

**РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО**

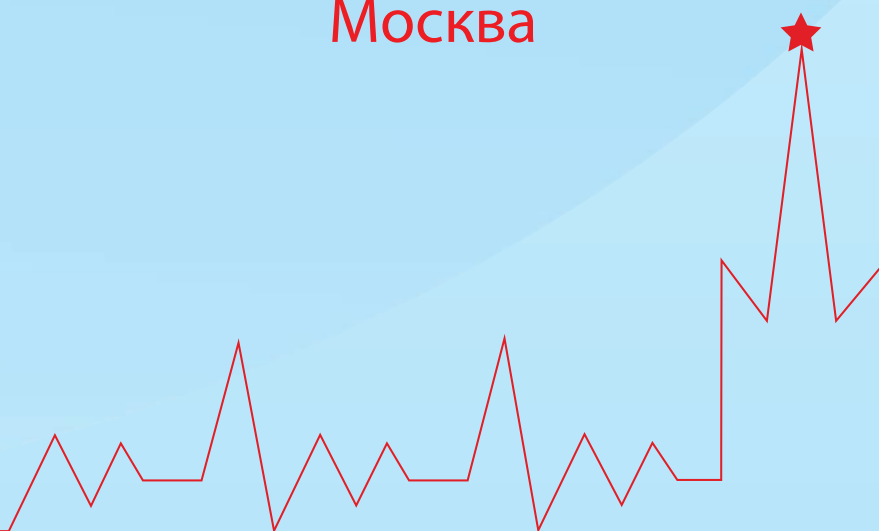
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

Российское кардиологическое общество в год борьбы
с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

22–25 сентября 2015 г.

Москва



www.scardio.ru

**НОВОЕ
ПОКАЗАНИЕ**
лечение и профилактика
рецидивов ТГВ и ТЭЛА

Профилактика инсульта/системной эмболии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий

ЭФФЕКТИВНОСТЬ –
снижение риска
инсульта/
системных
тромбоэмболий
по сравнению
с варфарином²

БЕЗОПАСНОСТЬ –
меньше
риск
больших
кровотечений
по сравнению
с варфарином²

ЭЛИКВИС® ОБЪЕДИНЯЕТ ОБА ПРЕИМУЩЕСТВА

ЭЛИКВИС® – достоверно снижает риск инсульта/системных тромбоэмболий в сочетании с меньшим риском развития больших кровотечений в сравнении с варфарином

ЭЛИКВИС® – в клинических исследованиях доказал снижение общей смертности по сравнению с варфарином

Торговое название: Эликвис®, **МНН:** аликсабан. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой. **Показания к применению:** профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава; профилактика инсульта и системной тромбоэмболии у взрослых пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, имеющих один или несколько факторов риска (таких, как инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, возраст 75 лет и старше, артериальная гипертензия, сахарный диабет, сопровождающаяся симптомами хронической сердечной недостаточности (функциональный класс II и выше по классификации NYHA). Исключение составляют пациенты с тяжелым и умеренно выраженным митральным стенозом или искусственными клапанами сердца; лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также профилактика рецидивов ТГВ и ТЭЛА. **Противопоказания:** гиперчувствительность к любому компоненту препарата; клинически значимое кровотечение; при состояниях, характеризующихся повышенным риском кровотечений; тяжелые нарушения функции печени, заболевания печени, сопровождающиеся нарушениями в системе свертывания крови и клинически значимым риском развития кровотечений; нарушение функции почек с клиренсом креатинина менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе; возраст до 18 лет (данные о применении препарата отсутствуют); беременность (данные о применении препарата отсутствуют); период грудного вскармливания (данные о применении препарата отсутствуют); одновременное применение с препаратами, действие которых может быть связано с развитием серьезных кровотечений; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **Побочное действие:** Наиболее часто встречаются следующие побочные действия: анемия, кровотечения (часто – носовые, желудочно-кишечные, ректальное кровотечение из десен, гематурия, гиперменорея, кровоизлияния в ткани глазного яблока), гематомы, тошнота. **Способ применения и дозы:** Препарат Эликвис® принимают внутрь, независимо от приема пищи. В случае пропуска приема препарат следует принять, как можно скорее, а в дальнейшем продолжить прием 2 раза в сутки в соответствии с исходной схемой. У пациентов с фибрилляцией предсердий: по 5 мг 2 раза в сутки. У пациентов с фибрилляцией предсердий дозу препарата снижают до 2,5 мг 2 раза в сутки при наличии сочетания двух или более из следующих характеристик – возраст 80 лет и старше, масса тела 60 кг и менее или концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). У пациентов после планового эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава: 2,5 мг 2 раза в сутки (первый прием через 12–24 ч после оперативного вмешательства). У пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, рекомендуемая длительность терапии составляет от 32 до 38 дней, коленного сустава – от 10 до 14 дней. Лечение тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 10 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения определяется индивидуально с учетом соотношения ожидаемой пользы и риска возникновения клинически значимых кровотечений. Решение о длительности терапии должно основываться на оценке наличия и обратимости факторов, предрасполагающих к рецидивированию (т.е. предшествующее хирургическое вмешательство, травма, период иммобилизации и т.д.), а также проявлений ТГВ и/или ТЭЛА, составляя, как минимум, 3 месяца. Профилактика рецидивов тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): по 2,5 мг 2 раза в сутки после как минимум 6 месяцев лечения тромбоза глубоких вен или ТЭЛА. **Регистрационное удостоверение:** ЛП-002007 от 19.02.2013, ЛП-001475 от 03.02.2012. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения ЭЛИКВИС®, ЛП-002007, ЛП-001475 от 21.04.2015. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению препарата. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению препарата.

Медицинских работников просят сообщать о любых нежелательных явлениях в службу фармаконадзора компаний Бристол-Майерс-Сквибб или Пфайзер. 1. Эликвис® (аликсабан). Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения. МЗ РФ, 21.04.2015. 2. Granger CB et al. N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

WRUELQMO15095



Bristol-Myers Squibb



Бристол-Майерс Сквибб
Россия, 105064, Москва, Земляной Вал, д. 9
тел.: +7 (495) 755 92 67, факс: +7 (495) 755 92 62
www.bms.com

Пфайзер
Россия, 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10,
тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00
www.pfizer.com

432RU15PR05832-01

Российский национальный конгресс кардиологов

Российское кардиологическое общество в год борьбы
с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

22-25 сентября 2015 г.
Москва

СОДЕРЖАНИЕ

0001	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	40
0002	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХМЕСЯЧНОЙ МОНОТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЗОФЕНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	40
0003	ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ АЛЬБУМИНОВ И СИСТЕМЫ NO В ТРОМБОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ	41
0004	ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ	42
0005	РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	43
0006	ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	44
0007	ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	44
0008	ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	46
0009	ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	46
0010	ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН В ПРЕДМЕНОПАУЗАЛЬНОМ И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	47
0011	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ	48
0012	НЕКОТОРЫЕ КОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ	49
0013	ПОРОКИ СЕРДЦА И СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ	49
0014	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОГО ТИПА D СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА. СВЯЗЬ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ	50
0015	КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСКОМЕТР РАСЧЕТА РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕ КЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ.	51
0016	ДОЛГОСРОЧНАЯ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ, ПРОВЕДЕННЫХ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	52
0017	ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ГИПЕРКАПНИЮ.	53
0018	КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОВЕРСИИ	53
0019	ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОПАФЕНОМ	54
0020	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРКАРДИОСТИМУЛЯЦИОННЫХ СИСТЕМ С АЛГОРИТМАМИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И КУПРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	55
0021	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	56
0022	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	57
0023	МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ДКМП: РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА В СОПОСТАВЛЕНИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ МИОКАРДА	57
0024	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	58

0025	АНАЛИЗ СЕЗОННОЙ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В Г. САРАТОВЕ	59
0026	ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	60
0027	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	61
0028	АЛГОРИТМ ПОШАГОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ЗУБЦА Т.	61
0029	РЕАБИЛИТАЦИЯ НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ И ТРУДОВОЙ СТАТУС КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.	62
0030	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В УСЛОВИЯХ IN VITRO.	63
0031	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ IN VITRO	64
0032	МЕСТО ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ	65
0033	ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	66
0034	ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	66
0035	ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.	67
0036	ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.	68
0037	КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	69
0038	ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.	70
0039	НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	71
0040	ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ	71
0041	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	72
0042	ЦЕНТРАЛЬНОЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ АД В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН.	73
0043	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФИБРОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МРТ С ОТСРОЧЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ	74
0044	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	75
0045	ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	75
0046	КЛИНИЧЕСКИЕ И АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.	76
0047	ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОКС: СВЯЗЬ С РИСКОМ ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ	77
0048	НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	77
0049	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	78
0050	ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	79
0051	МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	80
0052	КОРОНАРНАЯ ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ	81

0053	ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NO-СИНТАЗЫ, КАК ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАН	82
0054	ВЛИЯНИЕ 6-ТИ МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ СИЛДЕНАФИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.	82
0055	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННОЙ И СОЧЕТАННОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.	83
0056	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	84
0057	ПРИМЕНЕНИЯ ДРОНЕДАРОН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	85
0058	I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	85
0059	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ	86
0060	БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	87
0061	ОЦЕНКА РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПОРОГОВОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ.	88
0062	ДИНАМИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ 1312.	88
0063	АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПАТТЕРНА СИНДРОМ БРУГАДА У РАБОТНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ВЕРИФИКАЦИИ	89
0064	КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫВОРОТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ АПОЛИПОПРОТЕИНОВ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ	90
0065	ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.	91
0066	ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ОБЪЕМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОХРАНЁННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	91
0067	КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	92
0068	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	93
0069	ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ТЭЛА, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОСТТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	94
0070	ОЦЕНКА ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	94
0071	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	95
0072	ПРОГРЕССИРОВАНИЕ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	96
0073	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	97
0074	ВЛИЯНИЕ 12-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	98
0075	ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	99

0076	ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОВОДИМОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ПО МАТЕРИАЛАМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ №2 Г. ТЮМЕНИ)	100
0077	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	100
0078	СОСТОЯНИЕ ПУЛЬСОВОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	101
0079	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ МИКРОЧАСТИЦ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	102
0080	ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ПРОГЕНИТОРНЫЕ КЛЕТКИ КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	103
0081	РОЛЬ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	104
0082	СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ACE (RS4291 И RS4343) С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	104
0083	ИЗУЧЕНИЕ АНТИИШЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО АМИНОКИСЛОТСОДЕРЖАЩЕГО СОЕДИНЕНИЯ НИБЕНТАНА	105
0084	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ЭКСТРАКТ ПЛОДОВ MORINDA CITRIFOLIA, В ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ВТОРИЧНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	106
0085	ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	107
0086	СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОЦЕНКИ МУТАЦИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕПИ БЕТА-МИОЗИНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.	107
0087	ЭТАПНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА	108
0088	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	109
0089	ДИНАМИКА СРЕДНЕГО ДАВЛЕНИЯ В СТВОЛЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	110
0090	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.	110
0091	ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	111
0092	ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ AGTR1, AGTR2 И ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	112
0093	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ENOS И ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	113
0094	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА К АНГИОТЕНЗИНУ II И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	114
0095	ВЛИЯНИЕ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.	114
0096	ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС	115
0097	ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И МЕТОД ЕГО КОРРЕКЦИИ	116
0098	КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОГИБШИХ В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	117

0099	КРАТКОСРОЧНАЯ ДИНАМИКА УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	118
0100	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	119
0101	ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВЫСОКИХ ЗНАЧЕНИЙ ДИСПЕРСИИ QT У МУЖЧИН С СОЧЕТАНИЕМ СИНДРОМА АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.	119
0102	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИРКАДНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЕМ САТУРАЦИИ КИСЛОРОДА КРОВИ	120
0103	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА.	121
0104	АРТЕРИО-ВЕНОЗНАЯ ФИСТУЛА И ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ	122
0105	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	123
0106	УРОВНИ АДИПОКИНОВ У МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ	123
0107	УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ	124
0108	КРИТЕРИИ БИОХИМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА	125
0109	УРОВЕНЬ ТРОПОНИНА I, НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ТТГ В БИОХИМИЧЕСКОМ МОНИТОРИНГЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	126
0110	ВЫЯВЛЕНИЕ ДОКЛИНИЧЕСКИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СОННЫХ И БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МСЧ	127
0111	РАННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ	127
0112	УРОВЕНЬ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО АДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	128
0113	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА.	129
0114	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА	130
0115	РОЛЬ МР-ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС.	130
0116	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНОМ И КАРОТИДНОМ БАССЕЙНАХ.	131
0117	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ	132
0118	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ	133
0119	ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ..	133
0120	ОКИСЛЯЕМОСТЬ ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ.	134
0121	КОБАЛЬТ-СВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ АЛЬБУМИНА КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	135
0122	ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	135
0123	ФЕНО- И ГЕНО- ТИПИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕНА ЛАМИНА	136

0124	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	137
0125	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ Д-ДИМЕРА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	138
0126	ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ МИОКАРДА	138
0127	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА	139
0128	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЭКСФОРЖ И ТВИНСТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	140
0129	УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА КОЖИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	141
0130	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	141
0131	ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	142
0132	ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	143
0133	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	144
0134	ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА РЕПЕРФУЗИОННЫЙ АРИТМОГЕНЕЗ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	144
0135	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ	145
0136	ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.	146
0137	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СТРАТИФИКАЦИИ КАРДИАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАПРАВЛЯЮЩИХСЯ НА НЕКАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	147
0138	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ	148
0139	ЭКСПРЕССИЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	148
0140	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	149
0141	НАГРУЗОЧНЫЕ ДОЗЫ СТАТИНОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.	150
0142	ФАРМАКО-ИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД СОХРАНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	151
0143	ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА И ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ЭПИКАРДИАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ	152
0144	КОРОНАРНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИКАРДИАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	152
0145	ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	153
0146	ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАК ОСНОВНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.	154
0147	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БЕССИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ	155
0148	ПОЛИМОРФИЗМЫ РААС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	156
0149	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ.	156

0150	АССОЦИИ КОМПЛЕКСА ВИЗУАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	157
0151	МЕСТО КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЕВОГО ИНДЕКСА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	158
0152	ЗНАЧЕНИЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В РАЗВИТИИ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ	159
0153	ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА, ТОЩАКОВАЯ ИНСУЛИНЕМИЯ И ТКАНЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ИНСУЛИНУ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	160
0154	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИН II ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК	161
0155	НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ НОРМА	161
0156	АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	162
0157	ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	163
0158	ТОЛЩИНА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ АССОЦИИРУЕТСЯ С УРОВНЕМ ВИТАМИНА ДЗ И АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ	164
0159	ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ТЕЛМИСАРТАНА И ТОРАСЕМИДА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	164
0160	ВОЗДЕЙСТВИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ЖЕСТКОСТЬ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВКЛАД УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	165
0161	ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТЮМЕНСКИХ МАЛЬЧИКОВ	166
0162	СТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	167
0163	АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В АРИТМОЛОГИИ	168
0164	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TNF RS1800629 У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	168
0165	ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА РУБЕЖЕ ДВУХ СТОЛЕТИЙ: ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ	169
0166	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	170
0167	ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ	171
0168	ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)	172
0169	НАРУШЕНИЯ СНА, КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, И ПОЛИМОРФИЗМ-G308A ГЕНА TNF-A В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»)»	173
0170	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», НАР1ЕЕ)	173
0171	ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЫБОРА МЕСТА АРТЕРИАЛЬНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ	174
0172	ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ КОРОНАРНОЙ, МИОКАРДИАЛЬНОЙ, СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	175

0173	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.	176
0174	ДОППЛЕРОВСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.	176
0175	СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	177
0176	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАСЧЕТНОГО РИСКА ПО СТАНДАРТНЫМ ШКАЛАМ.	178
0177	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И СОСТОЯНИЕ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	179
0178	КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- А У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЛЕПТИНА.	180
0179	ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И МЕТОДЫ ВОЗМОЖНОЙ КОРРЕКЦИИ.	180
0180	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШМЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	181
0181	ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	182
0182	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.	183
0183	АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ЦИРКАДНЫХ ГЕНОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА.	184
0184	ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	184
0185	ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	185
0186	СЕНТЕТОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ АВТОТЕРМИЧЕСКИЕ НАГРЕВАТЕЛИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.	186
0187	МОДЕЛЬ ТЕЧЕНИЯ КРОВИ	186
0188	ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ЧАСТОТОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	187
0189	ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	188
0190	ПЛАТФОРМА УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА БАЗЕ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ	189
0191	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	190
0192	О ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ	190
0193	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	191
0194	ОСОБЕННОСТИ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	192
0195	ЛИПОТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ЭПИКАРДИАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ.	193
0196	РАЗВИТИЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ У ДЕТЕЙ.	193
0197	КРИТЕРИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	194
0198	ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	195
0199	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	196

0200	ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ	197
0201	СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ	197
0202	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДУКТАЛА МВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА	198
0203	ЭКСПРЕССИЯ FGF-2 В РАЗЛИЧНЫХ СЛОЯХ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА	199
0204	МУТАЦИИ C282Y И H63D ГЕНА HFE И ПЕРЕГРУЗКА ЖЕЛЕЗОМ В ГЕНЕЗЕ ХСН У ПАЦИЕНТОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ	200
0205	ДЕТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ БЕЛКОВ КОМПОНЕНТОВ АМИЛОИДА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ДИСТРОФИИ У МЫШЕЙ MDX	201
0206	ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ	201
0207	КЛЕТочный СОСТАВ КРОВИ У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА И ТИРОКСИНА	202
0208	МАРКЕРЫ ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНА I ТИПА, ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	203
0209	МАРКЕРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ ЭХОТРЕКИНГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	204
0210	ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АВ БЛОКАДЫ У БОЛЬНЫХ ДКМП	205
0211	СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ФОНЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	205
0212	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	206
0213	ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ	207
0214	ИЗУЧИТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	208
0215	ОЦЕНКА ПРОЦЕССА РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	209
0216	МОТИВИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КЛИНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	210
0217	УЧАСТИЕ ПРОЦЕССОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	210
0218	ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	211
0219	НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГКМП	212
0220	РАСПРОСТРАЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА БАРНАУЛА	213
0221	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ЭРГОМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	213
0222	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО РАСТВОРА НА ОСНОВЕ БУФЕРА КРЕБСА-ХЕНСЕЛЕЙТА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОНСЕРВАЦИИ ДОНОРСКОГО СЕРДЦА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	214
0223	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	215
0224	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	216
0225	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИИ	217

0226	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	218
0227	МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ . . .	218
0228	ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА В КОЖЕ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	219
0229	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА. АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ.	220
0230	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА . . .	221
0231	ВКЛАД МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АТЕРОГЕННОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС	222
0232	ОЦЕНКА УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	222
0233	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	223
0234	ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРДЕЧНОЙ ФОРМЫ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩИЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	224
0235	ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК	225
0236	ВЗАИМОСВЯЗЬ РИГИДНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	226
0237	«ВЫСОКИЕ» ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ КАК КРИТЕРИЙ ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРГАНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ.	226
0238	ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ	227
0239	ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА, ИМЕЮЩИХ ДИСЭЛЕМЕНТОЗ И ГИПОВИТАМИНОЗ	228
0240	ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА КОМПЕНСАТОРНО-АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	229
0241	КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ.	230
0242	ВОЗМОЖНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ	231
0243	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	231
0244	РОЛЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНОЙ КАРДИО-ПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	232
0245	ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА.	233
0246	ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В АСПЕКТЕ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЁЖИ: ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УНИВЕРСИТЕТСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ	234
0247	БЕРЕМЕННОСТЬ И СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ В АСПЕКТЕ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ	235
0248	ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	236
0249	СИНДРОМ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	236

0250	КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С Q-ЗУБЦОМ И БЕЗ ЗУБЦА Q . . .	237
0251	ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОКАЗАННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	238
0252	ХАРАКТЕР НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ.	239
0253	ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ ST, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	240
0254	НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА УДАРНОГО ОБЪЕМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕДАТОЧНЫХ ФУНКЦИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	240
0255	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ	241
0256	ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИАПФ И ИНГИБИТОРАМИ ГМГ-КОА-РЕДУКТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ	242
0257	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: СУБИСЛЕДОВАНИЕ ЭССЕ-РФ	243
0258	ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССА САРТАНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТОВ Г. СУРГУТА	244
0259	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОСТИ	244
0260	АЛГОРИТМ ПОШАГОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА УШИРЕННОГО И ДИСКОРДАНТНОГО КОМПЛЕКСА QRS.	245
0261	БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ	246
0262	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ИНСУЛИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.	247
0263	ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	248
0264	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	248
0265	ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА	249
0266	БИОМАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДВУСТВОРЧАТОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	250
0267	СОПРЯЖЕННОСТЬ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ FGF-2 И TGF- β 1 И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА В МЕДИАЛЬНОМ СЛОЕ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	251
0268	ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИИ КАРДИОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ИБС.	252
0269	АНАЛИЗ МУТАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА THR145MET В ГЕНЕ GP1BA У БОЛЬНЫХ ИБС С АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ	252
0270	КОМПЛЕКС ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В СТЕНКЕ СОСУДОВ СЕРДЦА	253
0271	ВЛИЯНИЕ ИНТРЕВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ-ГИПЕРОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	254
0272	ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	255
0273	ЗНАЧИМОСТЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА	256

0274	ПРЕДИКТОРНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИАТОРОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИК РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.	257
0275	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИМ.	257
0276	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА.	258
0277	ОСОБЕННОСТИ ТИРОВАНИЯ ДОЗ ВАРФАРИНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С УЧЕТОМ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ VKORC1 У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ.	259
0278	ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.	260
0279	СОСТОЯНИЕ АДГЕЗИВНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.	260
0280	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.	261
0281	МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.	262
0282	КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА	262
0283	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.	263
0284	ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.	264
0285	ПРИМЕНЕНИЕ РАНОЛАЗИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.	265
0286	ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	265
0287	ВКЛАД ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	266
0288	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ И НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	267
0289	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ШКАЛЫ CHADS2 И НАТСН В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	268
0290	НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.	269
0291	АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ.	270
0292	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ.	271
0293	ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ С РАМИПРИЛОМ	272
0294	НОВЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭКГ.	272
0295	РОЛЬ ТРИМЕТАЗИДИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ X	273
0296	ПРОФИЛАКТИКА АФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	274
0297	СПОСОБ КОРРЕКЦИИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЭТАПАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ	275
0298	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЮНОШЕЙ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ	276

0299	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	277
0300	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСЧЕТА СКФ ПО УРОВНЮ ЦИСТАТИНА С И ФОРМУЛЕ КОКРОФТА-ГОУЛТА У ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕФРАКТЕРНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ.	278
0301	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ	278
0302	ГЕНОТИП AA ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА RS1800630 ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А АССОЦИИРОВАН С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ.	279
0303	РОЛЬ ТОРАСЕМИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	280
0304	ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ТОРАСЕМИДОМ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА.	281
0305	ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМ И БЕССИМПТОМНЫМ СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	282
0306	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ КАРОТИДНОГО БАСЕЙНА И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ.	282
0307	АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ, ФУНКЦИЙ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	283
0308	ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОДЕРЖАНИЕ ОКСИПРОЛИНА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	284
0309	ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	285
0310	ВЕРОЯТНОСТЬ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОСТИМПЛАНТАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.	286
0311	ВЛИЯНИЕ ЛИПОСОМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	287
0312	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ.	288
0313	ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАЗВИТИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	289
0314	К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	289
0315	ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	290
0316	ВЛИЯНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ И МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	291
0317	РОЛЬ ГЕНА APOA1 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ, ПРОГНОЗА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	292
0318	ГАЛЕКТИН 3 И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	292
0319	ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ГАЛЕКТИН 3 У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	293
0320	A603G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ТКАНЕВОГО ФАКТОРА И СОДЕРЖАНИЕ ТКАНЕВОГО ФАКТОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	294

0321	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ.	295
0322	ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	296
0323	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ФАКТОР РИСКА ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН	296
0324	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.	297
0325	ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ, УРОВНЯ ТРАНСАМИНАЗ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ПРИЕМА РОЗУВАСТАТИНА	298
0326	ИЗУЧЕНИЕ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	299
0327	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	300
0328	ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	301
0329	ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ. ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА	301
0330	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭБРАНТИЛА И ЭНАПА ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	302
0331	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	303
0332	ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА(ЛЖ) У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОКАРДИИ ПОКОЯ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ.	304
0333	ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА(ЛЖ) НА ФОНЕ ПРОВЕДЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИГАММОЙ, МЕРТЕНИЛОМ, ЛОРИСТОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПРИЕМОМ КЛОПИДОГРЕЛЯ	305
0334	ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS-3 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	305
0335	ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА НА ГЛОМЕРУЛО-ТУБУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	306
0336	ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В «ШКОЛЕ ГИПЕРТОНИКОВ».	307
0337	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА	307
0338	АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ NT-PROBNP С НАРУШЕНИЕМ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГКМП.	308
0339	ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	309
0340	НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ, У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	310
0341	ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ.	310
0342	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	311
0343	ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ	312

0344	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ПРИВЫЧЕК ПИТАНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ	313
0345	ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ КОРРЕКЦИИ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА	314
0346	ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	314
0347	АНАЛИЗ ИСХОДОВ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	315
0348	ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРОВ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.	316
0349	ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	317
0350	РОЛЬ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И АТОРВАСТАТИНА ФИКСИРОВАННОЙ ДОЗЫ (ДУПЛЕКОР) В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИИ	318
0351	ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА.	318
0352	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КАПИКОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-IV ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ	319
0353	АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СИСТЕМНЫЙ ГЕМОСТАЗ И РЕОЛОГИЯ КРОВИ	320
0354	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА.	321
0355	РОЛЬ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	321
0356	БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МАШИНИСТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	322
0357	КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	323
0358	ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	324
0359	ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	324
0360	ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	325
0361	ПОВЫШЕНИЕ ПОЛНОТЫ И КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ УНИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА	326
0362	ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ: ИТОГИ РАБОТЫ ЗА 3 ГОДА И ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ	327
0363	ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	327
0364	СОСТОЯНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	328
0365	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	329
0366	МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЙ ПРИ НЕЧЕТКИХ ИСХОДНЫХ ОСНОВАНИЯХ	330
0367	ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА.	331
0368	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ.	332

0369	ПОВЫШЕНИЕ КАРДИАЛЬНЫХ ТРОПОНИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ ВО ВРЕМЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ СТВОЛОВЫХ КРОВЕТВОРНЫХ КЛЕТОК.	333
0370	ПРЕДИКТОРЫ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	334
0371	НЕКОТОРЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ	334
0372	ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ И РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	335
0373	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	336
0374	ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	336
0375	ВЗАИМОСВЯЗЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВИЖИВАЕМОСТИ И СРЕДНЕЙ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК ПРИ РАЗНЫХ ПАТТЕРНАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	337
0376	ВОЗМОЖНОСТИ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ В РЕГУЛЯЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ.	338
0377	ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНТАГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	339
0378	ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МУТАЦИЯМИ В ГЕНАХ САРКОМЕРОВ	340
0379	ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ “АНАЛИЗ НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗА” ПО ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗА НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.	341
0380	ВЛИЯНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА.	341
0381	АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ И СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 40-55 ЛЕТ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	342
0382	КУРЕНИЕ ТАБАКА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫМ С ОЧЕНЬ РАННИМ НАЧАЛОМ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН	343
0383	НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕМЕЙ ЛИЦ С РАННИМ НАЧАЛОМ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	343
0384	ЭКТОПИЧЕСКИЕ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ.	344
0385	РОЛЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	345
0386	АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	345
0387	ОСОБЕННОСТИ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ И НЕОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	346
0388	ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛП (А) У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ.	347
0389	К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	348
0390	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ «ЧИСТЫХ» КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ	348
0391	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	349
0392	КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ПЛАНОВОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.	350

0393	ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	351
0394	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ - ЛИДИРУЮЩИЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОДОГО РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ.	351
0395	ПОКАЗАТЕЛИ КОЖНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	352
0396	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	353
0397	МОДЕЛИ ПРОГНОЗА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С УЧЕТОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ	354
0398	ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АВ-УЗЛОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ В ДИНАМИКЕ	355
0399	ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	356
0400	ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	356
0401	ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ АКТИВНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ	357
0402	АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ.	358
0403	ВЛИЯНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА.	359
0404	ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ШКОЛЬНИКОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ПРИПОЛЯРЬЯ.	360
0405	ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПАДЕНИЙ	360
0406	АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	361
0407	ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПАНТОВОГО МАРАЛОВОДСТВА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ	362
0408	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	363
0409	РОЛЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	364
0410	ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ СРЕДНИХ ВОЛОКОН МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	364
0411	ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.	365
0412	ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА И АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ФОРМИРОВАНИИ СРЕДНЕГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	366
0413	СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	366
0414	ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА	367
0415	ВОСЬМИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РЕПЕРFUЗИИ	368
0416	ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	369

0417	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ КУРСА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ	369
0418	ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)	370
0419	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	371
0420	ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ «РЕАПРОФ»: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ	371
0421	АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ.	372
0422	«СПРИНТЕРЫ» И «СТАЙЕРЫ» СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ: МОРФО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	373
0423	ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ СРОКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО ОТВЕТА НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ	374
0424	ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, НА ФОНЕ ПРИЕМА ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ	375
0425	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ	375
0426	КАМПАНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.	376
0427	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУБОПТИМАЛЬНОГО СТАТУСА ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	377
0428	ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА – КАК ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.	378
0429	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУТАТИОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	378
0430	ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И АНТИТЕЛ К ТКАНЯМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ДКМП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	379
0431	СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	380
0432	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.	381
0433	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА АКСАТИМИН С АЛЛАПИНИНОМ	382
0434	СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОДВЕРГНУТЫХ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ.	382
0435	КРИТЕРИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ РЕЕСТРА АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА	383
0436	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ВИРУСНЫЕ ФАКТОРЫ КАК ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПРИЧИНЫ ПАТОГЕНЕЗА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	384
0437	РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ S-АМЛОДИПИНА [ВЖИВАННЯ] У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С [ИЗ] ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	385
0438	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	386
0439	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ.	386
0440	ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	387

0441	ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	388
0442	ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ Г. МОСКВЫ	388
0443	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.	389
0444	АССОЦИАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	390
0445	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АДИПОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	391
0446	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	391
0447	ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	392
0448	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г.ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2000-2014 ГГ.	393
0449	КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА	394
0450	ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОНЦЕНТРАЦИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	395
0451	СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ АРИТМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	395
0452	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.	396
0453	ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА И ДИЛАТАЦИИ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	397
0454	СТРУКТУРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ	398
0455	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА	399
0456	ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	400
0457	ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА, В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	400
0458	КАКИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧИТАЮТ РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	401
0459	ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	402
0460	ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ P38 МАРК В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	402
0461	ТРАНСЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	403
0462	ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ	404
0463	УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.	405
0464	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА	406
0465	АНАЛИЗ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ ПО 12-ОТВЕДЕНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ СО STEM I	406
0466	ТИВОРТИН АСПАРТАТ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.	407

0467	ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА НА ОСНОВЕ «ОБЛАЧНЫХ» ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	408
0468	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛЬДОНИЯ В УМЕНЬШЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	409
0469	ВЫБОР БЕТА2-АГОНИСТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	409
0470	АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ	410
0471	МЕТОД АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПОМОЩЬЮ ЛОКАЛЬНОГО ИНДЕКСА ФРАКТАЛЬНОСТИ	411
0472	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	412
0473	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ВЫСОКО НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА	412
0474	ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	413
0475	СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	414
0476	ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	415
0477	КЛАСС МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СОСУДОВ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЛИЯНИЯ СТЕНТА НА КРОВОТОК	415
0478	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ВЗАИМОСВЯЗИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С ДРУГИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	416
0479	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	417
0480	СКРИНИНГИ КАК ДЕЙСТВЕННАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	418
0481	НАНОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В УРГЕНТНОЙ КАРДИОЛОГИИ: ХАРАКТЕРИЗАЦИЯ МИКРО- И НАНОЧАСТИЦ В СИСТЕМНОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	419
0482	ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОКС: ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ	420
0483	АДФ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ РЕКАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ КАК ДОСТУПНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	421
0484	НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРИНЯТИЯ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	422
0485	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	422
0486	ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СИСТОЛЫ	423
0487	ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ТОНОМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	424
0488	МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ В УСЛОВИЯХ ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ	425
0489	РИСК СЕРЬЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ	425
0490	ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ	426
0491	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА	427

0492	УРОВНИ ПРОВСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МУЖЧИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	428
0493	ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИИАЦИИ МЕЖДУ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗОЙ 2/NAT2 И ЛИПИДАМИ СЫВОРОТКИ КРОВИ: РОЛЬ NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	429
0494	РОЛЬ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2/NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ ТРИКАРБОНОВОГО ЦИКЛА: ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ NAT2 И ГЛЮКОЗОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	430
0495	ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА: ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	431
0496	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	432
0497	КОРРЕЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КОЛЬЦА И ПАРАМЕТРОВ, ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	433
0498	СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) И ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИТРАЛЬНОГО КОЛЬЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	433
0499	ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	434
0500	ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ	435
0501	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.	436
0502	КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	436
0503	СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ КАРОТИДНОЙ АРТЕРИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	437
0504	ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	438
0505	ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ И АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПИОГЛИТАЗОН И ЛИЗИНОПРИЛ НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	439
0506	АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СИМВАСТАТИН	440
0507	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МОЛЕКУЛЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК-1 (KIM-1) У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	440
0508	ЗНАЧЕНИЕ ЛИПОКАЛИНА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЖЕЛАТИНАЗОЙ НЕЙТРОФИЛОВ (NGAL) МОЧИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	441
0509	МИКСОМА СЕРДЦА: АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	442
0510	КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АППЛАНАЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ И ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ	443
0511	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ	444
0512	АССОЦИИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ.	445
0513	АССОЦИИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА TRP719ARG ГЕНА КИНЕЗИНА-6 С ПАТОЛОГИЕЙ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС.	445

0514	ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА CYP2C19 И АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА CYP3A4 В ФОРМИРОВАНИИ АНТИАГРЕГАНТНОГО ЭФФЕКТА НА КЛОПИДОГРЕЛ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО	446
0515	ИСХОДЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ АКШ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.	447
0516	СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК РАННИЕ МАРКЕРЫ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ	448
0517	РОЛЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ОПЕРАТОРСКОЙ ПРОФЕССИИ	449
0518	ДИНАМИКА УРОВНЯ ОКСИПРОЛИНА КРОВИ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	449
0519	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИПА 2	450
0520	АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	451
0521	АКТИВНОСТЬ ТКАНЕВОЙ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ГИПЕРТОНИКОВ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ.	452
0522	ДИНАМИКА УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	452
0523	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.	453
0524	КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	454
0525	ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	455
0526	КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	456
0527	ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	456
0528	ТИПЫ ДОМИНИРОВАНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	457
0529	ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ РАЗНОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	458
0530	СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	458
0531	ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ В 2010-2014 ГОДАХ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА.	459
0532	ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	460
0533	КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	461
0534	ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.	461
0535	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	462
0536	ПОЛИМОРФНЫЕ МАРКЕРЫ ГЕНОВ МАЛЕКУЛ АДГЕЗИИ В РИСКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	463
0537	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРИТМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА (I)	464
0538	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРИТМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА (II)	464
0539	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	465

0540	ПРОФИЛАКТИКА И АУДИТ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ	466
0541	МОЖЕТ ЛИ С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК БЫТЬ МАРКЕРОМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК?	467
0542	ЧАСТОТА ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	468
0543	ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	468
0544	СОСУДИСТЫЕ ЭФФЕКТЫ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ. ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ СИТАГЛИПТИНА И МЕТФОРМИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ.	469
0545	ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА	470
0546	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ	471
0547	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	472
0548	МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	473
0549	РИСК СЕРЬЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ	473
0550	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.	474
0551	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ.	475
0552	ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА В ПРЕДПЕНСИОННОМ И РАННЕМ ПЕНСИОННОМ ВОЗРАСТЕ.	476
0553	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ КОЭФФИЦИЕНТОМ АТЕРОГЕННОСТИ.	476
0554	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	477
0555	РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	478
0556	ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	479
0557	НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДИФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	480
0558	ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	480
0559	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ПРЕДЫНФАРКТНОГО СОСТОЯНИЯ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	481
0560	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ФОРМУЛИРУЮЩИХ ВЕЛИЧИНУ ДЕСЯТИЛЕТНЕГО РИСКА, ФАТАЛЬНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	482
0561	АРИТМОГЕННАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА.	483
0562	ОЦЕНКА СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ СО STEMI.	484

0563	МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ РЕТРОМБОЗА ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST . . .	485
0564	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК НА РАЗВИТИЕ И РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ФП	485
0565	ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ	486
0566	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ	487
0567	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ СОЧЕТАНИЕМ С ИБС	488
0568	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗДОРОВОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПО РАЗЛИЧНЫМ КРИТЕРИЯМ	489
0569	НЕИНВАЗИВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИОКАРДИТА В СОПОСТАВЛЕНИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИОКАРДА	489
0570	МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	490
0571	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНОЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	491
0572	ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ РАЗНЫХ ФЕНОТИПАХ ОЖИРЕНИЯ	492
0573	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА НЕРАСПОЗНАННОЙ ПРИ ЖИЗНИ	493
0574	ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ИБС В 3-Х СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ).	493
0575	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	494
0576	СУТОЧНЫЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	495
0577	ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СПЕКТР ЛИПИДОВ МЕМБРАН ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	496
0578	КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.	497
0579	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	497
0580	ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	498
0581	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В Г.ЯКУТСКЕ.	499
0582	ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРОАЗРЕШЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ	500
0583	ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ БЛОКАД У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	501
0584	НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ЛИЦ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ В ПОПУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ ДОМАШНИХ ИЗМЕРЕНИЙ ДАВЛЕНИЯ.	501
0585	ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА АССОЦИИРОВАНЫ С ДЛИНОЙ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТОВ	502
0586	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	503
0587	ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	504

0588	ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОПАФЕНОНОМ	504
0589	ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА НА ЭВОЛЮЦИЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	505
0590	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОКЛАПАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ	506
0591	СТЕНООККЛЮЗИРУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРЕДИКТОР ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	506
0592	РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT	507
0593	АССОЦИАЦИИ ОСТЕОКАЛЬЦИНА И ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ БИОМАРКЕРАМИ В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.	508
0594	ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ.	509
0595	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ	510
0596	ОСТРАЯ КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ	510
0597	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНЕ АЛЬФА-ГАЛАКТОЗИДАЗЫ А.	511
0598	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ	512
0599	ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	512
0600	КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	513
0601	ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС У ГЕРОНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА.	514
0602	ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 60 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА.	515
0603	ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	516
0604	АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	517
0605	ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИСТРА (НА ПРИМЕРЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)	518
0606	СЕРИЯ СЛУЧАЕВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST	518
0607	ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЗАВИСИТ НЕ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА СТЕНТИРОВАНИЕ, А ОТ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОСТИ..	519
0608	ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ РЕСТЕНОЗ, СЛУЖИТ ПРИЧИНОЙ ПОВТОРНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СИРОЛИМУС-СОДЕРЖАЩИХ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ..	520
0609	РИСК РАЗВИТИЯ МАКРОАНГИОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА	521
0610	ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ	521
0611	НАРУШЕНИЕ СНА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	522

0612	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ – ЭКОНОМИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ.	523
0613	ДИНАМИКА МОТИВАЦИИ И ГОТОВНОСТИ К КОНТРОЛЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	524
0614	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК С ПРИЗНАКАМИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	525
0615	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИПРАГМАЗИИ И ПОЛИТЕРАПИИ В КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	525
0616	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	526
0617	ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ.	527
0618	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	528
0619	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.	528
0620	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЦА ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	529
0621	РАЗРАБОТКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК.	530
0622	ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ЛИЗИНОПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	531
0623	КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ КАРТИНА АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА И СИСТЕМА ГЕМОРЕОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ	532
0624	ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ МОГОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ.	533
0625	КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МАРФАНОВИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ	533
0626	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II – III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА	534
0627	МИНЕРАЛЬНЫЕ И КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	535
0628	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	536
0629	СТОИМОСТЬ БОЛЕЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	537
0630	АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ	537
0631	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОДВИЖНОГО СОСТАВА.	538
0632	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ДЕФОРМАЦИОННЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ STEMI	539
0633	ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ.	540
0634	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	541
0635	ВЛИЯНИЕ МНОГОСОСУДИСТОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	541
0636	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	542

0637	ОТНОШЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ FGF-2 / TGF- β 1 В ЭНДОТЕЛИАЛЬНОМ СЛОЕ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	543
0638	КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ МНОГОКОМПОНЕНТНУЮ ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ.	544
0639	ПОВЫШЕНИЕ ТОЧНОСТИ И ИНФОРМАТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ НОВЫМ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ФАЗОВОГО АНАЛИЗА СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА.	544
0640	ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА ПРИ СТРЕССЕ	545
0641	ЭКСПРЕССИЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ В ПРЕДСЕРДИЯХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	546
0642	ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.	547
0643	ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ХОРТОНА	548
0644	РАБОТА ИНФАРКТНОГО БЛОКА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.	548
0645	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	549
0646	СОСТОЯНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗРЫВОМ СЕРДЦА.	550
0647	ТОЛЩИНА ВИСЦЕРАЛЬНОГО, ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	551
0648	ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ	551
0649	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	552
0650	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ХАРАКТЕРИСТИК АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	553
0651	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ ПРАВОГО КОРОНАРНОГО СИНУСА.	554
0652	МОДЕЛЬНЫЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ НАГРУЗКИ НА ЛЕВЫЙ И ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	554
0653	МЕХАНИЧЕСКИЙ СТРЕСС ЭНДОТЕЛИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	555
0654	ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ	556
0655	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ	557
0656	ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДБОРА ДОЗЫ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.	558
0657	БИОМЕХАНИКА СОКРАЩЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	558
0658	КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	559
0659	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА СОСТОЯНИЯ ГЛИКЕМИИ	560
0660	ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	561

0661	КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	562
0662	НОВЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	562
0663	КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНДАКАТЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ	563
0664	ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА	564
0665	ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	565
0666	ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2	566
0667	ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОНЬКОБЕЖЦЕВ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ПОКАЗАТЕЛЮ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ТИПУ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА СТАНДАРТНУЮ НАГРУЗКУ	566
0668	ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ В ПЕРИОД ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СТВОЛОВЫХ КРОВЕТВОРНЫХ КЛЕТОК	567
0669	НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	568
0670	РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА	569
0671	ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ	570
0672	PRO12ALA ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АКТИВАТОРОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПЕРОКСИСОМ Г И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	570
0673	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС.	571
0674	ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.	572
0675	ВЛИЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	573
0676	ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ FGB, ITGA2, ITGB3, PAI-1 В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.	573
0677	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	574
0678	ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	575
0679	ПРЕДГИПЕРТОНия У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ЧАСТОТА И АССОЦИАЦИЯ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА.	576
0680	ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕАТИНА В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	577
0681	ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕННОСТИ К ОСНОВНЫМ ДЕЗАГРЕГАНТАМ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	577
0682	СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	578
0683	ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ	579
0684	КОМПЛЕКС ПРОГРАММ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТА С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ	579

0685	ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	580
0686	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	581
0687	ВЗАИМОСВЯЗЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 ТИПА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАТОРАМИ РИСКА И ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ . . .	582
0688	ПАЦИЕНТЫ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ: СОСТОЯНИЕ ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ ТРЕВОЖНОСТИ . .	583
0689	ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ФОКУС НА ОСТЕОПОРОЗ	584
0690	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ	584
0691	ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ CYP2C9 И VKORC1 У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.	585
0692	АССОЦИАЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС С СУБЪЕКТИВНО-ОБЪЕКТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ	586
0693	ПАНТОГЕМАТОГЕН И ПЧЕЛИНОЕ МАТОЧНОЕ МОЛОЧКО В КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СПОРТСМЕНОВ	587
0694	МЕТОДЫ НЕЙРОТРОПНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	587
0695	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХО-КАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	588
0696	ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ	589
0697	ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРАХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	590
0698	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРАКСАНА В КОНТРОЛЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ	591
0699	РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ [ВЖИВАННЯ] ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИН/ЛИЗИНОПРИЛ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ [ИЗ] ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК	592
0700	ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	593
0701	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА LIPC (C514T) НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	593
0702	ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ АНЕМИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	594
0703	СВЯЗЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ГОМОЦИСТЕИНА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.	595
0704	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ	596
0705	ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	597
0706	О КЛАССАХ КИБЕРБЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ	597
0707	ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	598

0708	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА	599
0709	ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.	600
0710	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОКСПСТ.	601
0711	РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ БОЛЕЗнь СЕРДЦА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ	601
0712	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ С ИНГИБИТОРАМИ АПФ И БЕТА - АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У ЖИТЕЛЕЙ ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ АЗИАТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	602
0713	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОЧЕТАНИИ КОМПОНЕНТОВ.	603
0714	СОСТОЯНИЕ ИМУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДИФFUЗНЫМ МИОКАРДИТОМ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	604
0715	РЕГИСТР ПО ПРИМЕНЕНИЮ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ТРОМБОЗЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С «НЕКЛАПАННОЙ» ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ/ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ. . .	605
0716	ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА . . .	605
0717	СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ, КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ В РЕГИОНАХ РФ	606
0718	ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА.	607
0719	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЗАМЕНЫ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	608
0720	ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.	609
0721	ВЛИЯНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.	610
0722	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОДЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЛЯ МУЖЧИН 60 ЛЕТ И СТАРШЕ С ИБС (ПО МАТЕРИАЛАМ 18-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)	610
0723	КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАЗАМИ НЕВРОЛОГА.	611
0724	СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	612
0725	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОТЕЛИНА 1 А И В И РИСК ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.	613
0726	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ, У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.	614
0727	ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ	614
0728	ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.	615
0729	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ RS10519210, RS1739843, RS6787362, КАК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	616
0730	АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС, ОСЛОЖНЕННЫХ АРИТМИЯМИ	617
0731	ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИСТРА ХСН НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ	617

0732	ВЛИЯНИЕ КАНДЕСАРТАНА НА ЛИНЕЙНЫЕ РАЗМЕРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.	618
0733	ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ IL-1В В ВОРОТНО-ПЕЧЕНОЧНОМ СОСУДИСТОМ РЕГИОНЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХОБЛ.	619
0734	ВНЕДРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИБС В ЕДИНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.	620
0735	ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СТОЙКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	621
0736	ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (5-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА)	621
0737	ЗАВИСИМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТ ВЫБОРА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	622
0738	РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ БЬЮЩЕГОСЯ СЕРДЦА	623
0739	МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ БЬЮЩЕГОСЯ СЕРДЦА	624
0740	ПОВЕРХНОСТНОЕ ЭКГ- КАРТИРОВАНИЕ В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ФЕНОМЕНОМ РАЗДЕЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ.	624
0741	СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ (2013).	625
0742	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	626
0743	К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ КАМПАНИИ « ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ» В РОССИИ	627
0744	ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	627
0745	ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА С ХАРАКТЕРОМ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	628
0746	УРОВНИ АДИПОНЕКТИНА И РЕЗИСТИНА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	629
0747	ЭФФЕКТИВНАЯ РЕНАЛЬНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СОПРОВОЖДАЕТСЯ УЛУЧШЕНИЕМ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ	630
0748	ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.	631
0749	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	632
0750	ГАЛЕКТИН-3 В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.	632
0751	АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И УРОВНЕМ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.	633
0752	МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА	634
0753	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ	635
0754	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОНТЕКСТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	635
0755	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС, ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИНСУЛЬТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕРИДИАН-РО).	636

0756	ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	637
0757	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСАРЕЛТО У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ КАРДИОВЕРСИИ	638
0758	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНОЗИРОВАННЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ	638
0759	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРЕПОДАВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	639
0760	ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ АНЕВРИЗМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ	640
0761	ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ПРИЕМА БИСОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА	641
0762	АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГKB №1 Г. НАЛЬЧИКА)	642
0763	СОЗДАНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ОСНОВАННАЯ НА «НОВЫХ» БИОМАРКЕРАХ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	642
0764	ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ	643
0765	РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ИНТЕНСИВНЫМИ РЕКТАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.	644
0766	АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	644
0767	АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	645
0768	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН	646
0769	ЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	647
0770	ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	648
0771	ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.	648
0772	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q	649
0773	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ОБЪЕМНОЙ СИГМОГРАФИИ	650
0774	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ОРАЛЬНО ДИСПЕРГИРУЕМОЙ ФОРМЫ ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ	651
0775	ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	651
0776	КОМОРБИДНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.	652
0777	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	653
0778	РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА В ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ	654
0779	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	654

0780	ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В КАРДИО-РЕНОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ IG-A НЕФРОПАТИЕЙ	655
0781	РАННИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ПОЧЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОПЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	656
0782	НЕДОСТАТКИ АСПИРИНОПРОФИЛАКТИКИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.	657
0783	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГочНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ	658
0784	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ИНДАПАМИД-РЕТАРД, НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОК С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.	659
0785	ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА НА БАЗЕ НУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. МУРОМ ОАО «РЖД»	659
0786	ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	660
0787	ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ	661
0788	ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ	662
0789	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ.	662
0790	ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТОВ И ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ	663
0791	ПСИХОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ.	664
0792	ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ОБЪЕМА ТАЛИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	665
0793	ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	666
0794	ВЫЯВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИНОЗА МЕТОДОМ МСКТ-КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ.	666
0795	«ИЗУЧЕНИЕ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ».	667
0796	ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	668
0797	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ ПРИ РАЗНЫХ ФЕНОТИПАХ ОЖИРЕНИЯ	669
0798	СОВРЕМЕННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МОТИВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ С ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫМ ПОДХОДОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ	670
0799	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕЛЬДОНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СТАТУС И СТРУКТУНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ	671
0800	ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПРИ ЕГО САМОКОНТРОЛЕ.	671
0801	РОЛЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ	672
0802	СТРУКТУРНЫЕ МАРКЕРЫ ГЕНОВ APOB, LDLR, PCSK9 В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА	673

0803	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	674
0804	ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ - ТЕХНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	675
0805	ГОСПИТАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	676
0806	ДИНАМИКА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.	677
0807	КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-3).	678
0808	КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-3)	679
0809	ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ И ГОСПИТАЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (РЕГИСТР РЕКОРД-3).	680
0810	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД-1 И РЕКОРД-3).	681
0811	ГОСПИТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ И ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД-1 И РЕКОРД-3).	682
0812	СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРНОЙ МОДЕЛИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ	683
0813	ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ, НАБЛЮДАЕМЫЕ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ	684
0814	ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СЧИТАЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ	684
0815	ПРЕИМУЩЕСТВА ХРОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАХТОВОГО ТРУДА В ЗАПОЛЯРЬЕ	685
0816	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОФЛУМИЛАСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	686
0817	КЛИНИКО - ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ВРАЧЕБНОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УЧАСТКЕ	687
0818	ДОПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕХНОЛОГИЯМИ ON-LINE СИНТЕЗА ТЕРАПИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	688
0819	МАТЕМАТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ – СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ	688
0820	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВУХ ВНУТРИГРУДНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	689
0821	НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В СОЧЕТАНИИ С КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ	690
0822	КОРОНАРОНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ЛЕВОСТОРОННЮЮ ПЕРЕДНЕ-БОКОВУЮ ТОРАКОТОМИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС	691
0823	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	692
0824	ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ РИГИДНОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.	692
0825	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕВЯЗКИ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ OFF-PUMP	693
0826	РЕПЕРFUЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	694

0827	РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	694
0828	ПЕРВЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	695
0829	РЕАКТИВНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ В ОТВЕТ НА ГИПЕРКАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	696
0830	СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ RUSSIAN HOSPITAL HEART FAILURE REGISTRY	697
0831	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ С ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИИ ДУГИ АОРТЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	698
0832	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРИМЕТАЗИДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРКУТАННУЮ ТРАНСЛЮМИНАРНУЮ КОРОНАРОАНГИОПЛАСТИКУ	698
0833	ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	699
0834	ДИАГНОСТИКА ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АППАРАТА ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ	700
0835	ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	701
0836	КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	702
0837	COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY WITH RAMIPRIL AND MOXONIDINE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME	702
0838	PREDICTORS OF SUPER-RESPONSE TO CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY AND ASSOCIATED IMPROVEMENT IN CLINICAL OUTCOME THE MADIT-CRT STUDY	703
0839	WEB BASED SIMULATORS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM FOR MEDICAL EDUCATION	704
0840	EFFECTIVENESS OF PERINDOPRIL/AMLODIPINE FIXED DOSE COMBINATION IN HIGH CARDIOVASCULAR RISK PATIENTS	705
0841	MINITHORACOTOMY AND MINISTERNOTOMY VERSUS STANDARD FULL STERNOTOMY FOR CARDIAC SURGERY: FIVE YEARS EXPERIENCE	706
0842	CHRONOBIOLOGICAL FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION	706
0843	ANGIOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM AND CORONARY ARTERY DISEASES	707
0844	LIMITATIONS IN USING BETA BLOCKERS IN THE MANAGEMENT OF HEART FAILURE DUE TO COMORBIDITIES- AN INDIAN SCENARIO	708

0001

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдуллаев А. А., Колмакова К. А., Исламова У. А., Ильясова У. Г.

