Р. 81, 173

Танана О.С. 232

Тарасова Ю.С. 214

Творко В.М. 36

Телибекова Д.С. 20

Теребиленко Н.В. 48

Терещенко А.С. 59

Томашевская Ю.А. 72

Тонкошкурова А.В. 157, 201

Тошев Б.Б. 80, 217

Трешкур Т.В. 246

Трубникова О.А. 244

Тулинцева Т.Э. 246

Туляганова Д.К. 217

Туляганова Д.К. 80

Турсунов Р.Р. 126, 127, 150

У

Убайдуллаева З.З. 126, 127,
150

Удальцов Б.Б. 90

Узоков Ж.К. 217

Урванцева И. А. 30

Урванцева Ирина

Александровна 154

Урумова Е.Л. 32, 183

Ушаков А.В. 136, 199

Ф

Фатенков О.В. 178

Федорова Н.Н. 116

Филиппов А.Е. 40

Фишер Я.А. 45

Фурман Н.В. 65, 74, 195, 233,
239

Фурсов С.Г. 24

Фурсова Е.Н. 24, 189

Фёдоров А.Н. 77

Х

Хабибулина М.М. 116

Хаишева Л. А. 62, 167

Хайт Г.Я. 135, 151, 200

Халмурадова Б.Б. 108

Харисова А.И. 196

Харитонов Н.И. 214

Харитонов Я.Е. 235

Хасанова М.Х. 165

Хасанова Р.Н. 143

Хегай Т. Р. 193

Хоменко Е.А. 121

Хоролец Е. В. 62, 167

Хорькова Н.Ю. 106

Хромова А.А. 76

Хромова О.М. 218

Хубулава Г.Г. 125, 249

Худоев Эдуард Сергеевич 38,
120

Хут И.Ю. 163

Хуторная Мария Владимировна
28

Ц

Цибулькин Н.А. 96, 168

Ч

Чегерова Т.И. 97

Чепурненко С.А. 250, 252

Черепанова В.В. 164

Черкашин Д.В. 191

Чичерина Е.Н. 21

Чичкова Т.Ю. 121

Чумакова Г. А. 248

Чумакова Г.А. 141

Чуприна С.Е. 68

Ш

Шабанова О.В. 100

Шавкута Г.В. 250, 252

Шавлохова Э.А. 247

Шапошникова Ю.Н. 185

Шарипова А.А. 126, 127, 150

Шварц Р.Н. 49, 145

Ших Н.В. 23

Шкурина А.В. 61

Шлык С. В. 62, 167

Шодиев Ж.Д. 80, 217

Штарик Светлана Юрьевна 44,
111

Шуленин К.С. 57, 191

Шустов С.Б. 91

Шутов А.М. 139

Щ

Щеглова Е.В. 200

Ю

Юдина Ю.С. 226

Юлдашев Н.П. 181

Юлдошев Н.П. 160, 172, 198

Юсупов Д.М. 86, 161

Я

Яковина И.Н. 166

Яковлев А.Н. 108

Яковлева В.В. 100

Якубов М.М. 126, 127

Ярославская Е.И. 53, 66, 174,
231