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

Цель: Определить частоту факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и приверженность лечению пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: У 82 пациентов с артериальной гипертензией (38 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 36 до 82 лет (средний возраст – 60,7±8,6 лет), находящихся на стационарном лечении в Республиканской больнице №2 (Махачкала) собраны данные по анкете, составленной нами, с перечнем вопросов, касающихся антропометрических данных, результатов расспроса и сведений из результатов диагностических и лечебных мероприятий. Риск ССО оценивали по шкале SCORE.

Результаты: Среди факторов, способствующих повышению АД избыточная масса тела выявлена у 40%, ожирение I ст. – у 33%, II ст. – у 9% и III ст. – у 2% пациентов. У 62% пациентов имели место высокий и очень высокий, у 31% – умеренный и у 7% – низкий риски развития ССО. Свой уровень общего холестерина знали только 29 пациентов (35%). Уровень холестерина менее 4,2 ммоль/л имели 4%; 4,2-5,0 – 18%; 5,0-6,0 – 27% и 6,0-7,2 – 37% пациентов. 75% опрошенных пациентов нарушают режим приема препаратов, причем 34% из них принимают препараты только при ухудшении самочувствия. При сравнении данных, полученных при опросе мужчин и женщин, последние оказались более приверженными лечению – соблюдали режим приема препаратов независимо от их самочувствия. Наиболее часто используемыми антигипертензивными препаратами были бета-адреноблокаторы (48%), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (39%), диуретики (19%) и антагонисты кальция (17%). Очень редко использовались блокаторы рецепторов ангиотензина II – сартаны. Статины принимают только 20% пациентов, нуждающихся в лечении ими.

Выводы: Выявлена большая доля пациентов с избыточной массой тела и ожирением I ст., с высоким и очень высоким риском ССО, с низкой приверженностью лечению. Неоправданно редко назначаются антигипертензивные средства из группы диуретиков и сартаны. Недостаточное соблюдение стандартов лечения объясняется низким обеспечением лечебно-профилактических учреждений необходимыми лекарственными средствами.

0002

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРЕХМЕСЯЧНОЙ МОНОТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЗОФЕНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Абдуллаева Г. Ж., Срождинова Н. З., Хамидуллаева Г. А., Шакирова Н. Ш., Хафизова Л. Ш., Турсунова Н. Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии Ташкент, Узбекистан

Цель: Сравнить гипотензивную и вазопротективную эффективность трехмесячной монотерапии эналаприлом и зофеноприлом у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 88 больных артериальной гипертензией (АГ) I-II степени (ESH/ESC, 2013), из которых 58 больным назначался препарат эналаприл (I группа) и 30 больным – зофеноприл (II группа). Длительность приема составила 3 месяца. Средний возраст больных I группы составил 47,10±8,22 лет, средняя длительность АГ составила 5,88±3,77 лет. Средний возраст больных II группы составил 49,93±9,0 лет, средняя длительность АГ составила 5,07±4,38 лет. Для определения функции

эндотелия проводился тест с реактивной гиперемией. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии ($\Delta D\%$). Толщину комплекса интима/медиа (КИМ) общей сонной артерии оценивали методом дуплексного сканирования. Измерение проводилось датчиком 7,5 МГц на аппарате ультразвуковой системы «En VisorC» («PHILIPS», Голландия). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 6.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты: В результате анализа была показана высокая гипотензивная эффективность в обеих группах, без особых различий. Так, САД снизилось в I группе на $18,14 \pm 7,29\%$, ДАД на $18,28 \pm 8,03\%$, АДср на $18,69 \pm 7,14\%$; во II группе на $19,53 \pm 5,93\%$, $18,64 \pm 7,18\%$, $19,05 \pm 6,14\%$ соответственно. При этом была отмечена значительная положительная динамика ЭЗВД в обеих группах. В I группе ЭЗВД составило: до лечения – $8,0 \pm 3,1\%$, после лечения – $10,03 \pm 3,89\%$ ($p = 0,02$); во II группе: до лечения – $9,86 \pm 3,82\%$, после лечения – $14,13 \pm 6,17\%$ ($p = 0,000$). Однако, достоверное уменьшение толщины КИМ было отмечено на фоне монотерапии эналаприлом: до лечения – $0,94 \pm 0,20$ мм, после лечения – $0,85 \pm 0,16$ мм ($p = 0,009$) в сравнении с группой монотерапии зофеноприлом: $1,0 \pm 0,30$ мм, после лечения – $0,91 \pm 0,24$ мм ($p > 0,05$).

Закключение: Была показана высокая гипотензивная эффективность на фоне трехмесячной монотерапии эналаприлом и зофеноприлом. Результаты исследования показали некоторые преимущества эндотелийпротекции на фоне монотерапии эналаприлом в сравнении с зофеноприлом, что выразилось в достоверном уменьшении толщины КИМ на фоне монотерапии эналаприлом.

0003

ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ АЛЬБУМИНОВ И СИСТЕМЫ NO В ТРОМБОЦИТАХ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Абдуллаев А. К., Мавлянов И. Р.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель: Изучения взаимодействия клубочковой фильтрации, тромбоцитарного NO и функциональной состоянии альбуминов у больных ИБС в зависимости от уровня МК.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 46 больных ИБС в возрасте от 38 до 60 лет. Мужчин было 21, женщин 25. Больные в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы: I группа, 22 больных с ИБС и ГУ, II группа – 24 больных с ИБС без ГУ. Содержание мочевой кислоты в крови определяли общепринятым методом (В.В. Меньшикова). Оксид азота в тромбоцитах определяли по методу С.С. Паунова. Клубочковую фильтрацию определяли с помощью пробы Реберга. Транспортную функцию альбуминов крови изучали *in vitro* с помощью меченной тритием препарат: дроверин, фуросемид, преднизолон, этамбутол и изониазид Контролем служили 15 здоровых добровольцев. Статистический анализ полученных результатов проводили с помощью стандартного пакета STATISTICA 6.0.

Результаты: Полученные результаты показывают, что у больных I группы уровень тромбоцитарного оксида азота (NO) и активности NO – синтазы по сравнению с контрольной группой снижается на 24,6% и 31,1%, а во II группе – на 11,2% и 4,2%, соответственно. Активность iNOS и содержание ONOO в тромбоцитах крови больных I группы по сравнению с контрольной повышается на 33,5% и 33,3%, а во II группе – на 10,9% и 44,3%, соответственно. При изучении клубочковой фильтрации выявлено, что у больных I группы ее значение снижается по сравнению с контрольной группой на 33,5%. В то же время у больных II группы, наоборот, повышается на 17,4%, соответственно.

Результаты проведенного исследования показывают, что у больных ИБС в значительно изменяется транспортная функция альбумина. При этом у больных ИБС в связи дроверина, фуросемида, преднизолона, этамбутола и изониазида снижается соответственно на 23,5% 48% 38,3%, 46% и 42,7% раз по сравнению с контролем. При распределены больных в зависимости от уровня МК крови наблюдается отчетливые изменения в показателях лекарств. У больных I-группы дроверин, фуросемид,

преднизолон, этамбутол и изониазид по сравнению здоровыми меньше связывается с альбумином соответственно на 36%, 49,3%, 45,1%, 48,3% и 55,2%. В тоже время у больных 2 – группы эти препараты меньше связались на 17,9%, 36,6%, 29,6%, 27,3% и 31,9%. Полученные результаты показывают при ИБС в не зависимо от уровня МК наиболее выражена нарушается связывание фуросемида и изониазида. Следовательно, по показателям среднего значения можно сказать, что повышение уровня МК благоприятно воздействует на связывающей способности альбумина крови. Однако, более глубокий анализ полученных результатов с учетом стандартной ошибки, стандартных отклонений, доверительных интервалов, показывают у больных ИБС происходит значительные конформационные изменения в структуре альбумина. Повышение уровня МК крови способствует снижению гибкости, скручиванию и раскручиванию молекулы альбумина, изменения мест и центров связывания в молекуле альбумина.

Выводы: 1. У больных с ИБС сопровождающихся с ГУ, в отличие от больных с ИБС без ГУ отмечается подавление фильтрационно-реабсорбционного потенциала почек, что коррелируется с более выраженными сдвигами в системе NO тромбоцитов крови

2. Использованный метод для определения связывающей способности альбумина крови *in vitro* у больных ИБС дает возможность представить взаимодействия центров связывания и изменениях фармакокинетических показателей препаратов.

0004

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СОДЕРЖАНИЯ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Мавлянов И. Р., Абдуллаев А. К.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель: Изучить особенности эндотелиальной дисфункции тромбоцитов крови и определить содержание сывороточного альбумина и состояние тромбоцитарного звена гемостаза у больных гипертонической болезнью в зависимости от уровня мочевой кислоты в крови.

Материалом для исследования явились 43 больных гипертонической болезнью (ГБ). Возраст больных от 35 до 60 лет. Мужчин было 21, женщин было 22. Содержание альбумина определяли биохимическим методом с помощью реактива фирмы «Агат», уровень мочевой кислоты (МК) определяли энзиматическим колориметрическим методом. Состояние тромбоцитарного звена определяли по показателям NO и NO –синтазы iNOS и ONOO в тромбоцитах, которые определяли по методу С.С. Паунова. Больные в зависимости от уровня МК были разделены на 2 группы. I группу составили 25 больных, у которых уровень МК был в пределах нормальных значений. II группу составили 18 больных с повышенным уровнем МК т.е. с гиперурикемией (ГУ). Контрольной группой служили 15 здоровых людей.

Результаты: Полученные результаты показывают, что у больных I группы уровень NO и NO –синтазы по сравнению с контрольной группой снижались на 20,8% и 10,1%, а во II группе – соответственно на 36,5% и 32,2%. Содержание iNOS и ONOO в тромбоцитах в I группе повышались соответственно на 8% и 19%, а во II группе — на 31,7% и 28,6% соответственно по сравнению с контрольной группой.

Полученные результаты показывают, что у больных ГБ I группы и II группы содержание альбумина составляет соответственно 43% и 34% от общего пула белков сыворотки. В то же время в этих группах альбумин снижался на 32,3% и 47,5% соответственно по сравнению контрольной группой.

В то же время среднее содержание альбуминов у больных ГБ снижалось от контрольного значения на 39,5%. Следовательно, у больных ГБ содержание альбумина имеет тенденцию к снижению, а включение гиперурикемии к данным патологиям способствует ещё большему снижению содержания белка, которого необходимо учитывать при разработке тактики лечения. Кроме того, у больных с ГБ в тромбоцитах крови изменение показателей системы NO находится в определенной зависимости от уровня МК в крови. Наиболее выраженные сдвиги отмечаются среди больных с высоким уровнем МК.

Таким образом, повышение уровня мочевой кислоты способствует снижению концентрации альбумина крови, вследствие которого, возможно, происходит выраженные изменения в системе NO тромбоцитов.

Выводы: 1. У больных ГБ имеет место снижение уровня альбуминов крови и нарушения в показателях системы NO тромбоцитов.

2. Нарушение функционального состояния тромбоцитов связано со снижением содержания альбумина крови, выраженность которого зависит от уровня МК крови.

0005

РИСК КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К., Касимова Г.М.

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

Цель: Изучение состояния сосудистой стенки и маркеров воспаления и у больных с артериальной гипертензией(АГ) в сочетании с ревматоидный артрит(РА), имеющих различные нарушения обмена.

Материалы и методы: Проводили ультразвуковое исследование почек, сосудов, холтеровское мониторирование артериального давления(АД). В сыворотке крови определяли общий холестерин(ОХС), триглицериды, ХС липопротеидов высокой плотности(ХСЛПВП) и низкой плотности(ХСЛПНП), фактор некроза опухоли- α (ФНО α), С-реактивный белок(СРБ), интерлейкин-6(ИЛ-6), эндотелиальную функцию(по манжеточной пробе, NO-синтаза, NO2 и NO3).

Результаты: Установлена высокая частота кардиоваскулярных заболеваний у пациентов с РА. У большинства больных диагностика АГ происходит на фоне уже имеющего РА, увеличивались случаи АГ с увеличением продолжительности РА и активности заболевания. Чаще выявлена дислипидемия, изменения толщины интима-медиа сонных артерий, эндотелиальная дисфункция(ЭД). Эссенциальная АГ сочеталась с высокими концентрациями СРБ, ИЛ-6, ФНО- α . Воспаление сосудистой стенки снижает ее эластичность независимо от уровня АД. У пациентов с РА ухудшается эндотелиальная функция, уменьшается эластичность сосудов. При этом наиболее важный и решающий вклад оказывают показатели воспаления, особенно СРБ. АГ у пациентов с РА ассоциировалась с субклиническими и клиническими проявлениями атеросклероза сонных артерий. АГ выявлена у 1/3 больных РА без клинических проявлений метаболического синдрома. АГ и её частота зависела от продолжительности РА. На развитие РА влияли факторы, связанные с самим заболеванием (длительность и тяжесть РА, повышение уровней воспалительных маркеров). Течение РА, повышение АД имели тесную связь не только с хроническим воспалением и аутоиммунным процессом, но и с метаболическими нарушениями. Длительный прием нестероидных противовоспалительных средств сопровождался негативными изменениями суточного АД и увеличением числа пациентов нон-дипперов. Повышение АД и метаболические нарушения(особенно гиперлипидемия) усиливают механическое повреждение стенки сосудов и вызывают ЭД. Эти изменения оказывают также негативное влияние на пораженные суставы. Установлена прямая связь между АД, его изменениями в течение суток и концентрацией изученных показателей воспаления в крови больных. Сочетание заболеваний определяет появление специфических особенностей в течении, патогенезе и клинической картине как АГ, так и РА, а метаболические нарушения требуют выработки своевременной и адекватной тактики лечения этой категории пациентов.

Выводы: Высокая частота встречаемости АГ у больных РА требует контроля уровня АД у всех больных РА для наиболее ранней диагностики и своевременной коррекции АГ, что позволит снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

0006

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Мухамедова М. Г., Турсунов Р. Р.

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

Цель: Изучить влияние статинов на некоторые маркеры воспаления и липидный спектр у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции.

Материалы и методы: У больных (32) ИБС: стабильной стенокардией II и III функционального класса (средний возраст $52,4 \pm 5,3$ года) узбекской популяции до и в динамике лечения аторвастатином или розувастатином на фоне стандартной терапии (антиагреганты, ингибиторы АПФ, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, при необходимости — нитраты) определяли липидный спектр (холестерин (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкин-6 (ИЛ-6) («Humalyaser 2000», «Humareader Single» и «Humacloed-DUO») и гены HMGCR и ApoE методом полимеразно-цепной реакции.

Результаты: Аторвастатин приводил к достоверному снижению содержания СРБ по сравнению с исходным на 28% ($p < 0,05$), ИЛ-6 — на 26% ($p < 0,05$) и ФНО- α на 32,1% ($p < 0,05$). Изучение липидов показало, что уровень ХС снизился на 39,6% ($p < 0,05$), ХС ЛПНП — на 48,1%. Уровень ХС не ЛПВП хорошо коррелировал с содержанием аполипопротеина (апо)В. Изменения уровня антиатерогенного ХС ЛПВП на фоне терапии аторвастатином были не столь выражены (около 6%). Препарат снизил содержание ТГ на 32% ($p < 0,05$). В группе больных, принимавших розувастатин, благоприятное влияние на изученные показатели было более выраженным. Статины оказали противовоспалительное и гиполипидемическое действие, т.е. препараты влияют на важные патогенетические звенья развития атеросклероза и ИБС. Это действие выражается в уменьшении синтеза медиаторов воспаления — СРБ, ИЛ-6, ФНО- α , и положительном влиянии на уровень липидов сыворотки крови. Противовоспалительный эффект статинов проявляется уже в течение первых недель (14-м днем), и этот эффект, по-видимому, не связан со снижением уровня ХС ЛПНП, чем можно объяснить относительно быстрое наступление клинического эффекта при применении статинов. Состояние больных значительно улучшилось, что проявилось в уменьшении приступов стенокардии, снижении количества потребляемых нитратов, повышении качества жизни. Положительные результаты связаны со стабилизацией атеросклеротической бляшки, предотвращением ее повреждения и формирования тромбоза за счет гиполипидемических и плейотропных эффектов статинов. Предварительное изучение генов HMGCR и ApoE, участвующих в регуляции метаболизма липидов и статинов, для оценки клинического ответа статинотерапии позволили подобрать адекватные дозы аторвастатина и розувастатина для включенных в исследование больных ИБС узбекской популяции.

Выводы: При назначении медикаментозной терапии, особенно статинов, необходимо учитывать индивидуальные генетические особенности пациента, что позволит добиться максимальной эффективности, исключая развитие осложнений и побочных эффектов.

0007

ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Абзалова Г. Ф.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия;

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» Россия, Казань.

Цель: Изучить состояние внутрисердечной гемодинамики у больных с ИБС до, через 7 дней и 4 месяца после коронарного шунтирования.

Материалы и методы: Было обследовано 104 человека (25 женщин и 79 мужчин), страдающих ИБС от 39 до 85 лет, имеющих поражение 1-2-х и более 3-х коронарных артерий (КА). У всех больных выявлены гемодинамически значимые стенозы артерий, причем у 47 б-х - окклюзия сосудов различной локализации, у 12-и - стеноз ствола левой КА более 80%, 44,6% пациентов не имели инфаркт миокарда в анамнезе, 55,4% — с постинфарктным кардиосклерозом. Всем больным проводилось аорто-коронарное (АКШ) или маммаро-коронарное шунтирование (МКШ) с наложением 1-2-х (36,1%) и более 3х шунтов (63,9%). 1-ой группе больных (74 чел.) КШ проводилось в условиях искусственного кровообращения (ИК) и фармако-холодовой кардиopleгии (ФХКП); во 2-ой (30 чел.) — на бьющемся сердце (ОРСАВ). Пациенты также были распределены на две подгруппы: 42 человека, не имевшие в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ), и 62 больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). Группы были сопоставимы по тяжести поражений коронарных артерий, наличию сопутствующих заболеваний, полу и возрасту. Всем пациентам до, через 7 дней и 4 месяца после КШ были исследованы параметры сердечно-сосудистой гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) анализатором параметров кровообращения АПКО-8-РИЦ (фирма «Сетал», г. Казань).

Результаты: Анализ гемодинамических параметров показал, что в 1-ой группе больных в подгруппе с ПИКС через 7 дней после операции: сердечный выброс (СВ) уменьшался на 4%, сердечный индекс (СИ) — на 3,6%, ударный объем (УО) — на 19,5% ($p < 0,05$), ударный индекс (УИ) — на 16,6% ($p < 0,05$), мощность сокращения ЛЖ — на 22,6% ($p < 0,05$). Через 4 месяца СВ возрастал на 8% ($p < 0,05$), СИ на 7,4%, УО снижался на 4%, УИ — на 3%, мощность сокращения ЛЖ на 3%. А в подгруппе больных без ИМ на 7-е сутки после операции УО снижался на 17,6% ($p < 0,05$), УИ на — 14,8% ($p < 0,05$), мощность на 9,9%, СВ на 2%, СИ на 3,6%. Через 4 месяца СВ возрастал на 15,4% ($p < 0,05$), СИ на 17,8% ($p < 0,05$), УО на 10,2%, УИ на 11,5%, мощность ЛЖ на 9,4%. Во 2-й группе больных в подгруппе с ПИКС на 7-е сутки показатели СВ и СИ не изменились, УО уменьшился на 11,3%, УИ — на 9,5%, мощность ЛЖ на 4%. Через 4 месяца после КШ СВ возрос на 9,8%, СИ на 12,4%, УО уменьшился на 4,2%, УИ на 2,9%, мощность ЛЖ возрос на 7,6%. В подгруппе без ПИКС на 7-е сутки после операции СВ возрастал на 15% ($p < 0,05$), СИ на 7,7%, УО на 9,4%, УИ на 12,4%, мощность ЛЖ на 14,3%. Через 4 месяца СВ возрастал на 35% ($p < 0,001$), СИ на 23% ($p < 0,05$), УО на 24,6% ($p < 0,05$), УИ на 26,3% ($p < 0,05$), мощность ЛЖ на 25% ($p < 0,05$).

Выводы: Метод хирургического лечения достоверно влияет на стабилизацию сердечной гемодинамики. Так, у пациентов с ИБС после КШ на бьющемся сердце, уже через 7 дней после операции наблюдалось достоверное улучшение всех значений инотропной функции сердца, тогда как у больных, которым проводилось хирургическое вмешательство в условиях ИК и ФХКП, в раннем послеоперационном периоде, наоборот, выявлялось снижение практически всех показателей, что, по-видимому, свидетельствовало о кардиодепрессивном влиянии данного метода хирургического вмешательства и необходимости значительно более длительного восстановления сердечно-сосудистой гемодинамики после КШ, проводимого в условиях ИК). Перенесенный ОИМ существенно замедлял восстановление инотропной функции сердца при использовании обоих методов шунтирования. Однако, в группе КШ, выполненном на бьющемся сердце наблюдалось более быстрая стабилизация систолической функции сердца. К 4-му месяцу после КШ наблюдалась положительная динамика показателей сердечной гемодинамики в обеих группах больных. Однако, в группе больных, после КШ в условиях ОРСАВ данные изменения более выражены, чем в группе сравнения

Полученные результаты позволяют оптимизировать реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде в зависимости от метода хирургического лечения, а данные показатели сердечной гемодинамики послужат индикаторами эффективности этих мероприятий.

0008

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Абраменкова Е. М., Микуляк Н. И., Космачев В. В., Хомидов И. Р.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия; ГБУЗ ГКБ СМП им. Захарьина Г.А., Пенза, Россия; ГБУЗ «Пензенский областной центр медицинской профилактики», Пенза, Россия; ГБУЗ «Мокшанская районная больница», Пензенская область, р.п. Мокшан, Россия

Цель: оценка динамики структурно-функциональных параметров сердца в позднем послеоперационном периоде после реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ с созданием компьютерной базы данных историй болезни пациентов, после проведенного маммарно- коронарного шунтирования (МКШ), на базе ФГБУ «Федеральный центр сердечно- сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения РФ, г. Пенза, последующего лечения в отделении «Реабилитации кардиологических больных» ГБУЗ ГКБ СМП им. Захарьина Г.А., г. Пенза в 2012-2015гг. В исследование были включены 48 мужчин, средний возраст $57,33 \pm 6,15$ лет, количеством шунтированных сосудов $1,79 \pm 0,85$, наличием минимум трех протоколов эхокардиографического исследования сердца (включая информацию до операции и через 21 ± 7 дней после проведенной реваскуляризации). Все больные имели признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) I-III функционального класса (ФК) согласно классификации NYHA, развившейся после перенесенного инфаркта миокарда, стенокардии напряжения (I-III ФК), согласно классификации Канадского сердечно- сосудистого общества. Пациенты были разделены на 3 группы, согласно значению фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), 1 группу, с сохранной систолической функцией (ФВ более 55%), составили 28 человек, 2 группу (с ФВ 45- 54%) составили 14 человек, 3 группу (с ФВ 30-44%) — 6 человек. Для оценки достоверности различий между показателями применяли t-критерий Стьюдента, точный метод Фишера. Статистически значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты: Среди пациентов, после проведенной реваскуляризации, отмечена положительная динамика в виде снижения конечного систолического $-3,29\%$ vs $0,6\%$ и диастолического размеров левого желудочка $-3,93\%$ vs $-6,86\%$ соответственно в группах № 2 vs №3, в группе № 1 уменьшения размеров сердца отмечено не было. Хирургическое лечение сопровождалось приростом фракции выброса (Δ , %) у лиц с исходно сниженной ФВ, в группах № 2 и № 3, против группы № 1 (с исходно сохранной ФВ) $+6,99\%$ и $+22,3\%$ vs $-7,2\%$ (различия между Δ , % при $p < 0,05$). Выявлен значительный прирост фракции укорочения средних волокон (Δ , %) в группах № 2 и 3, который составил 3,32 и 20,18% соответственно vs уменьшения значения показателя $-9,06\%$ в группе № 1.

Выводы: Оперативное лечение наиболее позитивно влияет на состояние макроархитектоники сердца и кардиогемодинамических параметров в группах больных с исходно сниженной систолической функцией миокарда.

0009

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Агеенкова О. А., Чудаева О. В.

ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава РФ Россия, Смоленск

Цель: Изучить влияние возраста и индекса масс тела (ИМТ) на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 54 пациента (51 мужчина и 3 женщины) с АГ I-II ст. в возрасте от 18 до 30 лет. На каждого респондента заполнялась специальная анкета, проводилась антропометрия, анализировались факторы риска ССЗ, степень повышения АД. Для анализа уровня АД использовались Российские рекомендации «Диагностика и лечение АГ» (четвертый пересмотр). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты: Средние цифры дневного САД, полученные при СМАД, были достоверно ниже «офисных» на 4,92 мм. рт. ст. ($p < 0,01$), а «офисное» ДАД было выше ДАД за дневное время на 7,13 мм. рт. ст. ($p < 0,000$). Сохранялся двухфазный (день – ночь) суточный ритм с максимальными значениями АД днем и минимальными – ночью. Среднее САД за день было выше среднего САД за сутки на 3,97 мм рт. ст. ($p < 0,000$), ДАД — на 5,77 мм рт. ст. ($p < 0,000$). Среднесуточное САД выше ночного САД на 8,45 мм рт. ст. ($p < 0,000$), ДАД — на 12,94 мм рт. ст. ($p < 0,000$). Необходимо отметить наличие достоверной обратной корреляционной связи между возрастом и ПАД за сутки, за день, за ночь. Регрессионный анализ подтверждает влияние возраста на уровень ДАД. Увеличение возраста на год ассоциируется с увеличением ДАД за сутки на 0,62 мм.рт.ст. (ДАДс = $69,55 + 0,62 * \text{возраст}$, $p = 0,0076$), за день на 0,73 мм.рт. ст. (ДАДд = $72,31 + 0,73 * \text{возраст}$, $p = 0,0028$) и за ночь на 0,53 мм.рт.ст. (ДАДн = $60,91 + 0,53 * \text{возраст}$, $p = 0,05$). Результаты корреляционного анализа зависимости показателей СМАД от массы тела свидетельствуют о прямой корреляционной связи только ИВСАД за ночь. По всем остальным показателям связь между массой тела и показателями СМАД не прослеживалась. Однако, у пациентов с избыточным отложением жировой ткани в абдоминальной области, отмечалась зависимость большего числа показателей СМАД от массы тела. Наличие достоверной связи между ИМТ и САД, ИВСАД за сутки, дневной период; ПАД, ИПСАД за сутки, за дневное и ночное время. Метод регрессионного анализа показал, что ИМТ оказывает влияние на показатели АД. В результате увеличения ИМТ на 1 кг/м² САД за сутки повышается на 0,72 мм. рт. ст. (САДс = $127,002 + 0,72 * \text{ИМТ}$, $p = 0,05$), САД за день повышается на 0,73 мм. рт. ст. (САДд = $133,06 + 0,73 * \text{ИМТ}$, $p = 0,05$). В большей степени ИМТ оказывает влияние на ПАД. Так, при увеличении ИМТ на 1 кг/м² ПАД за день повышается на 1,02 мм. рт. ст. (САДд = $37,19 + 1,02 * \text{ИМТ}$, $p = 0,05$), ПАД за сутки повышается на 0,98 мм. рт. ст. (САДс = $37,69 + 0,98 * \text{ИМТ}$, $p = 0,05$), а ПАД за ночь повышается на 0,93 мм. рт. ст. (САДн = $36,96 + 0,93 * \text{ИМТ}$, $p = 0,05$).

Заключение По результатам исследований установлено, что основные факторы риска ССЗ: возраст и ИМТ оказывают существенное влияние на показатели СМАД у молодых пациентов с АГ.

0010

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У ЖЕНЩИН В ПРЕМНОПАУЗАЛЬНОМ И ПОСТМНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Адилова М. С., Усманов Х. Х., Халимбаева М. А., Абдуллаев Ф. Х.

Центральный госпиталь Министерство Внутренних Дел Республики Узбекистан, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить характерную ангиографическую семиотику поражений коронарных сосудов у женщин в пременопаузальном и постменопаузальном периоде.

Материалы и методы: Коронарная ангиография была проведена на аппарате «SIEMENS AXIOM ARTIS MP» (Германия).

Результаты коронарной ангиографии оценены по типу и по характеру повреждения артерий.

Результаты: Проанализированы результаты данных ангиографии у 40 пациенток (50% женщин в пременопаузе и 50% женщин в постменопаузальном периоде) с первичным диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС). Больные были разделены на 2 группы:

I группу составили 18 (45%) больных ИБС в возрасте 38–45 лет, во II группу вошли 22 (55%) больных в возрасте старше 45 лет, у которых наблюдалась менопауза в течение 3-х лет и более. Критериями включения в исследование было наличие стабильной стенокардии II–III функционального класса,

а так же сосудистых факторов риска (абдоминальное ожирение) — у 10 (25%) больных; отягощенным семейным анамнезом ИБС — у 15 (37,5%); артериальной гипертензией — у 11 (27,5%); сахарным диабетом типа 2 у 4 (10%). Дислипидемия выявлена у 8 (20%) больных. При коронарографии выявлено, что среди больных I группы (у женщин в предменопаузе) изменение коронарных артерий носило характер нарушения коронарного кровообращения по микроциркуляторному типу (“slow flow”), несмотря на наличие нескольких сосудистых факторов риска. Так, у 16 (88,9%) больных этой группы выявлено замедленный кровоток, а у 2 (11,1%) выявлено однососудистое поражение коронарного русла. А у больных II группы выявлено существенное различие повреждения коронарных артерий в сравнение с I группой женщин. Так у 6 (27,3%) больных этой группы выявлено многососудистое поражение коронарных артерий, у 10 (45,5%) выявлено однососудистое поражение, у 6 (27,2%) больных замедленный кровоток “slow flow”. В сравнении у больных II группы с больными I группы, коронарные изменения отличались в типе поражения коронарных артерий.

Выводы: Результаты коронарной ангиографии показали, что изменения коронарных сосудов существенно отличаются у женщин в пременопаузальном периоде от женщин в постменопаузальном периоде, несмотря на наличие нескольких сосудистых факторов риска. У пациенток в этом периоде выявлено микроциркуляторный тип нарушения коронарного кровообращения, а у женщин с наступлением постменопаузы наблюдалось однососудистое и даже многососудистое поражение коронарных артерий, что доказало прогрессирования атеросклероза коронарных артерий (ИБС), у женщин постменопаузальном периоде.

0011

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимова Е. В., Каюмов Р. Х., Гакова Е. И.

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

Цель: Установить популяционные характеристики компонентов метаболического синдрома (МС) у мужчин 25-64 лет г. Тюмени в возрастном диапазоне.

Методологической основой исследования явилось изучение популяционных характеристик компонентов МС – уровней систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), глюкозы в крови, окружности талии (ОТ), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛВП) – среди мужчин 25-34 лет г. Тюмени проводилось в рамках кардиологического скрининга. Выборка для проведения кардиологического скрининга формировалась жестко стандартизованными эпидемиологическими методами – из избирательных списков лиц мужского пола г. Тюмени в количестве 1000 человек, отклик составил 85,0%.

В открытой популяции г. Тюмени установлены уровни САД 111,0 – 153,1 мм рт. ст. По средним уровням и процентильному распределению наиболее низкие цифры САД отмечались у лиц в возрасте 25-34 лет. Уровни САД нарастали от третьего до пятого десятилетий жизни ($p < 0,001$), в шестом десятилетии оставаясь практически стабильным. Стандартизованные показатели уровней ДАД составили 75,1 – 99,0 мм рт. ст. ДАД достоверно нарастало с возрастом в течение всего возрастного периода, соответственно увеличиваясь за изучаемый период в 1,1 раза. Стандартизованные показатели процентильного распределения ОТ составили 80,4 – 105,4 см. Средние значения ОТ были положительно связаны с возрастом. Среднее значение глюкозы среди мужчин 25-64 лет составило 4,8 ммоль/л (стандартизованный показатель). Средний уровень глюкозы достоверно нарастал с увеличением возраста от третьего до четвертого и от пятого до шестого десятилетий жизни, имея в среднем более низкие показатели в возрастных категориях 25-34 и 35-44 лет (4,6 и 4,8 ммоль/л соответственно) по сравнению с общепопуляционным показателем 25-64 лет (4,9 ммоль/л). Выраженная тенденция к увеличению концентрации ТГ с возрастом по средним величинам отмечалась в возрастной категории 45-54 лет ($p < 0,05$). По крайним децилям распределения показатель уровней ХС ЛВП составил 1,1 – 1,8 ммоль/л. Наблюдалось достоверное снижение среднего уровня ХС ЛВП во всем возрастном диапазоне – в чет-

вертом, пятом и шестом десятилетиях жизни. В целом концентрация ХС ЛВП у мужчин г. Тюмени оказалась низкой, с увеличением возраста показатель снизился в 1,1 раза.

Заключение: У мужчин 25–64 лет г. Тюмени наиболее значимыми метаболическими характеристиками оказались систолическое артериальное давление и окружность талии, что определило высокую распространенность АГ и абдоминального ожирения в открытой популяции.

0012

НЕКОТОРЫЕ КОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Акимов А. М., Смазнов В. Ю., Гакова Е. И., Гафаров В. В., Кузнецов В. А.

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

Цель: Изучение отношения к табакокурению и изменению привычек питания у мужчин 25–64 лет открытой популяции г. Тюмени.

Материалы и методы: В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0% – 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы следующие вопросы: «Пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в своем курении?»; «Курите ли Вы больше, чем год назад?»; «Пытались ли Вы делать какие-нибудь изменения в питании?». Вопросы сопровождалась перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

Результаты: 28% мужчин в популяции никогда не курили. В настоящее время не курят 53% мужчин. Предпринимали попытки изменить отношение к курению около 64% мужчин, и около 8% мужчин курят и никогда не пытались бросить курить. В течение года не курили 50,6% мужчин. В старших возрастных группах около 35% мужчин прекращали курить, а количество лиц, пытавшихся бросить или бросивших курить, различалось по возрастным группам статистически незначимо. Отмечалось существенно большее количество бросивших курить в возрасте 55–64 лет сравнительно с прочими возрастными группами. Напротив, в младшей возрастной группе 25–34 лет выявлялось достоверно большее сравнительно с другими возрастными категориями число мужчин, безуспешно бросавших курить.

Пытались изменить питание или соблюдали диету 23,2% мужчин. Весьма незначителен оказался процент лиц, которые изменили питание ради здоровья и в настоящее время соблюдают диету. В младших возрастных группах мужчины чаще отмечали, что им не нужно соблюдать диету.

Заключение: Успех профилактических мероприятий в популяции зависит от готовности населения в них участвовать, а также от готовности к изменению вредных поведенческих привычек и выполнению рекомендаций врача.

0013

ПОРОКИ СЕРДЦА И СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ

Аксенова А. А., Гусева О. А., Карпова Н. Ю., Рашид М. А., Бышов А. А.

ГБОУ ВПО «Российский научно исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
ГБУЗ «Городская больница № 56» Департамента здравоохранения г. Москвы, Российская Федерация

Цель: Выявить распространенность пороков сердца, после перенесенного стрептококкового тонзиллофарингита.

Материалы и методы: Проведено комплексное обследование 386 больных с острым или обострением хронического тонзиллофарингита (ТФ). Диагноз ТФ устанавливался специалистом отоларингологом. Вероятная этиология ТФ определялась с использованием шкалы Centor, включающей 4 клинических признака, каждому из которых соответствовал 1 балл: наличие экссудата в миндалинах и их отечность; увеличение и болезненность передних шейных лимфатических узлов; лихорадка более 38 С в анамнезе; отсутствие кашля. При наличии 1 балла предполагалась вирусная, 2-4 баллов стрептококковая этиология ТФ. Оценка электрической активности миокарда и клапанного аппарата сердца проводилась с использованием ЭКГ и двойного дуплексного эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) Эхо-КГ критериями эндокардита митрального клапана являлись: булавовидное краевое утолщение митральной створки; гипокинез задней митральной створки; митральная регургитация, преходящий куполообразный диастолический изгиб передней митральной створки; эндокардита аортального клапана-краевое утолщение створок клапана, преходящий пролапс створок, аортальная регургитация. Для подтверждения стрептококковой этиологии ТФ проводилось выделение и группирование стрептококка группы-А из зева, определение титров стрептококковых антител (АТ) с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) к антистрептолизину-О (АСЛ-О); А – полисахариду (А-ПСХ); гиалуроновой кислоте (ГК); дезоксирибонуклеазе-В (ДНК-В)

Результаты: Через 2-4 недели после перенесенного ТФ у 30,3% пациентов сохранялись общая слабость, лихорадка, повышение СОЭ, повышение СРБ, лейкоцитоз, в последующем появились артралгии (32%), дискомфорт в сердце (20%), изменения на ЭКГ (33%); неприятные ощущения в животе (9%).

У всех пациентов (100%) сохранялись высокие титры стрептококковых АТ. Указанные признаки были расценены, как проявление постстрептококкового синдрома (ПСС). При последующем наблюдении за больными с ПСС в течении 1-5 лет у 10,3% были выявлены пороки сердца.

Выводы: Всем больным перенесшим ТФ рекомендовано комплексное клиничко-лабораторное обследование с учетом шкалы Centor, определением титров стрептококковых АТ, и динамики ЭхоКГ. При исходно высокой вероятности наличия стрептококковой инфекции (3-4 балла по шкале Centor) рекомендуется системная антибактериальная терапия или тонзилэктомия (по показаниям), без задержки на проведение бактериологического и серологического исследования, с последующим (до 5 лет) динамическим ЭхоКГ обследованием, для своевременного выявления ревматического порока сердца.

0014

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОГО ТИПА Д СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА. СВЯЗЬ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Аксенова К. В., Аргаманян К. С., Винокурова А. С., Мавлетова А. А. Шевелева О. Е.

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень

Цель: Изучить распространенность типа личности Д среди студентов медицинского ВУЗа. Проанализировать поведенческие особенности юношей и девушек с типом личности Д.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 176 студентов медицинского ВУЗа (юношей - n = 55 – 31,3%; девушек - n = 121 – 68,7%) в возрасте 23 ± 3 года. Для определения типа личности Д проводилось анонимное тестирование по опроснику DS – 14. Все респонденты были разделены на 2 группы: с наличием типа личности Д (n = 97 – 55%) и без него (n = 79 – 45,%). В этих группах проанализированы: гендерная принадлежность, семейный статус, наличие ночных смен, ИМТ, наличие вредных привычек (курение). Достоверность результатов оценивалась по программе STATISTIKA 6.0.

Результаты: Тип личности Д выявлен у 55% студентов медицинского ВУЗа от общего числа респондентов, что в два раза выше, чем в популяции. Возможно, это связано с относительно высокой учебной нагрузкой, высоким уровнем социальной ответственности. Обнаружено преобладание типа личности Д среди девушек (58%) ($p > 0,05$). При анализе влияния семейного положения, наличия ночных смен на развитие дистрессорного реагирования было установлено их незначительная роль. При оценке ИМТ наблюдается тенденция студентов с типом личности Д к дефициту массы тела, особенно среди девушек, однако коэффициент достоверности также не высок. Среди студентов с типом личности Д число курящих было достоверно выше ($p < 0,05$).

Выводы: 1. Тип личности Д выявлен у 55% студентов от общего числа респондентов: у 27 из 55 юношей (49%) и у 70 из 121 девушек (57,9%) ($p > 0,05$), что в два раза выше чем в общей популяции, однако, стоит отметить, что общепопуляционные показатели взяты из зарубежных источников.

2. Различий в семейном положении, наличии ночных смен у студентов с поведенческим типом личности Д и без типа Д обнаружено не было, что, возможно, обусловлено молодым возрастом обследуемых. Можно предположить, что в дальнейшем эти критерии станут более значимыми.

3. Среди студентов с типом личности Д отмечается тенденция к снижению массы тела, особенно среди девушек, однако подтверждения достоверности этих данных получено не было.

4. Среди студентов с типом личности Д число курящих было достоверно выше ($p < 0,05$), что позволяет предположить склонность к возникновению зависимостей у людей данной группы.

0015

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСКОМЕТР РАСЧЕТА РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕ КЛАПАННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Аксютин Н. В., Шульман В. А., Никулина С. Ю., Назаров Б. В., Дудкина К. В., Поплавская Е. Е.

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

Фибрилляция предсердий (ФП) регистрируется приблизительно у 1,0-2,0% населения. ФП не только ухудшает качество жизни, но и увеличивает показатели смертности практически в 2 раза. ФП является наиболее значимой причиной кардиоэмболического инсульта. Профилактика тромбоэмболических осложнений ФП – важнейшая проблема современной кардиологии. В шкале CHA2DS2-VASc представлена количественная оценка различных факторов риска возникновения ишемического инсульта, однако в этой шкале не отражены генетические факторы риска развития инсульта вследствие их малой изученности.

Цель: Выявить генетические предикторы развития ишемического инсульта при ФП.

Материалы и методы: Обследовано 43 пациентов с ФП и ишемическим инсультом в анамнезе, 78 пациентов с ФП без ишемического инсульта. Контрольная группа состояла из 188 человек без сердечно-сосудистой патологии. Медиана возраста пробандов с ФП и ишемическим инсультом (58 лет [52; 65]) статистически значимо не отличается от медианы возраста пробандов с ФП без инсульта (62 года [44,75; 71]) и от медианы возраста лиц контрольной группы (59 лет [53; 65,75]). Всем пациентам проведено генетическое исследование.

Результаты: Согласно отношению шансов наличие аллеля А полиморфизма -455G>А гена FGB риск развития ишемического инсульта у больных с ФП увеличивается в 1,7 раз, наличие генотипов с редким аллелем Т в гомозиготном и гетерозиготном состоянии полиморфизма 807C>Т гена GPIa - в 2,5 раз, наличие аллеля С полиморфизма -5T>С гена GPIbа - в 1,9 раз, генотипы с редким аллелем С в гомозиготном и гетерозиготном состоянии полиморфизма -5T>С гена GPIbа - в 2,3 раза, наличие аллеля А полиморфизма 10976G>А гена FVII снижает вероятность развития инсульта в 2,6 раз. Основываясь на полученных результатах был разработан «Клинико-генетический рискметр развития ишемического инсульта при ФП».

Выводы: Гомозиготный генотип AA по редкому аллелю полиморфизма 455G>A гена FGB, гетерозиготный генотип СТ и гомозиготный генотип ТТ по редкому аллелю полиморфизма 807C>T гена GPl α , гетерозиготный генотип ТС и гомозиготный генотип СС по редкому аллелю полиморфизма -5T>C гена GPl β могут быть расценены как генетические предикторы развития ишемического инсульта у больных с ФП. В то же время аллель А полиморфизма 10976G>A гена FVII оказывает, по-видимому, протективный эффект в развитии ишемического инсульта у больных с ФП.

Использование «Клинико-генетического рискметра развития ишемического инсульта при ФП» в практическом здравоохранении позволит улучшить прогнозирование и персонализированную профилактику развития ишемического инсульта у больных с ФП.

0016

ДОЛГОСРОЧНАЯ ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ТЕСТОВ, ПРОВЕДЕННЫХ В РАННЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Акулова О. А.

ТюмГМА, Тюмень, Россия

Общепризнанным является значение определения толерантности к физической нагрузке в диагностике ИБС: выявление депрессии сегмента ST, ее длительность, сопряженная с ангинозными болями, с высокой степенью достоверности свидетельствуют о наличии ИБС. Мощность выполненной работы при нагрузочном ЭКГ-тестировании является одним из самых достоверных маркеров, используемых в оценке прогноза ИБС, но мало изученных в применении к постинфарктному кардиосклерозу.

Цель: Установить значение нагрузочных тестов и пороговой мощности нагрузки в прогнозировании отдаленных смертельных исходов у больных после первичного инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Когортное рандомизированное ретроспективное исследование, медиана наблюдения составила 116,4 месяцев (9,7 года), максимальная — 170 месяцев (14,2 лет), всего 232 мужчины после первичного достоверного ИМ, средний возраст — 48,6±5,52 лет. По наличию конечной точки (смерть от сердечно-сосудистого заболевания) определились 2 группы: 1-умершие (n=108; 46,6%), 2-выжившие (n=124; 53,4%). В каждой группе выявлялись лица, у которых в первые 4 месяца от острого ИМ проводились нагрузочные пробы (НП) на тредмиле (по протоколу Брюса и модификации Брюса) или на ВЭМ (по протоколу 50+25 или 25+25), в каждом случае регистрировалась пороговая мощность (W) нагрузки (Вт) и величина изменения с.ST (мм). Проба прекращалась, считалась положительной или отрицательной, согласно общепринятым критериям. Полученный материал подвергнут дисперсионному анализу и методу бинарной логистической регрессии в программе Statistica 6.0 с применением критерия Пирсона (Хи-квадрат (x²)), критерия Стьюдента (t) и показателя отношения шансов (OR) с предварительной проверкой на нормальность и однородность выборки.

Результаты: В 1 группе НП проводилась у 76 человек (70,37%), средняя W составила 72,33±3,872 Вт, с max=150Вт; во 2 группе - НП проведена у 101 человека (81,45%), W=89,85±3,967 Вт, с max=200Вт (t=9,493, p=0,002). При этом депрессия с.ST на высоте нагрузки регистрировалась: в 1 группе в 22 случаях (29,3%) на глубину 1,541±0,099мм, во 2 группе - в 28 случаях (27,7%) на 1,321±0,082мм (t=2,969, p=0,091). При выполнении НП с W=89,85±3,967Вт риск фатального исхода был значительно ниже, чем у больных с W=72,33±3,872Вт (OR:2,539 при 95%ДИ:1,367;4,714). При преодолении пороговой мощности в 75Вт, вероятность дожития после ИМ до 9,7 года (медиана наблюдения) в 2,5 раза выше, чем при более низкой толерантности к нагрузке (x²=8,885, p<0,01). Сила связи между W и отдаленным исходом оценена как средняя, согласно критерию Крамера (V=0,224) и коэффициенту сопряженности Пирсона (C=0,219).

Выводы: Проведение нагрузочных проб в раннем постинфарктном периоде позволяет, с известной долей вероятности, прогнозировать летальный исход в отдаленном времени; пороговая мощность нагрузки является прогностическим маркером средней силы значимости.

0017

ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ГИПЕРКАПНИЮ

Акулов В. А., Юрлов А. А., Антропова О. Н.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Цель: Исследовать частоту факторов риска и поражение органов мишеней у больных артериальной гипертонией (АГ) с различной реакцией на гиперкапнию.

Материалы и методы: В исследование были включены 14 больных с АГ. Количество мужчин составило 11 человек, средний возраст – $57,2 \pm 11,2$. Количество женщин – 3 человека, средний возраст – $64 \pm 2,8$. Количество больных с ГБ 1 стадии составило 6 человек (43% от общего количества больных), с ГБ 2 стадии – 6 человек, с ГБ 3 стадии – 2 человека (14% от общего количества). АГ 1 степени имеют 12 больных (86%), АГ 2 степени – 2 больных (14%). Для определения типа реактивности ССС в ответ на гиперкапнию было проведено исследование на ЛДК «Карбоник» в режиме «Кардиоваскулярная реактивность». Интерпритация результатов производилась по показателю реактивности АД на 1 мм.рт.ст. CO₂ (в норме 0,4-1,0).

Для выявления факторов риска были проведены: сбор анамнеза; антропометрия; лабораторные исследования – липидограмма, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурия (МАУ); ЭхоКГ.

Результаты: По результатам обследования нормальную или повышенную реактивность имели 7 человек (50%), они были включены в 1 группу. Сниженную реактивность имели 7 человек (50%), они были включены во 2 группу. Дислипидемия встречалась у 100 и 85% пациентов 1-ой и 2-ой групп соответственно. Частота абдоминального ожирения среди больных 1-ой группы была 43%, во 2-ой группе – 85%. Курение встречалось в 1 и 2 группе с частотой 57%. Гипергликемия натощак выявлена у 29% и 57% пациентов в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Возраст как фактор риска встречается в 1 группе с частотой 43%, во 2 группе – 57%. Ранний семейный анамнез ССЗ имели пациенты в обеих группах с равной частотой – 71%.

СКФ у пациентов 1 и 2 групп была сопоставима и составила $77,3 \pm 4,7$ мл/мин, для 2 группы – $71,9 \pm 4,7$ мл/мин. Средние показатели МАУ для 1 группы составили $16,0 \pm 1,80$ мг/л, для 2 группы – $21,5 \pm 4,5$ мг/л.

В результате обследования обеих групп при помощи ЭхоКГ были получены следующие данные: средний размер левого предсердия для 1 группы составил $37,8 \pm 2,26$ мм, для 2 группы – $41,7 \pm 1,52$ мм. Средний индекс массы миокарда левого желудочка для 1 группы составил $103,8 \pm 5,1$ г/м², для 2 группы – $125,7 \pm 13,0$ г/м².

Выводы: У пациентов со сниженной реактивностью на гиперкапнию имеется тенденция к увеличению частоты факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений, поражения почек (МАУ, снижение СКФ) и сердца (гипертрофия левого желудочка и увеличение размеров левого предсердия).

0018

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОВЕРСИИ

Акчурина И. М., Трофимова А. В., Караваев А. А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

Цель: анализ результатов плановой электрокардиоверсии пациентов с фибрилляцией предсердий тахисистолической формы с определением алгоритмов ее проведения.

Материалы и методы: проведен анализ 58 случаев за 2011-2014гг с преимущественно тахисистолической формой фибрилляции предсердий в возрасте 28-66 лет, в том числе 6 пациентов с тахи-брадисистолической формой фибрилляции предсердий. Продолжительность пароксизма от 7-ми дней до 6-ти месяцев. Программа обследования включала: сбор анамнеза, объективные данные, лабораторные (общеклинические анализы, углеводный обмен, ферменты, коагулограмма, стат. профиль), инструментальные (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, чреспищеводное ЭхоКГ, компьютерную томографию левых отделов сердца в сосудистом режиме для исключения наличия тромботических масс в ушке левого предсердия).

Первая группа пациентов получала кордарон в насыщающей и поддерживающей дозах. Вторая группа (с дисфункцией щитовидной железы) получала комбинированную антиаритмическую терапию соталекс с этацизином или изоптин с этацизином. По данным коагулограммы 80% достигнуты цифры МНО 2,0-2,8, 11% достигнуты цифры МНО 1,7-2,2, 9% - получали ксарелто. У 27% пациентов фибрилляция предсердий сочеталась с желудочковой экстрасистолией 4Б градации по Lown. У 8% - пробежки ЖТ до 6-ти комплексов. Всем пациентам устанавливалась временная наружная ЭКС система через подключичный доступ.

Результаты: У всех пациентов комбинированной антиаритмической терапией восстановить синусовый ритм не удалось, имелись выраженные клинические проявления в виде пресинкопальных состояний. В первой группе восстановление синусового ритма после электрокардиоверсии 250 кДж — 100%. У 45% - восстановление с выходом в синусовый ритм самостоятельно. 25% выход в синусовый ритм с периодом работы ЭКС до 10-30 минут. 10% требовали ЭКС поддержки до суток. Во второй группе 48% ЭКС поддержка до суток, 40% - выход в синусовый ритм с ЭКС поддержкой до 10-30 минут, 12% выход в синусовый ритм самостоятельно. Во второй группе диагноз синдром слабости синусового узла подтвержден у 5 пациентов, 3 пациентам имплантирована постоянная ЭКС система.

Всем пациентам во время электрокардиоверсии проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений в виде введения гепарина в дозах 500 ЕД/час, болюс 1000 ЕД.

Выводы: 1) У пациентов с тахисистолической формой фибрилляции предсердий и нарушениями гемодинамики электрокардиоверсия является методом выбора и позволяет восстановить синусовый ритм. 2) Поддержка временной ЭКС системы во время проведения электрокардиоверсии минимизирует количество осложнений связанных с переходом в синусовый ритм. 3) Дополнительная гепаринизация необходима для профилактики ТЭЛА. 4) Комбинированная антиаритмическая терапия более эффективна для удержания синусового ритма сразу после электрокардиоверсии, однако чаще требует поддержки ЭКС системы.

0019

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОПАФЕНОМ

Акчурина И. М., Караваев А. А., Трофимова А. В., Санько Н. Ю., Аветисов И. В.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

Цель: Изучить проаритмогенные эффекты с помощью суточного мониторирования ЭКГ при применении пропafenона для купирования персистирующей формы фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов, получающих комбинированную антиаритмическую терапию.

Материалы и методы: В исследование включено 147 пациентов (64 мужчины) в возрасте от 29 до 77 лет (средний возраст 58±11 лет). Пациенты условно разделены на 4 группы: 1 группа - 66 (44,8%) пациентов постоянно получали соталекс (160 мг/сутки), 2 группа - 25 (17,1%) пациентов постоянно получали соталекс в комбинации с этацизином (80 мг/сутки + 50 мг/сутки), 3 группа - 40 (27,2%) пациентов получали изоптин (240 мг/сутки), 4 группа 16 (10,9%) не получали антиаритмическую терапию. У всех пациентов на момент приема препарата ФП продолжалась менее 48 часов. Аритмический анамнез варьировал от 4 мес. до 11 лет (в среднем 5±3 лет), частота рецидивирования приступов – от 4 раз в

год до 3 раз в неделю (в среднем $2,6 \pm 1,2$ в месяц). Для купирования ФП назначался однократный прием 450 мг пропафенона.

Результаты: Восстановление синусового ритма (СР) было отмечено у 114 (77,5%) пациентов. Время восстановления СР составило в среднем 150 ± 20 мин.

В 1 группе у 25 (17%) пациентов в момент восстановления СР отмечалась асистолия до 3,5 сек. без клинических проявлений. Во 2 группе у 12 (8,2%) пациентов в момент восстановления СР отмечался арест синусового узла с паузой более 3000 мс, у трех из них (3,5%) асистолия составила более 6000 мс (максимальная длительность паузы 6871 мс), которая сопровождалась резкой слабостью и головокружением (по дневнику). В 3 группе у 1 (1,4%) пациента в момент восстановления СР отмечался арест синусового узла с паузой 2842 мс, спустя 25 минут после восстановления СР с частотой 66 уд/мин был повторно зарегистрирован арест синусового узла с паузой 3400 мс, что сопровождалось пресинкопальным состоянием. В 4 группе у 1 (1,4%) пациента в момент восстановления СР отмечался арест синусового узла с паузой 9870 мс, сопровождающейся пресинкопе и склонностью к брадикардии (до 40 ударов в минуту) после восстановления синусового ритма в течение 5 часов. У 5 пациентов (3,4%) прием пропафенона привел к снижению систолического АД ниже 100 мм рт.ст. (диастолическое сохранилось выше 60 мм рт.ст. у всех пациентов). До начала лечения у 4 пациента АД было 120/80, 130/75, 140/80, 140/90 мм рт.ст., у трех из них в течение первого часа и у одного в спустя 90 минут после приема пропафенона было зарегистрировано снижения АД, как систолического, так и диастолического, но не ниже 90/60 мм рт.ст., затем зарегистрирован подъем АД до нормальных цифр. У одного пациента до приема препарата АД зарегистрировано в пределах 115/70 мм рт.ст., но через 45 минут после приема пропафенона АД снизилось до 85/60 мм рт.ст., что сопровождалось слабостью, головокружением и тошнотой.

Выводы: ХМ ЭКГ позволяет отследить восстановление синусового ритма после приема пропафенона и оценить транзиторные нарушения ритма. Чаще возникают аритмогенные эффекты на фоне приема комбинированной антиаритмической терапии, в сочетании с пропафеноном. Эффективность медикаментозной кардиоверсии пропафеноном выше на фоне комбинированной антиаритмической терапии.

0020

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРКАРДИОСТИМУЛЯЦИОННЫХ СИСТЕМ С АЛГОРИТМАМИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И КУПРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Акчурина И. М., Трофимова А. В., Караваев А. А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

Цель: оценка эффективности и подбор программы антитахикардитических алгоритмов (DDDRP) постоянной двухкамерной стимуляции по данным детектированных событий монитора электрокардиостимуляционной системы (ЭКС), «Холтеровского» мониторирования ЭКГ и эхокардиоскопии (ЭХОКС).

Материалы и методы: За период 2009-2014 гг 78 пациентам были имплантированы электрокардиостимуляционные системы (ЭКС) с антитахикардитическими алгоритмами (DDDRP), из них 38 мужчин и 40 женщин в возрасте $51,7 \pm 10,4$ (от 32 до 68) лет. Условно все пациенты разделены на 3 группы: 1. Диагноз: синдром слабости синусового узла (СССУ) тахи-брадиформа и пароксизмальная фибрилляция предсердий (ФП), $n=32$ (41%); 2. СССУ брадиформа и преходящий синдром Фредерика, $n=26$ (33%); 3. СССУ тахи-брадиформа и персистирующая ФП тахиформа с выполнением модификации АВ-соединения, $n=20$ (26%). Подбор алгоритмов купирования пароксизмов ФП проводился по данным детектированных событий ЭКС системы. Оценка ишемических изменений сегмента ST и стабильность работы ЭКС системы проводилась по данным суточного мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), ЭХОКС выполнялась для выявления изменений сократительной функции левого желудочка, а также для оценки процессов ремоделирования миокарда.

Результаты: У всех пациентов использовался биполярный режим детекции и стимуляции. Тестирование ЭКС, ХМ ЭКГ, ЭХОКС проводились на 3-5 сутки после имплантации, через 1 месяц, через 6 месяцев. Оценивались количество, продолжительность пароксизмов, детекция по предсердному ка-

налу с верификацией тахикардии, зависимость развития приступов от физической нагрузки пациента. У пациентов 1 группы в динамике за 6 месяцев зарегистрировано уменьшение стимуляции по А-каналу на 32%, уменьшение количества предсердной экстрасистолии на 34-48%, пароксизмы ФП, требующие медикаментозной поддержки зафиксированы у 27% пациентов. Во 2 группе выявлено прогрессирующее уменьшение пароксизмов ФП на 51%, увеличение стимуляции по А и V – каналам на 32%.

В 3-й группе отмечена 100% стимуляция V-канала, короткие пароксизмы ФП с восстановлением ритма с помощью алгоритмов купирования аритмии, в динамике уменьшение количества предсердной экстрасистолии на 27%, однако на 34% увеличилась стимуляция по А-каналу.

При ЭХОКС отмечено сокращение полостей левого и правого предсердий (2-4 мм), увеличение фракции выброса на 10-15%.

Выводы: 1. При оценке первичного исхода путем сравнения доли ФП у всех 3-х групп пациентов отмечено уменьшение доли ФП на 56%.

2. За период наблюдения у 64 (82%) пациентов сохранялась персистирующая форма ФП, у 14 (18%) пациентов ФП трансформировалась в постоянную форму.

3. Ранняя профилактическая стабилизация предсердного ритма позволяет сократить количество пароксизмов ФП. Уменьшение количества предсердной экстрасистолии снижает количество необоснованных шоков по предсердиям.

4. У всех пациентов отмечается улучшение качества жизни, ограничения физических нагрузок и трудоспособности не требовалось ни у одного пациента.

0021

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Алексеев О. В., Луфт В. М.

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

Цель: изучить распространенность и выраженность гипергликемии (Г) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на госпитальном этапе и оценить ее взаимосвязь с его течением и исходами.

Материалы и методы: анализ 230 истории болезни пациентов с ОИМ, поступивших в клинику за 2013г., разделенных на 2 группы: в I гр. вошло 126 пациентов с нормогликемией (НГ)-54,7%, из них 86 мужчин (68,2%) и 40 женщин (31,8%). II гр. составили 104 (45,3%) пациента с Г различной степени выраженности – 62 мужчины (59,6%) и 42 женщины (40,4%). Во II гр. были выделены 4 подгруппы: 40 пациентов со стрессорной гипергликемией (СГ)-17,4%, 20 пациентов с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ)-8,7%, 24 пациента с впервые выявленным СД (СДВ) -10,4% и 20 пациентов с СД в анамнезе (СДА)-8,7%. Средний возраст в I и II гр. составил 63,5±5,2 и 59,3±6,1 лет соответственно. Рассматривались осложнения ОИМ и потребность в терапии инсулином.

Результаты: Инсулинотерапия : при СГ у 8 чел. (20%), при НТГ не требовала использования (0%), с СДВ у 20 чел. (83%) и с СДА у 16 чел. (80%). Частота аритмий составила в I гр 30 чел (24%), по сравнению с гр II – 41 чел (39%), чаще у пациентов с НТГ (45%); тромбоэмболии легочной артерии – в группе с Г (19%), преобладая при СГ (22%). Синдром Дресслера развился в 12% как в гр. НГ, так и в группе Г. Пребывание в ОРИТ продолжительнее при СГ (8,2±1,7 сут), а госпитализация – при СДВ (16,3±1,7 сут). Внутригоспитальная летальность достоверно не отличалась в I и II гр. (27% и 30%), в гр. Г максимально преобладая при СГ (40%)

Выводы: Г при ОИМ является фактором риска развития осложнений, способствуя увеличению сроков пребывания в ОРИТ и общей госпитализации.

0022

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Алиева А. С., Ротарь О. П., Орлов А. В., Бояринова М. А., Васильева Е. В., Солнцев В. Н.,
Конради А. О., Шляхто Е. В.

ФГБУ «СЗ ФМИЦ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Выявление субклинического поражения артерий – один из важнейших инструментов в оптимизации оценки сердечно – сосудистого риска у пациентов невысокого риска. Распространенность субклинического поражения артерий хорошо изучена у пациентов с артериальной гипертензией, однако недостаточно данных на популяционных выборках недостаточно. Цель нашего исследования – оценить распространенность субклинического поражения артерий в российской популяции у лиц с различным уровнем сердечно – сосудистого риска согласно шкале SCORE.

Материалы и методы: 1382 практически здоровых лица в возрасте от 25 до 65 лет были случайным образом отобраны из выборки жителей Санкт-Петербурга (исследование ЭССЕ-РФ). Все участники подписали информированное согласие и заполнили опросники, содержащие информацию о факторах риска, сопутствующих заболеваниях и терапии. Были определены липидный спектр и глюкоза (Abbott Architect 8000 (США)), а также уровень артериального давления (аппарат). Согласно шкале SCORE все пациенты были разделены на группы низкого ($\leq 1\%$), среднего (1-5%), высокого (5-10%) и очень высокого ($>10\%$) сердечно – сосудистого риска. 191 пациент был исключен из оценки риска ввиду наличия ССЗ (ИБС, ИМ, инсульт, СД). Сердечно – лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), каротидно – феморальная скорость распространения пульсовой волны (кфСРПВ) и лодыжечно – плечевой индекс (ЛПИ) были определены при помощи аппарата VaSera VS-1500 (Fukuda, Япония). Определение толщины комплекса интима – медиа (ТИМ) выполнялось на аппарате My Sono U6 (Samsung, Корея). Субклиническое поражение сосудов регистрировалось при уровне кфСРПВ >10 м/с, CAVI $\geq 9,0$, ЛПИ $\leq 0,9$, ТИМ $>0,9$ мм. Статистический анализ данных выполнялся с помощью программы SPSS Statistics 20.

Результаты: 731 (60,6%) пациент был отнесен к группе низкого риска, 365 (31%) – к группе среднего риска, 67 (6,2%) – высокого и 28 (2,2%) – очень высокого риска. В группах низкого, промежуточного, высокого и очень высокого риска были выявлены отклонения от нормы у 32%, 43%, 15% и 10% по данным CAVI, у 56%, 36%, 5% и 3% - по данным кфСРПВ, у 42%, 42%, 13% и 3% - по данным ТИМ соответственно. У 59%, 37% и 4% было выявлено снижение ЛПИ в группах низкого, среднего и высокого рисков соответственно.

Выводы: На популяционном уровне большинство пациентов имеют низкий и средний сердечно – сосудистый риск. Наибольшая распространенность субклинического поражения артерий выявлена в группах невысокого сердечно – сосудистого риска в силу их многочисленности. Исследование субклинического поражения артерий на популяционном уровне позволит выявить лиц, которые нуждаются в дополнительном наблюдении и лечении.

0023

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ СЕРДЦА ПРИ СИНДРОМЕ ДКМП: РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА В СОПОСТАВЛЕНИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ МИОКАРДА

Алиева И. Н., Благова О. В., Гагарина Н. В., Недоступ А. В., Терновой С. К., Коган Е. А.,
Сулимов В. А.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, Россия, Москва

Синдром дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) является полиэтиологическим заболеванием сердца с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. У значительной части больных в основе синдрома ДКМП лежит потенциально курабельный миокардит: по данным эндомикардиальной биопсии (ЭМБ) частота его выявления варьирует от 9 до 64%. Точную заболеваемость миокардитом определить сложно, т. к. «золотой стандарт» его диагностики - ЭМБ - применяется в клинической практике редко. Задача верификации сохраняющей активности миокардита у больных с синдромом ДКМП с помощью неинвазивных методов исследования, в частности, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) сердца, представляет несомненный практический интерес, является современной и актуальной.

Цель: Изучить возможности МСКТ сердца с внутривенным контрастированием в диагностике миокардита у больных с синдромом ДКМП в сопоставлении с данными морфологического исследования миокарда.

Материалы и методы: 31 пациенту (26 мужчин, средний возраст $43,74 \pm 8,69$ лет) с синдромом ДКМП (средний конечный диастолический размер левого желудочка $6,7 \pm 0,5$ см, средняя ФВ $27,0 \pm 9,1\%$, 3 [2; 3] ФК по NYHA) проведены 320-срезовая МСКТ сердца с в/в контрастированием омнипаком и морфологическое исследование миокарда (ЭМБ у 18 больных, интраоперационная биопсия у 7, аутопсия у 3 и исследование эксплантированного сердца у 3). Проводились также определение маркеров вирусной инфекции, уровня антикардиальных антител, ЭхоКГ (всем больным), МРТ сердца ($n=5$), коронарография ($n=12$).

Результаты: при морфологическом исследовании миокарда выявлены признаки изолированного активного миокардита у 24 больных, постмиокардитического кардиосклероза у 1, сочетания миокардита с генетическими кардиомиопатиями у 4, первичной ДКМП у 2 больных. При МСКТ отсроченное накопление контрастного препарата в миокарде выявлено у 20 пациентов (64,5%): у 2 субэндокардиальное (2 балла), у 1 интрамиокардиальное (3 балла), у 3 трансмуральное (4 балла), у 14 субэпикардиальное (5 баллов) и у 11 не отмечалось отсроченного накопления (0 баллов). Кроме того, были выявлены признаки синдрома некомпактного миокарда левого желудочка ($n=5$, 16,2%), гемодинамически значимый (со стенозами более 50%) коронарный атеросклероз ($n=5$, 16,1%), который подтвержден с помощью коронарографии у 3 больных. Чувствительность и специфичность наличия всех типов отсроченного накопления контрастного препарата в выявлении миокардита составили 65,5% и 50,0%, положительная предсказательная ценность 95,0%. Наличие либо отсутствие отсроченного накопления при сопоставлении данных МРТ и МСКТ совпало у 4 пациентов из 5; в одном случае при МСКТ не подтвердились данные МРТ.

Выводы: МСКТ с оценкой отсроченного контрастирования контрастного препарата в миокарде (и одновременной КТ-ангиографией коронарных артерий) может использоваться для неинвазивной диагностики миокардита у пациентов с синдромом ДКМП, в т.ч. при наличии противопоказаний к применению МРТ. Необходимо уточнение диагностической значимости различных типов отсроченного накопления.

0024

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ АДЕНИЛАТЦИКЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиева Т.А., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить эффективность карведилола на показатели аденилатциклазной активности мембран эритроцитов у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Обследовано 56 больных мужского пола, в возрасте от 40 до 55 лет (средний возраст $51,2 \pm 4,6$ лет) с ХСН. Все больные были разделены на 2 группы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-йоркской классификации кардиологов (NYHA): 1-ую группу составили 30 больных

ХСН II ФК и 2-ую группу - 26 больных ХСН III ФК. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Активность аденилатциклазы гомогенатов эритроцитов определяли по методике Solomon (1979). Все больные на фоне базисной терапии (ингибиторы АПФ, спиронолактон, нитраты, аспирин, петлевые диуретики) –карведилол путем титрования с 3,125 до 25-50 мг/сут.

Результаты: У больных со II ФК ХСН базальная активность аденилатциклазы был на 31,9% ниже по сравнению с показателями контрольной группы, составляя $4,15 \pm 0,14$ против $6,1 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин контрольной группы. Данный показатель у больных с III ФК ХСН составил $3,56 \pm 0,13$ пмоль/мг/мин, что на 41,6% ниже по сравнению с показателем контрольной группы и на 14,2% показателем больных со II ФК ХСН ($p < 0,01$). У лиц контрольной группы при стимуляции адреналином отмечалось повышение активности аденилатциклазы в 2 раза по сравнению с ее базальным значением $11,3 \pm 0,5$ против $6,1 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин ($P < 0,001$). Активность адреналинстимулированной аденилатциклазы у больных со II ФК ХСН был в 2 раза меньше активности контрольной группы составляя $5,5 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин против $11,3 \pm 0,5$ пмоль/мг/мин. У больных с III ФК ХСН показатель адреналинстимулированной аденилатциклазы составил $3,85 \pm 0,19$ пмоль/мг/мин и был на 65,9% ($P < 0,001$) ниже по сравнению с контрольной группой и на 28,7% ниже по сравнению показателями II ФК ХСН. У здоровых добровольцев при стимуляции адреналином активность аденилатциклазы возрастает в 1,8 раз, прирост составляет 85%. У больных со II ФК ХСН прирост активности адреналинстимулированной аденилатциклазы составляет 30%, что в 1,3 раза выше базального уровня активности. Активность адреналинстимулированной аденилатциклазы у больных с III ФК ХСН в 1,1 раз превышал показатели базальной активности, что характеризует десентитизацию аденилатциклазной системы у больных ХСН. Проведенные нами исследования показали, что при включении карведилола в комплексную терапии обследованных больных через шесть месяцев у больных II ФК отмечалось увеличение активности аденилатциклазы: у больных со II ФК – на 15,3% и у больных с III ФК- на 13,9% ($p < 0,01$), соответственно по сравнению с исходным уровнем.

Выводы: Таким образом, у больных ХСН наблюдается десентитизация аденилатциклазной системы, которая связана с прогрессированием заболевания, а длительная терапия карведилолом способствует увеличению активности аденилатциклазы.

0025

АНАЛИЗ СЕЗОННОЙ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В Г. САРАТОВЕ

Алисултанова С. А., Довгалецкий Я. П., Фурман Н. В., Долотовская П. В.

НИИ кардиологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

В современной научной литературе имеются разноречивые сведения о наличии сезонных колебаний общей смертности и смертности от ИБС и о возможной зависимости этих показателей от климатических особенностей региона.

Цель: Анализ сезонной вариабельности смертности от БСК в г. Саратове (регион с умеренно-континентальным климатом).

Материалы и методы: Проанализированы находящиеся в открытом доступе официальные статистические данные о частоте смертельных исходов от болезней системы кровообращения (БСК), включавших случаи инфаркта миокарда, «острой» и «хронической» ишемической болезни сердца, «атеросклеротической болезни сердца» и «неуточнённой» ишемической болезни сердца, среди населения г. Саратова в 2011-2012 гг. Дополнительно анализировалась частота случаев смерти вследствие старости и комбинации БСК + старость.

Результаты: Наблюдались заметные колебания смертности от БСК в 2011-2012 гг., причём прослеживается тренд к её снижению. «Пики» смертности от БСК отмечались в октябре-ноябре и марте. Для «старости», как причины смертности, так же отмечены похожие сезонные колебания, однако «пики» смертности менее выражены. За исследованные годы отмечался тренд к снижению смертности от комбинированной причины «БСК + старость». Одновременно можно отметить, что смертность от старости сохраняется примерно на одном уровне с незначительными колебаниями.

Обращало на себя внимание существенное уменьшение смертности от БСК в конце 2012 г. при одновременном увеличении смертности по причине старости, что, по-видимому, может служить иллюстрацией того, что при анализе официальных статистических данных следует проявлять известную осторожность, а для оценки влияния климатических факторов на заболеваемость и смертность от БСК необходимо проводить специально организованные исследования.

Выводы: Смертности от БСК в Саратове присущи отчётливо выраженные сезонные колебания с периодами повышения и снижения. Официальная статистика для изучения влияния климатических и сезонных факторов на смертность от БСК должна использоваться ограниченно. Для изучения влияния климатических факторов на эпидемиологическую ситуацию с БСК необходимо проводить специально организованные исследования.

0026

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ КРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

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

ФГБНУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Цель: определение периоперационных клинических и демографических характеристик, ассоциированных с развитием неблагоприятных отдаленных исходов операций коронарного шунтирования (КШ).

Материалы и методы Проанализированы данные Регистра коронарного шунтирования, который велся в Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово. После исключения данных пациентов, умерших в течение индексной госпитализации, подвергшихся сочетанным вмешательствам, а также тех, с кем связь была утеряна, анализу оказались доступны данные 723 человек. Медиана наблюдения составила 1639 дней, верхний и нижний квартили, соответственно, 1419 и 1866 дней. Конечной точкой считалась совокупная частота кардиоаскулярной смертности, развития ИМ и нестабильной стенокардии.

Статистический анализ данных был проведен с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0 (SPSS Inc, Чикаго, США). Потенциальные пред- и интраоперационные факторы риска, ассоциированные с развитием отдаленных неблагоприятных исходов, оценивались с помощью регрессионного анализа Кокса с принудительным включением переменных в модель риска. В каждой из моделей для каждого фактора, независимо связанного с отдаленными результатами проведенных операций, рассчитывалось отношение рисков (ОР) и 95% доверительный интервал (ДИ) для него. Прогностическое качество модели риска оценивалось с помощью построения ROC-кривой и расчета площади под ней.

Результаты: В течение пяти лет наблюдения в 103 случаях (14,2%) отмечалось развитие событий, относящихся к конечной точке: умерло 35 пациентов (4,8%), из которых в 24 случаях (3,3%) причиной смерти послужили сердечно-сосудистые заболевания, у 24 пациентов (3,3%) развился ИМ, 60 человек (8,3%) были госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии.

По результатам проведенного регрессионного анализа Кокса была получена прогностическая модель риска, в которую вошли следующие факторы: проведение индексной операции по поводу острого коронарного синдрома (ОР 2,83, 95% ДИ 1,79-4,48, $p < 0,001$), выполнение пластики левого желудочка (ОР 2,42, 95% ДИ 1,12-5,23, $p = 0,024$), резидуальный период острого нарушения мозгового кровообращения к моменту проведения индексной операции (ОР 1,88, 95% ДИ 1,07-3,30, $p = 0,029$) и наличие хронической болезни почек (ОР 1,52, 95% ДИ 1,02-2,26, $p = 0,040$). Площадь под ROC-кривой для полученной модели составила 0,65 (95% ДИ 0,58-0,71, $p < 0,001$).

Таким образом, была построена прогностическая модель риска развития неблагоприятных отдаленных исходов операций КШ.

0027

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДАПАМИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Кожанова А. А.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – это прогрессирующий синдром, и те больные, которые сегодня имеют лишь скрытую ХСН, в течение 1-5 лет могут перейти в группу самых тяжелых больных, плохо поддающихся лечению. Поэтому раннее начало лечения таких больных – залог успеха в терапии ХСН. Современная схема патогенеза ХСН показывает, что тремя ключевыми событиями на пути развития и прогрессирования ХСН являются: заболевания сердечно-сосудистой системы, снижение сердечного выброса и задержка натрия и свободной жидкости в организме. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики имеют некоторые важные преимущества перед другими. Тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующими свойствами индапамид сохраняет свое диуретическое и антигипертензивное действие при нарушении функции почек, а также оказывает меньшее влияние на метаболизм глюкозы и липидов, что дает основание предполагать, что он больше подходит больным сахарным диабетом, метаболическим синдромом и атерогенными дислипидемиями. Диуретическое действие происходит на уровне дистальных канальцев и заключается в блокаде реабсорбции натрия. При этом увеличивается объем мочи, но не нарушается качество жизни больного.

Цель: Изучение эффективности индапамида у больных ХСН.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 43 больных ИБС в возрасте от 59 до 74 лет, средний возраст – $66,3 \pm 1,7$, из них 20 женщин и 23 мужчин. ХСН первого функционального класса (ФК) была у 5 (11,6%), второго ФК – у 29 (67,4%) и третьего ФК – у 9 (20,9%). Фракция выброса (ФВ) в пределах от 34 до 40% была у 17 (39,5%) и от 41 до 55% – у 26 (60,5%). Артериальная гипертензия (АГ) имела место у 18 больных, первой степени у 4 (22,2%); второй степени у 11 (61,1%) и третьей – у 3 (16,7%). Все больные получали комплексную терапию, включавшую ингибиторы АПФ, аторвостатины, дезагреганты и нитраты. Индапамид назначали в дозе по 0,625 мг первоначально, в последующем дозу титровали до 1,25 мг/сутки (32 больным) и до 2,5 мг/сутки (11 больным).

Результаты: В процессе терапии из 29 больных второго ФК перешли в первый 17, а из третьего ФК во второй ФК 4 пациента. У больных АГ с исходным систолическим артериальным давлением (САД), равным $172,5 \pm 0,9$ при динамическом исследовании оно снизилось до $150,8 \pm 1,2$ мм рт. ст. Диастолическое артериальное давление (ДАД) также снизилось до $88,2 \pm 0,6$ против первоначального $94,8 \pm 1,1$ мм рт.ст. Побочного действия индапамида нами не отмечено.

Выводы: Тиазидоподобный диуретик индапамид достаточно эффективный и безопасный препарат, который может быть рекомендован для лечения ХСН у больных ИБС и АГ.

0028

АЛГОРИТМ ПОШАГОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ЗУБЦА Т

Альмухамбетова Р. К., Жангелова Ш. Б., Агыбаева А. Б.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

Зубец Т является самым изменчивым при поражении миокарда зубцом. Не случайно широко бытует афоризм: «болезней много, а зубец Т один». Отрицательный зубец может быть у практически здоровых людей в грудных отведениях, при этом Т в V2 меньше по глубине, чем в V1; а также при высоком стоянии диафрагмы в III отведении, но при этом он должен быть положительным в отведении AVF (позиционный). При коронарной патологии зубец Т также отрицательный, в форме равнобедренного треугольника с вершиной обращенной вниз – «коронарный».

Цель: дифференциальная диагностика отрицательного зубца Т у больных при подозрении на коронарную патологию.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 58 больных с отрицательным зубцом Т, поступавших в городской кардиологический центр с диагнозом ОКС в возрасте от 43 до 72 лет, среди них мужчин – 30 и женщин – 17. Всем больным проводились лабораторно-инструментальные исследования - кардиомаркеры, суточное холтеровское мониторирование, ЭхоКГ, КАГ.

Результаты: Для дифференциальной диагностики позиционного и ишемического Т используют первый шаг - запись ЭКГ при глубоком вдохе. При глубоком вдохе диафрагма опускается вниз и сердце переходит из горизонтального положения в более вертикальное и отрицательный зубец Т становится положительным. Если же он остается отрицательным, то необходимо выяснить какая коронарная недостаточность: абсолютная (связанная с патологией сосудов) или относительная (тахикардия или гипертрофия желудочков). В этих случаях применяют пробу с нитроглицерином (НТГ) – второй шаг. Если после пробы с НТГ Т становится положительным, то проба расценивается как положительная, зубец Т обусловлен абсолютной коронарной недостаточностью, и наоборот, если отрицательный зубец Т после нитроглицерина остается отрицательным. По результатам нашего анализа позиционный Т был обнаружен у 4 (9,76%) больных. У 39 больных после пробы с нитроглицерином абсолютная коронарная недостаточность была диагностирована у 15 (36,6%), относительная коронарная недостаточность - у 24 (61,5%) больных, из них признаки гипертрофии желудочков в 21 (51,2%) случае и тахикардию в 3 (7,3%) случаях. При гипертрофии увеличивается мышечная масса, а сосуды остались прежними, при тахикардии – уменьшается диастола, при которой сами коронарные сосуды получают питание. После комплексного обследования 17 больным был диагностирован Q-негативный инфаркт миокарда. У 41 больного при холтеровском мониторировании сохранялся отрицательный зубец Т, при проведении КАГ обструктивных поражений сосудов не выявлено, также не было зон гипокинезии и акинезии.

Выводы: Пошаговая дифференциальная диагностика отрицательного зубца Т способствует грамотной интерпретации и дальнейшему целенаправленному обследованию больного.

0029

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА НИЗКОГОРНОМ КУРОРТЕ И ТРУДОВОЙ СТАТУС КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Амиянц В. Ю.

ООО «Кардио», г. Кисловодск, Россия

Коронарное шунтирование (КШ) широко применяется в лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель: Изучить трудоспособность кардиохирургических больных под влиянием этапа реабилитации на Кисловодском курорте.

Материалы и методы: Трудовой статус был изучен у 150 больных ИБС, перенесших КШ до и после реабилитации на низкогорном курорте Кисловодск, где больные получали комплексное курортное лечение, включавшее терренкур – (физические тренировки) и минеральные углекислые ванны. При построении программ курортного лечения учитывались как клинические данные, так и результаты инструментального обследования - велоэргометрии, Холтеровского мониторирования ЭКГ, эхокардиографии и лабораторное исследование состояния свертывающей системы крови и липопротеидного обмена.

Результаты: Анализ отдаленных результатов реабилитационного лечения показал, что положительные сдвиги в состоянии пациентов I и II ФК, возникшие в результате реабилитации на курорте сохранялись и в отдаленные сроки после курортного лечения 6 – 8 и 12 – 15 месяцев соответственно. Это проявлялось в улучшении самочувствия, увеличении толерантности к физическим нагрузкам, исчезновении или уменьшении частоты приступов стенокардии, уменьшении потребности в антиангинальных препаратах. У больных III ФК значимых изменений в состоянии после курортного лечения не отмечалось.

Установлено, что, через 1 год после курортной терапии доля инвалидов 2-й группы существенно снизилась - с 60,4% до 32,9%, а число работающих, наоборот возросло с 28,4% до 59,9% ($p < 0,001$). Это свидетельствуют о том, что в результате комплексного санаторно-курортного лечения больных ИБС после КШ наблюдается значительное увеличение трудоспособности, связанное с отчетливым улучшением самочувствия больных, увеличением толерантности к физическим нагрузкам. Установлено, что отдаленные результаты курортного лечения лучше, у больных с исходно более высокой толерантностью к физическим нагрузкам ($r=0,75$). Эффект повторных курсов реабилитационного лечения на низкогорном курорте «Кисловодск» суммируется с эффектом предшествующих курсов, стабилизирует его и приводит к дальнейшему улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы с существенным повышением ТФН ($p < 0,01$). Установлено, что в течение трех лет после операции, у больных проходивших курортный этап реабилитации существенно меньше была доля больных с инвалидностью II группы и соответственно намного выше была доля работающих ($p < 0,01$).

Выводы: Реабилитационное лечение на низкогорном курорте «Кисловодск» приводит к улучшению отдаленных результатов у больных ИБС после КШ. Это проявляется в существенном улучшении функционального состояния сердечно-сосудистой системы и повышении трудоспособности больных, что подчеркивает важную роль и социальную значимость реабилитации на курортах больных после оперативного лечения ишемической болезни сердца.

0030

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В УСЛОВИЯХ IN VITRO

Ананич Т. С.¹, Микулич А. В.¹, Леусенко И. А.¹, Мостовников А. В.¹, Михно М. М.²

¹Институт физики НАН Беларуси, Минск;

²БелМАПО, Минск, Беларусь

Цель: Показано, что в основе лечебного действия лазерного излучения лежит взаимодействие монохроматического излучения со структурами крови, прежде всего клеточными элементами. Положительным результатом такого взаимодействия является активация антиоксидантной защиты. Ферментативная система антиперекисной защиты от повреждения мембранных структур клетки при процессах перекисного окисления липидов включает несколько ферментов среди которых важную роль играет супероксиддисмутаза (СОД). СОД катализирует реакцию дисмутации - взаимодействия двух супероксидных радикалов друг с другом, превращая токсичный супероксиданионный радикал кислорода в менее токсичную перекись водорода.

Цель: исследовать действие комбинированного лазерного излучения синего и красного спектральных диапазонов на фермент антиоксидантной системы крови СОД при облучении крови больных инфарктом миокарда (ИМ) в условиях in vitro.

Материалы и методы: Облучалась кровь больных ИМ объемом 60 мкл в конусной пробирке, разведенная 1:4 0,9% раствором NaCl. Источник лазерного излучения - лабораторный аппарат «Женьшень» (Институт физики НАН Беларуси, Минск). Мощность излучения на выходе лазеров, как для $\lambda = 405$ нм, так и $\lambda = 670$ нм - 50 мВт. Плотность мощности для обоих диапазонов - 400 мВт/см². Диаметр облучаемой поверхности 4 мм.

Режимы комбинированного облучения: последовательное включение синего затем красного спектрального диапазона с паузой между $\lambda = 405$ нм и $\lambda = 670$ нм - 2 минуты. Время воздействия (мин.) (405 нм+670 нм) составляло: режим I (5мин.+5мин.) (n=15), режим II (5мин.+10мин.) (n=15), режим III (5 мин.+15мин.) (n=15). В качестве контроля служили образцы крови (60 мкл) здоровых доноров и больных ИМ (n=15 для каждой группы), разведенные 1:4 0,9% раствором NaCl, помещенные в конусных пробирках в темное место.

Активность СОД (U/мл) определялась непрямым спектрофотометрическим (спектрофотометр Specord M40, Carl Zeiss, Германия) методом, основанным на реакции супероксид-зависимого окис-

ления кверцетина, протекающей в щелочной среде, в присутствии тетраметилэтилендиаминана (набор реагентов «СОД-ТЕСТ», БГУ, Республика Беларусь). Для каждой точки регистрировалось по 3-5 значений.

Результаты: активность СОД контрольных образцов крови здоровых доноров составила 140 ± 7 У/мл, что достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с активностью СОД в группе больных ИМ: $82,2 \pm 4,11$ У/мл. Активность СОД опытных образцов достигла: при использовании комбинированного лазерного облучения в режиме I $85,7 \pm 4,29$ У/мл, в режиме II – $89 \pm 4,45$ У/мл, режиме III – $88,7 \pm 4,44$ У/мл.

Выводы: Результаты исследования демонстрируют увеличение активности СОД под воздействием комбинированного лазерного облучения крови в условиях *in vitro* при использовании всех исследуемых режимов в среднем на 4-9%. Ни в одном из случаев увеличение активности СОД не было достоверным ($p > 0,05$).

0031

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ *IN VITRO*

Ананич Т. С.¹, Микулич А. В.¹, Леусенко И. А.¹, Мостовников А. В.¹, Михно М. М.²

¹Институт физики НАН Беларуси, Минск;

²БелМАПО, Минск, Беларусь

Цель: Одним из положительных результатов воздействия лазерного излучения на кровь человека является активация антиоксидантной защиты, проявляющаяся, в том числе, подавлением свободно-радикальных процессов. Для оценки влияния воздействия лазерного излучения на процессы свободно-радикального окисления широко используется метод хемилюминесценции.

Цель: определить параметры люминол-индуцированной хемилюминесценции крови больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от длительности воздействия красного, а также комбинированного лазерного излучения синего и красного спектральных диапазонов на кровь в условиях *in vitro*.

Материалы и методы: Измерения хемилюминесценции проводили на хемилюминометре LUM-5773 (ООО «ДИСофт», Российская Федерация) в режиме: время исследования – 10 мин, кювета термостабируемая – 37°C.

Облучалась неразбавленная кровь больных ИМ объемом 50 мкл в кюветах для хемилюминометра. Источник лазерного излучения - лабораторный аппарат «Жень-шень» (Институт физики НАН Беларуси, Минск). Мощность лазерного излучения на выходе излучателей для $\lambda = 405$ нм и $\lambda = 670$ нм составляла 50 мВт.

Продолжительность облучения крови лазерным излучением красного диапазона ($\lambda = 670$ нм) составляла 5, 10, 15 и 20 мин. Режимы комбинированного облучения: последовательное включение синего затем красного спектрального диапазона с паузой 2 минуты. Время воздействия (мин.) (405 нм+670 нм) составляло: режим I (5 мин.+5 мин.); II (5 мин.+10 мин.); III (5 мин.+15 мин.). N=15 для каждого режима. Контролем служили необлученные образцы крови (50 мкл) больных ИМ (n=15). В качестве активатора хемилюминесценции использовали люминол (Aldrich, Германия). Параметром люминол-индуцированной хемилюминесценции служила светосумма свечения (В·с).

Результаты: Светосумма свечения люминол-индуцированной хемилюминесценции крови больных ИМ при облучении лазерным излучением $\lambda = 670$ нм снизилась с $56,482 \pm 2,82$ В·с в контроле до $44,56 \pm 2,23$ В·с, $43,49 \pm 2,17$ В·с, $32,17 \pm 1,61$ В·с, $29,18 \pm 1,46$ В·с соответственно при облучении, что составило $78,9 \pm 3,95\%$, $77,7 \pm 3,89\%$, $56,9 \pm 2,85\%$, $51,6 \pm 2,58\%$ соответственно по отношению к контролю.

Светосумма свечения крови больных ИМ при облучении комбинированным лазерным излучением (405 нм+670 нм) снизилась с $56,48 \pm 2,82$ В·с в контроле до $31,06 \pm 1,55$ В·с, $25,17 \pm 1,26$ В·с, $28,28 \pm 1,41$ В·с соответственно режимам комбинированного воздействия, что составило $54,5 \pm 2,73\%$, $44,5 \pm 2,23\%$, $50,1 \pm 2,51\%$ соответственно по отношению к контролю.

Выводы: Результаты: исследования демонстрируют высокую эффективность лазерного облучения крови на процессы свободно-радикального окисления крови при различных режимах воздействия в условиях *in vitro*. Наибольший антиоксидантный эффект (в 2,2 раза по сравнению с контролем) наблюдается при комбинированном лазерном облучении крови (405 нм+670 нм) в режиме II (5мин.+10мин.).

0032

МЕСТО ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ

Андреева Е. С., Кузнецова Т. Ю.

ФГБОУ ВПО ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать частоту острой коронарной недостаточности (ОКН) в структуре смертности от болезней системы кровообращения в Республике Карелия (РК).

Материалы и методы: проанализированы отчеты 12-ти центральных районных больниц РК, стационаров и поликлиник г. Петрозаводска, данных бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) о случаях смерти от болезней системы кровообращения (БСК). По данным Карелиястат за период «январь-февраль 2015 г.» в РК умерло от БСК 877 человек (в т.ч. от инфаркта миокарда (ИМ) 45 человек, инсульта – 84 чел.). Для анализа структуры смертности от БСК был сделан запрос в лечебные учреждения за период трех первых месяцев 2015 г.

Результаты: в г. Петрозаводске в двух крупных стационарах умерло от БСК 159 человек: ГБУЗ БСМП – 77 чел., из них от ИМ 3 чел., средний возраст 76,4 лет, от инсульта – 18 чел., средний возраст 79 лет. В РБ им. В.А. Баранова, которая является РСЦ, умерло 82 человека, из них 17 – в кардиологии (ИМ), 55 – в неврологии (инсульт). Согласно отчетам поликлиник г. Петрозаводска от БСК умерло 442 чел., средний возраст умерших – 78 лет, около 10% составляют лица до 60 лет. 35% - смерть в стационаре. По причинам смерти распределение следующее: ИМ – 18 (средний возраст 76 лет), ОКН – 45 (средний возраст – 68 лет), хронические формы ИБС – 58, сосудистые заболевания головного мозга (СЗГМ) – 218 (средний возраст – 83 года), инсульт – 50 (средний возраст – 78 лет), кардиомиопатия (КМП) – 15 (алкогольная – 2), ТЭЛА – 5, атеросклероз аорты, конечностей – 9, аневризма аорты – 3. По данным бюро СМЭ по г. Петрозаводску на дому умерло 159 чел. По причинам смерти распределение следующее: ОКН – 81 чел., КМП – 42 чел., инсульт – 8 чел., аневризма аорты – 1 чел., хроническая ИБС – 13 чел., ТЭЛА – 3 чел., ИМ – 10 человек. Средний возраст умерших от острых форм ИБС – 68 лет. В районах РК за три месяца представлены данные о 443-х умерших, в т.ч. и от бюро СМЭ, средний возраст 75 лет. Районы отличаются по количеству умерших: от 5-ти в Калевальском районе до 96-ти в Кондопожском. Острые формы: ОКН – 84 чел., инсульт 70 чел. Общая тенденция – более молодой возраст умерших от острых форм по сравнению с г. Петрозаводском: для ОКН – 57 лет, для ИМ – 68 чел., для инсульта – 68 лет. Так же 33% умирают в стационаре, в большинстве случаев – смерть на дому.

Выводы: Сохраняются высокие показатели смертности в РК, наиболее частые причины смерти при БСК – хронические формы (ИБС и СЗГМ), острые формы (ОКН, ИМ, инсульт) в г. Петрозаводске составляют 25%, в районах РК – 37%, из них самая частая – ОКН (в районах РК – 84 случая, в г. Петрозаводске – 45). Средний возраст умерших от БСК в РК – 77 лет (г. Петрозаводск – 79 лет, районы – 75 лет). Средний возраст умерших от ОКН – более молодой (г. Петрозаводск – 68 лет, районы – 57 лет). ОКН – важная составляющая в структуре смертности от БСК, внезапно умирают лица более молодого возраста, что требует усиления профилактики атеросклероза.

0033

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучить временные параметры электрического поля сердца при циркулярном инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиотопографии.

Материалы и методы: электрокардиотопография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при циркулярном ИМ (9 чел.).

Результаты: У КГ и при ИМ выделены 4 фазы распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности различных фаз периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Фаза ПН>ПС начинается с 4 линии по верхним уровням регистрации (УР), исключая нулевые зоны (НЗ) справа спереди и распространяется до 11 линии. Мах по ЭП фазы ПН>ПС составляет $3,83 \pm 0,46$ и располагается в точке V-10 (не путать с точкой VI-10, где определена зона ПН=ПС). При этом соотношение ПН и ПС максимальное и составляет $1,31 \pm 0,28$. Мах соотношения находится в точке III-8 и составляет $1,96 \pm 0,17$. Min по ЭП фазы ПН>ПС находится в точке I-3 и составляет $1,56 \pm 0,40$. Соотношение ПН и ПС при этом составляет $1,11 \pm 0,25$. Общая продолжительность зубца R на передней поверхности грудной клетки (ГК) увеличивается в направлении сверху вниз, справа налево от min к max. Мах для ПП фазы ПН>ПС не совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке III-10 и составляет $2,00 \pm 0,30$. Мах для ПС фазы ПН>ПС тоже не совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке IV-10 и составляет $2,00 \pm 0,34$. Следовательно, max для ПП и max для ПС фазы ПН>ПС не совпадают. Обращают на себя особенности распространения возбуждения по передней стенке ГК: незначительное увеличение общей продолжительности зубцов в большей степени отличающееся при сравнении с КГ с нормальным положением электрической оси сердца по верхним УР по 8-10 линии, где по амплитудной характеристике произошло нарастание зубца r (но нарастание зубца r выражено меньше, чем в группе с нижним ИМ), смещение начала фазы ПН>ПС на 4 линию и соответственно некоторое уменьшение фазы ПН>ПС по площади. При распространении возбуждения по ЭП его основные направления огибают зону поражения сверху.

Выводы: Выявлены закономерности изменения временных параметров ПН>ПС по ЭП при циркулярном ИМ и их отличия от КГ по данным ЭКГГ и главные направления возрастания зубцов по фазам от min к max и, наоборот, при циркулярном ИМ. Направление огибающих зону поражения составляющих отличается вокруг зоны поражения от КГ, от нижнего ИМ по площади огибающих, по передней поверхности ГК от ИМ передних локализаций.

0034

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКГГ: ПЕРИОД НАРАСТАНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА СНИЖЕНИЯ ПО ЭЛЕКТРОПОЗИТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучить временные параметры электрического поля сердца при циркулярном инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиографии.

Материалы и методы: электрокардиография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при циркулярном ИМ (9 чел.).

Результаты: У КГ и при ИМ выделены 4 фазы распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности различных фаз периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Max по ЭП фазы ПН<ПС составляет $5,00 \pm 0,65$ и располагается в точке IV-13, и продолжительность его не отличается достоверно от КГ с нормальным (НП) и горизонтальным (ГП) положением электрической оси сердца (ЭОС). При этом соотношение ПН и ПС составляет $0,59 \pm 0,06$. Min соотношения этой фазы находится в точке VI-15 и составляет $0,38 \pm 0,07$, т.е. max продолжительности и соотношения не совпадают. Имеется добавочный min соотношения и точке IV-16 и составляет $0,41 \pm 0,10$. При подсчете max по з. R он составляет $6,00 \pm 0,47$. Таким образом общий max продолжительности по ЭП не отличается от КГ с НП и ГП ЭОС. Максимальные значения соотношения фазы ПН<ПС по ЭП находятся по 12 линии и 3 линии, примыкая к фазе ПН=ПС по верхним уровням регистрации (УР), оставляя нулевые зоны по ЭП снизу. По 11 линии отмечается необычный перепад уменьшения соотношения зубцов по ЭП по сравнению с 12 линией. При распространении возбуждения справа налево соотношение ПН и ПС фазы ПН<ПС достигает min в точке VI-15, и затем оно начинает увеличиваться по задней правой поверхности ГК, достигая к 18 линии до $0,70$ в точке I-18, а в точке I-2 до $0,83$. Общая продолжительность зубца R на задней поверхности ГК достигает абсолютного max (точка V-13) и затем начинает уменьшаться по направлению к точкам I-16 и IV-18. Max для ПП фазы ПН<ПС не совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке V-12 и составляет $2,06 \pm 0,31$. Max для ПС фазы ПН<ПС совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке V-13 и составляет $3,14 \pm 0,38$.

Выводы: Выявлены закономерности изменения временных параметров ПН<ПС по ЭП при циркулярном ИМ и их отличия от КГ по данным ЭКТГ и главные направления возрастания зубцов по фазам от min к max и, наоборот, при циркулярном ИМ. Направление огибающих зону поражения составляющих отличается вокруг зоны поражения от КГ, от нижнего ИМ по площади огибающих. По зубцу R направления результирующей кривой по задней поверхности смещено вверх.

0035

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКТГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ МЕНЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: Изучить временные параметры электрического поля сердца при циркулярном инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиографии.

Материалы и методы: электрокардиография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при циркулярном ИМ (9 чел.).

Результаты: У КГ и при ИМ выделены 4 фазы распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (max) и минимумов (min) продолжительности различных фаз периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Max по ЭН фазы ПС<ПП по зубцу S составляет $5,00 \pm 0,77$ и располагается в точке III-6. При этом соотношение ПН и ПС составляет $0,51 \pm 0,11$. Max

по ЭН фазы ПС<ПП по зубцу QS составляет $5,06 \pm 1,01$ и располагается в точке VI-3. При этом соотношение ПН и ПС составляет $0,40 \pm 0,09$. Абсолютный min соотношения этой фазы расположен в точке IV-4 и равен $0,20 \pm 0,09$ для зубца S и $0,26 \pm 0,10$ для зубца QS. Имеется добавочный min соотношения в точке II-2 равный $0,25 \pm 0,11$ для зубца S и $0,28 \pm 0,11$ для зубца QS. Мах продолжительности и min соотношения не совпадают. Максимальная задержка возбуждения в левом желудочке по ЭН проецируется на зону rS и практически не отличается от КГ с нормальным (НП) и горизонтальным (ГП) положением электрической оси сердца (ЭОС). При подсчете тах тах по зубцу S составляет $6,50 \pm 0,34$, и он достоверно не отличается по продолжительности от КГ с НП и ГП ЭОС. В нулевой зоне по ЭП продолжительность отрицательных зубцов (зубцы S) меньше, чем продолжительность зубцов QS при циркулярном ИМ (достоверно) при сравнении с КГ с НП и ГП ЭОС. Min по ЭН фазы ПС<ПП находятся по 1 и 10 линии. При распространении возбуждения справа налево продолжительность по ЭН увеличивается от точки I-2 по направлению к тах и уменьшается по направлению к точкам I-10 и V-10, справа и слева примыкая к фазам ПС=ПП. Особенностью снижения продолжительности зубцов является то, что фаза ПС<ПП как бы уходит на надплечье и снова появляется на задней поверхности, огибая нулевую зону по ЭН. Мах для ПС фазы ПС<ПП по зубцу S не совпадает с тах продолжительности этой же фазы и находится в точке IV-6, и составляет $1,78 \pm 0,35$. Мах для ПП фазы ПС<ПП по зубцу S также не совпадает с тах продолжительности этой же фазы и находится в точке III-8 и составляет $3,39 \pm 0,31$.

Выводы: Выявлены закономерности изменения временных параметров ПС<ПП по ЭН при циркулярном ИМ и их отличия от КГ по данным ЭКТГ и главные направления возрастания зубцов по фазам от min к тах и, наоборот, при циркулярном ИМ. Направление огибающих зону поражения составляющих отличается вокруг зоны поражения от КГ, от нижнего ИМ по площади огибающих.

0036

ВРЕМЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПО ДАННЫМ ЭКТГ: ПЕРИОД СНИЖЕНИЯ БОЛЬШЕ ПЕРИОДА ПОДЪЕМА ПО ЭЛЕКТРОНЕГАТИВНОСТИ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Андреичев Н. А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: Изучить временные параметры электрического поля сердца при циркулярном инфаркте миокарда (ИМ) с помощью электрокардиографии.

Материалы и методы: Электрокардиография проведена у 78 чел. контрольной группы (КГ) с различным положением электрической оси сердца и у 147 больных с ИМ различной локализации на 3-4 неделе заболевания в том числе при циркулярном ИМ (9 чел.).

Результаты: У КГ и при ИМ выделены 4 фазы распространения волны возбуждения кругового движения диполя. Выделены локализации максимумов (тах) и минимумов (min) продолжительности различных фаз периода нарастания (ПН) и периода снижения (ПС) по электропозитивности (ЭП) и периода снижения (ПС) и периода подъема (ПП) по электронегативности (ЭН), главные направления возрастания зубцов по фазам от минимума к максимуму и, наоборот. Мах по ЭН фазы ПС>ПП составляет $2,67 \pm 0,53$ и располагается в точке VI-18 (зубец Q). При этом соотношение ПН и ПС составляет $1,44 \pm 0,34$, а абсолютный тах соотношения этой фазы расположен в точке VI-4 и равен $1,78 \pm 0,35$ для зубца Q. Площадь фазы ПС>ПП снижена на задней поверхности в зоне qr из-за наличия нулевой зоны по ЭН, что свидетельствует о значительном извращении распространении возбуждения, проявляющемся по задней поверхности по зубцу Q. В значительной степени смещается по локализации (вниз и вправо) тах продолжительности на усредненной тпограмме (УТ) при сравнении с КГ с нормальным (НП) и горизонтальным (ГП) положением электрической оси сердца (ЭОС) достоверно по двум координатам и правее, чем в группе с нижним ИМ. Значения тах продолжительности фазы ПС>ПП увеличены при сравнении с группами больных с ИМ передней локализации и резко отличаются по их локализации. При распространении возбуждения справа налево соотношение ПС и ПП, огибая нулевую зону по ЭН снизу по задней поверхности достигает тах в точке VI-14, и затем он начинает уменьшаться по

задней правой поверхности грудной клетки (ГК) по направлению к min VI-18). Общая продолжительность зубцов Q на задней поверхности ГК увеличивается в направлении абсолютного max (точка VI-18) и резко переходит в зону QS. Мах для ПС фазы ПС>ПП не совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке VI-17, и составляет $1,78 \pm 0,43$. Мах для ПП фазы ПС>ПП тоже не совпадает с max продолжительности этой же фазы и находится в точке VI-16 и составляет $0,92 \pm 0,20$.

Выводы: Выявлены закономерности изменения временных параметров ПС>ПП по ЭН при циркулярном ИМ и их отличия от КГ по данным ЭКГ и главные направления возрастания зубцов по фазам от min к max и, наоборот, при циркулярном ИМ. Направление огибающих зону поражения составляющих отличается вокруг зоны поражения от КГ, от нижнего ИМ по площади огибающих. Уменьшена по площади фаза ПС>ПП по ЭН, а max продолжительности располагается правее и ниже по сравнению с КГ и нижним ИМ.

0037

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Андрианова О. Л., Мирсаева Г. Х., Ибрагимова Л. А., Аминова Л. Х.

ГБ ОУ Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Избыточной массой тела и ожирением в России страдают 51,7% женщин и 46,5% мужчин. У лиц с ожирением гипертоническая болезнь встречается в 57%, относительный риск ишемической болезни сердца в 2 - 6 раз выше по сравнению с риском в популяции в целом.

Цель: Оценить эффективность лечения ожирения и коррекции метаболических нарушений.

Материалы и методы Под нашим наблюдением находились 82 женщины в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст $29,7 \pm 5,7$ лет). Критерии исключения – наличие тяжелых соматических и эндокринных заболеваний. Проводилось клиническое обследование больных, оральная глюкозотолерантная тест с 75 г глюкозы, исследование уровня холестерина, гликированного гемоглобина, биоимпедансометрия. Применялось анкетирование с использованием Голландского опросника пищевого поведения, опросника уровня информированности об ожирении и по вопросам питания. Проводился анализ дневника питания.

Результаты: Длительность ожирения составила от 3 до 20 лет. Ранее 50% пациентов предпринимали попытки снижения веса с помощью ограничений в питании, нетрадиционных методов лечения, у 24% было временное снижение веса с последующим набором и превышением предыдущего веса. Желаемая потеря массы тела составляла $11,6 \pm 2,7$ кг в месяц, желаемые сроки лечения – $3,7 \pm 0,4$ мес. Самоконтроль веса проводили 29%, умели подсчитывать калорийность пищи 11%. Суточная калорийность рациона превышала энергетические потребности на 900-1400 ккал. Нерегулярное питание отмечалось у 87%, наиболее калорийным был ужин у 66%. Для 63% была характерна гиподинамия. Артериальная гипертензия выявлена у 42%, дислипидемия – у 37%, нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе – у 24%, сахарный диабет (впервые выявленный) – у 14%.

Пациентов обучали индивидуально в течение 2 бесед по 15 минут принципам рационального питания, подсчету суточного калоража, самоконтролю артериального давления. Пациенткам с нарушением углеводного обмена был назначен редуксин в дозе 10 мг и метформин в дозе 500 мг, с ежедневным повышением на 500 мг до дозы 1500 мг. В результате комбинированной терапии в течение 24 недель выявлены уменьшение массы тела на $9,8 \pm 1,7$ кг, окружности талии – $12,8 \pm 1,8$ см, жира в абдоминальной области – на $21 \pm 3\%$, снижение холестерина $10 \pm 4\%$, триглицеридов – на $23 \pm 2\%$. Уровни САД снизились на 3 ± 1 мм.рт.ст., ДАД – на 2 ± 1 мм.рт.ст., ЧСС – на 5 ± 1 ударов в минуту. Увеличилась физическая активность (по данным шагомеров) на 7 ± 3 тысяч шагов.

Выводы: Пациенты овладели навыками самоконтроля. Комбинированная терапия редуксин в дозе 10 мг и метформин в дозе 1500 мг привела к снижению веса, калорийности суточного рациона на 25%, контролю пищевого поведения, улучшению метаболических показателей, продемонстрировала эффективность и безопасность.

Формирование нового образа жизни, применение патогенетических средств – основа профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний.

0038

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аникин В. В., Николаева Т. О.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь

Психологический статус является важнейшим фактором, определяющим возникновение и течение ишемической болезни сердца, в частности инфаркта миокарда, а также особенности реабилитационных воздействий и качества жизни больных.

Проведено углубленное клинико-функциональное обследование, включавшее психологическое тестирование, 120 женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте от 36 до 74 лет ($56,1 \pm 1,9$ года) и 50 мужчин с ОИМ 37-72 лет ($55,8 \pm 1,2$ года). Группа женщин была разделена на две подгруппы: женщины с ОИМ до 60 лет и старше 60 лет, мужчины составили группу сравнения.

Анализ усредненного профиля теста СМОЛ выявил более высокие показатели в старшей возрастной группе женщин по всем шкалам, особенно четко отмечались тенденции к повышению уровня 1-й, 2-й, 3-й (шкалы невротической триады) и 6-й шкал профиля СМОЛ. Высокие показатели 1-й шкалы выявляли скупость эмоциональных проявлений, осторожность, осмотрительность. Наличие высоких показателей по 2-й шкале «пессимистичности» отражало преобладание пассивной личностной позиции с высоким уровнем осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности, выраженной глубины переживаний, скептицизма. Высокие показатели по 6-й шкале отражали наличие повышенной раздражительности, переживания чувства обиды и косвенно ассоциировались со склонностью к артериальной гипертензии, которая действительно имела место более чем у 90% больных женщин старше 60 лет. Это подтверждает тесную связь между соматическими и психологическими факторами. В целом, профиль СМОЛ у женщин старше 60 лет представляет собой смешанный тип реагирования с тенденцией к депрессивно-ипохондрическим реакциям. Женщины более молодого возраста с ИМ имели «линейный» профиль СМОЛ (все его показатели находились в пределах между 46 и 55 Т) с относительным повышением на 1-й (ипохондриии), 2-й (депрессии), 3-й (эмоциональной лабильности), 6-й (ригидности) и 9-й (оптимистичности) шкалах, что также можно расценить как смешанный тип реагирования. У мужчин наблюдался «утопленный» профиль СМОЛ (показатели большинства шкал находятся ниже 45 Т, а ряд других не выше 50 Т). Сочетание относительного повышения по 1-й и 3-й шкалам и снижения 2-й шкалы СМОЛ у мужчин свидетельствует о переводе эмоциональной напряженности в соматические расстройства. В то же время, низкие показатели 3-й шкалы (ниже 50 Т) свидетельствуют о большей эмоциональной устойчивости и пониженной чувствительности к средовым воздействиям.

Таким образом, в остром периоде инфаркта миокарда наблюдается общее повышение профиля СМОЛ по всем шкалам, с наибольшей выраженностью изменений у женщин. Отмечается тенденция к трансформации эмоциональной напряженности и психологической тревоги в болезненные реакции и функциональные нарушения, что создает почву для психосоматических расстройств и обосновывает особенности специальных реабилитационных мероприятий.

0039

НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Аникин В. В., Беганская Н. С.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь

В настоящее время пролапс митрального клапана (ПМК) является одним из распространенных кардиальных проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Повсеместное присутствие соединительной ткани обуславливает многообразие его клинической симптоматики. При этом особого внимания заслуживают вопросы иммунологических изменений при ПМК, остающиеся до сих пор недостаточно изученными, что составляет определенные диагностические трудности. Несмотря на некоторые выявленные иммунные нарушения, практически нет данных, описывающих процесс эндогенного ауторозеткообразования (АРО) в периферической крови при ПМК, представляющий общую иммунологическую реакцию организма.

С целью выявления новых диагностических критериев оценки иммунологических нарушений при ПМК проведено комплексное клиничко-функциональное обследование 90 больных с ПМК при ДСТ, включавшее электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование, а также изучение показателей гуморального иммунитета (Ig A, Ig M, Ig G) и феномена АРО в периферической крови.

При оценке содержания фракций иммуноглобулинов А, М, G у больных с ПМК при ДСТ отмечено снижение среднего уровня Ig A в 2,3 раза и Ig M в 1,5 раза в сыворотке крови по сравнению с контрольными значениями ($p < 0,001$). При этом, у 18,9% больных наблюдалось уменьшение уровня сывороточного Ig A и у 8,9% сниженные значения Ig M. Кроме того, выявлена взаимосвязь снижения уровня сывороточных Ig A и Ig M от увеличения частоты случаев инфекционных заболеваний в год ($p < 0,001$). Проведенное обследование 76 больных с ПМК обнаружило значительное увеличение количества ауторозеток (АР), особенно с экзоцитарным лизисом эритроцитов, в периферической крови ($33,7 \pm 15,3$ на 100 лейкоцитов) по сравнению со здоровыми лицами ($0,75 \pm 0,7$ на 100 лейкоцитов) ($p < 0,05$). Вместе с тем, выявлено заметное преобладание нейтрофильных ауторозеток (НАР) ($79,63 \pm 8,41\%$), большинство которых представляли НАР с экзоцитарным лизисом ($79,81 \pm 12,6\%$), что свидетельствует о высокой активности процесса (патент на изобретение №2487357 от 10.07.2013г.). При дальнейшем исследовании оказалось, что с увеличением степени ПМК увеличивается количество АР в периферической крови ($p < 0,01$). Кроме того, получены данные, свидетельствующие об имеющейся обратной корреляционной взаимосвязи между выраженностью феномена АРО и показателями гуморального иммунитета, заключающейся в уменьшении сывороточных уровней Ig A и Ig M с увеличением АР в периферической крови больных с ПМК ($r = -0,6$; $p < 0,001$; $r = -0,5$; $p < 0,001$). Вероятно, процесс эндогенного АРО участвует в регуляции иных иммунологических реакций, оказывая влияние на реализацию первичного иммунного ответа, в котором значительную роль играют Ig A и Ig M.

На основании полученных результатов можно предположить, что феномен АРО в периферической крови можно рассматривать в качестве дополнительного диагностического метода ПМК, не только отражающего выраженность соединительнотканной дисплазии, но и позволяющего обнаружить и подтвердить наличие определенных иммунологических нарушений у больных с ПМК.

0040

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Анкудинов А. С., Калягин А. Н.

**ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Иркутск, Россия**

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) относится к состояниям, наносящим серьезный социально-экономический урон во всех развитых странах мира. Одним из направлений является изучение ХСН отягощенной коморбидными патологиями. В связи с этим актуален поиск новых более независимых предикторов и к одному из них приковано значимое внимание – галектин-3 (Gal-3). Основными эффектами данного медиатора проявляются в активации нейтрофилов, Т-клеток, а так же регуляции апоптоза и дифференциацию клеток, индукции фиброза и ремоделирования миокарда.

Цель: определить наличие клинической значимости уровня Gal-3 у пациентов страдающих ХСН в результате ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), а так же остеоартрозом коленных суставов (ОА).

Материалы и методы: исследуемые – женщины, были разделены на 2 группы. 1ая группа 48 пациентов страдающих ХСН I-IIФК по NYHA и ОА коленных суставов. Средний возраст респондентов в 1ой группе составил $65.4 \pm 6,6$ лет. 2ая группа составила 33 пациента страдающих ХСН I-IIФК по NYHA без ОА. Средний возраст составил $60,9 \pm 6,1$ лет. Диагноз ХСН был подтвержден тестом 6-минутной ходьбы, данными Эхо-КГ. ОА коленных суставов установлен рентгенологическим методом. Все пациенты получали терапию соответствующую стандартам лечения ХСН. Исследовано количество Gal – 3 иммуноферментным методом, анализ состояния фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартной ошибки (SE). Для оценки статистической значимости различий использовался дисперсионный анализ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты: При сравнительном анализе ФВ ЛЖ не было получено статистически значимых различий. $60,35 \pm 0,61\%$ и $60,16 \pm 0,91\%$ соответственно ($F=0,051$, $P=0,822$). При исследовании уровня Gal-3 были выявлены статистически значимые различия: так у пациентов 1-ой группы уровень составил $5,921 \pm 0,31$ нг/мл, во 2-ой группе $4,906 \pm 0,23$ нг/мл соответственно ($F=5,751$, $P=0,019$).

Выводы: У пациентов страдающих ХСН и ОА коленных суставов стандартные методы диагностики не могут быть использованы для оценки стратификации риска. У пациентов в данной группе наблюдается статистически значимо повышенный уровень галектина-3, по сравнению с пациентами без ОА. Исследование галектина-3 возможно в качестве маркера прогрессии заболевания и оценки качества лечения.

0041

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Анкудинов А. С., Воробьев И. В., Кочеулова А. В., Пахоменко Е. А.

**ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Иркутск, Россия**

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из важнейших проблем среди сердечно сосудистых заболеваний, и не редко сопряжена с коморбидной патологией, что имеет негативные последствия на клиническое течение и прогноз для пациента.

Цель: Оценить клиническое течение и качество жизни пациентов страдающих ФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), ассоциированной сахарным диабетом 2 типа (СД 2 тип).

Материалы и методы: Всего приняло участие 42 респондента, страдающих ФП на фоне ИБС, средний возраст 69 лет ± 5 лет — женщины. 1 группа- 18 пациентов с ФП и СД 2 типа с процентным соотношением фибрилляций: постоянной-22,2%, пароксизмальной-66,7%, персистирующей 11,1%; 2 группа-24 респондента без ФП с процентным соотношением форм фибрилляций: постоянной-41,7%, пароксизмальной-50%, персистирующей-8,3%. Для оценки клинического течения ФП были использованы уровень сывороточного креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD, фракции выброса (ФВ), общего холестерина (ОХ). Оценка качества жизни пациентов проводилась с помощью анкеты

«SF-36 Health Status Survey». Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартной ошибки (SE). Для оценки статистической значимости различий использовался дисперсионный анализ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты: При анализе данных были получены статистически значимые уровни креатинина 1 группа = $89,63 \pm 8,9$ мкмоль/л, 2 группа = $68 \pm 3,4$ мкмоль/л соответственно, $p = 0,025$ и уровня СКФ 1 группа = $62,22 \pm 5,4$ мл/мин, 2 группа = $82,18 \pm 5,3$ мл/мин, $p = 0,019$. Не было получено различий при исследовании уровня ОХ $4,4 \pm 0,4$ ммоль/л и $4,3 \pm 0,2$ $p > 0,05$ ($p = 0,732$). Вероятно, это связано с приемом липидоснижающей терапией пациентами в обеих группах. Так же не было получено значимых различий при изучении ФВ: $56,8\% \pm 3,5$ и $54,7\% \pm 1,5$ $p > 0,05$ ($p = 0,547$). При исследовании качества жизни были получены различия в шкале Bodily Pain (BP), связанную с более частыми приступами ангинозных болей и эпизодов нарушения ритма: 1 группа = $35,2 \pm 4,3$ и во 2 группа = $54,6 \pm 4,3$, $p = 0,007$ соответственно. А так же в шкале Role-Emotional (RE): 1 группа = 34 ± 2 балла и 2 группа = $53,8 \pm 8$ баллов соответственно, $p = 0,024$. А так же по

Выводы: СД негативно влияет на течение ФП, увеличивая интенсивность ангинозных болей и приступов перебоев в работе сердца, тем самым угнетая способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Это неизбежно ведет к ухудшению эмоционального состояния пациентов и способности выполнению работы или другой повседневной деятельности. Исходя из уровня СКФ пациенты данной группы имеют худший прогноз для возникновения сердечно-сосудистых катастроф по сравнению с пациентами без СД 2 типа. Однако учитывая отсутствие значимой разницы в рутинных диагностических методах, мы полагаем, что их использование не позволяет получить достоверной информации о течении данных состояний, что побуждает на поиск новых методик.

0042

ЦЕНТРАЛЬНОЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ АД В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

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

ГБОУ ВПО АГМУ Министерства здравоохранения России, Барнаул

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

Материалы и методы: В исследование включены 2 группы пациентов: 1-ая - 30 мужчин с предАГ (уровень офисного АД 120-130/80-89 мм.рт.ст.), 2-ая - 30 мужчин с диагностированной АГ по результатам амбулаторного артериального давления, находящихся на постоянной антигипертензивной терапии. В группу сравнения включены 30 здоровых добровольцев. Средний возраст в исследуемых группах составил $45,4 \pm 1,1$ и $46,8 \pm 0,9$ лет. Проводился анализ модифицируемых факторов риска, жесткость артериальной стенки измерялась неинвазивным методом оценки СРПВ на каротидно-фemorальном участке, расчет центрального аортального давления (ЦАД) и индекса аугментации (Alx) осуществлялся при помощи аппланационной тонометрии на приборе SphigmoCor (AtCor Medical Pty Limited, Австралия). За пороговые величины ЦАД приняты значения, рекомендованные европейским обществом кардиологов: Оптимальное АД - $< 110 / < 80$ мм.рт.ст., предгипертензия - $110-129 / 80-99$ мм.рт.ст., артериальная гипертония - $\geq 130 / \geq 90$ мм.рт.ст.

Результаты: Пациенты 1-ой и 2-ой групп были сопоставимы по большинству факторов риска. Дислипидемия была выявлена у 7 (25%) и 13 (44%) пациентов в исследуемых группах ($p < 0,05$). Средний уровень САД на плечевой артерии в 1-ой группе $122,3 \pm 6,6$ мм.рт.ст., во 2-ой - $132,4 \pm 10,2$ мм.рт.ст; ДАД составляло $84,0 \pm 5,3$ и $88,1 \pm 7,1$ мм.рт.ст в группах соответственно. В исследуемых группах уровень САД был достоверно выше, чем в группе сравнения - $114,5 \pm 6,8$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$).

САД на аорте составило $129 \pm 3,5$ и $139 \pm 4,8$ мм.рт.ст. в 1-ой и 2-ой группах соответственно, был достоверно выше у пациентов с диагностированной АГ ($p < 0,05$). Показатель Alx в группах составил $24,6 \pm 2,3$ и $28,9 \pm 1,8$. В группе сравнения показатели эластичности и уровень Alx соответствовали возрастной норме ($108 \pm 2,5$ мм.рт.ст., $11,6 \pm 14,8$). У 40% пациентов 1 ой группы центральное САД превышало 110 мм.рт.ст., у остальных 60% имелось нормально повышенное только периферического САД. Во

2-ой группе сочетанное повышение центрального и периферического АД встречалось у 78%, у 13% пациентов было выявлено повышенное периферическое АД более 140/90 мм.рт.ст. при значениях ЦАД в пределах 110-129/80-89 мм.рт.ст.

Показатели СРПВ в группах составляли $8,6 \pm 2,5$ и $13,4 \pm 2,8$ м/с, в группе контроля - $8,3 \pm 1,9$ ($p < 0,05$). СРПВ > 10 м/с имела у 25% и 37% пациентов в исследуемых группах.

Выводы: Пациенты с предгипертонией представляют собой неоднородную группу пациентов: 40% из них имеют нормально повышенное не только периферическое, но и центральное артериальное давление; остальные лица имеют повышенные значения только периферического АД. По-видимому, значения именно центрального АД, следует учитывать для более точной оценки кардиоваскулярного риска у молодых мужчин.

0043

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФИБРОЗА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МРТ С ОТСРОЧЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ

Апарина О. П., Стукалова О. В., Миронова Н. А., Терновой С. К., Голицын С. П.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва

Цель: Структурное ремоделирование предсердий – важный фактор, определяющий эффективность противоаритмического лечения мерцательной аритмии (МА). Целью исследования было разработать методику изучения и оценки структурных изменений миокарда ЛП с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) с высоким разрешением и сравнить структурные изменения миокарда ЛП у больных с МА и здоровых добровольцев.

Материалы и методы: в исследование включено 55 больных МА (средний возраст 56 лет), из которых 5 больным МА было проведено интервенционное лечение аритмии не ранее, чем за 3 месяца до включения в исследование. Группу контроля составили 23 здоровых добровольца (средний возраст 50 лет). После стандартного клинико-инструментального обследования, была выполнена МРТ сердца на сверхпроводящем МР-томографе с напряженностью поля 1,5Тл по общепринятому протоколу с оценкой анатомии и функции сердца. Для оценки структуры миокарда предсердий была проведена МРТ с отсроченным контрастированием GD-содержащим контрастным препаратом с помощью специальной импульсной последовательности с синхронизацией с дыханием и ЭКГ, размер воксела 1,25x1,25x2,5мм.

Результаты: Создан и запатентован автоматизированный алгоритм и специальная программа LGE Heart Analyzer для оценки структуры миокарда предсердий с определением новых разработанных параметров: индекса диффузного контрастирования (ИДК) и индекса максимального контрастирования (ИМК), а также доли фиброза, отражающих наличие структурных изменений миокарда ЛП. У больных МА величины ИДК и ИМК были достоверно выше, чем у ЗД ($1,141 [1,059; 1,224]$ и $0,986 [0,931; 1,054]$, $p < 0,05$; $1,93 [1,709; 2,231]$ и $1,637 [1,424; 1,845]$, $p < 0,05$ соответственно). У больных МА зарегистрирован значительно более выраженный фиброз ЛП, чем у ЗД ($9,107 [1,724; 18,575]$ % и $0,777 [0,047; 3,513]$ %, $p < 0,05$). У больных МА зоны фиброза располагались преимущественно в области устьев легочных вен и по задней стенке ЛП, у ЗД – преимущественно в нижних отделах задней стенки ЛП. У 5 больных МА, перенесших аблацию устьев легочных вен, на МР-изображениях сердца визуализировались циркулярные зоны отсроченного контрастирования вокруг каждой из легочных вен. Эти зоны топографически соответствовали зонам нанесения аблационных воздействий. ИМК постаблационных рубцов был выше, чем ИМК миокарда ЛП у 50 больных МА, получавших консервативную терапию ($2,03 [1,805; 2,562]$ и $1,75 [1,6; 2,23]$).

Выводы: Оригинальная программа LGE HEART Analyzer – новый метод, позволяющий проводить автоматическую характеристику структурных изменений предсердного миокарда на основе применения МРТ сердца с отсроченным контрастированием. Применение данной методики позволяет оценить фиброз ЛП у больных МА получающих, как консервативное, так и интервенционное лечение аритмии.

0044

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Арамисова Р. М., Василенко В. М., Чаудхари П. К.

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик, Российская Федерация

Цель: изучение динамики сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности за пятилетний период, комплексная оценка показателей здоровья населения для разработки дальнейших мероприятий по снижению заболеваемости и смертности.

Материалы и методы: В ходе исследования оценивались показатели состояния здоровья населения КБР за период с 2010 по 2014 гг.: сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность с учетом ее структуры, в т.ч. смертность в трудоспособном возрасте, первичный выход на инвалидность.

Результаты: Сравнительный анализ заболеваемости ИБС по районам республики показывает большой разброс в частоте заболевания в зависимости от места проживания. Наиболее высокие показатели отмечены в Майском, Зольском, Черекском районах. Наиболее высокие показатели заболеваемости в трудоспособном возрасте регистрировались в Лескенском, Прохладненском и Эльбрусском районах. Кроме того, в этих районах отмечен рост показателей заболеваемости ИБС, что требует дополнительного анализа возможных причин и проведения соответствующих мероприятий. Основными причинами смертности населения в республике являются болезни системы кровообращения (62,6%), новообразования (13,4%), болезни органов дыхания (3,4%), внешние причины (8,6%). Показатель ожидаемой продолжительности жизни населения КБР в 2010 г. составил 68,1 лет, при этом у мужчин – 61,9 лет, у женщин – 74,5 лет.

Показатели смертности в различных возрастных группах населения различались. Установлено, что ежегодные потери населения трудоспособного возраста составляют в среднем четвертую часть от общего числа умерших. Подавляющее большинство умерших в трудоспособном возрасте (81,7%) – мужчины. Их смертность в 4,5 раза превышает смертность женщин того же возраста.

Первое место среди причин смерти в трудоспособном возрасте занимают болезни системы кровообращения – 27,4%, за ними следуют несчастные случаи, отравления и травмы – 26,6%, новообразования – 13,6%.

Выводы: Особенности эпидемиологии ССЗ в КБР заключаются в более высокой распространенности основных ССЗ, а также их тяжелых осложнений. Поэтому эффективная профилактика и адекватное лечение ССЗ в нашей республике имеет особое значение для снижения смертности и инвалидности населения.

Несмотря на наметившиеся в последние годы позитивные тенденции в состоянии здоровья населения республики в целом, сохраняются проблемы, требующие решения с использованием научно обоснованных методов планирования на основе углубленного анализа существующей системы оказания помощи, структуры и рациональности использования коечного фонда, структуры заболеваемости, качества предоставляемой медицинской помощи.

0045

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Арамисова Р. М., Василенко В. М., Чаудхари П.

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик, Российская Федерация

Цель: анализ структуры причин первичного выхода на инвалидность при заболеваниях сердечно-сосудистой системы для разработки мероприятий по укреплению здоровья населения и реабилитации инвалидов на региональном уровне.

Методика и организация исследования: Для решения задач исследования была разработана комплексная методика, включающая статистический анализ работы одного филиала МСЭ общего профиля. Единица наблюдения - инвалид, прошедший освидетельствование впервые или переосвидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы. Объект исследования - первичная инвалидность, результаты переосвидетельствования инвалидов.

Результаты: В структуре причин первичного выхода на инвалидность сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) составили 43% от всех классов болезней терапевтического профиля. Анализ структуры ССЗ, как причины первичного выхода на инвалидность показал, что удельный вес АГ составляет 38%, ИБС с осложнениями -26%, Наибольшую долю составляют больные со второй группой инвалидности. Более тяжелая группа инвалидности сформирована больными с общим атеросклерозом и ИБС.

Выводы: В структуре причин первичного выхода на инвалидность у больных терапевтического профиля преобладают ССЗ. Наиболее существенное влияние на течение заболевания, состояние трудоспособности больных имеют характер и особенности профессиональной деятельности, отсутствие осознанной готовности больных выполнять врачебные рекомендации (регулярный прием лекарств, отказ от вредных привычек, активная борьба с факторами риска), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Раннее и своевременное выявление заболеваний, активное комплексное и длительное лечение больных, мероприятия по борьбе с факторами риска и пропаганде здорового образа жизни, адекватное решение вопросов рационального трудоустройства заболевших обеспечит реальные условия для профилактики стойкого нарушения трудоспособности.

0046

КЛИНИЧЕСКИЕ И АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Арзиева Ю. Б., Узоков Ж. К.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Введение: Острая окклюзия после баллонной коронарной ангиопластики (БКА) связана с повышенным риском стенокардии, экстренного аортокоронарного шунтирования (АКШ), инфаркта миокарда (ИМ) и смерти. Использование стентов предлагают способ восстановления проходимости коронарных артерий с помощью которого можно избежать этих осложнений.

Цель: Изучить краткосрочные клинические результаты после БКА и стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы: и результаты: Мы проанализировали 58 пациентов (средний возраст пациентов 62 ± 10.2 лет) после БКА и стентирования коронарных артерий в период с сентября 2013 года по январь 2015 года в Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской Помощи.

Результаты: 58 пациентов перенесли стентирование КА сразу после баллонной ангиопластики. У 52 пациентов (89%) стент был успешно развернут. Ангиографический успех (конечный диаметр стеноза $KA < 50\%$) был достигнут в 49 процедурах (85%). У 43 пациентов процедура стентирования прошла успешно без ангиографических осложнений (клинический успех 74%). После установки стента разрешились ЭКГ-признаки подъема ST-сегмента и нестабильной стенокардии в 84% больных. Одна смерть и два ИМ с зубцом Q произошли во время госпитализации. Смерть произошла у пожилого пациента, который недавно перенес инсульт, при внутривенном введении гепарина. Во время госпитализации у трёх пациентов развилась повторная окклюзия после установки стента (5,2% процедур) и четверо повторили коронарную ангиопластику. АКШ проводили двое пациентов после установки стента (3,4%). Клиническое наблюдение было получено у всех пациентов в среднем через 6 месяцев. Ангиографический рестеноз (диаметр процентов $\geq 50\%$) наблюдался у 5 пациентов за 6 месяцев (86% пациентов).

Выводы: Стентирование коронарных артерий после ЧБА снимает ишемию миокарда и является альтернативным средством лечения.

0047

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОКС: СВЯЗЬ С РИСКОМ ИШЕМИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Аркадьева Г. В., Теблоев К. И., Белая О. Л., Бурлова Е. С., Кривцова Н. В.

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

Цель: исследование параметров антикоагулянтного звена системы гемостаза у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: В исследование были включены 80 больных с ОКС: впервые возникшая стенокардия - 7, нестабильная стенокардия (НС) - 33, инфаркт миокарда без подъемов ST - 40, повторный ИМ - 11 больных. Средний возраст пациентов составил $62,7 \pm 1,15$ лет, преобладали мужчины (53,7%). Оценивали три показателя системы гемостаза - протейн С (ПрС), растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), спонтанную агрегацию тромбоцитов (САТ); прокоагулянтную активность - определение фибриногена (ФГ), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и протромбинового времени (ПВ). Степень нарушений в системе ПрС оценивали по нормализованному отношению (НО ПрС) с использованием «Парус-теста» фирмы «Технология Стандарт» - НС (n=33).

Результаты: При исследовании отмечалось некоторое усиление прокоагулянтной активности – более низкие значения АЧТВ и ПВ. У больных с перенесенным ИМ ПВ было ниже, чем у больных без ИМ в анамнезе ($15,52 \pm 0,27$ и $16,58 \pm 0,41$, $p=0,03$) соответственно. Три показателя (ПрС, РФМК, САТ) продемонстрировали связь с риском ишемических событий (ИС). Суммарный показатель нарушений в системе ПрС был ниже нормальных значений ($<0,7$), что свидетельствует о нарушениях в системе ПрС. Установлена взаимосвязь нарушений в системе ПрС с ИС: $0,89 \pm 0,17$ - без событий и $0,75 \pm 0,13$ с событиями; связь показателей гемостаза связанных с риском ИС в период госпитализации: НО ПрС $<0,7$, РФМК >4 мг%, САТ $>3,5$ отн ЕД. Степень связи с риском ИС у каждого из выделенных маркеров гемостаза оказалась различной. При разделении больных с ИС и без них ПрС существенно превосходил не только другие маркеры гемостаза (РФМК, САТ), но и демографические, клинические и инструментальные показатели, традиционно связываемые с риском ИС при ОКС. Кроме ПрС, с риском ИС, независимо от других показателей гемостаза, был связан и повышенный уровень РФМК, который отражает риск образования и прогрессирования тромба – признаки тромбинемии в артериальном русле (влияя и на адгезию/агрегацию тромбоцитов и на свертываемость крови), то есть имеет большую связь с крупными событиями.

Выводы: Ряд параметров гемостаза тесно связан с атерогенезом и является одним из сильных факторов риска ИБС и предиктором «коронарных событий». Пр С, РФМК и САТ свидетельствуют о наличии тромбообразования, в большей степени определяют преходящие изменения коронарного кровотока. Тромбогенный потенциал возрастает по мере прогрессирования заболевания.

0048

НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ПРОТЕИНА С У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Аркадьева Г. В., Бурлова Е. С., Родионов Б. А., Кривцова Н. В.

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

Цель: В основе венозных тромбозов лежат гемодинамические расстройства, любые повреждения, заболевания или патологические состояния, обуславливающие повышение адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов, сдвиг свертывающей активности в сторону гиперкоагуляции с торможением фибринолиза и в итоге формирование тромбов в поверхностных или глубоких венах большого круга кровообращения. Предрасполагающими факторами венозного тромбоза являются тромбофилические расстройства - резистентность к активированному протеину С (ПрС), поэтому актуальным является изучение активности системы ПрС у больных с сосудистой патологией.

Материалы и методы: Обследовано 15 пациентов с ХВН: с варикозным расширением вен (ВРВ)-9, с посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС)-6. Определение общей активности системы ПрС в скрининговом коагулологическом тесте, результаты которого выражались в виде нормализованного отношения (НО в норме 0,7-1,5) отечественными реактивами («Парус-тест»).

Результаты: У больных с ХВН отмечалась некоторая активация свертывающей системы при угнетении фибринолиза: фибринолитическая активность была снижена у больных с ВРВ на 36%, а при ПТФС - на 41%. У больных с ВРВ НО ПрС в среднем составило $0,88 \pm 0,03$, что на 32,4% ниже по сравнению с донорским ($p < 0,05$), причем уровень $НОПрС < 0,7$ был отмечен у 2 больных (22,2%), что свидетельствует о нарушениях в системе ПрС. Выраженное снижение активности ПрС наблюдалось у 4 больных с осложненным течением ХВН: уровень снижения НО колебался от 0,66 до 0,96 и в среднем составил $0,81 \pm 0,05$, что на 38% ниже по сравнению с донорским ($p < 0,05$). У больных с ПТФС снижение активности ПрС было более выражено - НО ПрС $0,73 \pm 0,03$, что на 45% ниже донорского уровня ($p < 0,05$), у 4 больных (83,3%) уровень $ПрС < 0,7$ и в среднем составил $0,67 \pm 0,07$, ниже на 49%. Полученные данные подтверждают тот факт, что при посттромбофлебитическом синдроме стенки венозных сосудов повреждены более значительно, что создает благоприятные условия для процесса тромбообразования.

Выводы: В исследовании показана оценка активности ПрС у больных с ХВН, как одного из показателей поражения сосудистой стенки и большая значимость для оптимального выбора тактики лечения и профилактики тромбоэмболий.

0049

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аскарлова Н.А., Тулабаева Г.М., Талипова Ю.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: Изучить путём ретроспективного анализа течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне сахарного диабета (СД) в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: Ретроспективно за период 2012-2015 годы нами было проанализировано 800 амбулаторных карт пациентов с ХСН, в условиях семейной поликлиники (СП) №19 и центральной медицинской поликлиники (ЦМП). Из них 220 (27,5%) амбулаторных карт пациентов с ХСН и СД. В рамках исследования нами были заполнены индивидуальные карты пациентов единого образца, состоящие из вопросов ретроспективной оценки особенностей. Средний возраст пациентов составил $59,8 \pm 7,9$ лет, при этом средний возраст для женщин составил $60,6 \pm 9,6$ лет, для мужчин $59 \pm 6,2$ лет. Длительность заболевания ХСН составила в среднем $5 \pm 3,5$ лет, а длительность СД составила в среднем $8,2 \pm 4,72$ лет. Показатель сахара в среднем составил $10,32 \pm 2,89$ ммоль/л. Содержание общего холестерина в крови в среднем $5,8 \pm 1,11$ ммоль/л. Методы статистического исследования выполнены с помощью пакета прикладных статистических программ «Биосет».

Результаты: Результаты нашего исследования показали, что из общего количества пациентов ($n=220$) в 64% случаев ХСН на фоне СД наблюдается у женщин ($n=142$), а у мужчин в 35% случаев ($n=78$). Результаты изучения функционального класса (ФК) ХСН показали, что средний показатель ФК в наших

исследованиях составляет $2,5 \pm 0,7$. ФК I диагностирован в 9% случаев ($n=20$), ФК II – 36% ($n=80$), ФК III – 53% ($n=116$), ФК IV – 2% ($n=4$). На следующем этапе исследования анализированы факторы риска у пациентов с ХСН и СД. Табакозависимость наблюдалась у 18 (23%), только у пациентов мужского пола. Употребление алкоголя прослеживалось в общем в 18% ($n=14$) случаев. Из них 3% ($n=4$) случаев у женщин. Гиподинамия наблюдалась у 152 (69%), пациентов, среди мужчин у 42 (54%), а среди женщин у 110 (77%). Ожирение у женщин составило 95 (67%), у мужчин 35 (45%). Суточное употребление жидкости составило в среднем $1,94 \pm 0,38$ л. Объем употребляемой жидкости для женщин составил $1,99 \pm 0,46$ л., а для мужчин составил $1,88 \pm 0,30$ л.

Выводы: Таким образом, по результатам нашего исследования было выявлено, что ХСН на фоне СД на 55% больше выявляется у женщин. По провоцирующим факторам такими как, табакозависимость и употребление алкоголя преобладали мужчины. По отношению гиподинамии, ожирению и употреблению большого количества жидкости преобладали пациенты женского пола.

0050

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Аскаргов А. Р.¹, Шалаев С. В.², Руднева Л. Ф.²

¹ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница», Салехард, Россия

²ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень, Россия

Цель: изучить частоту и влияние некоторых сердечно-сосудистых факторов риска (СС-ФР) на клиническое течение ишемической болезни сердца (ИБС) у больных в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена (НУО) (гипергликемии натощак (ГГН), нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ), сахарного диабета (СД) 2 типа).

Материалы и методы: В исследование включены 84 больных ИБС в возрасте 44-75 лет, преобладали мужчины (85,7%), средний возраст пациентов составил $58 \pm 7,7$ лет. Клинически ИБС чаще проявлялась стенокардией напряжения (97,6%), в единичных случаях – безболевого ишемией миокарда (2,4%). Большинство больных ИБС имели АГ (89,3%), и половина работали (50,0%). Инфаркт миокарда в анамнезе встречался у 53,6% пациентов. Среди больных ИБС с наличием или отсутствием НУО изучалась частота основных СС-ФР: АГ, курения, гиперхолестеринемии (ГХС; общий холестерин (ХС) $>4,0$ ммоль/л) и дислипидемии (ДЛП; ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП) $>1,8$ ммоль/л, ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП) $<1,0$ ммоль/л), отягощённой наследственности (по АГ или ИБС), абдоминального ожирения (АО), избыточной массы тела (или ожирения), низкой физической активности (НФА). Для выявления НУО у больных ИБС изучали уровень венозной гликемии натощак и гликированного гемоглобина, по показаниям – оральный глюкозотолерантный тест. Обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS Statistics v.19.

Результаты: У каждого 3-го больного ИБС выявлялись НУО (33,4%): чаще – ГГН (16,7%) и НТГ (10,7%), реже – СД 2 типа (6,0%). Среди больных 2 группы (гр.) (ИБС и НУО) женщин было почти в 3 раза больше, чем в 1-й гр. (ИБС без НУО): соответственно 25,0% и 8,9% ($p < 0,05$). При этом в обеих гр. больных ИБС (1-й и 2-й) обнаружена одинаково высокая частота некоторых СС-ФР: АГ (83,9% и 100,0%), ГХС (69,6% и 82,1%), АО (71,4% и 89,2%), НФА (82,1% и 85,7%), отягощённой наследственности (64,3% и 53,5%). Однако больные ИБС 1-й гр. (без НУО) в 2 раза чаще курили, чем больные 2-й гр. (с НУО), что объяснялось преобладанием курящих мужчин в 1-й гр. (62,5%* и 28,6%*, * $p < 0,05$). Изучение клинического течения ИБС показало, что при НУО (2-й гр.) наблюдается более тяжёлое течение стенокардии, чем при отсутствии НУО (1-й гр.): стенокардия напряжения ФК 3 – в 2 раза чаще (35,7%* и 17,9%*), и реже – стенокардия напряжения ФК 2 (50,0%* и 71,4%*) (* $p < 0,05$). Этому способствовали следующие ФР (во 2-й и 1-й гр. соответственно): 3 степень АГ – 85,7%* и 23,2%* (напротив, 2 степень АГ – 14,3%* и 35,7%*), ХС ЛНП $>1,8$ ммоль/л – 96,4%* и 62,5%*, ожирение – 39,3%* и 23,2%* (* $p < 0,05$).

Выводы: Каждый третий больной ИБС имеет НУО: чаще ГГН и НТГ, реже – СД 2 типа. У больных ИБС и НУО наблюдается более тяжелое течение стабильной стенокардии, чем при отсутствии НУО, чему способствуют АГ 3 степени, ДЛП (ХС ЛНП>1,8 ммоль/л) и ожирение. Своевременная и максимальная коррекция данных ФР позволит избежать развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС (особенно при НУО).

0051

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аттаева М.Ж., Гурижева М.В., Василенко В.М., Фокичева Н.Х., Арамисова Р.М.

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова»,
г. Нальчик, Российская Федерация

Цель: изучение метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов, неспецифической реактивности организма у больных инфарктом миокарда с помощью стимулированного теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-теста).

Материалы и методы: Стимулированный эндотоксином и пирогеналом НСТ-тест проводился у 46 больных инфарктом миокарда (27 мужчин и 19 женщин; средний возраст $53,6 \pm 3,2$) в динамике трижды: 1-2 сутки инфаркта миокарда, 9-10 сутки и 20-21 день пребывания в стационаре. Для изучения показателей тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов использовалась методика В.И. Покровского и Б.С. Нагоева. Активность НСТ-теста вычислялась по принципу Карлов. За условную норму приняты показатели, установленные при обследовании 34 практически здоровых человека: стимулированная эндотоксином тетразолиевая активность нейтрофилов $38 \pm 1,4$, пирогеналом - $29 \pm 1,7$; процент НСТ-положительных клеток $28 \pm 1,6$ и $19 \pm 0,9$ соответственно.

Результаты: При поступлении в стационар у всех больных инфарктом миокарда выявлено значительное повышение тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов (стимулированной эндотоксином - $61 \pm 1,8$; стимулированной пирогеналом - $49 \pm 2,1$) и процента НСТ-положительных клеток ($48 \pm 1,9$ и $39 \pm 1,7$ соответственно). На фоне терапии (9-10 сутки) обнаружено, что высокие цифры показателей НСТ-теста сохраняются, но имеют тенденцию к снижению. Тетразолиевая активность стимулированных эндотоксином нейтрофилов была равна $52 \pm 2,1$, % НСТ-положительных клеток $37 \pm 1,6$; пирогеналом - $34 \pm 1,6$ и $28 \pm 1,9$ соответственно. К концу 3-й недели стационарного лечения, параллельно улучшению общего состояния больных: купирование болевого синдрома, стабилизация гемодинамических параметров, повышение толерантности к физической нагрузке, имело место достоверное снижение уровня тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов и процента НСТ-положительных клеток у обследованных. Показатели стимулированного эндотоксином НСТ-теста были равны: тетразолиевая активность нейтрофилов $45 \pm 1,8$ и процент НСТ-положительных клеток $34 \pm 1,4$; стимулированного пирогеналом - $33 \pm 2,0$ и $25 \pm 1,7$ соответственно. Однако нормализации средних значений параметров не наступило.

Заключение: Проведенные исследования НСТ-теста стимулированного эндотоксином и пирогеналом у больных инфарктом миокарда выявили существенные изменения метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов во все сроки наблюдения, что отражает реактивные изменения в организме и может иметь диагностическое значение при острых сосудистых событиях. Повышенные цифры стимулированной тетразолиевой активности нейтрофилов на фоне лечения могут свидетельствовать о сохраняющемся функциональном раздражении лейкоцитов и, следовательно, отсутствии восстановления клеточного гомеостаза у больных инфарктом миокарда.

КОРОНАРНАЯ ГИБРИДНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

(Опыт применения с января 2010г. по январь 2014г.)

Афанасьева Н. С., Степин А. В., Перминов М. Г.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» Екатеринбург

Гибридная реваскуляризация, или поэтапное или одновременное чрескожное вмешательство и открытая операция коронарного шунтирования, подразумевает сочетание преимуществ обеих процедур при максимальном нивелировании рисков. Применение такого подхода к лечению пациентов с многососудистым поражением коронарного русла позволяет выполнить полную реваскуляризацию миокарда, при этом уменьшив объем оперативного вмешательства, количество осложнений и сроки восстановления пациента после операции.

Материалы и методы: В ГБУЗ СО «УрИК» за период с января 2010 г. по январь 2015 г. 90 пациентов (63 мужчины (70%) и 27 женщин (30%), средний возраст 61,5 год) с многососудистым поражением коронарных артерий (двухсосудистое поражение у 25 человек (28%), трехсосудистое поражение у 65 человек (72%)) подверглись гибриднему вмешательству. Показанием к проведению коронарной реваскуляризации являлось наличие стенокардии не менее III функционального класса или острый коронарный синдром с подъемом или без подъема сегмента ST. 68 человек (76%) подверглись реваскуляризации в острый период инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка или перенесли в прошлом инфаркт указанной локализации. Первым этапом выполнялось ангиопластика и стентирование ПКА, вторым этапом — коронарное шунтирование на работающем сердце (52 операции (58%) или с использованием искусственного кровообращения (38 операций (42%)). Во время клинического наблюдения продолжительностью в среднем 12 мес (67 человек (74%)) регистрировались осложнения и летальность в раннем и отдаленном послеоперационных периодах, сердечно-сосудистые события и наличие стенокардии.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде (на 3и сутки) зарегистрирован 1 летальный случай на фоне развившегося периоперационного инфаркта миокарда, острой сердечной и почечной недостаточности.

В 1-е сутки послеоперационного периода 1 случай послеоперационного гипокоагуляционного кровотечения с рестернотомией.

В подавляющем большинстве случаев в отдаленные сроки (в среднем в течение 12 мес) после операции пациенты были свободны от стенокардии — 80 человек (89%). У 10 пациентов в сроки от 6 до 24 месяцев отмечено возобновление стенокардии. В 9 случаях проведена коронарография (инвазивная КАГ или КТ-КАГ), в 1 случае от КАГ решено было воздержаться из-за сопутствующей патологии. При проведении исследования коронарных артерий в 2 случаях выявлены нарушения функционирования шунтов. В 1 случае проведено стентирование ствола ЛКА, во втором — пациент лечился консервативно. У одного пациента выявлен рестеноз в стенте ПКА, проведена ангиопластика в стенте. В остальных 6 случаях нарушения функционирования шунтов и проходимости стентов при КАГ не выявлено. Пациенты в дальнейшем успешно лечились консервативно.

Летальных случаев и развития инфаркта миокарда в отдаленном послеоперационном периоде не было зарегистрировано.

Заключение: Наши результаты показывают, что у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла применение гибридных методик реваскуляризации миокарда сопровождается низким уровнем госпитальных осложнений и летальности и отличными отдаленными результатами

0053

**ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЙ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА NO-СИНТАЗЫ, КАК
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2, ПРОЖИВАЮЩИХ
В РЕСПУБЛИКЕ АЗЕРБАЙДЖАН**

Ахмедова З. Б., Оруджева С. Р.

АГИУВ «Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева», Баку, Азербайджан

Современный подход к проблеме сахарного диабета 2 типа (СД2) предполагает выделение группы пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с учетом индивидуальной генетической предрасположенности.

Цель: оценить носительство однонуклеотидного генетического полиморфизма (SNP) гена эндотелиальной NO синтазы (pAsp298Glu:c894T>G) и его роль в развитии снижения variability сердечного ритма у больных СД2, азербайджанской популяции.

Материалы и методы: В исследование включены 74 пациента азербайджанской национальности, страдающие СД2 и ССЗ в возрасте 54,7+8,8 лет, с длительностью СД2 с момента установления диагноза - 5,6+3,2 лет. У 72 пациентов с ССЗ отмечалось снижение variability сердечного ритма от 140 до 50 мс, у 2 пациентов с СД2 снижения variability сердечного ритма не выявилось. Методом MALDI-TOF исследован SNP гена NO синтазы. Статистическую обработку проводили с помощью статистической программы Statistika 6,0.

Результаты: Наибольшая ассоциация между носительством SNP гена монооксида азота, который принимает непосредственное участие в регуляции сосудистого тонуса, и развитии ССЗ у пациентов с СД2 азербайджанской популяции выявлено носительство генотипов: измененный вариант в гомозиготной форме GG у 35 пациентов (47,3%), измененный вариант в гетерозиготной форме GT у 35 пациентов (47,3%) и нормальный вариант в гомозиготной форме, TT у 4 пациентов (5,4%). Носительство измененного генотипа GG в гомозиготной форме в 298-м положении, часто ассоциировало с наличием постинфарктного кардиосклероза. Для более точного вывода, необходимо продолжить данные исследования на большем объеме выборки.

Выводы: Снижение variability сердечного ритма у пациентов с СД2 и ССЗ азербайджанской популяции обусловлено достоверно значимой генетической предрасположенностью, носительством измененных генотипов гена эндотелиальной NO синтазы, которые вносят свой вклад в снижение уровня NO, что в свою очередь способствует развитию сердечно-сосудистой патологии, и могут быть предиктором развития острого коронарного синдрома.

Ключевые слова: сахарный диабет, variability сердечного ритма, генетический полиморфизм, азербайджанская популяция.

0054

**ВЛИЯНИЕ 6-ТИ МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ СИЛДЕНАФИЛА НА
ПАРАМЕТРЫ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МАРКЕРЫ
ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

Ахматов Я. Р., Абдуллаев Т. А., Давирова Ш. Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить влияние 6-ти месячной терапии силденафилом на клинико-функциональные параметры у больных, страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) с преимущественным поражением правых отделов сердца.

Материалы и методы: Методом слепой рандомизации были выделены две: первая (I; n=12; муж/жен 10/2; 42,8 ± 12,5 года) и вторая (II; n=13; жен/муж 8/5; 41,6 ± 11,8 год) группы. При этом, пациенты второй группы получали силденафил в индивидуально подобранной дозе (от 37,5 до 75 мг/с; в среднем – 45,8 ± 12,5 мг/с). Всем больным проводили ЭКГ, ЭхоКС, тест 6-минутной ходьбой (ТШХ), а также уровень С-реактивного белка в сыворотке крови до и после терапии.

Результаты: 6-ти месячная терапия силденафилом оказало положительное влияние на параметры внутрисердечной гемодинамики. Так, пиковая скорость раннего наполнения (Е) после курса терапии увеличилась на 17,1% (до терапии – E=0,63±0,12 м/с, после – E = 0,76 ±0,13 м/с, p = 0,016), а сократительная функция правого желудочка – на 8,73% (ФВ ПЖ до – 42,65 ± 2,3%, после – 46,73 ± 2,73%, p = 0,000). При этом, улучшение инотропной функции правых отделов сердца способствовало достоверному снижению ММЛЖ на 17,7% (до – 43,42 ± 46,38 гр., после – 18,00 ± 33,67гр, p = 0,128) и уменьшению размеров ЛП на 17,85% (до – 29,8 ± 2,88 мм, после – 24,48 ± 2,63мм, p = 0,000). Дополнительное назначение силденафила способствовало приросту ДПД на 36,5% (до – 173,6 ± 71,34м, после – 273,6 ± 82,26 м, p = 0,004) и уменьшению частоты дыхания (ЧД) как в состоянии покоя, так и после нагрузки (ЧД покоя уменьшилась с 22,34 ± 1,76 до 17,8 ± 1,53, а ЧД нагр. – с 26,35 ± 3,16 до 21,8 ± 1,10, оба p=0,000). Уровень СРБ в сыворотке крови на фоне терапии достоверно снизился на 44,1%, (с 8,6±1,4 до 3,8±0,8 mg/l; p=0,000).

Выводы: Применение С у больных ПЖДКМП в течение 6 месяцев в сочетании с БТ ассоциируется с повышением ФВ ПЖ и уменьшением размеров ЛП и концентрации СРБ в сыворотке крови, клинически сопровождающееся увеличением двигательной активности пациентов.

0055

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЁННОЙ И СОЧЕТАННОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Багманова З.А.¹, Мазур Н.А.², Плечев В.В.¹, Руденко В.Г.¹, Бузаев И.В.³, Загидуллин Б.И.⁴

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа, Россия;

²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва; ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр» (РКЦ), г.Уфа, Россия;

⁴ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны, респ.Татарстан

Цель: выявить особенности клинических проявлений заболевания, обусловленных наличием мышечного мостика (ММ) над коронарной артерией (КА).

Материалы и методы: 10298 больных (б.), находившихся в РКЦ (7-летний период) с направительным диагнозом «ИБС: стенокардия напряжения», которым провели диагностическую коронароангиографию (КАГ). Из 10298 б. у 364 б. (3,5%) выявили ММ. Всем выполнили: общеклиническое обследование, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, суточное мониторирование ЭКГ, тест с физической нагрузкой по стандартному протоколу и при сочетании с нитроглицерином (НГ), стресс-ЭхоКГ с добутамином, модифицированную фармакологическую стресс-ЭхоКГ с НГ, КАГ.

Результаты: 364 б. распределили на четыре группы (гр.). 1-ю гр. составили б. с ММ и неизменёнными КА (n=114). Ко 2-й гр. отнесли б. с ММ и артериальной гипертонией (АГ) при гипертрофии миокарда левого желудочка, увеличении комплекса интима-медиа (n=59). 3-я гр. – б. с атеросклерозом (АС) КА и ММ (n=105). 4-я гр. – б., имеющие ММ и АС КА с АГ (n=75). В клинической картине у 82/114 б. с изолированным ММ (ИММ) преобладала атипичная стенокардия (С) (72%), когда болевые ощущения в грудной клетке не соответствовали критериям типичной С, а характеризовались следующим: 1) боль локализовались не в загрудинной области, 2) продолжалась более 3 - 5 мин, 3) не купировалась НГ, приём которого у части б. усиливал дискомфорт в груди, уменьшалась при прекращении нагрузки. При сочетании ММ с АГ у 45/59 б. (76%) также были случаи атипичной С (p1-2=0,539). Атипичная С

встречалась у 6/105 б. (6%) в 3 гр. и 2/75 б. (3%) в 4 гр. ($p_{1-3}=0,00$; $p_{1-4}=0,00$). В гр. с ММ и АС как без АГ, так и с АГ, преобладала типичная С у 80/105 б. (76%) и 60/75 б. (80%), соответственно. Типичная С не выявлена в гр. с ИММ. Острый коронарный синдром (ОКС), как причина госпитализации, отмечался у 16/114 б. (14%) с ИММ, 6/59 б. (10%) ММ и АГ, а при сочетании с АС, как без АГ, так и с АГ – 19/105 б. (18%) и 13/75 б. (17%). В последующем у 3/114 б. (2,6%) с ИММ и 4/59 б. (7%) при сочетании ММ с АГ выявлен тропонин I, на основании чего был выставлен диагноз мелкоочагового инфаркта миокарда (ИМ) ($p_{1-2}=0,23$). У больных с сочетанным поражением КА острый ИМ развился у 16/105 б. (15%) в 3 гр. и у 9/75 б. (12%) в 4 гр. ($p_{1-3}=0,001$; $p_{1-4}=0,014$).

Выводы: у больных с ММ в большинстве случаев встречается атипичная стенокардия (72%), а у больных с сочетанным поражением КА – стенокардия напряжения II и III ФК (76%). Наличие врождённого мышечного мостика может привести к возникновению ОКС с развитием ОИМ достоверно чаще при сочетании с атеросклерозом КА.

0056

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Багрий А. Э., Щукина Е. В., Самойлова О. В., Приколота А. В., Гуков А. Г., Приколота О. А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель: оценить эффективность применения В-адреноблокаторов (АБ) – карведилола (К) изолированно и в сочетании с ивабрадином (К+И) у постинфарктных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) и синусовым ритмом (СР).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 69 постинфарктных больных (46 М : 23 Ж, средний возраст $62,9 \pm 12,1$ лет), с ХСН II – III ФК по NYHA, имеющих СР с ЧСС в покое > 70 в мин. К назначался всем больным со стартовой дозы 3,125 мг 2 р/сут с удвоением дозы каждые 2 недели. 33 больным с 1-2 дня дополнительно назначался ивабрадин (К+И) в дозе 10 мг/сут, а спустя месяц, при сохраняющейся ЧСС > 70 в минуту – доза увеличивалась до 15 мг/сут. Период наблюдения составил 4-6 месяцев. В динамике оценивали особенности титрования К, уровни АД и ЧСС, показатели постинфарктного ремоделирования ЛЖ (фракция изгнания (ФИ) ЛЖ, Simpson), индекс конечно-систолического объема (ИКСО ЛЖ), а также результаты теста с 6-минутной ходьбой и ФК ХСН. Статистическую обработку проводили с использованием общепринятых методов статистики.

Результаты: Период титрования В-АБ в группе К+И составил $1,9 \pm 0,4$ мес. по сравнению с группой изолированного титрования К ($2,8 \pm 0,6$ мес., $p < 0,05$). Причем пациенты группы К+И достигли более высокой дозы К к концу наблюдения ($37,8 \pm 16,3$ мг/сут) по сравнению с больными группы К ($30,9 \pm 15,3$ мг/сут). Несмотря на более низкую достигнутую дозу К у пациентов группы К к концу наблюдения систолическое АД было достоверно ниже, чем в группе К+И ($p < 0,05$). Сочетанное титрование К+И привело к более существенному достоверному снижению ЧСС, а также приросту дистанции 6-минутной ходьбы (все $p < 0,05$). Больше количество пациентов группы К+И (58%), достигли улучшения по меньшей мере одного ФК NYHA по сравнению с больными группы К (35%) ($p < 0,05$). Увеличение ФИ ЛЖ и снижение ИКСО ЛЖ было более выраженным в группе К+И ($p < 0,001$).

Переносимость сочетанного применения К+И была удовлетворительной: ни в одном случае не было визуальных побочных эффектов, в 3 случаях отмечалось снижение ЧСС покоя до 40-50 уд/мин, не сопровождавшееся развитием синкопе или нарушений проводимости. Этот эффект был преходящим и не требовал отмены И ни у одного из пациентов.

Выводы: Использование подхода «титрование В-АБ в сочетании с И» в сравнении с «изолированным титрованием В-АБ» у больных с ХСН ФК II-III с систолической дисфункцией ЛЖ и СР показало: более значительное \downarrow ЧСС; \downarrow времени титрования В-АБ; \uparrow достигнутой дозы В-АБ; более существенный прирост дистанции в тесте с 6-минутной ходьбой и улучшение параметров постинфарктного ремоделирования ЛЖ.

0057

ПРИМЕНЕНИЯ ДРОНЕДАРОН У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Багрий А. Э., Ковыршина Е. Е., Маловичко С. И., Багрий В. А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель: оценка эффективности дронедарона (Д) у больных с пароксизмальной / персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) при наличии хронической болезни почек (ХБП) 1-2 стадий.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 20 больных (14 Ж : 6 М, средний возраст 65,4±8,1 лет), имевших пароксизмальную (16 пациентов) / персистирующую (4 пациента) ФП на фоне ХБП 1-2 стадий (у 7 – 1 стадия, у 13 – 2 стадия). У 9 пациентов ХБП было обусловлено диабетической нефропатией, у 11 – хроническим гломерулонефритом. Клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС) имели место у 14 больных, артериальная гипертензия (1-2 степени) – у 16 больных. Ни в одном из случаев не было признаков хронической сердечной недостаточности, уровней фракции изгнания левого желудочка менее 45%, нарушения функции печени. Всем больным к стандартному лечению, направленному на контроль уровней артериального давления, гликемии и кардиопротекцию, добавлялся Д в дозировке 800 мг/сут. До и через 12 недель после начала терапии Д выполнялись холтеровское мониторирование электрокардиограммы («Cardiotens», Венгрия) и стандартные клинико-лабораторные исследования.

Результаты: В ходе лечения нами не отмечено существенных изменений уровней креатинина и аминотрансфераз крови. Кроме того, следует отметить, что в ходе лечения ни у одного из пациентов не возникло побочных эффектов препарата. Лечение Д ассоциировалось со статистически значимым уменьшением уровней среднего и максимального значения ЧСС по данным мониторирования ЭКГ, а также с увеличением продолжительности интервала QT и PQ на ЭКГ. Имела место тенденция (не достигшая степени статистической значимости) к уменьшению минимальной ЧСС. На фоне применения Д у наших пациентов ни в одном из случаев не отмечено развития брадикардии с ЧСС менее 40 в минуту, вентрикулярных пауз длительностью более 2000 мс, атриовентрикулярных блокад 2-3 степени.

На фоне Д у 8 больных к моменту завершения наблюдения эпизоды ФП не отмечались (по данным, как дневников больных, так и суточного мониторирования ЭКГ); среди них были 7 лиц, исходно имевших пароксизмальную ФП и 1 – персистирующую ФП. Примечательно, что среди лиц, у которых эпизоды ФП сохранялись, имело место отчетливое уменьшение их количества, сокращение их продолжительности, а также снижение частоты желудочковых сокращений во время эпизода ФП. Представляет также интерес существенное снижение количества желудочковых экстрасистол в сутки и уменьшение наджелудочковой экстрасистолии (достигшая статистической значимости, $p=0,02$).

Выводы: Дронедарон при применении у целевой категории пациентов является эффективным и безопасным противоаритмическим препаратом, может применяться у лиц с ХБП 1-2 стадий без коррекции дозировки.

0058

I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И АКТИВНОСТЬ РЕНИНА ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Баженова Е. А., Бровин Д. Л., Нанеишвили Т. З., Каронова Т. Л., Беляева О. Д., Беркович О. А., Баранова Е. И.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский

медицинский университет имени академика И.П.Павлова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Цель: I/D полиморфизм гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) ассоциирован с артериальной гипертензией (АГ) и увеличением активности ренина плазмы (АРП). Однако, АРП также повышена при абдоминальном ожирении. Мы изучали I/D полиморфизма гена АПФ и АРП у больных абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы: Обследовано 204 пациента с АО (IDF, 2005), средний возраст больных АО составил $44,6 \pm 0,6$ лет. У 58,8% обследованных больных АО была выявлена АГ. I/D полиморфизм гена АПФ определяли методом полимеразной цепной реакции, АРП - радиоиммунным методом.

Результаты: АРП у больных АО с сопутствующей АГ была выше, чем АРП у пациентов с АО без АГ ($3,8 \pm 0,8$ нг/мл/ч и $1,3 \pm 0,3$ нг/мл/ч, $p=0,02$). DD генотип гена АПФ чаще встречался у больных АО и АГ, чем в общей популяции (28,4% и 11,2%, $p<0,05$). Распределение других генотипов гена АПФ у больных АО и в общей популяции не различалось (II - 21,6% и 21,0%; ID - 50,0% и 67,8%, $p>0,05$).

Выводы: Активность ренина плазмы выше у пациентов с абдоминальным ожирением и сопутствующей артериальной гипертензией. Встречаемость DD генотипа гена ангиотензин-превращающего фермента у больных абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией выше, чем в общей популяции.

0059

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

Бакшеев М. Г., Давыдкин И. Л., Лосев И. И., Булгакова С. В., Рубаненко А. О., Козлова Н. С.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Цель: Выявить особенности нарушений микроциркуляции (МЦ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) с гипертоническими кризами (ГК).

Материалы и методы: В исследование включено 120 пациентов с ГБ, подписавших протокол информированного согласия на участия в исследовании (средний возраст $64,5 \pm 7,6$ лет). Все пациенты были разделены на три группы: 1 группу составили 34 пациентов (14 мужчин, 20 женщин) с осложненным ГК, 2 группу – 46 пациентов (20 мужчин, 23 женщины) с неосложненным ГК, 3 группу – 40 пациентов с ГБ, составивших контрольную группу (14 мужчин, 26 женщин).

У пациентов исследовались показатели МЦ методом лазерной доплеровской флоуметрии на аппарате ЛАКК-ОП (НПП «Лазма», Россия, г. Москва). Пациентам проводился анализ микроциркуляции в фоновом режиме, а также при проведении дыхательной и окклюзионной проб в положении сидя. У пациентов исследовались следующие показатели: среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции (М), нормированные значения амплитуд колебаний микрокровотока (Аэ/СКО, Ан/СКО, Ам/СКО), коэффициент вариации тканевого кровотока (Kv), резерв микрокровотока при окклюзионной пробе (РКК), показатель Хёрста (R/S), индекс удельного потребления кислорода в ткани (I).

Результаты: У пациентов с осложненным ГК значение М было на 15,1% ниже ($p=0,02$), а показатели РКК и I – на 20% ($p=0,01$) и 68% ($p=0,02$) соответственно выше, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Показатель R/S в группе пациентов с осложненным ГК оказался на 75% выше ($p=0,04$), по сравнению с пациентами с неосложненным ГК. Ам/СКО у пациентов с осложненным ГК оказался на 26% ниже по сравнению с пациентами с неосложненным ГК ($p=0,02$) и на 8,6% ниже по сравнению с пациентами контрольной группы ($p=0,04$).

Таким образом, в нашем исследовании было выявлено, что у пациентов с осложненным ГК преобладает спастический тип МЦ. У данных пациентов наблюдается снижение уровня перфузии, проявляющееся в снижении показателя М, а также повышение резерва капиллярного кровотока, проявляющееся увеличением показателя РКК. Кроме того, у пациентов с осложненным ГК, по нашим данным,

отмечается уменьшение количества функционирующих капилляров, проявляющееся уменьшением показателя Ам, уменьшение сатурации кислорода, проявляющееся в повышении индекса I, а также нерегулярность перфузии, проявляющееся в увеличении показателя R/S.

Выводы: У пациентов с осложненными гипертоническими кризами отмечается преимущественно спастический тип микроциркуляции, проявляющийся в снижении перфузии, повышении резерва капиллярного кровотока, уменьшении количества функционирующих капилляров, снижении сатурации кислорода.

0060

БИОРИТМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Барабаш Л. В., Левицкий Е. Ф., Смирнова И. Н.

ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр федерального медико-биологического агентства», Томск, Россия

Нарушение временной структуры на разных уровнях организации живых систем может являться как причиной, так и следствием развития патологических состояний, к которым в первую очередь относятся болезни сердечно-сосудистой системы.

Цель: изучение в сравнительном аспекте цирканнуальной хроноструктуры показателей липидного обмена у больных гипертонической болезнью. В исследовании на основе добровольного информированного согласия приняли участие 370 здоровых мужчин и 415 больных ГБ I-II степени, проживающих в Западной Сибири. В течение 2003-2009 гг. ежемесячно определяли концентрации триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС) и его фракций (ХС ЛПВП и ХС ЛПНП). Для построения хронограмм использовали косинор-анализ, а для оценки значимости различий - адекватные тесты математической статистики. Изучение биоритмологических характеристик липидов в сравнительном аспекте выявило наличие дизрегуляторных нарушений со стороны липидного обмена у больных ГБ. В отличие от здоровых лиц, где прослеживается цирканнуальная закономерность в динамике ХС, у больных ГБ выявлены два пика концентрации ХС - с октября по февраль и в апреле-мае месяцах. Такая динамика ХС у больных ГБ определяется окологодовой вариабельностью составляющих его фракций. Так максимальные значения ХС ЛПВП фиксируются с декабря по май, ХС ЛПНП - с февраля по май, а ТГ - в апреле и октябре месяцах. И если динамика ХС ЛПВП и ХС ЛПНП в какой-то мере соответствует окологодовой вариабельности, то в динамике ТГ наблюдается полугодовая периодичность (не свойственная здоровым лицам), определяемая вероятно особенностью гормональной регуляции у больных ГБ, что подтверждается наличием отрицательной корреляции между данным показателем и кортизол-инсулиновым отношением и позитивной коррелятивной связи с инсулином. Учитывая то, что мы не обнаружили значимых колебаний со стороны ХС ЛПВП, динамика коэффициента атерогенности (ИА) определяется преимущественно вариабельностью атерогенных фракций. Так наиболее неблагоприятное соотношение фракционного состава липидов отмечается в феврале-мае и октябре. При этом амплитудные значения ХС, ХС ЛПНП, ТГ и ИА у больных ГБ в 1,6 раза, 2,2 раза, 1,9 раза, 2,3 раза, соответственно выше, а амплитуда ХС ЛПВП в 1,6 раза ниже таковых у здоровых лиц. Данное обстоятельство, а также то, что среднегодовые значения рассмотренных показателей у больных ГБ существенно отличаются от последних в группе здорового контингента, свидетельствуют о более высоком риске развития атерогенных процессов у больных ГБ.

Полученные нами результаты позволяют резюмировать о нарушении цирканнуальной структуры показателей липидного обмена у больных ГБ и свидетельствуют о необходимости оптимизации терапии с учетом временного фактора.

0061

**ОЦЕНКА РАННЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
У БОЛЬНЫХ С ПОРОГОВОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Баратова М. С., Атаева М. А.

Бухарский областной кардиологический диспансер, Бухара
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель: Оценка скоростных и временных параметров высокоамплитудных отраженных сигналов движения при ранней дисфункции левого желудочка у больных с пороговой артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями.

Материалы и методы: Изучено 31 здоровых лиц (средний возраст 42,4±15,4лет, мужчин-17,женщин-14) и 42 больных с пороговой артериальной гипертензией (ПАГ) (средний возраст 52,3±11,5лет, мужчин- 23,женщин-19). Критерием включения больных в исследование было повышение систолического артериального давления до цифр 130–149 мм рт.ст., а диастолического – до цифр 80–90 мм рт.ст. При многократном измерении в положении сидя по методу Короткова, проводили суточное мониторирование давления «СМАД». В качестве модели для исследования выбрана пороговая артериальная гипертензия. Уже доказано, что на этой стадии развития заболевания обнаруживаются нарушения микроциркуляции в коронарном русле и диссинхрония в сокращении миокардиальных волокон. Это согласуется с литературными данными о том, что при хроническом формировании заболевания дисфункция миокарда начинается с появления нарушений в фазу диастолы, а не систолы.

Результаты: У 19.3% обследованных с ПАГ зафиксирована «ночная гипертензия» по данным «СМАД», и в 55.6% обследованных определялось превышение толщины межжелудочковой перегородки более 10.6-11.8 мм. Из них у 44.4% обследуемых изменения наблюдались как по задней стенке, так и по межжелудочковой перегородке. В 18.7% случаев мжп и зслж оставались неизменны. У больных с ПАГ в 39.8% обследованных толщина МЖП превышала норму 12%. У 49% изменения наблюдались по мжп и по задней стенке ЛЖ. Указанные величины можно рассматривать в качестве дополнительных диагностических критериев ХСН.

Полученные данные позволили использовать методику ВОСД- определить параметры диагностической значимости для Ea(c), Aa(c), Ea(c)/Aa(c), Ea(v) и Aa(v) в разделении здоровых лиц и пациентов ПАГ с уже появившимися минимальными нарушениями диастолической функции левого желудочка. Средние показатели значения составили соответственно 82.2%, 86,2%, 91,8%, 80,8% и 72,3%.

Выводы: Таким образом, установлено, что показатели могут дать полезную информацию о состоянии функции миокарда ЛЖ у больных с пороговой артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями на самых ранних стадиях развития заболевания, используя недорогостоящую технику с помощью обычной прерывисто-волновой доплерографии, в связи, с чем методика является доступной для широкой диагностической практики.

0062

**ДИНАМИКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ РИСКОВ У ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА НА ФОНЕ СРАР-ТЕРАПИИ**
1312

Баркан В. С., Губанова М. В., Карасёва Н. В., Логинова Ю. В., Мязин В. Е., Пешкова С. В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2» ОАО «РЖД», Чита, Россия

Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) в популяции достаточно высокая, 2-7%, а при ряде патологических состояний (алиментарно-конституциональное ожирение, артериаль-

ная гипертензия, ИБС, сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких) при которых распространенность заболевания может составить до 30%.

СОАС часто сочетается с артериальной гипертензией, нарушениями проводимости сердца, ИБС.

Цель: оценить эффективность СРАР-терапии, в том числе и для купирования ночных нарушений проводимости сердца и артериальной гипертензии.

Материалы и методы: Проведен долгосрочный анализ эффективности СРАР-терапии (от 6 месяцев до 4 лет) 43 пациентам с выявленной средней и тяжелой степенью СОАС, у которых регистрировались артериальная гипертензия (36 человек) и нарушения проводимости сердца по типу атриовентрикулярной блокады 2 степени (12 человек) и/или арестов синусового узла (3 человека). Из инструментальных методов обследования использовались суточное мониторирование артериального давления (СМАД) (аппарат ВРLab, фирмы «Петр Телегин», Нижний Новгород) и кардиореспираторное мониторирование (КРМ) («Кардиотехника-04-ЗР(М)», фирмы «Инкарт», Санкт-Петербург).

Результаты: При анализе результатов лечения у всех 43 пациентов была выявлена 84% приверженность лечению, высокая эффективность нормализации дыхания (ИАГ от 0 до 3,2, средняя – 0,9), практически полное отсутствие храпа у всех пациентов на фоне пользования аппаратом и улучшение качества жизни в дневное время.

У всех 36 пациентов с АГ на фоне СРАР-терапии отмечена нормализация АД, в том числе и утренних цифр. На фоне нормализации дыхания у 11 пациентов из 12 с атриовентрикулярной блокадой 2 степени к нормализации атриовентрикулярного проведения; у 2 пациентов из 3 с арестами синусового узла паузы не превышали 2 сек., а у 1 пациента с эпизодами пауз до 12 секунд уменьшились до 2,5 секунд. У 1 пациента АВ блокада 2 степени сохранилась.

Выводы: СРАР-терапия являясь высоко-эффективным методом лечения СОАС тяжелой и средней степени тяжести, улучшает качество жизни, позволяет нормализовать нарушения проводимости сердца и утреннее АД, и таким образом сохранить профессиональную пригодность работника.

0063

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ПАТТЕРНА СИНДРОМ БРУГАДА У РАБОТНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ВЕРИФИКАЦИИ

Баркан В. С., Губанова М. В., Гатиятов Ю. Ф., Димидова Н. А., Карасева Н. В., Кузина Е. В., Логинова Ю. В., Петрова К. О.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2» ОАО «Российские железные дороги» г.Чита, Россия

Синдром Бругада (СБ) – генетически обусловленное заболевание, характеризующееся высокой вероятностью внезапной сердечной смерти при отсутствии видимых структурных нарушений сердца. В среднем в мире синдром Бругада встречается 1-60:10000. Распространенность этого заболевания в Забайкалье, в том числе среди работников РЖД, в доступной литературе нами не выявлена.

Цель: оценить частоту выявляемости ЭКГ-паттерн синдрома Бругада у работников Забайкальской железной дороги, проживающих в Забайкальском крае и Амурской области и вероятность верификации диагноза.

Материалы и методы: В течение года в условиях центра дистанционного анализа, функционирующего при НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Чита-2» ОАО «РЖД», проведена расшифровка 47413 электрокардиограмм пациентам работоспособного возраста (от 16 до 64 лет, средний возраст 39 года) из 13 лечебных учреждений на территории Забайкальского края и Амурской области. 42197 (89%) составили мужчины, 5216 (11%) – женщины. Анализ ЭКГ проводился одними и теми же врачами.

Результаты: Изменения на ЭКГ, типичные для синдрома Бругада были выявлены у 14 пациентов (0,029%) мужского пола в возрасте от 19 до 50 лет. У 9 пациентов в возрасте от 19 до 29 лет ЭКГ снималась впервые, либо не было информации о предыдущих ЭКГ. Течение заболевания у 12 пациентов

было асимптомное. 2 выявленных случая синдрома Бругада протекали с выраженными клиническими проявлениями: частые синкопы (1 пациент) и рецидивирующая желудочковая тахикардия (1 пациент).

Для верификации диагноза проводилась генетическое исследование (4 пациента, 1 положительный результат, 25%), эндокардиальное ЭФИ (1 пациент, индуцирована полиморфная желудочковая тахикардия), провокационная проба с новокаиномидом (6 пациентам, 2 положительных результата пробы, 33%).

Выводы: регистрация ЭКГ-паттерна синдрома Бругада среди работников Забайкальской железной дороги соответствует среднестатистическим мировым данным (2,9:10000); верификация диагноза в настоящее время представляет определенные трудности и требует использования всех возможных методов.

0064

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЫВОРОТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ АПОЛИПОПРОТЕИНОВ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Барсуков А. В., Мирохина М. А., Сердюков Д. Ю.

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

Актуальность проблемы: В последние годы значительно возросло внимание к первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Предгипертензия и скрытая дисгликемия активно изучаются в интересах раннего выявления корригируемых маркеров сердечно-сосудистого прогноза.

Цель: Сопоставить сывороточные показатели аполипопротеинов А1 и В (апоА1 и апоВ соответственно) у мужчин молодого возраста с предгипертензией в зависимости от величины гликемии через один час после стандартной пероральной нагрузки глюкозой (75 г).

Материалы и методы: Обследовали 105 мужчин, имеющих предгипертензию (120-139/80-89 мм рт. ст.) при офисном измерении артериального давления (АД), низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений (по Фремингемской - $\leq 10\%$ и по шкале SCORE $\leq 1\%$). Испытуемых разделили на две группы. 1-ю группу составили 58 пациентов с уровнем глюкозы плазмы через 1 час стандартного перорального глюкозо-толерантного теста (ГТТ) $< 8,6$ ммоль/л ($7,11 \pm 1,01$), в возрасте 39 ± 5 лет, с индексом массы тела $28,3 \pm 4,7$ кг/м². 2-я группа включала 47 пациентов с уровнем глюкозы через 1 час стандартного перорального ГТТ $\geq 8,6$ ммоль/л ($10,03 \pm 1,09$ ммоль/л), в возрасте 39 ± 3 лет, с индексом массы тела $29 \pm 3,9$ кг/м². Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, уровню АД. Наряду с традиционными показателями липидограммы сыворотки (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов низкой (ХС ЛПНП) и высокой (ХС ЛПВП) плотности) исследовали уровень липопротеинов апоА1, апоВ, а также отношение апоВ/апоА1. Обработку данных проводили методом параметрической статистики с помощью программного обеспечения компании StatSoft, Inc. (2008) STATISTICA, version 6.0.

Результаты: Сывороточная концентрация апоА1 и апоВ у субъектов без постнагрузочной дисгликемии и с таковой оказалась сопоставимой (апоА1: 1-я группа - $1,58 \pm 0,42$ г/л, 2-я группа - $1,3 \pm 0,3$ г/л; апоВ: 1-я группа - $1,28 \pm 0,31$ г/л, 2-я группа - $1,73 \pm 0,73$ г/л; $p > 0,05$ для каждого показателя). Отношение АпоВ/АпоА1, составившее $0,84 \pm 0,28$ ед у лиц 1-й группы, достоверно ($p = 0,04$) уступало таковому ($1,03 \pm 0,49$ ед) у испытуемых 2-й группы.

Закключение: В обследованной выборке мужчин молодого возраста с предгипертензией в сочетании с ранней постнагрузочной дисгликемией обнаружено достоверное превышение показателя апоВ/апоА1 относительно аналогичного показателя у субъектов с нормальным гликемическим профилем на протяжении всего стандартного глюкозо-толерантного теста.

0065

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барсуков А. В., Глуховской Д. В.,

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

Цель: Оценить состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от функции левого желудочка (ЛЖ).

Материалы и методы: Обследовано 62 пациента (34 мужчин, 28 женщин, средний возраст $59,65 \pm 9,85$ лет, ИМТ $29,85 \pm 4,5$ кг/м²), страдающих гипертонической болезнью II-III стадии, без клинически значимой патологии со стороны эндокринной, дыхательной, пищеварительной систем. По признаку сохранности систолической функции ЛЖ (определяли методом Teichholza при эхокардиографическом исследовании), испытуемых с АГ разделили на две группы. В 1-ю группу включили 35 пациентов (19 мужчин, 16 женщин) с нормальной систолической функцией левого желудочка и ФВ больше 60% (ФВср $66,5 \pm 5\%$), во 2-ю группу включили 27 пациентов (15 мужчин, 12 женщин) с сохраненной систолической дисфункцией левого желудочка и ФВ 50-60% (ФВср $53 \pm 6,6\%$). В группу контроля (3-я группа) включили 25 нормотензивных субъектов (13 мужчин, 12 женщин, средний возраст $55,6 \pm 16,3$ лет, ИМТ $27,1 \pm 2,4$ кг/м²), не имеющих клинически значимой патологии со стороны внутренних органов и характеризующихся нормальными эхокардиографическими параметрами сердца (ФВ ЛЖ $67,1 \pm 4,2\%$). Все группы были сопоставимы по возрасту, полу, индексу массы тела. При помощи радиоиммунологического метода всем лицам определяли содержание в плазме крови ангиотензина I (АТ I, нг/мл) и альдостерона (АС, пкг/мл).

Результаты: Показатели секреции ангиотензина I и альдостерона у всех обследованных лиц соответствовали диапазону нормальных значений, приведенных в инструкциях, прилагаемых к диагностическим наборам. Уровни секреции АТ I и АС у пациентов 1-й ($0,67 \pm 0,1$ нг/мл и $70,4 \pm 29,1$ пкг/мл) и 3-й групп ($0,44 \pm 0,6$ нг/мл и $54,3 \pm 22$ пкг/мл) различались недостоверно ($p > 0,05$). Значения АТ I у больных 1-й и 3-й групп уступали таковому у больных 2-й группы ($0,82 \pm 0,2$ нг/мл), где $p = 0,04$, $p = 0,02$, соответственно. Уровень секреции АС у пациентов 2-й группы ($91,3 \pm 22,3$ пкг/мл) превосходил аналогичный показатель у лиц группы контроля ($p = 0,001$) и пациентов 1-й группы ($p = 0,01$).

Выводы: Пациенты с АГ и систолической дисфункцией ЛЖ характеризуются большей активностью РААС по сравнению с больными АГ и с сохраненной систолической функцией ЛЖ.

0066

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И ОБЪЕМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С СОХРАНЁННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барсуков А. В., Глуховской Д. В., Гордиенко А. В.

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

Цель: Оценить инкреторную функцию поджелудочной железы, показатели инсулинорезистентности и объёмные характеристики левого предсердия (ЛП) у пациентов с гипертензией, имеющих нормальные значения фракции левого желудочка (ФВЛЖ).

Материалы и методы: 62 пациента без сахарного диабета с умеренной артериальной гипертензией (средний возраст $59,65 \pm 9,85$ лет) с ФВЛЖ, равной или большей 50%, разделены на 2 группы. ФВЛЖ вычислялась по формуле Пенн-Конвеншен. 1-я группа: 35 человек (19 мужчин, 16 женщин) с ФВЛЖ

≥ 60% (среднее значение 66,5±5%); 2-я группа: 27 человек (15 мужчин, 12 женщин) с ФВ ЛЖ ≥50<60% (среднее значение 53±6,6%). Дополнительно отобрана 3-я группа (контроль), в которую включили 25 нормотензивных пациентов (13 мужчин, 12 женщин) без сердечно-сосудистой патологии (средний возраст 55,6 ± 16,3 лет, ФВЛЖср 67,1±4,2%). Трансмитральный параметр диастолической функции (Ve/Va, единицы) был самым низким у лиц 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й и 3-й групп (p<0,05 для каждой). Все группы были сопоставимы по группирующим параметрам (возраст, пол, индекс массы тела). Рассчитывали объем ЛП (формула Симпсон) с последующей индексацией по площади поверхности тела (индекс ОЛП, мл/м²). В плазме крови определяли глюкозу натощак (ммоль/л) и иммунореактивный инсулин (мЕ/мл, методом радиосатурационного анализа). Индекс инсулинорезистентности рассчитывали методом НОМА-IR. Данные представлены как средние ± стандартных отклонений (M±δ) или как процент (%).

Результаты: Величины натощаковой гликемии в каждой группе соответствовали норме. Значения секреции инсулина у пациентов 1-й группы не отличались от таковых у лиц 3-й группы (7,5±2,1 и 7,29±2,9 мЕ/мл соответственно, p=0,51) и были ниже, чем у больных 2-й группы (11,2±3,8 мЕ/мл; p=0,03). Инсулинемия у лиц 3-й группы была меньше по сравнению с таковой у пациентов 2-й группы (p=0,02). Значения индекса НОМА у лиц 1-й и 3-й групп (1,61±0,67 и 1,57±0,59 ед) существенно не различались (p=0,24), но были ниже, чем у больных 2-й группы (2,41±0,84 ед) (2-я к 3-й группе: p=0,03; 2-я к 1-й группе: p=0,04). Субъекты 2-й группы характеризовались достоверно большими показателями индекса ОЛП (29,7±6,2 мл/м²), чем лица 1-й (21,7±4,7 мл/м², p=0,02) и 3-й (20,3±4,2 мл/м², p=0,01) групп. Достоверных различий в показателях индекса ОЛП между пациентами 1-й группы и нормотензивными субъектами (3-я группа) не выявлено (p=0,1).

Выводы: Эугликемические пациенты с АГ, имеющие ФВЛЖ в диапазоне ≥50<60%, характеризуются более низкой чувствительностью тканей к инсулину и большими размерами левого предсердия по сравнению с больными АГ, имеющими ФВ ЛЖ >60%.

0067

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРЕДГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Барсуков А. В., Мирохина М. А., Дыдышко В. Т., Сердюков Д. Ю., Яковлев В. В., Гордиенко А. В.

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

Актуальность проблемы: Предгипертензия в сочетании с расстройствами метаболизма у лиц молодого возраста представляет значительную потенциальную угрозу для здоровья человека в долгосрочной перспективе. Уточнение патогенетического и прогностического значения ранней постнагрузочной дисгликемии у молодых субъектов с предгипертензией нуждается в дальнейшем изучении.

Цель: Сопоставить некоторые гемодинамические и сывороточные показатели липидного и пуринового обмена у мужчин молодого возраста с предгипертензией и метаболическим синдромом (МС), исходно разделённых на группы в зависимости от величины гликемии через один час после стандартной пероральной нагрузки глюкозой (75 г).

Материалы и методы: Обследовали 105 мужчин, имеющих предгипертензию (120-139/80-89 мм рт. ст.) при офисном измерении артериального давления (АД). Натощаковая гликемия у участников исследования составила менее 6,1 ммоль/л. Испытуемых разделили на две группы. 1-ю группу составили 58 пациентов с уровнем глюкозы плазмы через 1 час стандартного орального глюкозо-толерантного теста (ОГТТ) <8,6 ммоль/л (7,11±1,01), в возрасте 39±5 лет. 2-я группа включала 47 пациентов с уровнем глюкозы через 1 час ОГТТ ≥8,6 ммоль/л (10,03±1,09 ммоль/л), в возрасте 39±3 лет. Группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, уровню АД. На основе критериев ВНОК в каждой группе были выделены подгруппы с наличием МС, которые и составили главный объект данного исследования. Так, из 1-й группы было отобрано 24 пациента (1-я подгруппа), а из 2-й группы – 18 субъектов (2-я подгруппа). Выполнена сравнительная оценка среднесуточных показателей АД, липидного спектра крови (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов низкой (ХС ЛПНП), вы-

сокой (ХС ЛПВП) плотности, отношение липопротеинов апоВ/апоА1) и мочевой кислоты сыворотки у пациентов с 1-й и 2-й подгрупп. Обработку данных проводили методом параметрической статистики.

Результаты: Среднесуточный уровень систолического и диастолического АД (мм рт. ст.) у лиц 1-й и 2-й подгрупп оказался сопоставимым (130,5±8,7 и 134,8±8,6; p=0,19; 82,8±7,8 и 86±7,9; p=0,28). Сывороточные уровни ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ (ммоль/л), а также отношение апоВ/апоА1 (ед) у пациентов 1-й и 2-й подгрупп не различались (5,28±0,65 и 5,36±0,6; p=0,24; 3,34±0,71 и 2,94±0,84; p=0,93; 1,15±0,28 и 1,3±0,51; p=0,82; 1,94±0,68 и 2,1±0,69; p=0,46; 0,86±0,31 и 0,89±0,36; p=0,78). Содержание мочевой кислоты (мкмоль/л) у пациентов 1-й и 2-й подгрупп различалось существенно (338,6 ± 55,1 и 399,24 ± 78,3; p=0,005)

Заключение: В обследованной выборке мужчин молодого возраста с предгипертензией и МС в сочетании с ранней постнагрузочной дисгликемией обнаружено достоверное превышение уровня мочевой кислоты сыворотки относительно аналогичного показателя у субъектов с предгипертензией и МС в сочетании с нормальным гликемическим профилем на протяжении всего стандартного глюкозо-толерантного теста.

0068

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Басырова И. Р., Либис Р. А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава Российской Федерации, Оренбург

Концепция факторов риска остается ведущей при планировании мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Соответственно оценка распространенности отдельных факторов риска представляется актуальной.

Цель: Изучить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в неорганизованной городской популяции.

Материалы и методы: Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка городского населения состоящая из 1600 человек в возрасте 25 – 64 года. Обследуемые заполняли вопросник включающий пол, возраст, особенность питания, физическую активность, информацию о статусе курения и алкоголя, наследственности и наличие заболеваний. При объективном осмотре проводились измерения антропометрических данных (измерение массы тела, роста, окружности талии и бедер) и артериального давления (двукратное измерение показателей с помощью автоматического тонометра). Лабораторное исследование включало взятие крови из локтевой вены натощак после 10 часового голодания и определение уровня глюкозы и липидного спектра (ОХС, ТГ, ЛПВП, ЛПНП). Абдоминальное ожирение (АО) определялось по критериям IDF (2005 год). Статистическая обработка проводилась программой Statistica 6.0.

Результаты: Выявлено, что встречаемость немодифицируемых факторов риска распределилась следующим образом: мужской пол у 41,5% населения, возраст старше 45 лет у мужчин и старше 55 лет у женщин – 39,1%, отягощенный сердечно-сосудистый анамнез (раннее начало ИБС у ближайших родственников: инфаркт миокарда и внезапная смерть у мужчин менее 55 лет, у женщин менее 65 лет) – 32,5%. Не меньшее значение в развитии сердечно-сосудистых заболеваний играют модифицируемые факторы риска: курение встречается у 23,3% изучаемой популяции, низкая физическая активность – 59,8%, низкий социальный и образовательный статус – 7,6%, артериальная гипертензия – 50,4%, абдоминальное ожирение по критериям IDF – 87,6%, наличие сахарного диабета 2 типа и нарушение толерантности к глюкозе – 6,3%, психосоциальный стресс – 69,3%, употребление алкоголя – 1,4%, дислипидемия: повышение ОХС – 51,1%, понижение ЛПВП – 21,8%, повышение ЛПНП – 57,7%, повышение ТГ – 24,7%

Выводы: В изученной популяции самым распространенным фактором риска оказалось абдоминальное ожирение. Широко распространены такие факторы риска, как психосоциальный стресс, низкая физическая активность, артериальная гипертензия, повышенные ОХС и ЛПНП. Наименее рас-

пространенными в данной возрастной группе оказались низкий социальный и образовательный статус, наличие сахарного диабета 2 типа и нарушение толерантности к глюкозе, а также употребление алкоголя.

0069

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ТЭЛА, ОСЛОЖНЕННОЙ ПОСТТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Баталина М. В., Полякова О. М., Баталин В. А.

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

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) это заболевание, которое до настоящего времени плохо диагностируется на уровне врачей первичного звена и характеризуется высокой летальностью (10-11%). По мировой статистике ТЭЛА стоит на 3 месте как причина внезапной сердечной смерти. У 3-4% выживших формируется хроническая тромбоэмболия легочной артерии, что осложняет прогноз.

Цель: Оценить современные (по данным 2014 г.) подходы к диагностике ТЭЛА и формированию хронической тромбоэмболической легочной гипертензии (ХТЭЛГ), как одного из самых неблагоприятных осложнений.

Материалы и методы: Оценка вероятности ТЭЛА проводилась по бальной шкале Wells, с учетом длительного (>3 дней) постельного режима у больных сосудистого, урологического, общехирургического отделений Оренбургской областной клинической больницы. В исследовании включено: 432 пациента в возрасте 36-73 года (средний возраст $52,3 \pm 15,63$ года) после обширных хирургических вмешательств на простате, органах брюшной полости, артериях и венах. Кроме выявления стандартных жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, боли, тахикардия), оценивался анамнез (онкологическая патология, ТЭЛА в анамнезе, переломы, спленэктомия) и проводились инструментальные и лабораторные диагностические процедуры (ТТЭхоКГ с прицельной оценкой дисфункции правых отделов, Д-димер, NT-pro BNP, тропонин Т и С). Обследование проводилось в стационаре и через 3 недели после выписки.

Результаты: Низкий риск ТЭЛА (1 балл) выявлен у 1%, средний (4 балла) у 68%, высокий (>6 баллов) у 23%. При проспективном наблюдении (3-6 месяцев) у пациентов второй группы ХТЭЛА развилась в 4% случаев, в третьей группы – у 5,5%. Оценка ХТЭЛГ проводилась по данным ЭХОКГ, катетеризации правых отделов сердца и компьютерная томография с контрастированием.

На основании анализа полученных данных выявлены факторы влияющие на формирование ХТЭЛГ у послеоперационных больных (сист. ДР > 80 мм рт.ст., ЛСС > 355 ед. Вуда, Д-димер > 200 нг/мл, NT-pro BNP > 300 нг/мл, ФВ < 20%).

Выводы: В комплексную оценку хирургических пациентов должны входить оценки риска ТЭЛА по шкалам и наблюдении за пациентами в динамике через 3 недели, 2-3 месяца для выявления ХТЭЛГ.

0070

ОЦЕНКА ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Батищева Г. А., Котельникова Т. Е., Чернов Ю. Н., Юденкова И. В., Демина Е.

Дорожная клиническая больница на ст.Воронеж-1 ОАО «РЖД», ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж

Больные с фибрилляцией предсердий (ФП) относятся к группе высокого риска возникновения ишемического инсульта. Современные клинические рекомендации предлагают использовать шкалу CHA₂DS₂-VASc (≥ 2 балла) для выявления пациентов с возможностью развития инсульта. Одновременно у больных ФП предлагается определять риск кровотечения по шкале HAS-BLED (≥ 3 баллов). Внедрение в клиническую практику шкалы CHA₂DS₂-VASc и шкалы HAS-BLED обеспечивает индивидуальный подход для тромбопрофилактики у больных ФП, при назначении непрямого антикоагулянта (варфарин) либо новых антикоагулянтов (дабигатран, ривароксабан, апиксабан).

Цель: оценка качества антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий с учетом внедрения в работу кардиологического отделения диагностических шкал (CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED) и выявления потенциально опасных комбинаций лекарственных препаратов.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 38 историй болезни больных с ФП, проходивших лечение в кардиологическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» в январе – апреле 2015 г. Группа наблюдения включала 20 женщин и 18 мужчин, среди которых преобладали лица преклонного возраста – старше 75 лет (49%). Пароксизмальная форма ФП имела у 47%, постоянная – у 43%, персистирующая – у 10% пациентов. Большинство больных (90%) страдало гипертонической болезнью, 60% - стенокардией напряжения, 21% - сахарным диабетом, 92% имели хроническую сердечную недостаточность ФК III-IV. Оценка риска тромбоза по шкале CHA₂DS₂-VASc показала, что 4 балла имели 42% пациентов, 5 баллов – 26% больных и 6 баллов – 10% пациентов, что в сумме указывало на высокий риск тромбообразования у 78% больных. По шкале HAS-BLED около половины пациентов (52%) имели всего 1-2 балла, что определяло низкий риск геморрагических осложнений. Только 15% больных, страдавших ФП, имели суммарный показатель по шкале HAS-BLED превышавший 4 балла (4-5 баллов), что было связано с высоким риском кровотечений. Анализ фармакотерапии показал, что антикоагулянты были назначены у 66% больных (варфарин 26%, дабигатран 40%, ривароксабан 20%). У наблюдаемых пациентов полипрагмазия выявлена в 68% случаях, включая прием от 6 до 12 препаратов одновременно. При этом в 4 случаях выявлена комбинация препаратов, повышающая риск осложнений терапии антикоагулянтами – одновременный прием амиодарона и дабигатрана, что потребовало коррекции фармакотерапии. Таким образом, внедрение в клиническую практику шкалы CHA₂DS₂-VASc и шкалы HAS-BLED, выявление потенциально опасных комбинаций лекарственных препаратов снижает вероятность неблагоприятных побочных реакций терапии антикоагулянтами.

0071

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Бегалина А. М., Бакаева Л. М.

ГМУ г.Семей Казахстан

Наиболее важной задачей в лечении ОКС с подъемом сегмента ST является максимально быстрое восстановление коронарного кровотока в инфаркт-зависимой артерии, позволяющей частично или полностью предотвратить развитие необратимой ишемии. Выполнение этой задачи позволит уменьшить объем пораженного миокарда, а, следовательно, приведет к улучшению прогноза и выживаемости больных. Тромболитическая терапия, предложенная А. Флетчером в 1959 году, наряду с хирургическими методами лечения, в настоящее время рассматривается как основная в лечении больных с ОКС с подъемом сегмента ST. Время от начала ОКС до начала терапии – независимый фактор риска, влияющий на исход заболевания.

Цель: эффективность раннего тромболитического лечения, проведенного на догоспитальном этапе бригадой «Скорой помощи».

Материалы и методы: проанализировано 350 карт вызовов больных ОКС с подъемом сегмента ST, из них 90 больным была проведена тромболитическая терапия. Мужчин 58 человек, женщин – 32 больных. Возраст распределился таким образом: до 40 лет – 2 больных, в возрасте 41 – 50 было 14 больных, 51 – 60 лет 34 человека, 61 – 70 лет 24 больных, старше 70 лет было 16 человек. Диагноз ставился на основании жалоб больного, анамнеза, объективных данных и данных ЭКГ. У 20 пациентов диагностирован повторный инфаркт миокарда. Тромболизис проведен препаратом актилизе по общепринятой схеме. До 3 часов от начала заболевания тромболизис проведен у 30 больных (33,3%), от 3-х до 6 часов – у 60 больных (66,7%).

Результаты: У 93% больных отмечалось быстрое исчезновение болевого синдрома, одышки. У 10% пациентов исходом явилось развитие abortивного инфаркта миокарда. Тромболизис эффективен независимо от возраста или пола пациента. Аллергических и геморрагических осложнений тромболизиса не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, тромболитическая терапия на догоспитальном этапе является важным звеном реперфузионной терапии ОКС с подъемом сегмента ST.

0072

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ НЕКОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Безденежных Н. А., Сумин А. Н., Безденежных А. В., Иванов С. В., Кузьмина А. А., Барбараш О. Л.
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово, Россия

Цель: Оценить прогрессирование некоронарного атеросклероза у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) при отдаленном наблюдении после коронарного шунтирования (КШ) в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа (СД 2).

Материалы и методы: Результаты наблюдения 324 пациентов с ИБС, подвергшихся КШ в 2006-2009гг, срок наблюдения от 1,2 года до 4,5 лет. Из них 148 пациентов с СД 2 (I группа, медиана возраста 58 лет, медиана срока отдаленного наблюдения 1,8 года) и 176 пациентов без СД и других нарушений углеводного обмена (II группа, медиана возраста 59 лет, медиана срока наблюдения 1,7 года). Группы сравнимы по возрасту ($p=0,211$), медиане срока наблюдения ($p=0,132$). Мультифокальным атеросклерозом (МФА) считалось одновременное наличие стенозов артерий в двух и более артериальных бассейнах, либо наличие в анамнезе процедуры реваскуляризации. Для некоронарных артериальных бассейнов учитывались стенозы, суживающие просвет сосуда на 30% и более (на основании данных цветного дуплексного сканирования артерий).

Результаты: Медиана толщины комплекса интима-медиа каротидных артерий была значимо больше у пациентов с СД 2 как до операции ($p=0,008$), так и при последующем наблюдении ($p=0,006$). Количество пациентов со стенозами каротидных артерий увеличилось после операции с 31,7% до 39,1% в I группе, с 26,1% до 33,6% - во II, без различий между группами.

Атеросклероз артерий нижних конечностей (АНК) по совокупности инструментальных обследований до операции чаще выявлялся среди больных диабетом ($p=0,004$), после операции частота атеросклероза АНК у пациентов с СД возросла с 32,4 до 37,1%, у пациентов без СД – с 18,7 до 23,8%, межгрупповые различия сохранились ($p=0,009$). Медиана лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) справа и слева была значимо меньше у пациентов с СД 2 ($p<0,001$). ЛПИ $<0,9$ определен у большего количества пациентов группы СД (20,5% и 10,8% соответственно, $p=0,031$).

МФА до КШ в группе диабета выявлялся у 50,7% пациентов, в группе без СД 2 – у 36,4%, $p=0,013$. За время наблюдения число пациентов с МФА по совокупности данных увеличилось до 60,1% в I группе и до 46,6% во II, но преобладал он по-прежнему в группе СД ($p=0,035$). Среди пациентов с диабетом к концу периода наблюдения поражение трех и более артериальных бассейнов имели 18,9% пациентов, среди пациентов без СД – 10,8% ($p=0,037$).

Выводы: У пациентов с ИБС в сочетании с СД 2 атеросклероз некоронарных артерий (преимущественно артерий нижних конечностей) выявляли чаще, чем у больных без СД, как до операции КШ, так и при наблюдении после нее. Однако частота прогрессирования некоронарного атеросклероза после операции у пациентов с СД 2 и без него была сопоставимой.

0073

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Белан И. А., Ложникова Л. Е., Барбухатти К. О.

ГБУЗ «НИИ – КККБ №1», ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ, г. Краснодар

В настоящее время в клинической практике имеет место высокая частота сочетания сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и депрессий тревожного типа. Взаимосвязь депрессии, тревоги и ССЗ очень важно с тем учетом, что рост смертности от этих заболеваний неуклонно возрастает, возглавляя его. Так, у 84,4% пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) выявлены тревожно-депрессивные, ипохондрические, астенические нарушения. Не диагностированные патологические психические состояния перед операцией могут ухудшить прогноз ИБС после нее.

Цель: определить влияние тревожности на течение ишемической болезни сердца, а также качество жизни после проведенного аортокоронарного шунтирования в разные его сроки.

Материалы и методы: в исследование включены 50 пациентов, которым по данным коронароангиографии было показано аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения, средний возраст составил $56,9 \pm 8,8$ лет, со средней предоперационной подготовкой $3,8 \pm 1,3$ дней. Всем пациентам перед АКШ, перед выпиской из стационара после АКШ и через год после него было проведено тестирование по опросникам уровня тревожности Тейлора (в адаптации Немчинова), Спилбергера – Ханина, качество жизни по опроснику SF-36.

Результаты: высокий уровень ситуативной тревожности (СТ) у пациентов по Спилбергеру – Ханину перед АКШ отмечался в 48,0% случаях (24 пациента), средний уровень тревожности составил у 46% пациентов. Высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) был у 20% (10 человек). Уровень тревожности по Дж. Тейлору перед АКШ: в 20,0% случаях (10 пациентов), как высокий уровень тревожности. В ближайшие сроки послеоперационного периода уровень ситуационной тревожности, сохранился в том же диапазоне, что и до операции и является достоверно значимым ($p < 0,05$): на уровне среднего (60% – 30 человек) и высокого – 28% (14 пациентов). Через год после АКШ уровень ситуативной тревожности остается у пациентов по Спилбергеру – Ханину после АКШ в 24,0% случаях (12 пациентов) как высокий уровень тревожности.

Через год после АКШ происходит увеличение физического и ролевого физического функционирования (согласно опроснику SF-36), что свидетельствует о повышении толерантности к физической нагрузке и меньшему функциональному классу стенокардии напряжения. Увеличение показателей интенсивности боли в послеоперационном периоде характеризует улучшение состояния здоровья через год после проведенного АКШ. Анализ показателей психологического компонента здоровья респондентов до и после аортокоронарного шунтирования отмечает улучшение их показателей в 2-3 раза. 74% респондентов отмечают удовлетворительное состояние через год после АКШ против 8% до оперативного лечения.

Заключение: Проведенный множественный регрессионный анализ влияния уровня тревожности на параметры субъективного восприятия качества жизни показал, что ЛТ имеет положительное влияние на физическое функционирование до момента проведения АКШ, отражающее степень, ограничения в выполнении физических нагрузок. СТ, так же, как и в дооперационном периоде, является предиктором неблагоприятного течения ИБС и имеет отрицательное влияние на психическое здоровье, клинически проявляясь в снижении выраженности показателей положительных эмоций, настроения, усиливая депрессию и тревогу. СТ сразу и через год от АКШ является предиктором неблагоприятного

течения ИБС на общее состояние здоровья и социальное функционирование, отрицательное влияние проявляется в ограничении социальной активности и снижении уровня общения.

0074

ВЛИЯНИЕ 12-МЕСЯЧНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРИНДОПРИЛОМ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Беленков Ю. Н., Привалова Е. В., Данилогорская Ю. А., Железных Е. А., Щендрыгина А. А., Тишман М. И., Чекнёва И. С.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: Оценить влияние терапии периндоприлом на состояние микроциркуляторного русла у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (в среднем 46%). Средний возраст - 65 лет (61;72) (от 45 до 70 лет), из них 20 мужчин (67%), 10 женщин (33%). Средняя длительность хронической сердечной недостаточности - 6 лет (3;9). По функциональным классам больные распределялись: II - 60% (n=18), III - 40% (n=12). Сахарный диабет 2 типа имели 23% (n=7), средняя длительность которого 8 лет (7; 14). На этапе включения проводилась оценка функции эндотелия артериол методом фотоплетизмографии (Ангиоскан-01, Россия) на фоне пробы с реактивной гиперемией. Определяли амплитуду пульсовой волны, индекс окклюзии (параметр функции эндотелия, $N > 1,8$), индекс отражения (параметр ремоделирования артериол). Структурно-функциональное состояние капилляров изучали с помощью компьютерной видеокапилляроскопии кожи пальца («Капилляроскан-1», Россия). Определяли плотность капиллярной сети в покое, после пробы с венозной окклюзией, после пробы с реактивной гиперемией, процент капиллярного восстановления, процент перфузируемых капилляров. Посредством твердофазного иммуноферментного анализа определяли уровень ФНО- α (N до 2,35 пг/мл), активность фактора Виллебранда (N 0,5–1,5 U/мл).

Результаты: Через 6 месяцев терапии периндоприлом А в дозе 5-10 мг улучшения функции эндотелия сосудов микроциркуляторного русла отмечено не было. Однако через 12 месяцев той же терапии отмечен прирост индекса окклюзии (1,5(1,2;2,9) vs. 2,0(1,7; 2,4), $p=0,03$), но изменений относительно индекса резистентности, характеризующего ремоделирование сосудистого русла, не выявлено (49,3% (27;51) vs. 47,8% (30;54), $p=0,7$). Улучшилось функциональное состояние капилляров: увеличение количества перфузируемых капилляров (88% (77;95) vs. 95% (87;97), $p=0,05$), процента капиллярного восстановления (8,0% (4,5;12,1) vs. 14,2 (9,3;17,1), $p=0,04$). Однако, в структурном состоянии капиллярной сети (плотность капиллярной сети в покое и на фоне пробы с венозной окклюзией) достоверных статистических изменений не отмечено. На фоне лечения очевидно достоверное снижение уровня ФНО- α (3,35 нг/л (0,15;6,33) vs 6,58 нг/л (3,72;10,3), $p=0,03$), при этом достоверных различий уровня фактора Виллебранда до и после лечения выявлено не было.

Выводы: Нарушение структурно-функциональных параметров на уровне микроциркуляции свидетельствуют о более значимых патологических изменениях сосудистого русла. Для улучшения функциональных параметров микроциркуляции у больных хронической сердечной недостаточностью необходим более длительный период лечения, улучшение функции эндотелия подавлением не только нейрогуморальной гиперактивности, но и цитокинового механизма воспаления.

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Белоконева К. П., Бичан Н. А., Колмакова Т. А.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения РФ, г. Новокузнецк

Актуальность: Раннее выявление предвестников ОСН у больных с инфарктом миокарда (ИМ), своевременная адекватная ее коррекция является весьма актуальной задачей в настоящее время.

Цель: Изучить влияние тромболитической терапии на провоспалительные цитокины (интерлейкин-6, интерлейкин-10 и фактор некроза опухоли- α у больных инфарктом миокарда).

Материалы и методы: В исследование включено 162 пациента ($58,5 \pm 1,1$ лет) с Q-образующим неосложненным и осложненным ОСН ИМ. Острофазовые белки и цитокины исследовали в сыворотке крови, полученную на 1-е, 7-е и 14-е сутки у 97 пациентов. Из них 57 человек с неосложненным ИМ, 40 человек с осложненным ИМ (30 больных с отеком легких и 10 с кардиогенным шоком). В качестве контрольной группы использовали сыворотку крови 26 здоровых мужчин добровольцев сравнимого возраста ($53,3 \pm 2,2$ лет). Концентрации интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) определяли при помощи твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). Статистическую обработку результатов проводили при помощи сертифицированной программы биостатистики InStat II (Sigma, США).

Результаты: Тромболитическая терапия проведена 29 больным (17,9%), включенным в исследование: 28 – стрептокиназой в дозе 1,5 млн. Ед. и одному тканевым активизатором плазминогена – тенектоплазой (метализе) в дозе 50 мг по стандартным схемам, рекомендованным ВНОК. Тромболизис проведен у 11 (11,6%) пациентов с неосложненным ИМ и у 18 (26,9%) с ИМ осложненным ОСН. В связи с тем, что более чем у 60% больных тромболитическая терапия начата на догоспитальном этапе, что, несомненно, оказывало влияние на иммунологический статус, оценка уровня концентрации цитокинов проводилась на 7-е и 14-е сутки инфаркта миокарда. В группе больных с ТЛТ на 7-е сутки отмечены более низкие показатели провоспалительных цитокинов у больных с ИМ с проведенной тромболитической терапией: ИЛ-6 ($6,25 \pm 1,7$ пкг/мл против $8,51 \pm 1,78$ пкг/мл, $p=0,23$); ИЛ-10 ($1,9 \pm 0,8$ пкг/мл против $6,18 \pm 1,71$ пкг/мл, $p=0,005$) и ФНО- α ($0,64 \pm 0,33$ пкг/мл против $1,40 \pm 0,46$ пкг/мл, $p=0,05$), чем среди пациентов без тромболизиса. На 14-е сутки ИМ у пациентов, получивших ТЛТ отмечено также снижение всех провоспалительных цитокинов у больных с ИМ с проведенной тромболитической терапией: ИЛ-6 ($6,68 \pm 1,37$ пкг/мл против $9,74 \pm 1,28$ пкг/мл, $p < 0,001$); ИЛ-10 ($3,05 \pm 1,04$ пкг/мл против $4,18 \pm 1,08$ пкг/мл, $p=0,005$) и ФНО- α ($0,87 \pm 0,39$ пкг/мл против $0,70 \pm 0,35$ пкг/мл, $p=0,5$), чем среди пациентов без тромболизиса. Среди больных, умерших от КШ были больные, которые получали ТЛТ ($n=5$). Летальность больных при КШ, получивших ТЛТ составила 41,6%.

Выводы: 1. Проведенная ТЛТ уменьшает не только зону некроза, но и признаки воспаления в миокарде и позволяет к 14-м суткам добиться стабилизации уровня некоторых показателей до контрольных цифр.

0076

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОВОДИМОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ПО МАТЕРИАЛАМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ №2 Г. ТЮМЕНИ)

Белокрылова Л. В., Пушников А. А., Власенко Э. С., Кузакбирдиева О. Х., Олейникова А. В.
ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, г. Тюмень, Россия

Цель: оценить факторы риска, антитромботическую терапию у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), развившимся на фоне неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: Проведен анализ 80 историй болезни пациентов неврологического отделения ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы №2» за 2014 г., перенесших ИИ на фоне ФП. Средний возраст больных составил $74,7 \pm 8,9$ лет. Анализировались факторы риска ИИ и тромбоэмболических осложнений при ФП, индекс CHADSVASc, лечение в стационаре, рекомендации по назначению антикоагулянтов, антиагрегантов и контролю МНО при выписке из стационара.

Результаты: Среди больных с ФП, перенесших ИИ, преобладали пациенты в возрасте старше 65 лет – 87,5%, женского пола – 65%, с постоянной формой ФП – 70%. При расчете индекса CHADSVASc, сумма баллов у пациентов оказалась выше 3: у большинства индекс равнялся 7 и 8 баллам, а у 7 человек индекс имел максимальное значение. Наиболее часто встречающимися факторами риска у больных с ФП, перенесших ИИ, были: сердечная недостаточность (91,25%), артериальная гипертензия (95%), сосудистые заболевания - инфаркт миокарда или атеросклеротические бляшки аорты (88,75%).

При оценке лечения на амбулаторном этапе, оказалось, что ни один пациент не получал антикоагулянтной терапии. Препаратом выбора на стационарном этапе лечения оказался фраксипарин, он назначался в 50% случаев, гепарин получали 17% пациентов, варфарин – 7,5%. 20 больных получали антиагрегантную терапию (клопидогрель). При выписке из стационара контроль МНО рекомендован в 10% случаев, а переход на варфарин под контролем МНО был в рекомендациях у 3 пациентов (3,75%)

Выводы: Часто встречающиеся факторы риска инсульта и тромбоэмболических осложнений у больных с ФП, перенесших ИИ: сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и атеросклеротическое поражение сосудов.

Все пациенты, перенесшие ИИ на фоне ФП имели высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (индекс CHA2DS2VASc) и имели прямые показания для назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе лечения.

Результаты: работы показывают неадекватную частоту назначения антикоагулянтов на догоспитальном и госпитальном этапах.

0077

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Белякова И. В.¹, Клепикова П. В.*², Печенова О. В.².

¹«Северный Государственный медицинский университет»,

²МУЗ Архангельская городская клиническая больница № 7, г. Архангельск

Актуальность: Доказано, что в лечении и профилактике ИБС, в том числе и инфаркта миокарда (ОИМ), должны применяться статины.

Цель: Оценить эффективность терапии статинами на поликлиническом этапе у больных, перенесших ОИМ.

Материалы и методы: Под наблюдением кардиолога поликлиники в течение 6 месяцев 2014 года находились 20 пациентов после перенесенного ОИМ. Пациентам определены плазменные показатели ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ при выписке из стационара и в течение шести месяцев на поликлиническом этапе. Для обработки статистических данных использовался пакет компьютерной программы SPSS версия 18. Данные представлены как медиана (Me) и квартили (Q).

Результаты: Возраст пациентов Me 64,7 [55; 64] лет. Крупноочаговый Q- ОИМ перенесли 13 пациентов (65%), не Q- ОИМ – 7 пациентов (35%). Передний ОИМ развился у 9-и (45%), ОИМ задней стенки – у 5-и (25%), циркулярный ИМ – у 6-и (30%). При выписке из стационара у 100% выявлены различные варианты дислипидемии. Средний показатель уровня ОХС составлял – Me 5,2 [4,02; 5,7], ХС ЛПНП – Me 3,01 [2,5; 3,8], ХС ЛПВП – Me 1,3 [0,8; 1,5], ТГ – Me 1,5 [1,03; 1,6] ммоль/л. Аторвастатин в дозе 20 мг назначен всем пациентам. На поликлиническом этапе 9 пациентов получали аторвастатин в дозе 20 мг, розувастатин 10 мг – 10 пациентов, розувастатин 5 мг – 6 пациентов, симвастатин 20 мг – 1 пациент. В течение 6 месяцев на фоне лечения достигнуто статистически значимое снижение показателей ОХС – Me 4,6 [3,9; 5,1] $p < 0.001$; ХС ЛПНП – Me 2,2 [1,7; 2,6] $p < 0.001$; ТГ – Me 1,4 [0,9; 1,5] $p < 0.001$ и повышение ХС ЛПВП – Me 2,1 [1,6; 2,6] $p < 0.001$ по сравнению с госпитальными. Целевой уровень ХС ЛПВП достигнут у 18-и пациентов (90%), триглицеридов – у 16-и пациентов (80%), ХС ЛПНП достигнут у 7-и пациентов (35%). Из них аторвастатин в дозе 20 мг принимали 3 пациента, розувастатин 10 мг – 2 пациента, розувастатин 5 мг – 2 пациента. Снижение ХС ЛПНП отмечено у 7 больных (35%), из них 2 пациента принимали розувастатин в дозе 10 мг, розувастатин 5 мг – 1 пациент, аторвастатин 20 мг – 4 пациента. Увеличение уровня ХС ЛПНП после выписки выявлено у 5-и пациентов, из них 2 пациента принимали розувастатин 10 мг, розувастатин 5 мг – 1 пациент, аторвастатин 20 мг – 1 больной, симвастатин 20 мг – 1 пациент. Не изменился уровень ХС ЛПНП у 1 пациента, который принимал аторвастатин 20 мг. На фоне приема аторвастатина и розувастатина: средний уровень ХС составил $4,6 \pm 0,8$ против $4,7 \pm 1,0$ ($p = 0,506$), средний уровень ХС ЛПНП составил $2,7 \pm 1,4$ против $2,5 \pm 1,3$ ($p = 0,784$), средний уровень ХС ЛПВП составил $2,1 \pm 0,7$ против $2,0 \pm 0,7$ ($p = 0,544$), средний уровень ТГ составил $1,3 \pm 0,6$ против $1,7 \pm 1,0$ ммоль/л ($p = 0,402$).

Выводы: Не смотря на то, что в 100% случаев проводилось лечение статинами, целевые значения ЛПНП были достигнуты только у 35% пациентов. Это объясняется маленькой дозой применяемого статина и требует более агрессивной тактики назначения липидснижающих препаратов. Статистически значимой разницы по эффективности снижения уровней атерогенных фракций липидов в группах аторвастатина и розувастатина не было, однако уровень снижения липидов низкой плотности на фоне приема розувастатина был выше.

0078

СОСТОЯНИЕ ПУЛЬСОВОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бердовская А. Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно

Существенное место в нарушениях гемодинамики при врожденных пороках сердца (ВПС) отводится изучению дисбаланса между вазоконстриктивными и вазодилаторными свойствами сосудов. Хроническая гипоксия, развивающаяся при врожденных пороках сердца (ВПС), нарушает все виды обмена, приводя к развитию компенсированного ацидоза. Большинство авторов склоняются к выводу, что нарушение синтеза и высвобождения оксида азота (NO) эндотелием является преимущественным механизмом, объясняющим потерю вазодилаторного ответа на эндотелий зависимые субстанции при гипоксии.

К настоящему времени сформировалось представление о дисфункции эндотелия, под которой понимают, прежде всего, нарушение синтеза оксида азота.

Цель: оценить состояние пульсового кровотока у детей с врожденными пороками сердца и сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Обследованы 38 детей с естественным течением ВПС в возрасте от 3 до 17 лет. В зависимости от наличия осложнений дети с ВПС были распределены в подгруппы: подгруппа 1 – пациенты с естественным течением ВПС, не имеющие сердечной недостаточности (СН) (n=28); подгруппа 2 – пациенты с естественным течением ВПС, имеющие СН (n=10). В группу сравнения вошли 38 условно здоровых детей.

У всех детей в условиях реовазографического исследования пульсового кровотока предплечья выполнен тест с реактивной гиперемией. Оценку состояния эндотелия осуществляли по приросту пульсового кровотока в предплечье в течение первых 1,5 минут после восстановления кровотока в плечевой артерии. Длительность окклюзии составила четыре минуты при уровне артериального давления выше, чем у больного на 50 мм рт. ст. Данные статистики представлены в виде Me (25-75), где Me (медиана переменной), (25-75) – интерквартильный размах переменной.

Результаты: Установлено, что у детей с ВПС в подгруппе 2 максимальный прирост пульсового кровотока значительно ниже (4 (3-5)%), чем у детей без признаков СН из подгруппы 1 (10 (7-13,5)%, $p < 0,001$).

У практически здоровых детей максимальный прирост пульсового кровотока составил 18 (15-22)% и оказался выше, чем у пациентов как подгруппы 2 ($p < 0,001$), так и подгруппы 1 ($p < 0,001$). В подгруппе 2 выявлена отрицательная корреляционная зависимость между степенью сердечной недостаточности и максимальным приростом пульсового кровотока ($R = -0,60$; $p < 0,001$).

При ВПС по сравнению со здоровыми детьми выявлена депрессия пульсового кровотока, наиболее значимая при сердечной недостаточности.

8-029-78-088-28

E-mail: nauka2009@mail.by.

0079

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ МИКРОЧАСТИЦ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Березин А. Е., Кремзер А. А.

Медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель: изучение прогностического значения циркулирующих эндотелиальных микрочастиц с апоптотическим и не апоптотическим фенотипами у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при длительном наблюдении.

Материалы и методы: В исследовании проспективным методом было оценено общее количество фатальных и не фатальных кардиоваскулярных событий в когорте 388 пациентов с ХСН на протяжении трех лет наблюдения. Циркулирующий уровень N-терминального мозгового натрийуретического пептида (NT-pro-MНУП), высоко чувствительного С-реактивного протеина (hs-СРП), эндотелиальных микрочастиц (ЭМЧ) был оценен однократно в начале исследования.

Результаты: Медиана продолжительности исследования 2,32 года (межквартильный интервал = 1,8-3,1 года). На протяжении всего периода наблюдения было идентифицировано 110 кардиоваскулярных событий (включая 43 фатальных случая). Кроме того, 74 пациента были госпитализированы повторно вследствие прогрессирования ХСН, а для 16 больных причиной urgentной госпитализации явились иные кардиоваскулярные события. Унивариантный логистический регрессионный анализ показал, что основными факторами, влияющими на кумулятивную частоту возникновения клинических исходов, были креатинин, уровень глюкозы натощак, HbA1c, общий холестерин, уровень мочевой кислоты в крови, различные фенотипы ЭМЧ, NT-pro-MНУП, hs-СРП, класс ХСН по NYHA, снижение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ниже 45% сахарный диабет 2 типа. В мультивариантной

регрессионной модели было установлено, что только функциональный класс ХСН, ФВ ЛЖ менее 45%, NT-pro-MHUP, hs-CRP, ЭМЧ с фенотипами CD144+/CD31+/annexin V+ и CD31+/annexin V+ EMPs явились независимыми предикторами клинических исходов. При этом добавление ЭМЧ с фенотипами CD144+/CD31+/annexin V+ и CD31+/annexin V+ EMCs к стандартной прогностической модели улучшало общий дискриминантный потенциал для кумулятивных событий на 11,4% и 10,5% соответственно.

Выводы: Апоптотический фенотип циркулирующих эндотелиальных микрочастиц тесно ассоциируется с трехгодичным прогнозом у пациентов с ХСН.

0080

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЕ ПРОГЕНИТОРНЫЕ КЛЕТКИ КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Березин А. Е., Кремзер А. А.

Медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель: оценка содержания циркулирующих эндотелиальных прогениторных клеток (ЭПК) различных субпопуляций с фенотипами CD45+CD34+, CD45-CD34+, CD14+CD309+ и CD14+CD309+Tie2+ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза.

Материалы и методы: В исследование включено 153 пациента (86 мужчин) в возрасте 48-62 года с ангиографически подтвержденной ишемической болезнью сердца при наличии стенотического поражения хотя бы одной коронарной артерии > 50% и 25 здоровых волонтеров. У 109 больных (71,2%) с ангиографически верифицированной ИБС была диагностирована хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с помощью традиционных критериев в соответствии с действующими клиническими соглашениями. Фенотипирование популяций мононуклеарных клеток осуществлялось методом проточной цитофлуориметрии с помощью моноклональных антител, меченных флуорохромами. Циркулирующие ЭПК определялись как CD45-CD34+. Для идентификации субпопуляций ЭПК коэкспрессирующей антиген CD14 дополнительно определяли антигены CD309(VEGFR2) и Tie-2.

Результаты: У пациентов с документированной ИБС независимо от наличия хронической сердечной недостаточности традиционные факторы кардиоваскулярного риска, такие как сахарный диабет 2 типа, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, приверженность к курению, способны сохранять свое негативное влияние в отношении снижения уровня циркулирующих эндотелиальных прогениторных клеток как гемопозитического, так и негемопозитического происхождения. При этом снижение концентрации циркулирующих эндотелиальных прогениторных клеток с фенотипами CD14+CD309+ и CD14+CD309+Tie-2+ ассоциируется с тяжестью контрактильной и релаксационной дисфункции миокарда левого желудочка, тогда как уровень мононуклеаров с фенотипами CD45+CD34+ и CD45-CD34+ в большей мере отражает распространенность и выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Выводы: В когорте пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза наиболее мощным предсказующим потенциалом в отношении снижения циркулирующего уровня эндотелиальных прогениторных клеток обладают функциональный класс хронической сердечной недостаточности, снижение фракции выброса левого желудочка менее 42%, повышение концентрации NT-pro-MHUP более 554 пг/мл, увеличение отношения E/Em более 15 ед

0081

**РОЛЬ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ИСХОДОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

Бернс С. А., Шмидт Е. А., Южно Е. С., Нагирняк О. А., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: определить наиболее значимые факторы эндотелиальной функции (ЭФ), влияющие на развитие неблагоприятных исходов в течение года наблюдения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы: в исследование включено 125 больных ОКСбпST, поступивших в учреждение в первые 24 часа от развития клинической картины индексного события и которым проведена оценка ЭФ посредством лабораторных методов исследования (эндотелин-1 (ЭТ-1), sP-селектин, sE-селектин, sPECAM, sVCAM, асимметричный и симметричный диметиларгинин, фактор Виллебранда, нитротирозин). Забор венозной крови проводился на 11-13 сутки госпитализации, для определения концентрации факторов ЭФ методом иммуноферментного анализа. Пациенты были разделены на две группы: I (n=27 [21,6%]) – с наличием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НСС), таких как смерть, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, II (n=98 [78,4%]) – с благоприятным течением заболевания, Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ STATISTICA 10.0, MedCalc.

Результаты: выявлено, что пациенты с развитием НСС были статистически ($p=0,007$) значимо моложе лиц с благоприятным прогнозом, но у них чаще выявлялось острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе (18,5% против 7,1%; $p=0,08$), наличие стенозов коронарных артерий (КА) ($p=0,03$) и стенозов более 50% в трех КА одновременно ($p=0,02$). Среди лабораторных факторов значимую неблагоприятную прогностическую роль играл высокий уровень только ЭТ-1 (1,74 [0,98;3,68] против 0,53 [0,32;1,12] фмоль/мл; $p=0,0002$). Результат ROC-анализа показал, что значения ЭТ-1 более 1,297 фмоль/мл (при норме ЭТ-1 0,26 фмоль/мл) являются прогностически значимыми в отношении развития НСС в течение года после ОКСбпST. Площадь под ROC кривой - 0,857, $p<0,0001$. В 75% случаев неблагоприятный исход был представлен нестабильной стенокардией, а ЭД-1 установлен как прогностически значимый лабораторный фактор ЭФ ($p=0,0007$). В результате регрессионного анализа выявлено, что наибольшее влияние на развитие НСС в течение года оказывает наличие ОНМК в анамнезе (ОР-5,58; 95%ДИ-1,39;22,3) и уровень ЭТ-1 в плазме крови на 11-13-е сутки $\geq 1,297$ фмоль/л (ОР-4,43; 95%ДИ-1,59;12,3). Уровень достоверности полученной модели составил $p<0,001$. Вероятность правильной классификации модели составила 80,0%.

Закключение: У больных ОКСбпST уровень ЭТ-1, составляющий $\geq 1,297$ фмоль/л в сыворотке крови, определяемый на 11-13 сутки госпитализации, является прогностически важным и, наряду с учетом перенесенного ОНМК, позволяет выявлять группы пациентов высокого риска неблагоприятного годового прогноза.

0082

**СВЯЗЬ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ACE (RS4291 И RS4343)
С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ
СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST**

Бернс С. А., Шмидт Е. А., Макеева О. А., Нагирняк О. А., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: определить ассоциацию между носительством полиморфных вариантов гена ACE (rs4291 и rs4343) и развитием неблагоприятных исходов в течение года наблюдения у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST).

Материалы и методы: в исследование включено 188 больных ОКСбпST, поступивших в учреждение в первые 24 часа от развития клинической картины индексного события и прошедшие годовой этап наблюдения. Дезоксирибонуклеиновая кислота выделялась из лейкоцитов крови модифицированным методом фенол/хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфизмов гена ACE (rs4291 и rs4343) проводили методом TaqMan-проб на приборе «iCyler iQ» (BIO-RAD, США). Полимеразная цепная реакция для TaqMan-генотипирования выполнялась согласно инструкции Applied Biosystems, США. Контрольная группа представлена здоровыми жителями г.Кемерово (n=200). Неблагоприятными исходами считали: смерть, инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программ STATISTICA 10.0, snpStats.

Результаты: При изучении ассоциаций полиморфного варианта rs4343 гена ACE было установлено, что гетерозиготный генотип AG обладает протективным эффектом в отношении течения госпитального периода: генотип AG зафиксирован в 56,2% (p=0,037) у лиц без развития неблагоприятных исходов, в то время как генотип AA ассоциирован с наличием «конечных точек» на госпитальном этапе: 33,3% против 21,6% в группе больных ОКСбпST без «конечных точек» (p=0,037). На годовом этапе было выявлено, что генотип GG и аллель G полиморфного варианта rs4343 гена ACE ассоциированы с летальным исходом в течение года после ОКСбпST: частота генотипа GG достигала 33,3% против 18,1% (p=0,017), а частота аллеля G составила 66,7% против 42% (p=0,08) в группе выживших больных.

В отношении полиморфного варианта rs4291 гена ACE установлено, что у пациентов с неблагоприятным исходом на госпитальном этапе в сравнении с больными без «конечных точек» частота генотипа TT достигала 41,7% против 7,7% (p=0,006), а частота аллеля T составила 50% против 30,8% (для аллеля T OR=2,25; p=0,051). Генотип AT полиморфного варианта rs4291 гена ACE ассоциирован с годовым неблагоприятным прогнозом. Частота этого генотипа достигала 59,6% против 39,6% в группе с благоприятным годовым прогнозом у больных ОКСбпST (OR=1,97, 95% CI=0,96–4,06; p=0,006).

Заключение: Полиморфные варианты rs4343 и rs4291 гена ACE ассоциированы с неблагоприятным госпитальным и годовым прогнозом у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

0083

**ИЗУЧЕНИЕ АНТИИШЕМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВОГО
АМИНОКИСЛОТСОДЕРЖАЩЕГО СОЕДИНЕНИЯ НИБЕНТАНА**

**Блинова Е. В., Игуменов И. А., Блинов Д. С., Яхья М. Х. С., Иванова Е. А., Морозов М. А.,
Платкова Т. Н.**

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

Введение: Нарушения сердечного ритма существенно отягощают течение ишемической болезни сердца. Лечение коронарогенных нарушений ритма тесно смыкается с проблемой терапии ишемического повреждения миокарда. Большинство существующих антиаритмиков обладают противоишемической активностью, поэтому изучение данных свойств у новых лекарственных веществ является актуальным.

Цель: исследование противоишемической активности нового рацемата нибентана ЛХТ-01-14 при остром ишемическом повреждении сердца у животных дифференциальным индикаторным методом.

Материалы и методы: Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии Vistar (n=45). После вскрытия грудной клетки у животных вызывали инфаркт миокарда путем перевязки нисходящей коронарной артерии на уровне ушка предсердия. Затем рану послойно зашивали и животных переводили на спонтанное дыхание. Через 4 часа после окклюзии коронарной артерии животных забивали,

извлекали сердце и определяли размеры зон ишемии и некроза дифференциальным индикаторным методом. С помощью красителей синьки Эванса и красного фармазана были измерены размеры зон некроза и ишемии.

Контрольная группа животных получала физиологический раствор в объеме 0,5 мл. Исследуемое вещество – ЛХТ-01-14 и препараты сравнения пропранолол и нибентан вводили внутривенно через 5 минут после воспроизведения коронарной ишемии в дозах составляющих 5% от LD50, определенную для мышей при внутрибрюшинном введении. Выбор препарата сравнения пропранолола был обусловлен тем, что это неселективный β -блокатор является эталонным препаратом с антиишемической и противоаритмической активностью

Результаты: Перевязка левой коронарной артерии приводило к тяжелой ишемической альтерации сердца. ЛХТ-01-14, как и препараты сравнения ограничивало альтеративные процессы в миокарде за счет преимущественно уменьшения размера зоны некроза и отношения размеров зоны некроза к зоне ишемии. Это, по-видимому, связано со способностью глутаминовой кислоты, во-первых, возбуждать NMDA-рецепторы в миокарде и ограничивать его симпатическую активацию, а, во-вторых, напрямую вмешиваться в метаболические процессы кардиомиоцитов.

0084

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ЭКСТРАКТ ПЛОДОВ MORINDA CITRIFOLIA, В ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ВТОРИЧНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Богданов А. Р., Дербенева С. А., Богданова А. А., Феофанова Т. Б., Залетова Т. С., Панфилова Н. В., Нестерова В. Е.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт питания», Москва

Цель: оценить возможность применения специализированных пищевых продуктов в диетотерапии больных морбидным ожирением и вторичной диастолической сердечной недостаточностью

Материалы и методы: в открытом проспективном моноцентровом исследовании в 3 параллельных группах оценивалась эффективность коррекции композиционного состава тела с помощью низкокалорийной диетотерапии с включением специализированных пищевых продуктов (СПП) – источников полифенолов и иридоидов полученных на основе сока плодов *Morinda citrifolia* L. Изучались пациенты (n=90) в возрасте от 30 до 50 лет с ожирением III степени и клинически выраженной вторичной диастолической сердечной недостаточностью. Длительность диетотерапии составила 42 дня.

Результаты: было показано, что неоптимизированная низкокалорийная диета оказывает негативное влияние на показатели композиционного состава тела у больных морбидным ожирением и вторичной диастолической сердечной недостаточностью, а именно, приводит к выраженной потере безжировой (на 7,2%, $p=0,00008$) и мышечной массы тела (на 16,6%, $p=0,00004$); при этом редукция общей массы тела отмечается всего на 2,3% ($p=0,053$), объемов талии на 1,3% ($p=0,028$) и бедер на 1,3% ($p=0,09$), что сопровождается редукцией жировой массы тела на 8,5% ($p=0,000017$) и жидкости - на 7,3% ($p=0,0018$). Включение в рацион СПП оптимизирует влияние низкокалорийной диетотерапии на показатели антропометрии и композиционного состава тела. Наиболее важным эффектом СПП *Morinda citrifolia* L. является способность предотвращать избыточную потерю мышечной массы тела у больных, причем указанный эффект имеет дозозависимый характер. Потеря мышечной массы в основных группах больных составила 3,1 - 4,1% за 6 недель диетотерапии, в то время как в контрольной группе - 8,5% ($p = 0,0051$).

Выводы: включение в низкокалорийную диету СПП, произведенных на основе *Morinda citrifolia* L., позволяет инициировать преимущественную потерю жировой массы тела при одновременной протекции активной клеточной массы, что является несомненным преимуществом перед стандартной низкокалорийной диетой.

0085

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ НЕОБСТРУКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д. В.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск, Россия

Цель: оценка вегетативного тонуса при гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП) на основании использования показателя редуцированного артериального давления (АД).

Материалы и методы: Обследованы 76 больных ГНКМП, 31 женщина и 45 мужчин, средний возраст – $43,0 \pm 14,4$ года. Методы исследования включали в себя, помимо общеклинического обследования, ЭКГ покоя, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ по стандартной схеме. Оценивали частоту сердечных сокращений (ЧСС), а также редуцированное АД (как отношение пульсового АД к среднему АД) на момент обследования в состоянии покоя. Вычисляли минутный объем (МО) как произведение ЧСС и редуцированного АД. Согласно литературным данным (Н.А. Коровина и соавт., 2009), нормальному вегетативному тону соответствовали значения МО $4,18 \pm 0,50$ л/мин, парасимпатическому тону – снижение МО менее $3,68$ л/мин, симпатическому – увеличение МО более $4,68$ л/мин. В обследованной группе постоянное лечение бета-блокаторами либо верапамилом получали 17 пациентов.

Результаты: Нормальный вегетативный тонус по описанной методике выявлен у 9 (11,8%) пациентов, парасимпатический – у 63 (82,9%), симпатический – у 4 (5,26%). Из 17 пациентов, получавших верапамил либо бета-блокаторы, у 16 имел место парасимпатический вегетативный тонус, у 1 – симпатический. Проведен корреляционный анализ для выявления взаимосвязей полученных данных о вегетативном тоне с другими клиническими и структурно-функциональными проявлениями ГНКМП. Для симпатикотонии обнаружена корреляция с появлением у пациента кардиалгий ($r = 0,480$, $p < 0,05$). Для возникновения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий по данным холтеровского мониторирования ЭКГ выявлена прямая корреляция с симпатикотонией ($r = 0,698$, $p < 0,05$) и обратная – с преобладанием парасимпатического тонуса ($r = -0,546$, $p < 0,05$).

Выводы: При ГНКМП выявлено преобладание парасимпатического вегетативного тонуса, обнаруженное в 82,9% случаев. При этом лишь в 16 (25%) случаях из 63 такое парасимпатическое преобладание можно было объяснить возможным влиянием медикаментозной терапии. Гиперсимпатикотония обнаружена лишь у 5,26% пациентов. Наличие гиперсимпатикотонии могло оказывать влияние на возникновение кардиалгий и пароксизмальных наджелудочковых тахикардий.

0086

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОЦЕНКИ МУТАЦИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕПИ БЕТА-МИОЗИНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д. В., Самышкина Н. Е.

**ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск, Россия
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет», Челябинск, Россия**

Цель: оценка наличия полиморфизмов гена MYH7 G1816A (Val606Met) rs121913627 у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) из группы диспансерного наблюдения.

Материалы и методы: Обследованы 25 больных ГКМП, 13 женщин и 12 мужчин, средний возраст – $46,5 \pm 13,7$ года. С необструктивной формой заболевания – 20 человек, с обструктивной – 14. Также в исследование включены 9 родственников первой степени родства указанных пациентов: в одном случае – мать пациентки, в 8 случаях – дети пациентов, из них 6 – мужского пола, 2 – женского. В данной подгруппе возраст обследованных составлял от 10 до 67 лет. Клинические проявления и инструментальные признаки ГКМП у них отсутствовали. Все 34 обследованных принадлежали к европеоидной расе. Критериями включения для больных ГКМП служило наличие признаков заболевания соглас-

но существующим рекомендациям, а также информированное согласие на забор крови для генетического исследования. Для родственников пациентов, помимо факта родства, критерием включения также служило информированное согласие на забор крови для генетического исследования. Методы исследования включали в себя, помимо общеклинического обследования, ЭКГ покоя, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ по стандартной схеме. Полиморфизм G1816A (замена гуанина на аденин в позиции 1816 нуклеотидной последовательности) Val606Met (замена валина на метионин в положении 606 аминокислотной последовательности (rs121913627, dbSNP NCBI) оценивали с помощью полимеразной цепной реакции с использованием специально разработанного в НПФ «Литех» (Россия) набора реактивов. Генетическое исследование выполнялось на базе лаборатории биологического факультета ФГБОУ ВПО ЧелГУ.

Результаты: и обсуждение: Ни в одном из 34 случаев не удалось выявить замены в нуклеотидной и белковой цепи, то есть полиморфизмы G1816A (замена гуанина на аденин в позиции 1816 нуклеотидной последовательности) Val606Met (замена валина на метионин в положении 606 аминокислотной последовательности (rs121913627, dbSNP NCBI) не определялся. Все обследованные являлись «нормальными» гомозиготами. Несмотря на то, что мутации тяжелой цепи бета-миозина, в том числе и G1816A/Val606Met, являются одной из ведущих причин развития ГКМП, частота их выявления может варьировать в различных популяциях. Кроме того, существует значительное количество вариантов мутаций тяжелой цепи бета-миозина, включая мутации de novo. В связи с этим генная диагностика ГКМП не может считаться достоверной в случае оценки лишь одного-двух полиморфизмов. Для адекватного генетического скрининга необходимо исследование, по возможности, нескольких полиморфизмов генов тяжелой цепи бета-миозина.

0087

ЭТАПНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА

Богданов Ю. И., Попов С. В., Вечерский Ю. Ю., Баталов Р. Е., Затолокин В. В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск

Цель: оценить клиническую эффективность этапного комбинированного подхода: эпикардиальной биполярной аблации и эндокардиальной катетерной аблации в лечении фибрилляции предсердий у больных с ишемической болезнью сердца и прямой реваскуляризацией миокарда.

Материалы и методы: в исследование включено 28 пациентов за период с 2014 по 2015 год (24 мужчины и 4 женщины) в возрасте от 44 до 76 лет (средний возраст 64,1±7,8) с ишемической болезнью сердца и показаниями к прямой реваскуляризации миокарда, персистирующей (n=12) и длительно персистирующей формами фибрилляции предсердий (n=16), у которых медикаментозная терапия была неэффективна, помимо этого, пациенты имели гипертоническую болезнь и получали необходимую медикаментозную терапию. Этапный подход заключался в эпикардиальной биполярной радиочастотной аблации легочных вен и крыши левого предсердия во время операции коронарного шунтирования с использованием биполярных электродов Atricure и резекцией ушка левого предсердия, а так же электрофизиологического исследования и катетерной эндокардиальной антральной изоляцией легочных вен через 16±7 дней после операции. Пациенты были разделены на две группы. Первой группе пациентов после операции прямой реваскуляризации миокарда и биполярной эпикардиальной аблации проводилось электрофизиологическое исследование (n=18). Второй, контрольной группе пациентов выполнялась прямая реваскуляризация миокарда и только биполярная эпикардиальная аблация (n=10).

Результаты: в раннем послеоперационном периоде синусовый ритм сохранялся у всех пациентов группы комбинированного подхода (100%) и 9 пациентов группы сравнения (90%). У 1 пациента основной группы (94,4%) и у 3 пациентов контрольной группы (30%) зарегистрированы рецидивы фибрилляции предсердий на госпитальном этапе. По данным ЭФИ полная электрическая изоляция всех

легочных вен после биполярной эпикардиальной аблации была достигнута у 5 пациентов (27,7%). В остальных случаях было выявлено восстановление проведения в легочные вены (72,3%). Во всех случаях обнаружения восстановления проведения выполнялась антральная изоляция легочных вен. По результатам наблюдения через 30 дней после вмешательства синусовый ритм сохранялся у 17 из 18 пациентов группы этапного подхода (94,4%).

Выводы: этапный комбинированный подход в хирургическом лечении фибрилляции предсердий у больных с ишемической болезнью сердца является безопасным и эффективным методом лечения фибрилляции предсердий.

0088

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ КАЛЬЦИНИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Боева О. И., Щеглова Е. В., Хайт Г. Я., Ягода А. В., Чотчаева З. Х., Байкулова М. Х., Лайпанова А. И.
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ставрополь

Кальцификация и стеноз створок аортального клапана – самый распространенный из приобретенных пороков сердца среди взрослых людей. Развитию заболевания способствуют «традиционные» факторы риска атеросклероза, сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Однако, нельзя исключить и наследственную предрасположенность к формированию аортального порока.

Цель: выявление генетических предпосылок кальцификации аортального клапана.

Проведено открытое нерандомизированное сравнительное исследование («случай-контроль»). Основную группу составили 102 пациента с кальцинозом АК, средний возраст $72,5 \pm 7,5$ лет, 48,5% мужчин. В качестве группы сравнения обследованы 92 пациента с интактными АК сопоставимые с основной группой по клинико-anamnestическим характеристикам. Генотипирование проводили методом ПЦР с электрофоретической детекцией результата (субстратом служила лейкоцитарная ДНК). Определяли генетические полиморфизмы: Leu28Pro (rs80357266) гена аполипопротеина E (apoE), Gln192Arg (rs662) гена параоксоназы 1 (PON1), 8202A>G (rs1169732) гена матриксной металлопротеиназы 9 типа (MMP9), 536C>T (rs11551797) гена тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ 1 типа (TIMP1), 66T>G (rs28357094) гена остеопонтина (OPN), 138T>C (rs1800802) и 7G>A (rs1800801) гена матриксного GLA-протеина (MGP) и Tag1C>T (rs731236) гена рецептора витамина D (VDR). Для определения предикторной роли признака вычисляли отношение шансов (ОШ) и его доверительный интервал (ДИ). Достоверность различий оценивали по критерию χ^2 .

Распределение частот генотипов и аллелей изученных генов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. Распространенность аллелей генов apoE, PON1, MMP, TIMP1 и 138T>C гена MGP между группами обследованных не различалась. Среди больных с аортальным кальцинозом достоверно чаще, чем в контрольной группе встречались аллели: 66G гена OPN (45 против 21, ОШ 2,82 (ДИ 1,51; 5,25), $p < 0,01$), 7A гена MGP (52 против 35, ОШ 1,81 (ДИ 1,03; 3,2), $p < 0,05$), Tag1T гена VDR (33 против 15, ОШ 2,58 (ДИ 1,3; 5,15), $p < 0,01$). Были выделены подгруппы пациентов с аортальным стенозом (68 человек) и с кальцинозом аортального клапана без стенозирования (34 человека). При наличии аортального порока достоверно чаще встречался аллель 66G гена OPN (48 против 17, ОШ 2,4 (ДИ 1,02; 5,62), $p < 0,01$), а также аллель 8202G гена MMP9 (53 против 15, ОШ 4,48 (ДИ 1,84; 10,87), $p < 0,01$).

Таким образом, предикторами возникновения кальцинирующей болезни аортального клапана можно считать полиморфизмы генов OPN (rs1800801), VDR (rs731236) и MGP (rs1800801). Генотипирование указанных маркеров может применяться для выявления пациентов с повышенным риском развития аортального кальциноза.

0089

ДИНАМИКА СРЕДНЕГО ДАВЛЕНИЯ В СТВОЛЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Бойченко А. Д., Гончарь М. А., Сенаторова А. В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

В раннем неонатальном периоде происходят значимые структурные и функциональные изменения в малом круге кровообращения, связанные с закрытием фетальных коммуникаций. Определение среднего давления на этапе гемодинамической адаптации новорожденных недостаточно изучено.

Цель: изучение динамики среднего давления в стволе легочной артерии у доношенных новорожденных в раннем неонатальном периоде по данным доплерэхокардиографии (ДЭХОКГ).

Материалы и методы: Обследовано 203 «условно» здоровых новорожденных (мальчики – 54,2%, девочки – 45,8%) с гестационным возрастом 38-41 неделя, средняя масса тела при рождении составляла $3389,4 \pm 408,8$ г. ДЭХОКГ проводилась в период с двух часов после рождения и до 7 суток жизни. Измерение среднего давления в легочной артерии выполнялось по методике Kitabatake А. и соавт. (1983).

Результаты: По данным ДЭХОКГ в первые 12 часов после рождения у 17,5% пациентов регистрировалось повышение давления в стволе легочной артерии до $43,7 \pm 12,8$ мм рт. ст. и двунаправленный шунт через открытый артериальный проток (ОАП) и открытое овальное окно. К концу первых суток жизни среднее давление в стволе легочной артерии составило $27,1 \pm 6,6$ мм рт. ст.; определялось стабильно лево-правое шунтирование через ОАП и открытое овальное окно. Со вторых суток жизни отмечена стабилизация среднего давления в легочной артерии, средняя величина которого составила $22,8 \pm 4,1$ мм рт. ст., с третьих – $22,2 \pm 2,4$ мм рт. ст., с четвертых – $23,2 \pm 3,1$ мм рт. ст., с пятых-седьмых суток – $23,4 \pm 3,4$ мм рт. ст. Полученные данные соответствовали физиологическим срокам закрытия ОАП. У 5,4% пациентов к пятому-седьмому дню жизни сохранялось умеренное повышение давления в стволе легочной артерии (до $27,4 \pm 2,8$ мм рт. ст.), что было связано с более поздним сроком закрытия фетальных коммуникаций. При проведении корреляционного анализа между уровнем среднего давления в стволе легочной артерии и полом, диаметром открытого овального окна, ОАП корреляции не выявлены.

Выводы: у здоровых доношенных новорожденных в первые сутки жизни отмечается существенная перестройка гемодинамики в малом круге кровообращения с тенденцией к нормализации среднего давления в стволе легочной артерии. У 5,4% детей к концу раннего неонатального периода сохраняется повышенное давление в стволе легочной артерии, что связано с поздним сроком закрытия фетальных коммуникаций.

0090

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Болотова Е. В.¹, Дудникова А. В.^{1,2}, Каранадзе Е. Н.², Пугач Л. В.²

¹ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

²ГБУЗ «ККБ№2» Минздрава Краснодарского края, Краснодар

Цель: Оценить структурно-функциональные особенности миокарда левого желудочка (ЛЖ) во взаимосвязи со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: Исследовано 300 пациентов (76,3% мужчин, средний возраст $68,51 \pm 9,85$ лет; 23,6% женщин, средний возраст $65,95 \pm 10,1$ лет) с установленным диагнозом ХОБЛ I-IV степени тяжести. Пациенты разделены на 3 группы в соответствии с величиной СКФ, рассчитанной по формуле СКД-

ЕРІ: I группа (рСКФСД-ЕРІ ≥ 90 мл/мин/1,73м²) – 98 пациентов (32,7%), II группа (рСКФСД-ЕРІ 89-60 мл/мин/1,73 м²) – 112 (37,3%) пациентов, III группа (рСКФСД-ЕРІ < 59 мл/мин/1,73 м²) – 90 пациентов (30%). Структуру ЛЖ, состояние внутрисердечной гемодинамики изучали методом эхокардиографии (ЭхоКГ) с доплеровским картированием. Определяли следующие параметры ЛЖ: конечный диастолический и систолический размеры и объемы ЛЖ (КДР и КСР, мм; КДО и КСО, мл), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ, мм) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП, мм) в диастолу. Рассчитывали массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г), определяли индекс ММЛЖ (ИММЛЖ, г/м²). Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: Показатели КДР ЛЖ в анализируемых группах были сопоставимы. Показатели КСР ЛЖ во II и III группе были сопоставимы ($34,9 \pm 0,3$ мм и $36,5 \pm 0,2$ мм соответственно), КСР в I группе был достоверно ниже по сравнению с III группой ($34,1 \pm 0,3$ мм и $36,5 \pm 0,2$ мм соответственно; $p < 0,05$). ТМЖП в III группе была значимо выше, чем в I и составила $13,6 \pm 0,4$ мм против $11,7 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ТЗСЛЖ в III группе составила $13,3 \pm 0,2$ мм против $11,4 \pm 0,3$ мм в I группе, ($p < 0,05$). Обнаружена отрицательная корреляция средней силы между рСКФСД-ЕРІ и ТЗСЛЖ ($r = -0,286$, $p < 0,05$). КДО и КСО у пациентов II ($138,9 \pm 5,7$ мл, $52,5 \pm 3,4$ мл) и III ($148,6 \pm 7,9$ мл, $54,1 \pm 3,8$ мл) групп были значимо выше, чем в I группе ($121,4 \pm 3,3$ мл, $43,1 \pm 1,5$ мл; $p < 0,05$). ММЛЖ у пациентов II группы ($345 \pm 19,1$ г) и III группы ($378 \pm 15,1$ г) была достоверно выше, чем в I группе больных ХОБЛ ($308 \pm 13,1$ г; $p < 0,05$). Выявлена отрицательная корреляция средней силы между рСКФСД-ЕРІ и ММЛЖ ($r = -0,309$; $p < 0,05$). Аналогичная зависимость была выявлена для ИММЛЖ: в I группе показатель ИММЛЖ составил $171,4 \pm 3,8$ г/м³, что достоверно ниже, чем у пациентов II группы ($188,6 \pm 9,2$ г/м³; $p < 0,05$), в III группе ИММЛЖ составил $225 \pm 9,1$ г/м³, что достоверно выше аналогичных показателей в I и II группе ($p < 0,05$). Нами обнаружена отрицательная корреляция между ИММЛЖ и рСКФСД-ЕРІ ($r = 0,356$; $p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, прогрессирование снижения рСКФ у больных ХОБЛ сочетается с изменением геометрии ЛЖ и увеличением массы миокарда ЛЖ, что приводит к повышению риска сердечно-сосудистых событий и определяет необходимость контроля СКФ у пациентов с ХОБЛ.

0091

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Болотова Е. В.¹, Комиссарова И. М.²

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

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

Цель: Оценка распространённости поведенческих факторов риска (ФР) сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) среди сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы: Объект исследования – популяционная выборка населения старше 18 лет, обратившихся по поводу профилактического осмотра. В исследование включены данные 700 человек (57,0% женщин и 43,0% мужчин), средний возраст $49,11 \pm 16,57$ лет (среди мужчин – $47,41 \pm 16,0$ и женщин – $50,26 \pm 16,9$). Поведенческие факторы риска ССЗ оценивались на основании разработанного унифицированного опросника, который включён в анкету профилактического осмотра. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Оценка достоверности различий в результатах исследования проводилась с помощью параметрического критерия Стьюдента (t) и непараметрических критериев χ^2 , Колмогорова-Смирнова, F – критерия Фишера.

Результаты: Распространённость табакокурения среди обследованных составила – 20,6%, в том числе среди мужчин – 30,8%, среди женщин – 12,9%, (ОШ=0,338; 95% ДИ 0,231-0,494; $p < 0,001$). Средний возраст курильщика составил $45,33 \pm 14,5$ лет (у мужчин – $48,49 \pm 14,1$ лет; у женщин – $39,75 \pm 13,7$ лет. Различия в распределении по возрастным группам были статистически значимы ($\chi^2=24,5$; $p < 0,0001$). Наибольшая распространённость курения выявлена в возрастной группе 36–45 лет – 31,0% ($\chi^2 = 8,923$;

$p=0,003$], в более старших возрастных группах этот показатель снижался. Средний стаж курения составил $15,01 \pm 10,2$ лет. Среднее количество выкуриваемых сигарет в день среди мужчин было достоверно выше, чем у женщин ($9,1 \pm 5,4$ vs $3,9 \pm 2,4$; $\chi^2 = 67,39$; $p < 0,0001$). Распространённость НФА была достоверно выше у женщин (35,3% и 23,0% соответственно; $\chi^2 = 12,25$; $p < 0,0001$). Нерациональное питание выявлено у 52,2% человек (55,9% мужчин и 49,5% женщин; $\chi^2=2,82$; $p < 0,09$). Выявлена достоверная корреляция между возрастом и нерациональным питанием ($r=0,392$; $p < 0,05$). С увеличением возраста обследованные чаще имели пищевые привычки нерационального питания, в том числе избыточное потребление соли ИПС ($\chi^2=142,39$; $p < 0,0001$), избыточное потребление сахара и других сладостей ($\chi^2=14,55$; $p=0,012$), низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ) ($\chi^2=80,78$; $p < 0,0001$). ИПС выявлено у 46,1% обследованных (мужчин – 47,0%, женщин – 45,5%). НПОФ выявлено у 36,7% обследованных (41,6% мужчин и 33,0% женщин). Избыточное потребление сахара и других сладостей употребляло 40,0% обследованных (34,2% мужчин и 44,3% женщин; $\chi^2=7,09$; $p=0,008$). Злоупотребление алкоголем достоверно чаще выявлялось среди мужчин (23,3% против 12,3% среди женщин; $\chi^2=14,8$; $p < 0,0001$). Самые высокие показатели нерационального питания среди лиц с ожирением III ст. – 65,9% ($p < 0,001$).

Заключение: Выявленные в нашем исследовании закономерности следует учитывать при разработке профилактических программ по снижению ФР сердечно-сосудистых заболеваний в сельской популяции Краснодарского края.

0092

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ AGTR1, AGTR2 И ОСОБЕННОСТИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бондарь В. Н., Якименко Е. А., Чернышова Е. С..

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

Активация ренин-ангиотензиновой системы является важным звеном в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) и метаболического синдрома (МС) и во многом определяется функциональным взаимодействием A2 рецепторов и полиморфизмом их генов.

Цель: анализ распределения генотипов полиморфизмов A1166C гена AGTR1 и G1675A гена AGTR2 и оценка выраженности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в зависимости от особенностей распределения изолированных и сочетанных полиморфизмов этих генов у пациентов с АГ и МС в популяции южного региона Украины.

Материалы и методы: были обследованы 128 пациентов с АГ и МС (ISH 2011, IDF 2006). В обследуемой группе полиморфизм A1166C гена AGTR1 и полиморфизм G1675A гена AGTR2 были определены методом ПЦР. Впоследствии, пациенты были разделены на 4 подгруппы: подгруппа (1) – с изолированным полиморфизмом A1166C гена AGTR1; подгруппа (2) – с изолированным полиморфизмом G1675A гена AGTR2; подгруппа (3) – с комбинацией двух полиморфизмов этих генов; подгруппа (4) – с «нормальными генотипами» исследуемых генов. В каждой подгруппе изучалась выраженность ГЛЖ, определяя индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ).

Результаты и их обсуждение: в обследуемых группах частота «патологических генотипов» (AC+CC) полиморфизма A1166C гена AGTR1 (подгруппа 1) составила (15,63%/20), частота патологических генотипов» (GA+AA) полиморфизма G1675A гена AGTR2 (подгруппа 2) – (11,72%/15), частота комбинации «патологических генотипов» обоих генов (подгруппа 3) – (64,06%/82), частота «нормальных генотипов» обоих генов (подгруппа 4) – (8,59%/11). В подгруппе (1) ИММЛЖ составил ($145,2 \pm 6,4$ г/м², $p_{1-2}=0,54$, $p_{1-3}=0,02$, $p_{1-4}=0,43$), подгруппа (2) – ($142,5 \pm 5,6$ г/м², $p_{1-2}=0,54$, $p_{2-3}=0,03$, $p_{2-4}=0,51$), подгруппа (3) – ($132,4 \pm 4,2$ г/м², $p_{1-3}=0,02$, $p_{2-3}=0,03$, $p_{3-4}=0,03$), подгруппа (4) – ($141,8 \pm 4,7$ г/м², $p_{1-4}=0,43$, $p_{2-4}=0,51$, $p_{3-4}=0,03$). Наиболее низкий ИММЛЖ был у пациентов с комбинацией «патологических генотипов» обоих генов, что может указывать на их частичный функциональный антагонизм.

Полиморфизмы генов AGTR1, AGTR2 и их комбинация в изучаемой популяции ассоциированы с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом. Полиморфизм гена AGTR2 значительно

чаще встречается на фоне существующего полиморфизма гена AGTR1, что может частично оказывать адаптивное влияние на выраженность ГЛЖ.

0093

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ENOS И ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бондарь В. Н., Чернышова Е. С., Олейник Д. А., Чумаченко Н. В..

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

Артериальная гипертензия (АГ) и метаболический синдром (МС) тесно связан друг с другом, формируя порочный круг. Отличия дислипидемии при АГ и МС могут быть связаны с инсулинрезистентностью и особенностями эндотелиальной дисфункции. Представляет научный и практический интерес взаимосвязь полиморфизма гена NO-синтетазы с особенностями дислипидемии у пациентов с АГ и МС.

Цель: анализ распределения генотипов и аллелей полиморфизмов T(-786)C и G894T гена eNOS и особенности дислипидемии в зависимости от изолированного или комбинированного полиморфизма гена eNOS у пациентов с АГ и МС в популяции южного региона Украины.

Материалы и методы: нами были обследованы 128 пациентов с АГ и МС (по критериям ISH 2011, IDF 2006), средний возраст (55,6±4,2) лет (59,2% женщин и 40,8% мужчин). Анализ полиморфных маркеров гена eNOS проводили методом полимеразной цепной реакции в условиях международной медицинской лаборатории. Впоследствии пациенты были разделены на подгруппы с изолированным полиморфизмом T(-786)C (подгруппа 1) или G894T гена eNOS (подгруппа 2), сочетанием двух полиморфизмов (подгруппа 3) и «нормальными генотипами» (подгруппа 4). В каждой подгруппе мы дополнительно изучали характер дислипидемии по Фридрихсону.

В обследованной группе пациентов с АГ и МС частота изолированного полиморфизма T(-786)C (TC + CC) составила (17,9%/23), изолированного полиморфизма G894T (GT+TT) - (29,6%/38), сочетание полиморфизмов T(-786)C и G894T - (35,9%/46), «нормальный генотип» гена eNOS - (16,4%/21). В обследуемой группе отмечается высокая частота встречаемости изолированного полиморфизма G894T и комбинации полиморфизмов T(-786)C и G894T по сравнению с изолированным полиморфизмом T(-786)C и «нормальными генотипами» обоих полиморфизмов. В подгруппе с изолированным полиморфизмом T(-786)C преобладал тип дислипидемии 2a (58%, $r=0,64$), в подгруппе с изолированным полиморфизмом G894T преобладал тип дислипидемии 3 (64%, $r=0,72$), в подгруппе с комбинацией полиморфизмов T(-786)C и G894T преобладал тип дислипидемии 2b (58%, $r=0,66$), в подгруппе с нормальным генотипом – тип дислипидемии 3 (42%, $r=0,56$).

Таким образом, характер дислипидемии у пациентов с АГ и МС ассоциирован с полиморфизмом гена NO-синтетазы, что указывает на связь эндотелиальной дисфункции с нарушениями липидного обмена. Наиболее неблагоприятным полиморфизмом, связанным с дислипидемиями высокого сердечно-сосудистого риска, в популяции южного региона Украины является комбинация полиморфизмов T(-786)C и G894T гена eNOS.

0094

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА К АНГИОТЕНЗИНУ II
И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Бондарь В. Н., Чернышова Е. С., Василец В. В..

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Среди крупнейших фармакологических исследований удалось выявить существенные этнические и популяционные различия в эффективности антигипертензивной терапии. В настоящее время фармакогенетическое направление, определение генетических маркеров может существенно оптимизировать индивидуальный выбор антигипертензивного препарата.

Цель: изучить распространенность полиморфизма A1166C гена рецептора 1-го типа к ангиотензину II (AGTR1) у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдром (МС) и оценить его влияние на антигипертензивную эффективность олдесартана в популяции южного региона Украины.

Материалы и методы: нами обследованы 128 больных с АГ и МС (ISH 2011, IDF 2007), средний возраст (55,6±4,2) лет (59,2% женщин и 40,8% мужчин). В качестве базисной терапии АГ, все пациенты получали Олдесартан 20 мг в сутки. Продолжительность терапии составила (92,6±7,8) дней. Больным проводили динамический контроль офисного и домашнего артериального давления; в начале и в конце периода наблюдения мы проводили 24-часовой мониторинг артериального давления (АД). В обследованной группе пациентов полиморфизм A1166C гена AGTR1 определяли методом полимеразной цепной реакции.

Генетическое тестирование полиморфизма гена AGTR1 выявило следующее распределение генотипов: AA генотип – 30 (23,4%) больных, AC – 73 (57,2%) и CC – 25 (19,4%) пациентов. При исследовании профиля АД по данным 24-часового мониторинга на фоне нормализации профиля артериального давления антигипертензивная эффективность (АД ≤ 130/85 мм рт. ст.) в группе (N=30) с нормальным генотипом (AA) была достигнута у (72,9%) пациентов, в группе (N=98) с патологическими генотипами (AC + CC) - у (56,2%) пациентов (разница между группами была достоверной, (p = 0,014)).

Таким образом, в исследуемой популяции больных АГ с МС частота патологического генотипа (AC+CC) полиморфизма A1166C гена AGTR1 была значительно выше, чем частота нормального генотипа (AA). В то же время антигипертензивная эффективность Олдесартана по доле пациентов, достигших стойкой нормотензии, была значительно выше в группе больных, которые имели нормальный генотип.

0095

**ВЛИЯНИЕ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ
СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Борбодоева Б. М., Мацкеплишвили С. Т., Асымбекова Э. У., Катаева К. Б., Момот О. М.,
Бузиашвили В. Ю**

ФГБУ Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАН. Москва

Цель: Оценить влияние ударно-волновой терапии (УВТ) на функциональное состояние больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 30 пациентов с ИБС в возрасте 60,1±1,79 года с преимущественно множественным поражением коронарных артерий (среднее количество пораженных сосудов – 3,41±0,2). Среди всех больных 82% перенесли аортокоронарное шунтирование (АКШ) со средним числом наложенных шунтов 2,8±0,14. На курс УВТ были отобраны больные с наличием нарушения локальной сократимости по данным эхокардиографии в 2 и более сегментах левого желудочка. Курс УВТ

включал в себя 9 процедур с интервалом в 3 недели. УВТ проводили в сегменте с исходной асинергией, обусловленной обратимой дисфункцией без рубцового поражения. Всем больным до УВТ проводили обследование, включающее ЭКГ, ЭхоКГ в покое, стресс-эхокардиографию с тредмил-тестом, все исследования повторяли сразу после окончания курса и через месяц после УВТ.

Результаты: Исходно ФВ ЛЖ составила $51,1 \pm 1,02\%$, КДОи- $75,3 \pm 3,05$ мл/м², КСОи- $34,3 \pm 2,08$ мл/м². По результатам стресс-ЭхоКГ порог толерантности к физической нагрузке был $2,2 \pm 0,08$ ступеней (протокол Брюса), общее время нагрузки - $5,4 \pm 0,22$ минут, достигнуто в среднем $74,2 \pm 1,45\%$ от максимальной ЧСС, максимальная ЧСС- $120 \pm 2,76$ уд/мин. У 26% больных критерием прекращения пробы явилось развитие ишемии миокарда, из них у 8 больных была проведена неполная реваскуляризация, 6 больных не переносили АКШ и получали медикаментозную терапию. Критерием прекращения пробы у 74% больных явилось достижение субмаксимальной нагрузки и/или усталость пациента. У них отмечалось увеличение ФВ ЛЖ по сравнению с исходной ФВ на $14,3 \pm 1,66\%$. Сразу после окончания курса УВТ и через 1 месяц не отмечалось изменений со стороны КДОи- $73,4 \pm 2,03$ мл/м² и $72,2 \pm 2,01$ мл/м², ($p^*=0,06$, $p^{***}=0,4$) а КСОи уменьшилось $28,4 \pm 2,05$ мл/м² и $26 \pm 2,1$ мл/м², ($p^*=0,04$, $p^{***}=0,001$) наблюдался прирост ФВ-с $51 \pm 1,0\%$ до $55 \pm 1,7\%$ ($p=0,04$). После курса УВТ и через месяц отмечалось существенное увеличение порога толерантности к нагрузке до $2,7 \pm 0,1$ ступени и $3,1 \pm 0,08$ ступени по сравнению с исходными показателями ($p^*=0,0001$, $p^{***}=0,003$). Время нагрузки увеличилось до $6,6 \pm 0,26$ мин сразу после УВТ, через месяц- $7,7 \pm 0,29$ мин ($p^*=0,0001$, $p^{***}=0,006$). После УВТ пациенты выполнили $79,2 \pm 1,18\%$ от максимальной нагрузки, через месяц после УВТ- $79,4 \pm 1,75\%$ ($p^*=0,01$, $p^{***}=0,04$). При этом прирост ФВ составил после УВТ и через 1 месяц $14,3 \pm 1,6\%$ и $16 \pm 1,34\%$ соответственно ($p^*=0,04$, $p^{***}=0,04$).

Закключение: Применение ударно-волновой терапии у больных ИБС сопровождается улучшением функционального состояния, что проявляется в увеличении порога толерантности и продолжительности нагрузки, увеличении прироста фракции выброса в ответ на нагрузку

0096

ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Борбодоева Б. М., Мацкеплишвили С. Т., Асымбекова Э. У., Катаева К. Б., Ахмедярова Н. К., Медведева А. С., Бузиашвили Ю. И.

Цель: Оценить безопасность применения ударно-волновой терапии (УВТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после реваскуляризации миокарда с помощью тканевой доплерографии.

Материалы и методы: Обследовано 30 пациентов с ИБС в возрасте $60,1 \pm 1,76$ лет, преимущественно после реваскуляризации миокарда. В анамнезе-24 (82%) больных перенесли аортокоронарное шунтирование (АКШ), из них 15 (50%) - с полной реваскуляризацией, 9 (30%) - с неполной реваскуляризацией миокарда со средним числом наложенных шунтов $2,79 \pm 0,14$. На курс УВТ были отобраны пациенты с клинической картиной стенокардии напряжения 2-3 ФК с наличием нарушения локальной сократимости по данным эхокардиографии не менее чем в одном сегменте левого желудочка. Всем больным проводили исследования-ЭКГ, ЭхоКГ с тканевой доплерографией в покое, стресс-эхокардиографию с тредмил-тестом, до УВТ, сразу после окончания курса и через месяц после УВТ. Курс УВТ включал в себя 9 процедур с интервалом в 3 недели. УВТ проводили в зоне асинергии, без рубцового поражения, с обратимой дисфункцией по данным стресс-ЭхоКГ.

Результаты: По тканевой доплерографии среднее значение максимальной скорости движения фиброзного кольца митрального клапана (МК) в систолу и диастолу исходно составили- $s=7,58 \pm 0,26$ см/сек, $e=8,29 \pm 0,34$ см/сек, $a=9,26 \pm 0,45$ см/сек, $e/a=1,03 \pm 0,06$; сразу после окончания УВТ- $s=8,9 \pm 0,2$ см/сек ($p^*=0,001$), $e=8,8 \pm 0,04$ см/сек ($p^*=0,042$), $a=9,1 \pm 0,4$ см/сек ($p^*=0,791$), $e/a=1,1 \pm 0,1$ ($p^*=0,55$), и через 1 месяца после УВТ составили $s=8,4 \pm 0,3$ см/сек ($p^{**}=0,017$, $p^{***}=0,043$); $e=7,8 \pm 0,04$ см/сек ($p^{**}=0,158$, $p^{***}=0,0001$); $a=9,9 \pm 0,4$ см/сек ($p^{**}=0,163$, $p^{***}=0,292$); $e/a=0,8 \pm 0,1$ ($p^{**}=0,038$, $p^{***}=0,053$). Среднее значение скорости движения фиброзного кольца трикуспидального клапана (ТК) исходно $s=9,75 \pm 1,02$ см/сек, $e=7,39$

$\pm 0,27$ см/сек, $a=9,62 \pm 0,39$ см/сек; $e/a = 0,81 \pm 0,04$ см/сек, сразу после окончания УВТ $s=8,9 \pm 0,2$ см/сек ($p^*=0,414$), $e=8,3 \pm 0,27$ см/сек ($p^*=0,028$), $a=9,8 \pm 0,5$ см/сек ($p^*=0,778$), $e/a=0,9 \pm 0,1$ ($p^*=0,407$), через 1 месяц после УВТ $s=9,3 \pm 0,3$ см/сек ($p^{**}=0,272$, $p^{***}=0,674$), $e=8,3 \pm 0,3$ см/сек ($p^{**}=1,0$, $p^{***}=0,028$), $a=10 \pm 0,3$ см/сек ($p^{**}=0,733$, $p^{***}=0,443$), $e/a=0,8 \pm 0,1$ ($p^{**}=0,482$, $p^{***}=0,926$).

Ни в одном случае не наблюдалось ухудшения состояния больных, не отмечалось отрицательной динамики показателей диастолической и систолической функции левого и правого желудочков.

Заключение: Применение ударно-волновой терапии у больных ИБС после реваскуляризации миокарда сопровождается улучшением функционального состояния, глобальной и сегментарной сократительной способности миокарда, что проявляется в увеличении скорости движения фиброзного кольца митрального клапана (МК) и трикуспидального клапанов в систолу и диастолу. Применение метода УВТ не сопровождается отрицательными изменениями состояния больного, функционального состояния сердца и может безопасно применяться у больных с ИБС и обратимой дисфункцией с сохраняющейся клиникой стабильной стенокардии после операции коронарного шунтирования

0097

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И МЕТОД ЕГО КОРРЕКЦИИ

Бордюгова Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Профилактика острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) – актуальная проблема педиатрии и детской кардиологии.

Цель: изучение состояния местного иммунитета слизистой оболочки ротовой полости у детей с ВПС и определения способа его коррекции.

Материалы и методы: у 31 ребенка (16 мальчиков и 15 девочек) в возрасте от 3 до 12 лет, которые в анамнезе (2-10 лет тому назад) перенесли оперативную коррекцию ВПС, изучили состояние мукозального иммунитета ротовой полости (лизоцим, лактоферрин, секреторный иммуноглобулин А). Группа сравнения: здоровые 10 мальчиков и 10 девочек. С целью экстренной профилактики ОРВИ назначали липосомальный интерферон альфа-2В рекомбинантный (ЛИРа2В) для перорального приема по 250000 ЕД 2 раза в сутки в течение 3 дней, затем по 250000 ЕД 1 раз в сутки дважды в неделю в течение 1 месяца. Критерии эффективности: динамика частоты и длительности ОРВИ, наличие бактериальных осложнений в течение следующих 6 месяцев, динамика показателей мукозального иммунитета. Удовлетворенность родителей пациентов результатами профилактики оценивали по данным Интегральной шкалы удовлетворенности пациента (IMPSS).

Результаты: Установлено, что за 6 месяцев до начала исследования каждый ребенок с ВПС имел в среднем 4,29 ОРВИ, при этом у 8,27% лиц заболевание осложнилось отитом, у 18,04% лиц – бронхитом, у 6,02% лиц – пневмонией. Средняя длительность ОРВИ – 14 суток. В сравнении со здоровыми сверстниками у детей с ВПС имело место снижение в 3,5 раза уровня лизоцима ($8,05 \pm 0,77$ и $28,28 \pm 0,87$, $p < 0,001$); в 1,7 раза лактоферрина ($4888,19 \pm 354,72$ и $8465,20 \pm 327,61$, $p < 0,001$); в 1,6 раза секреторного иммуноглобулина А ($171,80 \pm 0,53$ и $275,00 \pm 11,95$, $p < 0,001$).

В результате проведенного профилактического воздействия медиана частоты ОРВИ уменьшилась в 4 раза, средняя длительность ОРВИ сократилась до 8 дней, уровень лизоцима в ротоглоточном секрете повысился в 2,6 раза, лактоферрина – в 1,5 раза, секреторного IgA – в 1,3 раза. Однако ни один из исследуемых показателей не достиг уровня здоровых детей. Родители 96,78% пациентов позитивно оценили результаты профилактического лечения: «всцело удовлетворен» – 19,35%, «удовлетворен» – 61,29%, «отношусь нейтрально» – 16,13%.

Выводы: У детей с ВПС выявлено снижение в ротоглоточном секрете уровня лизоцима, лактоферрина и секреторного иммуноглобулина А, что свидетельствует о недостаточности местного иммунитета и повышении риска заболеваемости острыми респираторными инфекциями. Применение препарата

ЛИРа2В с целью профилактики ОРВИ обнаружило высокую эффективность и безопасность. Профилактическая программа по указанной методике может быть проведена в предэпидемический и эпидемический период, а также перед началом посещения ребенком детского коллектива.

0098

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОГИБШИХ В РАЗНЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ 5-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Борель К. Н., Гарганеева А. А., Округин С. А.

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

Цель: Установить предикторы, оказывающие значимое влияние на продолжительность жизни после перенесенного острого инфаркта миокарда (ИМ) у когорты пациентов трудоспособного возраста.

Материалы и методы: Анализировались случаи острого ИМ у пациентов трудоспособного возраста. Использовались данные карт первичной регистрации «Регистра острого инфаркта миокарда». Дополнительная информация о витальном статусе пациентов была получена из поликлиник города, при анализе архивных документов бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты: Для выявления предикторов, определяющих продолжительность жизни после перенесенного ИМ, сформированы группы изучения: группа 1 (n=26) - умершие в течение первого года; группа 2 (n=35) – умершие через 3 года после ИМ; группа 3 (n=74) – умершие спустя 5 лет. На момент свершившегося ИМ, мужчины, погибшие в более поздние сроки наблюдения (группа 3), были моложе тех, кто погиб через 1 и 3 года после ИМ ($52,62 \pm 5,74$ года и $50,9 \pm 5,6$ лет; $p < 0,05$ и $53,74 \pm 4,83$ года и $50,9 \pm 5,6$ лет; $p < 0,05$), и чаще умирали от прогрессирования хронической ИБС. Напротив, больные, погибшие в течение года после перенесенного ИМ (группа 1), характеризовались значительно более частым атипичным началом заболевания. Среди этих пациентов оказалась половина всех женщин (n=7), перенесших ИМ и погибших в процессе 5-летнего наблюдения. Пациенты группы 2 по основным клинико-anamнестическим характеристикам (частота встречаемости артериальной гипертензии, стенокардии напряжения, сахарного диабета, дислипидемии до свершившейся коронарной катастрофы, а также объем поражения сердечной мышцы и развитие осложнений в остром периоде) были сопоставимы по аналогичным показателям с пациентами группы 1. Частота назначения основных групп лекарственных препаратов в сравниваемых группах была сопоставима: бета-адреноблокаторы рекомендовались, в среднем, 36,7% больным, погибшим в разные сроки после ИМ, ингибиторы АПФ – в среднем, 30,8% пациентам, антиагреганты – в 32% случаев, статины – в 11,7% случаев. Особенности анамнестического фона и медикаментозной терапии не оказывали существенного влияния на продолжительность жизни после ИМ. Кроме того, весьма показательным явился тот факт, что, несмотря на госпитализацию в остром периоде заболевания в специализированный кардиологический стационар, интервенционные диагностические/лечебные манипуляции больным, погибшим в процессе наблюдения, выполнялись достаточно редко.

Выводы: Большая продолжительность жизни после перенесенного ИМ ассоциируется с более молодым возрастом на момент развития коронарной катастрофы, типичным началом в виде затяжного ангинозного приступа и мужским полом.

КРАТКОСРОЧНАЯ ДИНАМИКА УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Бородашкина С. Ю.¹, Подкаменный В. А.², Протасов К. В.²

¹ ГБУЗ Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница, Иркутск;

² ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

Цель: Изучить влияние различных режимов периоперационной сахароснижающей терапии на состояние углеводного обмена и ближайшие результаты операции коронарного шунтирования на «работающем сердце» у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материалы и методы: В исследование включены 126 больных ИБС с СД 2, получающие пероральные сахароснижающие препараты (ПССП). Перед операцией больные были рандомизированы в группы ПССП (n=61) и инсулина (ИН) (n=65). В группе ПССП прием препаратов продолжался в периоперационном периоде. В группе ИН больных переводили на ИН короткого действия. Анализировали показатели углеводного обмена: гликированный гемоглобин (HbA1c) при поступлении, концентрацию глюкозы в плазме крови в первый день госпитализации, в течение суток перед операцией, на вторые и седьмые сутки после операции, а также за 30 минут до, во время и сразу после ее окончания. Рассчитывали индивидуальный средний уровень глюкозы и ее вариабельность за вышеуказанные суточные периоды, а также процент измерений глюкозы, меньших рекомендуемого периоперационного диапазона (6,1-10,0 ммоль/л). Определяли частоту ранних послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений (ССО): инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, фибрилляция предсердий (ФП). Сравнивали показатели углеводного обмена в подгруппах больных с выявленными ССО и без осложнений.

Результаты: Исходно параметры углеводного обмена не отличались в обеих группах. На фоне введения ИН среднесуточные уровни глюкозы, ее вариабельность в течение суток, а также доля значений гликемии, меньших 6,1 ммоль/л, были больше, чем в группе ПССП. Общее количество ССО также преобладало в группе ИН (20,0% против 8,2%, p=0,049). В группе ПССП и ИН периоперационный ИМ имел место у 1 и 6 больных, соответственно (p=0,07), ФП – у 4 и 6 больных (p=0,41), ишемический инсульт – у 1 больного группы ИН (p=0,52). Подгруппы больных с ССО и без них статистически значимо (p<0,001) отличались по исходному уровню HbA1c, среднему уровню глюкозы и ее вариабельности в течение суток во всех изучаемых временных интервалах, а также по частоте отклонений глюкозы <6,1 ммоль/л за сутки перед операцией, до- и сразу после нее.

Выводы: По сравнению с пациентами, продолжавшими в периоперационном периоде прием ПССП, у больных, переведенных на ИН короткого действия отмечено повышение среднего уровня гликемии, ее вариабельности и частоты отклонений от рекомендуемого диапазона, а также более частое развитие ССО после операции КШ на «работающем сердце». Таким образом, продолжение приема ПССП в периоперационном периоде является безопасным и не ухудшает ближайшие результаты КШ на «работающем сердце».

0100

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ» У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бородашкина С. Ю.¹, Подкаменный В. А.², Протасов К. В.²

¹ ГБУЗ Иркутская ордена «Знак почета» областная клиническая больница, Иркутск

² ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

Цель: Провести сравнительный анализ клинической, ангиографической картины и состояния углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) с сердечно-сосудистыми осложнениями (ССО) и без осложнений в раннем послеоперационном периоде, перенесших коронарное шунтирование на «работающем сердце».

Материалы и методы: В исследование включены 289 больных ИБС с СД 2. Учитывали частоту ранних послеоперационных ССО: инфаркт миокарда (ИМ), инсульт, фибрилляция предсердий (ФП). Больные были разделены на группы с сердечно-сосудистыми осложнениями (ССО) (n=47) и без осложнений (n=242). Анализировали клиническую и ангиографическую картину больных, а также гликированный гемоглобин (HbA1c) при поступлении.

Результаты: В группе ССО периоперационный ИМ имел место у 18 (6,2%), ФП – у 27 (9,3%), ишемический инсульт – у двоих (0,7%) больных. Группы с ССО и без осложнений отличались по возрасту [59[55-67] и 58[54-63] лет, соответственно, p=0,014], тяжести стенокардии (3 ФК у 39 и 225 больных, p=0,03), ФВ левого желудочка [42[38-48] и 47[41-62] %, p=0,01], по количеству больных со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м² (16 и 28, p=0,0001), среднему значению СКФ [65[49-79] и 71[65-80] мл/мин/1,73 м², p=0,0004]. Группы различались по количеству больных с перенесенным ИМ (21 и 67, p=0,02), гиперлипидемией (44 и 201, p=0,04), ожирением (40 и 128, p<0,0001), атеросклерозом брахиоцефальных артерий (23 и 65, p=0,0001), атеросклерозом артерий нижних конечностей (20 и 57, p=0,007), а также по риску летальности по EuroScore [2,54[1,89-3,04] и 1,33[1,33-2,54], p=0,014] и ангиографической картине (ствол поражен у 15 и 33 больных, p=0,002; поражение трех коронарных артерий у 34 и 135 больных, p=0,04). Группы статистически значимо отличались по исходному уровню HbA1c [8,2[7,7-8,9] и 6,9[6,6-7,8], p<0,001.

Выводы: Ранние сердечно-сосудистые осложнения коронарного шунтирования на «работающем сердце» у больных сахарным диабетом 2 типа ассоциированы со снижением систолической функции левого желудочка, почечной дисфункцией, наличием перенесенного ИМ, дислипидемией, ожирением, большим распространением и тяжестью атеросклеротического поражения, худшим гликемическим контролем.

0101

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ВЫСОКИХ ЗНАЧЕНИЙ ДИСПЕРСИИ QT У МУЖЧИН С СОЧЕТАНИЕМ СИНДРОМА АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бородин Н. В., Костенко И. И., Лышова О. В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, кафедра факультетской терапии, Воронеж, Россия

Актуальность: Согласно результатам Роттердамского проспективного когортного исследования, высокие значения дисперсии QT или QTd (60 мсек и более) считаются мощным и независимым предиктором смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако у пациентов с сочетанием синдрома

обструктивного апноэ-гиппноэ сна (СОАГС) и артериальной гипертензии (АГ) этот показатель изучен недостаточно.

Цель: Определить встречаемость высоких значений максимума QTd у мужчин с СОАГС и АГ.

Материалы и методы: Обследованы 125 мужчин с уровнем офисного артериального давления (АД) 140 и/или 90 мм рт. ст. и более (АГ 1-3 степени), а также с жалобами на дневную сонливость и храп. Средний возраст пациентов ($M \pm \sigma$) $40,4 \pm 6,8$ лет; индекс массы тела $34,6 \pm 4,8$ кг/м². Обследование выполняли по плану диагностики АГ (рекомендации РКО 2013 г). Диагностику СОАГС проводили при 24-х часовом полифункциональном исследовании с кардиореспираторным мониторингом на протяжении сна на портативной системе «Кардиотехника-07-АД-3/12Р» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Для обработки результатов использовали программное обеспечение «КТ Result 3». Статистические различия по критерию Манна-Уитни считали достоверными при уровне $p < 0,05$. Пациенты разделены по индексу апноэ-гиппноэ (ИАГ) на две группы: 1-я группа ($n=31$) с ИАГ Me (P25; P75) 2,0 (1,0; 3,0) в час сна и 2-я группа ($n=94$) с ИАГ 18,0 (9,0; 44,0) в час сна.

Результаты: Обследуемые группы сопоставимы по возрасту, индексу массы тела и продолжительности сна. По данным 24-х часового мониторинга ЭКГ у всех пациентов регистрировался синусовый ритм. Различия между 1-й и 2-й группами по средним значениям систолического АД днем ($137,6 \pm 10,7$ против $142,9 \pm 16,3$ мм рт. ст., соответственно) и ночью ($122,7 \pm 13,2$ против $129,1 \pm 19,4$ мм рт. ст.), диастолического АД (ДАД) днем ($80,7 \pm 7,2$ против $85,4 \pm 10,8$ мм рт. ст.), а также средним значениям максимумов QTd ($54,4 \pm 22,9$ против $52,2 \pm 24,7$ мсек), интервала QT ($438,4 \pm 36,5$ против $430,2 \pm 31,5$ мсек) и корригированного интервала QT ($462,2 \pm 22,5$ против $466,5 \pm 28,4$ мсек) не достигали уровня достоверности во всех случаях. Высокие значения максимума QTd за весь период мониторинга в 1-й группе выявлены у 11 (35%), во 2-й – у 37 (39%). Группы различались по среднесуточной частоте сердечных сокращений или ЧСС ($75,7 \pm 9,7$ против $79,9 \pm 9,4$ в 1 мин), средним значениям ДАД ночью ($65,4 \pm 9,5$ против $73,5 \pm 11,9$ мм рт. ст.), индексу гипоксемии (1,0; 0-9,0 против 17,0; 5,0-42,0 в час сна) и минимальной сатурации кислорода в гемоглобине артериальной крови или SpO₂ ($86,8 \pm 4,5$ против $78,7 \pm 9,6\%$), во всех случаях $p < 0,05$.

Выводы: У мужчин с СОАГС и АГ, по сравнению с группой контроля, выявлены статистически достоверные более высокие значения среднесуточной ЧСС, ДАД и индекса гипоксемии во время сна, а также более низкие значения SpO₂. Выявляемость высоких значений QTd (60 мсек и более) у мужчин с АГ, имеющих и не имеющих СОАГС, не различалась.

0102

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИРКАДНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЕМ САТУРАЦИИ КИСЛОРОДА КРОВИ

Бородин Н.В., Костенко И.И., Лышова О.В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, кафедра факультетской терапии, Воронеж, Россия

Актуальность: В продольном когортном исследовании при 15-летнем наблюдении установлено, что минимальная сатурация кислорода крови 78% и менее является мощным и независимым предиктором внезапной сердечной смерти у пациентов с синдромом обструктивного апноэ-гиппноэ сна (СОАГС). Вместе с тем, вопрос о взаимосвязи между показателями циркадной динамики артериального давления (АД) и минимальными значениями сатурации кислорода крови (SpO₂) остается открытым.

Цель: Выявить взаимосвязь между показателями циркадной динамики АД и SpO₂ у мужчин с СОАГС и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: В исследование включены 125 мужчин с уровнем офисного АД 140 и/или 90 мм рт. ст. и более (АГ 1-3 степени), а также с жалобами на дневную сонливость и храп. Средний возраст пациентов ($M \pm \sigma$) $40,4 \pm 6,8$ лет; индекс массы тела $34,6 \pm 4,8$ кг/м². Обследование выполняли по плану диагностики АГ (рекомендации РКО 2013 г). Диагностику СОАГС проводили при 24-х часовом полифункциональном исследовании с кардиореспираторным мониторингом на протяжении сна на

портативной системе «Кардиотехника-07-АД-3/12Р» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Для обработки результатов использовали программное обеспечение «КТ Result 3». АД регистрировали по двум методам (тоны Короткова и осциллометрический метод) с интервалами 15 минут в период с 07:00 до 23:00 и с интервалами 30 минут – с 23:00 до 07:00. Нормальными значениями считали уровни систолического (САД) и диастолического АД (ДАД): днем менее 140 и 90 мм рт. ст., ночью от 120 и 80 мм рт. ст. и менее. Степень статистической связи между признаками оценивали с помощью коэффициента корреляции по Пирсону.

Результаты: Диагноз СОАГС установлен у 94 (75,2%), при этом индекс апноэ-гипопноэ в выборке колебался от 5,0 до 97,0 в час сна. Значения SpO₂ 78% и менее зарегистрированы у 34 (27,2%), колебания этого показателя составили от 50,0 до 95,3%. Дневная систолическая АГ (САГ) наблюдалась у 63 (50,4%), ночная – у 81 (64,8%). Дневная диастолическая АГ (ДАГ) отмечалась у 27 (21,6%), ночная – у 35 (28%). Определена отрицательная статистически достоверная корреляционная связь средней силы для средних значений САД и ДАД ($r = -0,41$; $r = -0,32$ соответственно), вариабельности САД и ДАД ($r = -0,34$; $r = -0,43$), индекса времени САГ и ДАГ ($r = -0,40$; $r = -0,30$) в ночные часы с SpO₂, кроме того, для средних значений САД в дневные часы ($r = -0,29$) с SpO₂, во всех случаях $p < 0,001$.

Выводы: В выборке мужчин с СОАГС более чем в половине случаев, наблюдалась САГ и ДАГ в дневные часы. Установленная взаимосвязь между показателями циркадной динамики АД и SpO₂ свидетельствует о том, что у при снижении SpO₂ во время сна происходит увеличение средних значений САД и ДАД, повышение их вариабельности и времени нагрузки повышенным АД в ночные часы, а также увеличение средних значений САД в дневные часы.

0103

СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Бородкин А. В., Кароли Н. А., Ребров А. П.

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

Введение: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) являются ведущими патологиями по причине госпитализаций среди больных в пожилом возрасте. Наличие у больного обеих патологий сопровождается увеличением риска неблагоприятных событий в виде рецидивирующего инфаркта миокарда, более частых декомпенсаций ХСН и обострений ХОБЛ.

Цель: Изучить параметры артериальной ригидности (АР) по данным суточного мониторирования у больных ХОБЛ и ХСН различного генеза.

Материалы и методы: В основную группу вошли 76 больных с ХСН и ХОБЛ. Группу сравнения составили 35 больных ХОБЛ в отсутствие ХСН. Параметры АР оценивались с помощью аппарата «BPLab» (v.05.00.04). Оценивались индекс артериальной ригидности (ИАР), ИАР приведённый к систолическому артериальному давлению (САД) 100 мм рт.ст. и частоте сердечных сокращений (ЧСС) 60 в минуту (ИАР100), индекс аугментации (ИА), ИА приведённый к ЧСС 75 в минуту (ИА75), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), СРПВ, приведённая к САД 100 мм рт.ст. и ЧСС 60 в минуту (СРПВ100). Для статистической обработки использовалась программа Statistica 8.

Результаты: Больные основной группы были разделены на 2 группы в зависимости от причины ХСН. В 1 группу вошли 36 человек с ХОБЛ, ХСН и перенесённым инфарктом миокарда, во 2 группу 40 больных с ХОБЛ, ХСН и отсутствием ИМ. ИАР у больных 2 группы за сутки, в дневные и ночные часы и ИАР100 за сутки и в дневные часы был выше, чем у больных 1 группы ($p < 0,05$). ИА в течение суток и в дневные часы, ИА75 в дневные часы был выше у пациентов 1 группы ($p < 0,05$). По СРПВ и СРПВ100 у больных обеих групп статистически значимой разницы найдено не было. У пациентов 1 группы отмечены более высокие цифры ИА и ИА75 в дневные часы ($p < 0,05$) и СРПВ в ночные часы ($p < 0,01$), СРПВ,

СРПВ100 в течение суток, дневные и ночные часы ($p < 0,05$), чем у лиц группы сравнения. У пациентов 2 группы выявлены более высокие значения ИАР в течение суток, дневные и ночные часы ($p < 0,01$), СРПВ и СРПВ за сутки и в течение дня ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными параметрами группы сравнения. Выявлена взаимосвязь ИАР за сутки и в дневные часы с сатурацией кислородом ($r = 0,36$; $p < 0,05$, $r = 0,44$; $p < 0,05$); ИА и ИА75 за сутки с объёмом форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) ($r = 0,36$; $p < 0,05$) в 1 группе. Во 2 группе отмечены связи ИАР100 за сутки и в дневные часы с индексом курильщика ($r = 0,40$; $p < 0,05$, $r = 0,40$; $p < 0,05$); ИА за сутки, в дневные часы с ОФВ1 ($r = 0,33$; $p < 0,05$); ИА в дневные часы и ИА75 за сутки ($r = 0,34$; $p < 0,05$), ИА75 в дневные часы ($r = 0,41$; $p < 0,05$) с длительностью одышки.

Выводы: Выявлены патологические изменения суточного профиля АР у больных с ХСН и ХОБЛ в течение суток, дневные и ночные часы. У пациентов с отсутствием ИМ нарушения суточного профиля артериальной ригидности выражены не меньше, а по некоторым параметрам и больше, чем у больных с перенесенным ИМ. Отмечена взаимосвязь параметров АР с некоторыми клинико-инструментальными показателями исследуемых больных.

0104

АРТЕРИО-ВЕНОЗНАЯ ФИСТУЛА И ДАВЛЕНИЕ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Бородулина Е. О., Карпунин С. А., Шутов А. М.

Кировская областная клиническая больница, Киров.

Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, Ульяновск, РФ.

Цель: Сердечно-сосудистые заболевания и осложнения являются основной причиной смерти больных, получающих лечение гемодиализом (ГД). Возможное неблагоприятное влияние артерио-венозной фистулы на давление в легочной артерии давно привлекает внимание, как нефрологов, так и кардиологов, однако, до сих пор мнения о роли кровотока по артерио-венозной фистуле в развитии сердечной недостаточности противоречивы. Целью исследования явилось изучение связи между кровотоком по артерио-венозной фистуле и динамикой давления в легочной артерии (ДЛА) в течение года лечения гемодиализом.

Материалы и методы: Обследовано 50 больных, получающих лечение программным гемодиализом. Женщин было 31, мужчин - 19, средний возраст составил 55 ± 12 лет. У 42 больных наблюдалась артериальная гипертензия, 32 пациента имели хроническую сердечную недостаточность I-III стадии, I-III функционального класса. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН. Гемодиализ проводили 3 раза в неделю по 4 часа на аппаратах Gambro Artis, использовали бикарбонатный диализирующий раствор и диализаторы Elisio 17H, Elisio 21H с мембраной Polynephron. Kt/V составлял от 1,2 до 1,8. Всем больным проведена эхокардиография и доплер-эхокардиография до начала ГД и через год лечения ГД. Гипертрофию миокарда левого желудочка диагностировали при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) 115 г/м^2 и более у мужчин и 95 г/м^2 и более у женщин. Методом доплерографии определяли кровоток по артерио-венозной фистуле. Легочную гипертензию диагностировали согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов. В исследование не включали больных, которые в период проведения исследования подвергались оперативному вмешательству с целью коррекции кровотока по фистуле.

Результаты: Легочная гипертензия в начале лечения ГД при уже сформированной артерио-венозной фистуле наблюдалась у 29 (58%) больных, при этом прослеживалась прямая связь между систолическим давлением в легочной артерии и ИММЛЖ ($r = 0,56$; $P = 0,008$) и обратная связь с фракцией выброса левого желудочка ($r = -0,54$; $P < 0,001$). Через год лечения гемодиализом наблюдался частичный регресс гипертрофии левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка уменьшился с $159,1 \pm 35,8 \text{ г/м}^2$ до $129,1 \pm 42,2 \text{ г/м}^2$ ($P = 0,04$) и снизилось систолическое давление в легочной артерии с $46,3 \pm 16,1$ до $40,4 \pm 11,7$ мм рт.ст. ($P = 0,01$). Не наблюдалось связи между скоростью кровотока по артерио-венозной фистуле и ДЛА ($r = 0,11$; $P = 0,3$).

Заключение: Легочная гипертензия наблюдается у половины больных в начале лечения гемодиализом и ассоциирована с гипертрофией левого желудочка и систолической дисфункцией левого желу-

дочка. В процессе лечения гемодиализом отмечается частичный регресс ГЛЖ и снижение выраженности легочной гипертензии. Не наблюдается связи между кровотоком по артерио-венозной фистуле и давлением в легочной артерии.

0105

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ И ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Бородулина Е. О., Карпунин С. А., Шутов А. М.

Кировская областная клиническая больница, Киров.

Ульяновский государственный университет, медицинский факультет, Ульяновск, РФ.

Цель: Легочная гипертензия нередко наблюдается у больных, получающих лечение гемодиализом (ГД), однако причины ее недостаточно ясны. Целью исследования явилось изучение связи между ремоделированием сердца и динамикой давления в легочной артерии (ДЛА) в течение года лечения гемодиализом.

Материалы и методы: В проспективное открытое исследование включены 50 больных, начавших лечение программным гемодиализом. Женщин было 31, мужчин - 19, средний возраст составил 55 ± 12 лет. Гемодиализ проводили 3 раза в неделю по 4 часа на аппаратах Gambro Artis, использовали бикарбонатный диализирующий раствор и диализаторы Elisio 17H, Elisio 21H с мембраной Polynephron. Kt/V составлял от 1,2 до 1,8. У 32 больных на момент начала ГД имела место хроническая сердечная недостаточность I-IIБ стадии, I-III функционального класса. Всем больным проведена эхокардиография и доплер-эхокардиография до начала ГД и через год лечения ГД. Гипертрофию миокарда левого желудочка диагностировали при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) 115 г/м^2 и более у мужчин и 95 г/м^2 и более у женщин. Рассчитывали относительную толщину стенки (ОТС) левого желудочка, как $2 \times \text{ЗСЛЖ/КДР}$. Легочную гипертензию диагностировали согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов.

Результаты: Все больные начали ГД с использованием артерио-венозной фистулы. Через год после начала лечения ГД отмечена положительная динамика клинических проявлений ХСН, согласно опроснику В. Мареева. ИММЛЖ в начале лечения ГД составил $159,1 \pm 35,8 \text{ г/м}^2$, через год лечения ГД уменьшился до $129,1 \pm 42,2 \text{ г/м}^2$ ($P=0,04$), при этом ОТС левого желудочка увеличилась с $0,46 \pm 0,07$ до $0,49 \pm 0,12$ ($P=0,04$). Легочная гипертензия в начале лечения ГД наблюдалась у 29 (58%) больных. Через год лечения ГД систолическое давление в легочной артерии снизилось с $46,3 \pm 16,1$ до $40,4 \pm 11,7$ мм рт.ст. ($P=0,01$). Таким образом, через год после начала гемодиализа произошел частичный регресс гипертрофии левого желудочка за счет снижения объема левого желудочка, относительная толщина стенок левого желудочка при этом увеличилась.

Закключение: У половины больных, начинающих лечение гемодиализом, наблюдается легочная гипертензия, которая ассоциирована с гипертрофией левого желудочка. Через год от начала лечения гемодиализом отмечается частичный регресс гипертрофии левого желудочка и снижение выраженности легочной гипертензии. Таким образом, легочная гипертензия у больных на гемодиализе может быть уменьшена, по крайней мере частично, адекватным гемодиализом.

0106

УРОВНИ АДИПОКИНОВ У МЕТАБОЛИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Бояринова М. А., Ротарь О. П., Орлов А. В., Васильева Е. Ю., Юдина В. А., Солнцев В. Н.,

Конради А. О.

ФГБУ «Северо-Западный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Ожирение тесно связано с развитием сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В то же время хорошо известно, что часть пациентов может расцениваться как метаболически здоровые (Metabolically Healthy Obesity (MHO)) лица с ожирением. У данных пациентов сохранена чувствительность к инсулину, они имеют нормальный липидный профиль и артериальное давление. Различия уровней адипокинов у пациентов с ожирением могут иметь определяющее значение в формировании профиля MHO. Целью исследования было оценить уровень адипокинов (лептина и адипонектина) у пациентов с ожирением в зависимости от наличия или отсутствия метаболических нарушений.

Материалы и методы: Исследование проводилось в рамках многоцентрового исследования «Эпидемиология Сердечно-Сосудистых Заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ) в стратифицированной по полу и возрасту выборке жителей Санкт-Петербурга. Антропометрия (измерение роста, веса с расчетом ИМТ) была выполнена в соответствии со стандартными процедурами. Адипонектин и лептин измерены на Cobas Integra 400 plus, Швейцария, реактивы Roche-diagnostics. Липидный профиль, глюкоза определялись на Abbott Architect 8000, США, Roche-diagnostics. Инсулинорезистентность диагностировалась при уровне HOMA-IR, превышающем 90-й перцентиль в выборке жителей Санкт-Петербурга. За повышение С-реактивного белка (СРБ) также принимался уровень СРБ, превышающий 90-й перцентиль в выборке. Наличие фенотипа MHO оценивалось согласно критериям Wildman: наличие 0-1 факторов указывало на метаболическое здоровье (САД ≥ 130 или ДАД ≥ 85 мм рт.ст. или антигипертензивная терапия; триглицериды ≥ 1.70 ммоль/л; ЛПВП < 1.04 (мужчины), < 1.30 (женщины) ммоль/л или гиполипидемическая терапия; глюкоза ≥ 5.55 ммоль/л или гипогликемическая терапия; СРБ > 4.72 мг / л; HOMA-IR > 4.81).

Результаты: Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м²) было выявлено у 428 (27,4%) участников. Полные данные для оценки фенотипа MHO были доступны у 395 участников. Согласно критериям Wildman MHO фенотип выявлен у 85 (21,5%) человек, что сопоставимо с данными мировых популяционных исследований. Уровень адипонектина был значимо выше у MHO лиц, в сравнении с метаболически нездоровыми пациентами с ожирением (медиана 10,48 (квартили 6,97; 16,77) мкг/мл против 7,47 (4,64; 12,32) мкг/мл, $p < 0,01$). Уровень лептина не отличался значимо у данных групп пациентов.

Выводы: Возможно повышение уровня адипонектина оказывает протективное влияние у пациентов с ожирением и предотвращает развитие дальнейших метаболических нарушений.

0107

УРОВЕНЬ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

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

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

Цель: исследование влияния поражения органов-мишеней (ПОМ) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровень стабильных метаболитов оксида азота (NOx) в плазме крови больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), не получающих систематическую антигипертензивную терапию.

Материалы и методы: обследовано 124 больных АГ (45 мужчин и 79 женщин) (средний возраст $51,4 \pm 6,5$ лет, средняя продолжительность АГ $8,5 \pm 7,6$ лет). В группу контроля вошли 25 здоровых человек сопоставимого возраста. Концентрацию NOx в плазме определяли методом спектрофотометрии. Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты: Микроальбуминурия (МАУ) выявлялась у 22% больных АГ, умеренное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ($90 < \text{СКФ} > 60$ мл/мин) - 26%, гиперфильтрация ($\text{СКФ} > 130$ мл/мин) - 12%, гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) - 37%. Уровень NOx у больных АГ был выше ($43,18 \pm 21,7$ мкмоль/л), чем в группе контроля ($28,3 \pm 9,6$ мкмоль/л) ($p = 0.01$). У больных АГ без МАУ были бо-

лее низкие средние концентрации NOx, чем в группе больных АГ с МАУ (31,3±12,9 и 46,5±22,5 мкмоль/л, соответственно, $p < 0,05$), и достоверно не отличались от группы контроля ($p > 0,05$). Выявлена положительная корреляционная связь у больных АГ между уровнем NOx и наличием МАУ ($r = 0,48$ $p < 0,05$). Средняя концентрация NOx достоверно не отличалась у больных АГ с умеренно сниженной, нормальной и повышенной СКФ (43,1±20,3, 43,8±16,1 и 44,2±18,7 мкмоль/л, соответственно, $p > 0,05$), но была выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$). У больных АГ с ГЛЖ отмечался более высокий уровень NOx, чем в группе больных АГ без ГЛЖ (49,9±19,3 и 39,8±18,3 мкмоль/л, соответственно, $p < 0,05$). Выявлены прямые корреляционные зависимости у больных АГ между концентрацией NOx и индексом массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) ($r = 0,44$ $p < 0,05$), толщиной межжелудочковой перегородки ($r = 0,36$ $p < 0,05$), толщиной задней стенки ЛЖ ($r = 0,44$ $p < 0,05$) и конечным систолическим размером ($r = 0,28$ $p < 0,05$).

Закключение: Наличие МАУ и ГЛЖ у больных АГ сопровождается достоверным увеличением средних концентраций NOx, величина СКФ не оказывает значимого влияния на уровень NOx.

0108

КРИТЕРИИ БИОХИМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бражникова М. А., Антонова Н. В., Арсеньева Л. С.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия
ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России, Заречный

Биохимический мониторинг состояния пациентов с инфарктом миокарда является актуальной проблемой в наши дни в связи с достаточно большой распространенностью этой патологии и омоложением этой группы пациентов.

Цель: проанализировать и обосновать критерии биохимической оценки инфаркта миокарда в динамике наблюдений.

Проведены исследования анализируемых клинико-биохимических тестов в следующих группах наблюдений: контрольная группа – 11 практически здоровых людей без клинических проявлений каких-либо заболеваний (возраст 28–40 лет); исследуемая группа – 11 больных с инфарктом миокарда (возраст 29–40 лет). Наблюдения в исследуемой группе проводились на протяжении всего срока нахождения больного в кардиологическом отделении.

Материалы и методы: величины клинико-биохимических показателей определялись с помощью наборов реагентов (набор реагентов FFD-200A Stromatolyser-WH) для бихроматической фотометрической системы Stat Fax – 1904.

Результаты: Гематологические показатели в исследуемой группе выходят за норму, так как произошло нарушение равновесия между уровнем коронарного кровотока и потребностью миокарда в кислороде, вследствие этого произошло отклонение от нормы лейкоцитов, лимфоцитов и эритроцитов. Клинико-биохимические показатели в исследуемой группе так же имеют статистически значимые отличия от значений параметров контрольной группы ($p < 0,05$). Уровень триглицеридов понижен в связи с тем, что расходуется в большом объеме клетками для получения энергии, повышение электролитов сыворотки крови показывает, что протекание заболевания в тяжелой форме, так как при осложненном течении инфаркта миокарда уровень электролитов может быть не изменен.

Увеличение миоглобина связано с тем что, происходит повреждение мышечных клеток, что приводит к быстрому высвобождению миоглобина и попаданию в кровяное русло, благодаря малому размеру, по показателям миоглобина в первые сутки (так как миоглобин ранний кардиомаркер) поступившего, мы можем судить о наличии инфаркта миокарда. Показатели лактатдегидрогеназы (ЛДГ) увеличены вдвое, активность данного фермента может быть использована для оценки обширности поражения при инфаркте миокарда (широкий диапазон повреждения). Активность аспаратаминотрансферазы (АсАт) увеличена вдвое, данный фермент, как и ЛДГ, при инфаркте миокарда является показателем обширности повреждения сердечной мышцы (широкий диапазон повреждения).

Выводы: 1. Одними из ключевых критериев биохимической оценки инфаркта миокарда в динамике наблюдений проявили себя уровень миоглобина, активность ЛДГ и АсАТ.

2. Активность ЛДГ и АсАТ может служить одними из наиболее чувствительных биохимических тестов при данном заболевании.

0109

УРОВЕНЬ ТРОПОНИНА I, НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ТТГ В БИОХИМИЧЕСКОМ МОНИТОРИНГЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бражникова М. А., Антонова Н. В., Арсеньева Л. С.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

ФГБУЗ МСЧ №59 ФМБА России, Заречный

Ранняя диагностика и лечение такой патологии, как инфаркт миокарда имеет большое клиническое значение из-за «омоложения» болезни.

Цель: изучить уровень тропонина I, натрийуретического пептида (NT-proBNP), тиреотропного гормона (ТТГ) при инфаркте миокарда.

Обследованы: 11 практически здоровых людей без клинических проявлений каких-либо заболеваний в возрасте 28-40 лет - контрольная группа и 11 больных с инфарктом миокарда в возрасте 29-40 лет - исследуемая группа.

Материалы и методы: величины тропонина I и NT-proBNP определялись с помощью наборов реагентов (ЗАО Вектор БЕСТ набор реагентов А-9106 Тропонин I- ИФА-БЕСТ, ЗАО Вектор БЕСТ набор реагентов А-9102 NT-proBNP-ИФА-БЕСТ) для иммуноферментного определения концентрации тропонина I и N-терминального фрагмента предшественника мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови на спектрофотометре для иммуноферментного анализа Stat Fax – 2100.

Результаты: Высокие результаты тропонина I показывают, что у исследуемой группы инфаркт миокарда. И чем они сильнее выше нормы, тем более обширен инфаркт миокарда. Повторный тест проводится через 24 часа, чтобы выявить тенденцию повышения или понижения кардиомаркера. Если кардиомаркер понижается, то лечение проходит в правильном направлении, если происходит повышение, следовательно, обследуемый находится в критическом состоянии и требуются более радикальные методы лечения.

NT-proBNP в исследуемой группе имеется статистически значимые отличия от значений параметров контрольной группы ($p < 0,05$): данный маркер прогнозирует летальность исхода инфаркта миокарда (трое из 11 исследуемых умерли).

При тяжелом течении заболевания гормон ТТГ увеличивается так же вдвое, как и кардиомаркеры, указывающие на прогноз летальности исхода. Из чего можно сделать вывод, что данный гормон может быть использован в прогнозе летального исхода от инфаркта миокарда.

Выводы: 1. Уровни тропонина I и натрийуретического пептида (NT-proBNP) при инфаркте миокарда – одни из маркерных тестов, отражающих тяжесть данной патологии.

2. Параметры тропонин I и NT-proBNP более информативны при изучении их в комплексе при инфаркте миокарда.

3. Величины тиреотропного гормона (ТТГ) прогностически значимы в характеристике возможности летального исхода при инфаркте миокарда.

0110

ВЫЯВЛЕНИЕ ДОКЛИНИЧЕСКИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СОННЫХ И БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ МСЧ

¹Бритов А. Н., ²Беда Н. П., ²Тюпаева С. А., ¹Елисеева Н. А., ¹Ершова А. И.

¹ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ;

²ФГБУЗ МСЧ 170 ФМБА России

Цель: оценить структурно-функциональные особенности артерий каротидного и феморального бассейнов по данным дуплексного сканирования у пациентов, проходящих периодический медицинский осмотр, в том числе у лиц, не имеющих клинических проявлений сосудистой недостаточности.

Материалы и методы: Изучались сведения о профессии, должности, стаже работы, курении, осведомленности о наличии АГ. Измерялся рост, вес, окружность талии, ИМТ, показатели липидного обмена. Проводилось измерение клинического АД и суточного амбулаторного мониторирования АД (СМАД). Результаты. В исследование включено 176 мужчин, средний возраст 43,5 года (от 24 до 59 лет). По данным опроса знали о наличии АГ 53 (30%) человека, выявлено 89 (51%) пациентов с повышенным офисным АД. Однако, по результатам СМАД количество пациентов с повышенным АД – 132 (75%). Увеличение комплекса “толщина интима-медиа (ТИМ)” в каротидных артериях выявлено у 38 (22%) человек, в бедренных артериях – у 60 (34%) человек. Одновременное увеличение ТИМ в обоих бассейнах отмечено у 29 (17%) человек, 25 (86%) из которых являются гипертониками. Атеросклеротические бляшки (АСБ) в каротидных артериях выявлены у 71 (40%) человек, а в бедренных артериях – у 61 (35%). Сочетанное поражение двух сосудистых бассейнов у 42 (24%) человек, все они являются гипертониками по данным СМАД, однако знали о наличии диагноза АГ всего 17 (40%) пациентов. Гиперхолестеринемия выявлена у 115 (65%) человек. Несмотря на отсутствие явных клинических проявлений данные о состоянии сосудов передавались цеховым врачам для инициирования антиатеросклеротической и антигипертензивной терапии.

Выводы: Ультразвуковая диагностика с применением современных ультразвуковых сканеров с учетом лабораторных данных, является высокоинформативным методом неинвазивной диагностики дебюта атеросклероза в артериях каротидного и феморального бассейнов у работников крупного промышленного предприятия в условиях медико-санитарной части. Проведение указанного исследования целесообразно при организации периодических медицинских осмотров в целях улучшения первичной профилактики, а также предотвращения развития выявленного патологического процесса, снижения осложнений, улучшения качества и увеличения продолжительности жизни.

0111

РАННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

¹Бритов А. Н., ²Платонова Е. М., ¹Елисеева Н. А., ¹Смирнова М. И., ¹Горбунов В. М.

¹ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ;

²ФГБУЗ МСЧ – 170 ФМБА России

Цель: оценить структурно-функциональные изменения миокарда по данным эхокардиографии у пациентов, проходящих периодический профилактический медицинский осмотр.

Материалы и методы: Изучались сведения о профессии, курении, употребления алкоголя, дислипидемии, осведомленности о наличии АГ. Измерялся рост, вес, окружность талии, ИМТ. Проводилось измерение клинического АД, СМАД, ЭхоКГ.

Результаты: В исследование включены 477 работников, имеющих диагноз АГ, повышенное клиническое АД или имеющих один и более факторов риска развития АГ, мужчин 220 (46,1%), средний возраст $53 \pm 5,5$ года (от 20 до 65 лет). По данным опроса знали о наличии АГ 393 (82,4%) человека, получали антигипертензивную терапию (АГТ) 319 (66,9%), эффективно лечились 81 пациент (25,4%). Среди работников, не получавших гипотензивное лечение ($n=158$), по соотношению уровней клинического АД и амбулаторного АД в рабочее время 20 (12,7%) человек имели нормальный уровень клинического и амбулаторного АД, у 40 (25,3%) работников зафиксирована «гипертония белого халата», стабильная АГ выявлена у 78 пациентов (49,3%), скрытая АГ выявлена у 20 больных (12,7%). Из 319 пациентов, получающих АГТ, эффективно лечились по данным клинического и амбулаторного измерения АД 81 человек (25,4%), эффект «белого халата» на лечении зафиксирован у 61 человека (19,1%), неадекватно лечились 113 больных (35,4%), скрытая неэффективность лечения (СНЛ АГ) выявлена у 64 пациентов (20,1%). При скрытой АГ и СНЛ АГ по результатам ЭхоКГ зарегистрированы признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (увеличение толщины межжелудочковой перегородки, задней стенки, индекса массы миокарда ЛЖ), сопоставимые с таковыми у пациентов со стабильной АГ. Наиболее часто у пациентов со скрытой АГ и СНЛ АГ встречалась концентрическая гипертрофия ЛЖ (в 60% и 78,1% случаев, соответственно) и концентрическое ремоделирование (у 15% пациентов обеих групп), что сопоставимо с пациентами со стабильной АГ, как получающими, так и не получающими АГТ. Эксцентрическая гипертрофия выявлена у 5% и 1,6%, нормальная геометрия ЛЖ – у 20% и 4,7% в группах со скрытой АГ и СНЛ АГ, соответственно. В группе с ГБХ концентрическое ремоделирование наблюдалось чаще в сравнении с нормотониками (27,5% и 5%, $p < 0,05$). Достоверных различий среди эффективно лечащихся больных и лиц с ГБХ на лечении выявлено не было.

Выводы: Выраженность и частота поражения миокарда при скрытой АГ как на фоне АГТ, так и без нее сопоставимы с выраженностью и частотой поражения миокарда у работников с не леченной стабильной АГ и работников, получающих неэффективную АГТ. В связи с высокой распространенностью скрытой АГ и СНЛ АГ при проведении периодических профилактических медицинских осмотров, особенно у лиц с факторами риска АГ, необходимо использовать СМАД и ЭхоКГ для своевременного назначения и коррекции АГТ в целях предотвращения развития патологического ремоделирования левого желудочка, снижения осложнений и улучшения качества жизни.

0112

УРОВЕНЬ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОГО АДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бровин Д. Л., Беляева О. Д., Баженова Е. А., Березина А. В., Беркович О. А., Баранова Е. И.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Цель: Оценить уровень высокомолекулярного адипонектина (ВМАН) и уровень мочевой кислоты (МК) у женщин с абдоминальным ожирением (АО) и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 132 пациентки с АО (IDF, 2005 г.) в возрасте от 30 до 55 лет. У 62,9% ($n=83$) больных АО была выявлена АГ (IDF, 2005 г.). Уровень ВМАН определяли методом иммуноферментного анализа (DRG, США), уровень МК оценивали на анализаторе «COBAS INTEGRA 400/700/800» (Германия).

Результаты: У больных АО с АГ, уровень ВМАН ниже [2,21(0,50 и 5,61); 3,09 (1,18; 8,81) мкг/мл соответственно, $p < 0,01$], а уровень МК выше [0,31 (0,18; 0,68); 0,28 (0,16; 0,44) ммоль/л соответственно, $p < 0,01$], чем у пациенток с АО без АГ. Выявлены корреляционные связи между окружностью талии и уровнями как ВМАН ($r = -0,24$, $p = 0,004$), так и МК ($r = 0,30$, $p = 0,001$). Регрессионный анализ установил, что на уровни систолического и диастолического артериального давления влияют уровень ВМАН ($\beta = -0,26$, $p = 0,03$ и $\beta = -0,26$, $p = 0,002$; соответственно) и уровень МК ($\beta = 0,30$, $p = 0,001$ и $\beta = 0,22$, $p = 0,015$; соответственно).

Выводы: У женщин с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией уровень высокомолекулярного адипонектина ниже, а уровень мочевой кислоты выше, чем у пациенток с абдоминальным ожирением без артериальной гипертензии. У женщин с абдоминальным ожирением повышение цифр систолического и диастолического артериального давления ассоциируются со снижением уровня ВМАН и повышением уровня мочевой кислоты.

0113

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА

Буданова В. А., Алексеева Е. М., Кондратьев Д. А., Кадыкова А. В., Кондратьева О. В.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России, г. Астрахань

Цель: Представить клинический случай, демонстрирующий сложности в дифференциальной диагностике объемных образований сердца.

Материалы и методы: Пациент мужчина, 60 лет, поступил с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки. Длительный анамнез артериальной гипертонии. Одышка и боли за грудиной при нагрузках с 2008 г. С того же времени постоянная форма фибрилляции предсердий. ОНМК в 2009 г. Был приведен к лечению. В 2012 г. по данным холтера выявлялись ишемические изменения. Предлагалась диагностическая коронарография, от которой пациент из-за хорошего самочувствия отказался. С 2014 г. постепенное снижение толерантности к нагрузкам, нарастание одышки. Антикоагулянтная терапия варфарином проводилась с 2012 г., однако целевые значения МНО достигнуты не были. В феврале 2015 г. в связи с острой декомпенсацией кровообращения и появлением кровохарканья был госпитализирован в кардиологическое отделение, где на ЭХО-КГ было выявлено гиперэхогенное образование ЛП размером 2,4*2,69 см на длинной ножке, прикрепленное к заднеперегородочному сегменту (миксома?), пролабирующее отверстие МК. Направлен на оперативное лечение в ФЦССХ г. Астрахань. При поступлении по данным ЭХО-КГ КДР 5,5 см, КСР 3,6 см, ФВ Симпсон 60%, объемное образование левого предсердия неправильной формы, гомогенной структуры размером 2,2*2,8 см, S 6,2 см² (миксома?), флотирующее с током крови из ЛП в ЛЖ с динамической обструкцией левого АВ отверстия. Регургитация на МК 1-2 ст. Выполнена диагностическая коронарография, выявлено критическое поражение коронарного русла с вовлечением ствола ЛКА до 80%. Перед операцией по данным ЧПЭХО-КГ: объемное образование левого предсердия округлой формы, гомогенной структуры размером 2,2*2,8 см, S 6,2 см² на тонкой, длинной ножке, из верхушки ушка левого предсердия, флотирующее с током крови из ЛП в ЛЖ с динамической обструкцией левого АВ отверстия. В полости ЛП лоцируются тромбы. Регургитация на МК 1 ст.

Результаты: Проведено оперативное лечение: 3 МАКШ on pump, удаление объемного образования левого предсердия, РЧА ЛП при ФП. Интраоперационно: в левом предсердии определяется округлое образование 3*3 см, связанное с верхушкой ушка ЛП соединительнотканым шнуром. К эндокарду ЛП фиксированы тромботические наложения. Получен результат патогистологического исследования – тромб. Клинический диагноз при выписке. ИБС. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Нарушение ритма сердца: фибрилляция предсердий постоянная форма. Артериальная гипертензия 3 ст, риск ССО 4. Осложнения: тромб левого предсердия больших размеров в динамической обструкцией МК. ХСН IIА ФК III.

Выводы: Несмотря на достаточный арсенал диагностических методов в современной кардиохирургической практике, имеются сложности в дооперационной диагностике объемных образований сердца. В данном клиническом случае окончательный диагноз был поставлен по данным патогистологического исследования. В пользу тромба свидетельствуют и анамнестические данные пациента с высоким риском развития тромбоза: отсутствие целевых уровней МНО при проведении терапии варфарином, сопутствующие заболевания (артериальная гипертония, ИБС, ОНМК, ожирение ИМТ 42,9).

0114

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Будникова Н. В., Ушакова С. Е., Полятыкина Т. С., Романенко И. А., Александров М. В., Белова Г. В., Губачева Т. В.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России, Иваново

Проблема артериальной гипертензии (АГ) у лиц молодого возраста в настоящее время является актуальной. Состояние здоровья молодежи – важный фактор обеспечения социального и экономического развития общества. К данной возрастной категории относится и студенчество — особая социальная группа, имеющая специфические условия труда, жизни и являющаяся «стратегическим запасом» государства. В процессе учебы могут дебютировать различные заболевания, в том числе и АГ. Своевременная коррекция факторов риска (ФР) развития АГ имеет значение для предупреждения заболевания.

Целью исследования выявить гендерные особенности ФР развития АГ у студентов первого курса. В исследовании приняли участие 280 студентов первого курса Ивановской государственной медицинской академии: 89 мужчин - 31,8% и 191 женщина - 68,2%. Проведено анкетирование, общеклиническое обследование с оценкой состояния вегетативной регуляции по опроснику Вейна.

Наследственность по АГ у женщин составила – 12,65%, у мужчин – 9,5%. Мужчины (24,7%) достоверно ($p < 0,05$) чаще курили, чем женщины (6,3%).

Нормальную массу тела имели 83,2% студентов. По данным анкетирования среди обследованных склонных к употреблению жирной пищи преобладали лица с избыточной массой тела и ожирением (11,5% женщин и 12,3% мужчин). Периодическое повышение АД отмечали 19,1% мужчин и 21,4% женщины. Диагноз АГ, по данным анкетирования, имели 5,6% мужчин и 2,6% женщин. Когда-либо прием гипотензивных средств отмечали 11,2% мужчин и 14,6% женщин. Повышение систолического АД более 140 мм рт.ст. было выявлено у 2,2% мужчин и 1,5% женщин. Повышение диастолического АД более 90 мм рт.ст. – у 6,7% мужчин и 3,1% женщин. Гиперхолестеринемия была у 2,2% мужчин и 5,7% женщин.

При опросе выявлено, что 16,8% мужчин и 9,4% женщин досаливают пищу до того, как её попробуют. При оценке студентами своего образа жизни гиподинамию достоверно ($p < 0,05$) чаще отмечали мужчины (47,2%), чем женщины (13,6%). По данным анкетирования женщины (63,8%) в большей мере ($p < 0,05$) связывали учёбу в академии с психическим перенапряжением, чем мужчины (32,5%).

При оценке состояния вегетативной регуляции по опроснику Вейна вегето-сосудистая дистония достоверно ($p < 0,05$) чаще выявлена у женщин (35,6%), чем у мужчин (6,7%).

Среди студентов у мужчин достоверно преобладают такие ФР развития АГ, как курение и гиподинамия, а у женщин – стресс и изменение регуляции вегетативной системы. Таким образом, с учетом гендерных особенностей у студентов необходим дифференцированный подход к коррекции ФР развития АГ.

0115

РОЛЬ МР-ТОМОГРАФИИ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИБС.

Бузиашвили Ю. И., Мацкеплишвили С. Т., Макаренко В. Н., Ушерзон М. Б., Шерстянникова О. М., Рахимов А. З., Борбодоева Б. М., Бузиашвили В. Ю.

ФБУ НЦССХ им. А.Н. Бакулева, Москва

Введение: «Механистическая» теория ИБС, основной концепцией которой является прямая корреляция между процентом стенотического сужения коронарной артерии и степенью ишемии миокарда в зоне, кровоснабжаемой данным сосудом, сегодня подвергается большой критике. Проведено боль-

шое количество исследований, доказывающих значительное снижение риска больших кардиальных событий в отдаленном периоде после операции при выполнении вмешательства на сосуде с доказанной физиологической значимостью гемодинамически значимого стеноза.

Цель: Оценить возможности магнитно-резонансной томографии и стресс-магнитно-резонансной томографии с контрастным усилением у пациентов с ишемической болезнью сердца и постинфарктным кардиосклерозом при решении вопроса о реваскуляризации миокарда

Материалы и методы: в исследование включено 49 пациентов, преимущественно мужчины (47 мужчин/2 женщины), средний возраст которых составил 59+15 лет, с предварительным диагнозом Ишемическая болезнь сердца. Всем пациентам выполнялось диагностическое обследование, включавшее в себя ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиографию. Стресс-ЭхоКГ была выполнена 32 пациентам: из них 67% проб расценены как отрицательные, 19% проб - как сомнительные, 14% проб - как неинформативные. В 29 случаях проведена стресс-МР-томография, с применением стандартного протокола стресс-нагрузки - внутривенная инфузия 0,86 мг/кг дипиридамола в течение 6 минут; 20 пациентам выполнена МР-томография с «отсроченным накоплением».

Результаты: при анализе полученных данных, 29 (59,1%) пациентам из обследованных рекомендовано проведение реваскуляризации (при наличии технической возможности). В 20 (40,9%) клинических случаях проведение вмешательства не было рекомендовано: у 14 (28,5%) пациентов - в связи с низкой вероятностью эффективности хирургического лечения (снижения ФК стенокардии или восстановления сократительной способности миокарда), в 6 (12,4%) случаях - в связи отсутствием индуцированной ишемии миокарда.

Заключение: МР-томография с контрастным усилением - высокоинформативное исследование; эта методика «второй линии» в обследовании пациентов с ИБС, которая должна быть использована при неинформативности «базовых и стандартных» методик, таких как ЭхоКГ, Стресс-ЭхоКГ в определении дальнейшей тактики лечения пациентов с ИБС.

0116

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНОМ И КАРОТИДНОМ БАССЕЙНАХ.

Бузиашвили Ю. И., Амбатьелло С. Г., Мацкеплишвили С. Т., Алпенидзе В. А., Степанов М. М., Ибрагимов М. С.

Научный центр сердечно - сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева

На сегодняшний день в сердечно - сосудистой хирургии существует несколько подходов к лечению пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением КА и БЦА. И до сих пор нет единых утвержденных рекомендаций международного медицинского сообщества относительно тактики хирургического вмешательства у пациентов с сочетанной патологией КА и БЦА.

Цель: провести сравнительную характеристику психического и неврологического статуса пациентов после выполнения одномоментных операций на сонных артериях и коронарном русле, и после выполнения этапных коррекций на двух бассейнах.

Материалы и методы: исследовано 79 пациентов с сочетанным поражением КА и БЦА. В I гр. были выполнены операции коронарного шунтирования (КШ) и каротидной эндартерэктомии (КЭ) одним этапом (n=37); во II гр. - поэтапно выполнялась хирургическая реваскуляризация головного мозга и коронарное шунтирование (n=42). Всем пациентам выполнялась прямая реваскуляризация миокарда в условиях ИК и на работающем сердце, реконструктивные реваскуляризирующие операции на БЦА в условиях краниocereбральной гипотермии. Ср.возраст пациентов мужского пола 54,1 + 7,9 года, женского - 63,8 + 8,1 года. Всего оперировано пациентов мужского пола - 73, женского пола - 19. Оценку КЖ проводили путем анкетирования пациентов методикой SF-36. В результате расчетов суммируют полученные показатели КЖ отдельно для каждой из 8 категорий, имеющие значение от 0 до 100. Более высокий показатель указывает на более высокий уровень КЖ.

Результаты: Показатели качества жизни в отдаленном периоде в группе одномоментной оперированных пациентов (n=37): Восприятие общего состояния здоровья (GH) 48,6±11,8; Физическое функционирование (PF) 62,4±11,2; Ролевые ограничения (физические) (RP) 63,2±14,8; Ролевые ограничения (функциональные) (RE) 61,7±18,1; Социальное функционирование (SF) 51,4±9,6; Физическая боль (BP) 72,8±16,3; Жизнеспособность/энергичность (VT) 58,7±11,3; Психическое здоровье (MH) 54,8±12,3. По шести показателям SF-36 качество жизни больных в отдаленные сроки после проведения одномоментной проведенной операции на КА и БЦА было достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников (p<0,05).

Показатели качества жизни в отдаленном периоде в группе поэтапно оперированных пациентов (n=42): Восприятие общего состояния здоровья (GH) - 61,3±12,6; Физическое функционирование (PF) 63,1±10,9; Ролевые ограничения (физические) (RP) 63,3±11,6; Ролевые ограничения (функциональные) (RE) 69,7±17,5; Социальное функционирование (SF) 68,4±11,2; Физическая боль (BP) 53,6±13,8; Жизнеспособность/энергичность (VT) 65,9±10,1; Психическое здоровье (MH) 52,6±11,2. С учетом вышеперечисленных данных, все эти показатели соответствуют достаточно высокому уровню социального функционирования. Таким образом, из данных таблицы видно, что по семи показателям SF-36 качество жизни больных в отдаленные сроки после проведения поэтапно проведенной операции на КА и БЦА было достоверно ниже, чем у их здоровых сверстников (p<0,05), и достоверно выше, чем в I группе (p<0,01).

Выводы: При сочетанном атеросклеротическом поражении коронарных и брахиоцефальных артерий, при отсутствии критических стенозов, проведение хирургической коррекции имеет более положительные прогностические оценки показателей качества жизни при выборе этапного метода оперативного лечения..

0117

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ МАЛОГО ГОРОДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЧЕРЕЗ 12 МЕСЯЦЕВ

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

ГБОУ ВПО "Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского"
Минздрава России, Саратов, Россия

Цель: изучить комплекс факторов, влияющих на приверженность пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы к длительному приему медикаментов после выписки из терапевтического отделения районной больницы Саратовской области.

Материалы и методы: Проводился опрос пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на госпитальном лечении в терапевтическом отделении районной больницы, не имевших факторов исключения, и, согласившихся участвовать в исследовании. По истечению 12 месяцев после выписки больных из стационара производились контрольные телефонные звонки. С помощью однократного анализа регрессии проводилось определение наличия связи между описанными характеристиками.

Результаты: Исследование началось в январе-феврале 2013года. 184 респондента дали согласие на участие. Медиана возраста составила 60 лет, 62(57%) - женщины. Через 12 месяцев удалось дозвониться до 74 (69%) респондентов, 48(65%) - женщины. Полностью следуют врачебным рекомендациям через год 28(38%) опрошенных. Через 12 месяцев 48(62%) - пропускают прием препаратов, из них 16(22%) - более 1 раза в неделю. Через 12 месяцев продолжали лекарственной терапии пациенты, считавшие теоретически верным постоянным режим терапии (p<0,005) и респонденты, которые в ходе госпитализации утверждали, что сами принимают препараты постоянно (p<0,005). С более частым продолжением терапии был ассоциирован пол, в данном исследовании мужчины оказали более привержены 16(53%). Наличие стенокардии напряжения, сахарного диабета 2 типа и ОНМК в анамнезе также были ассоциированы с более частым продолжением терапии (p<0,005). Респонденты считают здоровье своей личной заботой, стремятся занять активную позицию, задают множество вопросов

лечащему врачу об особенностях течения патологического процесса и лечения заболевания, но при первом удобном случае переключают всю ответственность за процесс терапии на врача, т.е. довлеет патерналистическая модель взаимоотношений.

Выводы: Через 12 месяцев после выписки рекомендациям следует 38% респондентов. Чаще продолжают терапию мужчины, осознающие важность постоянного лечения, длительно болеющие, ранее не прерывающие лечение. Наличие сопутствующей патологии традиционно связано с более частым продолжением терапии. Преобладающая модель отношений врач-пациент - патерналистическая

0118

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ

Бунин Ю. А., Зюляева Н. Н., Бурова Е. А., Парфенова А. Н., Рогачев А. Н.

ГБОУДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва

Цель: Выявить распространенность нарушений ритма сердца (НРС) и основные заболевания, приводящие к их развитию, у больных старческого возраста.

Материал и метода исследования: Обследовано 462 больных, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении госпиталя ветеранов войн №1 г.Москвы. Среди них было 325 женщин и 137 мужчин в возрасте от 76 до 94 лет (средний возраст 86-7,0 лет). Для диагностики нарушений ритма сердца использовались: стандартная ЭКГ, мониторирование ЭКГ по Холтеру. С целью верификации основного и сопутствующих заболеваний применялись ЭхоКГ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и у ряда больных коронароангиография. Результаты. Различные нарушения ритма сердца были диагностированы у 57,8% обследованных больных. У 83,7% из них выявлена ИБС (40,5% больных имели в анамнезе ИМ) и АГ, 7,4% имели хроническую обструктивную болезнь легких, 6,2% - сахарный диабет 2 типа, а у 12,4% было нарушение функции щитовидной железы. Фибрилляция предсердий (ФП) диагностирована у 42,9% больных, что составляло около 70% от всех нарушений ритма сердца. У 56% больных с ФП диагностирована постоянная или персистентная форма, а пароксизмальная форма отмечена у 44% больных. Значительно реже определялась наджелудочковая тахикардия - НЖТ (0,6%), а наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия имели место только у 13,8% больных с НРС. Важной особенностью клинического течения нарушения ритма сердца у данной категории больных являлось сочетание их с блокадами сердца. Так например, ФП сочеталась с нарушениями атриовентрикулярной и внутрисердечной проводимости в 28,9% случаев.

Выводы: 1. Более половины больных старческого возраста, находящиеся на стационарном лечении в кардиологическом отделении, имели различные нарушения ритма сердца. 2.Самой частой из всех тахикардий являлась ФП, которая составила 2/3 всех НРС. 3. Приблизительно у каждого третьего из больных с НРС оно сочеталось с блокадами сердца. 4. У подавляющего большинства больных старческого возраста с нарушением ритма сердца диагностировались ИБС и АГ и значительно реже (12,4%) причиной аритмии была патология щитовидной железы.

0119

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ.

Бучина Е. В., Умаров В. М.

ФНЦ ВНИИФК, Москва, Россия

Цель: Выявление и определение групп риска у профессиональных спортсменов. Определение частоты возникновения синдрома удлиненного интервала QT в группе с гипертрофией ЛЖ и зависимость от вида спорта.

Материалы и методы: в исследование включено 350 спортсменов высокой квалификации (КМС, МС, ЗМС, МСМК) средний возраст 24 ± 2 , среди них женщин 94 человека, мужчин 256 человек. В зависимости от принадлежности к видам спорта они были разделены на пять групп. К первой отнесены спортсмены занимающиеся циклическим видом спорт: биатлон – 45 человек, академическая гребля – 57 человек, лыжное двоеборье – 16 человек, ко второй- сложно-координационным: гребной слалом – 28 человек, парусный спорт – 18 человек, стрельба из лука – 13 человек, к третьей игровым: волейбол – 40 человек, хоккей с мячом – 11 человек, регби 13 человек, четвертую группу составили единоборства: вольная борьба – 13 человек, дзюдо – 10 человек, греко-римская борьба 40 человек, пятая группа скоростно-силовой вид спорта: санки – 30 человек, керлинг 12 человек.

Результаты: Спортсмены высокой квалификации с длительным стажем спортивной деятельности неизбежно имеют в анамнезе патологические изменения сердечно-сосудистой системы. По полученным статистическим данным первое место в соотношении сочетания ГЛЖ и LQT занимают единоборства 65,0%, далее циклический вид спорта 40,4%, игровой 20,0%, скоростно-силовой 15,9%, сложно-координационный 7,1%. Увеличенная дисперсия QT являясь маркером электрической нестабильности миокарда ассоциирована с концентрической гипертрофией ЛЖ, также увеличенная дисперсия QT является фактором риска развития желудочковых аритмий в группе с гипертрофией ЛЖ по сравнению с группой без ГЛЖ. Эпизоды аритмий наблюдались у 72% исследуемых с LQT в сочетании с ПМК.

Выводы: LQT может явиться пусковым фактором для развития патологических процессов вследствие замедления и асинхронии реполяризации миокарда желудочков, в результате чего появляется предрасположенность к появлению жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма в виде желудочковой тахикардии по типу «пируэт», фибрилляции желудочков. Сочетание гипертрофии левого желудочка с синдромом LQT во множество раз увеличивает риск возможного развития аритмий ведущих за собой угрозу развития внезапной смерти.

0120

ОКИСЛЯЕМОСТЬ ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Быкова А. А., Азизова О. А., Думикян А. Ш., Бэкман Э. М., Сергиенко В. И., Сыркин А. Л.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.

Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

ФГБУН «Научно-исследовательский институт физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства»

Цель: проанализировать содержание конечных продуктов перекисного окисления липидов (малонового диальдегида (МДА) в нативной плазме и после медь-индуцированного окисления плазмы) у пациентов с острым коронарным синдромом, оценить динамику этих показателей в течение первых 7 дней после поступления в стационар и их влияние на краткосрочной (30-дневной) прогноз.

Материалы и методы: с октября 2011 по декабрь 2013 в исследование было включено 93 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС), всем пациентам при включении и на 7 день заболевания определялся МДА в нативной плазме и после медь-индуцированного окисления плазмы. В зависимости от наступления первичной конечной точки (смерть от сердечно-сосудистых причин, нефатальный инфаркта миокарда, развитие ранней постинфарктной стенокардии, потребность в экстренной реваскуляризации в течение первых 30 дней) пациенты были разделены на 2 группы: благоприятного и неблагоприятного течения заболевания.

Результаты: в первые сутки после поступления содержание МДА в нативной плазме составило $0,82 \pm 0,23$ нмоль/мл, к 7 суткам заболевания отмечалось достоверное снижение МДА на 13% ($p=0,04$), среднее содержание МДА – $0,76 \pm 0,23$ нмоль/мл. Содержание МДА после медь-индуцированного окис-

ления плазмы в первые и 7 сутки составило $102,82 \pm 32$ нмоль/мл и $98,81 \pm 28,26$ нмоль/мл соответственно. У пациентов с ИМ с подъёмом сегмента ST содержание МДА в нативной плазме было достоверно выше чем у больных с другими формами ОКС ($p=0,019$). Содержание МДА в нативной плазме не различалось у пациентов с различным течением заболевания. При МДА после медь-индуцированного окисления плазмы на 7 день выше 112 нмоль/мл относительный риск рецидива инфаркта миокарда возрастал в 2,4 раза (95% ДИ 1,04 – 4,78; $p=0,046$).

Выводы: результаты данного исследования позволяют говорить о том, что окисляемость липидов плазмы крови можно использовать для оценки риска неблагоприятного течения заболевания у пациентов с ОКС.

0121

КОБАЛЬТ-СВЯЗЫВАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ АЛЬБУМИНА КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Быкова А. А., Думикян А. Ш., Азизова О. А., Пирязев А. П., Сергиенко В. И., Сыркин А. Л.
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
ФГБУН «Научно-исследовательский институт физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства»

Цель: Исследовать кобальт-связывающую способность альбумина у пациентов с острым коронарным синдромом, оценить влияние этого показателя на краткосрочной (30-дневный) прогноз.

Материалы и методы: В исследование включено 93 пациента с ОКС, всем пациентам при включении и через 7 дней лечения определялся уровень свободного кобальта. На основании этого показателя делался вывод о кобальт-связывающей способности альбумина (КССА), которая обратно пропорциональна уровню свободного кобальта. В зависимости от наступления первичной конечной точки (смерть от сердечно-сосудистых причин, рецидив инфаркта миокарда, развитие ранней постинфарктной стенокардии, потребность в экстренной реваскуляризации в течение первых 30 дней) пациенты были разделены на 2 группы: благоприятного и неблагоприятного течения заболевания. Помимо культивативной конечной точки проводился анализ её отдельных компонентов.

Результаты: уровень свободного кобальта в первые сутки и через 7 дней после поступления составил $0,38 \pm 0,06$ ед. опт. пл./мл и $0,38 \pm 0,07$ ед. опт. пл./мл соответственно. Достоверной динамики показателя не отмечено. Кобальт-связывающая способность альбумина не различалась в зависимости от наступления первичной конечной точки. При анализе отдельных компонентов конечной точки выявлено, что КССА у пациентов с рецидивом инфаркта миокарда, была достоверно ниже ($p=0,036$). При уровне свободного кобальта выше 0,4 ед. опт. пл./мл относительный риск рецидива инфаркта миокарда составлял 2,45 (95% ДИ 0,1 – 4,8, $p=0,041$).

Выводы: результаты данного исследования позволяют говорить о том, что уровень КССА можно использовать для оценки риска рецидива инфаркта миокарда у пациентов с ОКС.

0122

ПРЕДИКТОРЫ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Вайханская Т.Г¹, Курушко Т.В¹, Сивицкая Л.Н², Даниленко Н.Г², Фролов А.В¹

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь;

² Институт генетики и цитологии, Национальная академия наук, Минск, Беларусь

Цель: изучение прогностических маркеров внезапной смерти (ВС) у пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы: Обследовано 137 пациентов (NYHA 3,1±0,3; 108\78,8% мужчин, средний возраст 48,7±12,4 лет) с диагностическими критериями, подтверждающими ДКМП. Синусовый ритм выявлен у 94\68,6% пациентов, фибрилляция предсердий (ФП) – у 43\31,4%. Всем пациентам проведен комплекс исследований: ЭхоКГ; спироВЭП, ХМ-ЭКГ и ЭКГ-12 (Интекард-7) с анализом желудочковой эктопии, турбулентности сердечного ритма (ТСР), дисперсии интервала QT и микровольтной альтернации Т-волны (МАТВ), определение сывороточного уровня МНП и КФК, генетическое исследование (SSCP и сиквенс) 1,3,5,8,9 и 10 экзонов гена ламина. В качестве первичных конечных точек были приняты: ВС, устойчивая ЖТ (в т.ч по телеметрии имплантированных устройств).

Результаты: В результате корреляционного анализа Пирсона выявлены двухсторонние значимые корреляции между ламиновым генотипом ДКМП и клиническими фенотипическими признаками: дефекты LMNA (миссенс-мутации) коррелировали с патологическим тестом МАТВ (коэффициент корреляции Пирсона $k=0,38$; $p=0,005$), повышенным уровнем КФК ($k=0,43$; $p<0,0001$) и АВ-блокадой 3 ст. ($k=0,23$; $p<0,04$); ЖТ с $k=0,28$ ($p<0,05$) коррелировали с патологическими ТСР-ТО и МАТВ ($k=0,29$; $p<0,05$). Положительная корреляция выявлена также между повышенной трабекулярностью ЛЖ и устЖТ ($k=0,32$; $p<0,01$), а также с полиморфизмом 10 экзона гена ламина rs4641C\T ($k=0,35$; $p<0,01$). В результате однофакторного анализа Кокса выявлены прогностические факторы риска ВС больных с ДКМП: МАТВ – RR 11,4 (95% ДИ: 5,61-26,9; $p<0,0001$); ТСР – параметр ТО – RR 8,35 (95% ДИ: 3,09-19,8; $p<0,0001$), полиморфизм гена ламина – rs4641C\T (RR 5,6; 95% ДИ: 1,99-18,3; $p<0,0001$), ФВ ЛЖ – RR 6,78 (95% ДИ: 2,05-15,9; $p<0,0001$), пикVO2 (RR: 3,43; 95% ДИ: 1,79-6,13; $p<0,001$), клинически значимая желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) и неустЖТ с отношением риска, соответственно, RR 2,76 (95% ДИ: 1,26-6,08; $p<0,001$) и RR 2,89 (95% ДИ: 1,75-4,96; $p<0,001$), дисперсия QT интервала (RR: 2,67; 95% ДИ: 1,19-5,16; $p=0,017$). У пациентов с ФП только ФВ ЛЖ (RR 5,9; 95% ДИ: 2,15-17,8; $p<0,0001$) достоверно влияла на конечные точки. В результате многофакторного регрессионного анализа и ROC-анализа, выявлены четыре независимых предиктора ВС: левожелудочковая дисфункция с ФВ ЛЖ $\leq 20,5\%$ (RR 3,21; 95% ДИ: 1,25-8,22; $p=0,03$), полиморфизм 10 экзона гена ламина rs4641C\T (RR 1,7; 95% ДИ: 1,13-6,06; $p=0,03$), позитивный тест МАТВ $\geq 33,5$ мкВ (RR 1,23; 95% ДИ: 1,01-3,79; $p=0,03$) и патологический параметр ТО $\geq 1,33\%$ турбулентности ритма (RR 1,16; 95% ДИ: 1,00-2,97; $p=0,04$).

Заключение: Применение в клинической практике выявленных предикторов ВС для скрининг-стратификации пациентов с ДКМП позволит выявить группу потенциальных кандидатов для первичной профилактики и имплантации КВД.

0123

ФЕНО- И ГЕНО- ТИПИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, СВЯЗАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ГЕНА ЛАМИНА

Вайханская Т. Г.¹, Курушко Т. В.¹, Сивицкая Л. Н.², Даниленко Н. Г.², Давыденко О. Г.²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь;

² Институт генетики и цитологии, Национальная академия наук, Минск, Беларусь

Цель: изучение клинических фенотипических особенностей пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), ассоциированной с изменениями в гене ламина (LMNA).

Материалы и методы: Обследовано 137 пациентов (NYHA 3,1±0,3; 108\78,8% муж, ср. возраст 48,7±12,4 лет) с диагностическими критериями, подтверждающими ДКМП (идиопатическая форма). Всем пациентам проведен комплекс исследований: ЭхоКГ; спироВЭП, ХМ-ЭКГ и ЭКГ-12 (Интекард-7) с анализом желудочковой эктопии, турбулентности сердечного ритма (ТСР) и микровольтной альтернации Т-волны (МАТВ), определение сывороточного уровня креатинфосфокиназы (КФК), генетическое исследование (SSCP и сиквенс) 1,3,5,8,9 и 10 экзонов гена ламина.

Результаты: Миссенс-мутации и нуклеотидные замены в гене LMNA выявлены у 33 (24,1%) пациентов. Генетические и клинико-фенотипические данные включили в корреляционный и регрессионный анализ. В результате анализа Спирмена выявлены достоверные двусторонние положительные корреляции между показателем продольной деформации ЛЖ – GS LV mean и тестом МАТВ ($k=0,89$; $p<0,001$), а также с имплантированными устройствами ($k=0,29$; $p<0,05$). Повышенный уровень КФК и атриовентрикулярная (АВ) блокада 1-3 ст. с высокой достоверностью коррелировали с выявленными миссенс-мутациями гена ламина ($k=0,67$; $p<0,001$), тестом МАТВ ($k=0,27$; $p<0,05$) и ТСП: наклоном турбулентности TS - ($k=0,67$; $p<0,001$). Желудочковые аритмии (ЖЭС, устЖТ и неустЖТ) с $k=0,28$ ($p<0,05$) коррелировали с патологической ТСП - ТО и патологическим тестом МАТВ ($k=0,29$; $p<0,05$). Положительная корреляция выявлена между повышенной трабекулярностью строения желудочков, полиморфизмом 10 экзона гена ламина - rs4641C\T и устЖТ ($k=0,32$; $p<0,01$). Изменения (все выявленные) в гене LMNA коррелировали с положительным тестом МАТВ (коэффициент корреляции Пирсона $k=0,38$; $p=0,005$), повышенным уровнем КФК ($k=0,43$; $p<0,0001$), АВ-блокадой 1-3 ст. ($k=0,19$; $p<0,04$) и гипертрабекулярностью ($k=0,21$; $p<0,03$). В результате однофакторного анализа позитивный тест МАТВ ($F=9,64$; $p=0,000$), АВ-блокада ($F=9,41$; $p=0,000$), ↑уровень КФК (↑КФК: $F=6,43$; $p=0,003$), гипертрабекулярность ($F=5,33$; $p=0,007$) определены как прогностические признаки ламинового генотипа ДКМП. После проведения пошагового дискриминантного анализа и многофакторного регрессионного анализа только уровень КФК ($\beta 0.35$, $p=0,027$ и $F=6,85$; $p<0,007$) и гипертрабекулярность ($\beta 0.23$, $p=0,041$ и $F=5,20$; $p<0,03$) подтвердили свою достоверность в качестве независимых признаков.

Заключение: Учитывая высокий риск внезапной смерти среди пациентов с ламин-ассоциированной формой ДКМП, выявление повышенного уровня КФК, АВ-блокады 1-3ст, гипертрабекулярности и патологической МАТВ позволит выделить группу пациентов с идиопатической формой ДКМП для обязательного генетического скрининга и своевременного выбора лечебной тактики.

0124

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АЗИЛСАРТАНОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Валеев И. Г., Мустафина И. А., Ишманова А. Р., Янбаева С. М., Залалетдинова А. М.

ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет г. Уфа, Россия

Цель: оценить влияние азилсартана на функциональное состояние почек у больных артериальной гипертонией .

Материалы и методы: В исследование были включены 20 больных артериальной гипертонией без признаков хронической почечной недостаточности, не получавших к моменту включения ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов АТ 1. Средний возраст: $60,1 \pm 3,4$ лет; 19 мужчин, 1 женщина. К ранее проводимой антигипертензивной терапии или в составе комбинированной терапии назначали азилсартан в дозе 20-40 мг/сутки для достижения целевого артериального давления (АД). Исходно (до начала терапии) и после достижения целевого артериального давления (АД) определяли уровень креатинина плазмы и оценивали величину микроальбуминурии с использованием набора ALBU PHAN (фирма Erba Lachema) , позволяющего определить микроальбуминурию от уровня 0,3 г/л. Скорость клубочковой фильтрации была рассчитана по формуле СКД EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Длительность лечения азилсартаном составила 9 – 12 дней.

Результаты: Терапия азилсартаном сопровождалась снижением АД с $152,0 \pm 6,7$ мм рт.ст до $112,0 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p<0,01$), так и диастолического АД ($p<0,01$). Наблюдалось снижение содержания в плазме креатинина с $76,2 \pm 9,6$ мкмоль/л до $69,5 \pm 4,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Соответственно, повышалась расчетная величина клубочковой фильтрации с $75,4 \pm 6,4$ мл/мин. до $82,1 \pm 3,4$ мл/мин. ($p < 0,05$). До назначения азилсартана микроальбуминурия была выявлена у 6 больных, на фоне приема азилсартана микроальбуминурия не определялась.

Выводы: Назначение азилсартана у больных артериальной гипертонией сопровождается снижением уровня креатинина плазмы, увеличением величины клубочковой фильтрации и снижением ми-

кроальбуминурии. Для подтверждения выявленных результатов необходимо проведение исследования на большем числе пациентов с увеличением срока наблюдения .

0125

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ Д-ДИМЕРА В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Валеев И. Г., Закирова А. Н., Низамутдинова Э. И., Берг А. Г., Нуртдинова Э. Г.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, ГБУЗ Республиканский кардиологический центр г. Уфа, Россия

Цель: оценить прогностическую значимость результатов определения Д-димера в диагностике тромбоэмболии легочной артерии.

Материалы и методы: Обследовано 43 больных, которым проводилось определение Д – димеров в процессе диагностики тромбоэмболии легочной артерии. Средний возраст - $68,4 \pm 2,3$ лет; 17 мужчин, 26 женщин. Д – димеры определялись реакцией агглютинации частиц латекса качественным и полуколичественным методами. Положительным результатом считалось превышение содержания более 0,5 мкг/мл. Диагноз тромбоэмболии устанавливался на основании клинической картины, данных электрокардиографического, эхокардиографического методов обследования, рентгенографии органов грудной клетки, сцинтиграфии легких, спиральной компьютерной томографии с контрастированием легочных артерий. Прогностическое значение повышения содержания Д-димеров рассчитывалось в процентах как отношение истинноположительных значений к сумме истинноположительных и ложноположительных значений.

Результаты: Тромбоэмболия легочной артерии была диагностирована у 34 больных. Диагноз тромбоэмболии легочной артерии был отвергнут у 9 больных. У больных тромбоэмболией легочной артерии повышение содержания Д – димеров было выявлено у всех больных, т.е. в 34 случаях. В группе больных без тромбоэмболии легочной артерии повышение Д-димеров наблюдалось у 5 больных. Чувствительность метода составила 100%. Процент ложноположительных результатов составил 12,9%.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической ценности определения содержания Д-димеров в диагностике тромбоэмболии легочной артерии.

0126

ВОЗМОЖНАЯ РОЛЬ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ МИОКАРДА

Валихов М. П., Воронова А. Д., Степанова О. В., Куликова Т. Г., Чадин А. В., Самко А. Н., Терещенко С. Н., Масенко В. П.

ФГБУ «Российский Кардиологический Научно-Производственный комплекс» Минздрава России, Москва

Введение (цели/задачи): Одним из наиболее часто встречаемых заболеваний, приводящим к развитию сердечной недостаточности (СН) является дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). Причинами ДКМП могут быть воспалительные, токсические, инфекционные и генетические нарушения. При ДКМП наблюдаются процессы лейкоцитарной клеточной инфильтрации. Лимфоциты, инфильтрующие миокард при развитии заболевания, выделяют провоспалительные цитокины. Провоспалительные цитокины способны вызывать дедифференцировку кардиомиоцитов и являются возможными модуляторами процессов регенерации в миокарде. Регенерация миокарда может осуществляться за счет дедифференцированных кардиомиоцитов. Конечной стадией дедифференцировки кардиомиоцитов

являются прогениторные кардиомиоциты. С целью оценить роль провоспалительных цитокинов в процессе регенерации миокарда был проведен подсчет количества дедифференцированных кардиомиоцитов и лимфоцитов в эндомикардиальных биоптатах пациентов с ДКМП и СН.

Материалы и методы: Иммунофлуоресцентные исследования были проведены на криосрезах эндомикардиальных биоптатов 14 пациентов с ДКМП и СН. Для выявления клеточной инфильтрации были использованы маркеры Т-лимфоцитов - CD4, CD8. Для выявления дедифференцированных клеток были использованы маркеры стволовых клеток c-kit и MDR-1 и маркеры ранней кардиомиоцитарной дифференцировки GATA-4 и Nkx-2,5. Количество выявленных клеток для каждого образца производили по формуле: $S = \pi r^2$, где S - площадь поля зрения микроскопа, r - радиус поля зрения микроскопа, d - диаметр поля зрения микроскопа, $\pi = 3,1416$.

Результаты: При иммунофлуоресцентном исследовании 14 эндомикардиальных биоптатов пациентов с ДКМП и СН на разных стадиях заболевания были обнаружены CD4+ лимфоциты в количестве 48 ± 8 клеток на мм² и CD8+ лимфоциты в количестве 26 ± 7 клеток на мм². На тех же криосрезах были обнаружены дедифференцированные кардиомиоциты по одновременной экспрессии маркеров стволовых клеток GATA-4 и Nkx-2,5 и маркеров ранней кардиомиоцитарной дифференцировки в количестве 8 ± 2 клеток на мм².

Выводы: Наличие выявленных нами в эндомикардиальных биоптатах дедифференцированных кардиомиоцитов может говорить о существовании регенеративных процессов в миокарде при ДКМП и СН. В тех же образцах были обнаружены как дедифференцированные кардиомиоциты, так и Т-лимфоциты. Наблюдаемое соотношение между количествами исследуемых клеток может свидетельствовать о роли Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов, выделяемых ими, в процессах кардиальной регенерации.

0127

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДОКЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Вартазарян М. А., Быков А. Т., Чернышёв А. В., Лобасов Р. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Сочи

Цель: Разработать и применить на практике систему немедикаментозной профилактики доклинических стадий атеросклероза.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие жители г. Сочи, в количестве 118 человек, которые были разделены на 2 группы, основную (n=64) и контрольную (n=54) с примерно равномерным гендерным распределением, в возрасте старше 40 лет. Параметры включения – наличие факторов риска и доклинических стадий атеросклероза; параметры исключения – верифицированное сердечно-сосудистое заболевание, ассоциированное с атеросклерозом. Изучались наследственность, статус курения и употребления алкоголя, питания, двигательной активности (международный опросник – IPAQ), соблюдения режима труда и отдыха. Определяли психоэмоциональный тип личности (опросник Д. Дженкинса), проводили оценку общих адаптационных реакций организма (по Гаркави с соавторами), измеряли антропометрические данные, суточное артериальное давление и электрокардиографию, проводили ультразвуковое исследование сердца, магистральных артерий головы, печени и почек, велоэргометрию, определение лодыжечно-плечевого индекса, поток-зависимой вазодилатации плечевой артерии и скорости распространения пульсовой волны, кальциевого индекса коронарных артерий. Исследовали клинический анализ крови и мочи; липидограмму, гомоцистеин, гликозилированный гемоглобин; глюкозотолерантный тест, С-реактивный белок; креатинин; мочевую кислоту; коагулограмму. Пациенты основной группы получали комплекс немедикаментозных лечебно-профилактических мероприятий, включающий в себя рациональное питание, оптимизацию двигательной активности, климатолечение, гипокситерапию и обучающие программы в течение 2 лет, пациенты контрольной группы какое-либо лечение не получали.

Результаты: В ходе исследования оптимизирована методология ранней диагностики факторов риска и доклинических стадий атеросклероза, что позволило выявлять и стратифицировать лиц группы

риска. Изучено влияние климата низкогорья Северного Кавказа в районе п. Красная Поляна на функциональное состояние лиц с доклиническими стадиями атеросклероза и факторами риска. Организована «Кардиошкола» для пациентов группы риска по заболеваниям, ассоциированным с атеросклерозом. Некоторые изучаемые параметры (индекс атерогенности, индекс массы тела, среднесуточное артериальное давление, статус табакокурения) достоверно ($p < 0,005$) уменьшились в основной группе по сравнению с контрольной группой.

Выводы: Разработанный комплекс поведенческих и лечебно-профилактических методов, включающий рациональное питание, оптимизацию двигательной активности, климатолечение, обучающие программы и гипокситерапию, позволил снизить ассоциированную с атеросклерозом заболеваемость на 6,9%. При продолжении исследования ожидается дальнейшее снижение заболеваемости в основной группе, что диктует более широкое использование оптимизированной системы немедикаментозной профилактики доклинических стадий атеросклероза в медицинской практике.

0128

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ЭКСФОРЖ И ТВИНСТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Василенко В. М., Арамисова Р. М., Аттаева М. Ж., Фокичева Н. Х., Мурзаканова Е. М., Тхабисимова З. М.

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик; ГБУЗ «Городская клиническая больница №1», г.Нальчик, Российская Федерация

Цель: оценить динамику показателей АД у больных АГ на фоне лечения препаратами Эксфорж и Твинста.

Материалы и методы: в исследование включены 44 больных (34 мужчины и 10 женщин; средний возраст $57,7 \pm 8,6$ лет) с артериальной гипертонией 2 и 3 степени тяжести. Пациенты не имели постоянной формы фибрилляции предсердий, а также нарушений функции почек и печени. Указанные больные были разделены на 2 группы – 23 пациента получали препарат «Эксфорж» фирмы Novartis Pharma Stein AG и 21 пациент – препарат «Твинста» фирмы Boehringer Ingelheim. Помимо общеклинического и лабораторного обследования, всем больным было выполнено 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД в динамике. Повторное мониторирование АД выполнено через 2 месяца. В течение последнего месяца больные получали эксфорж в дозе 10 мг/160 мг, твинста – в дозе 10 мг/80 мг.

Анализ достоверности различий полученных средних значений проводился с использованием методов непараметрической статистики. Данные представлены в виде $m \pm \sigma$.

Результаты: в группе Эксфоржа исходные показатели составили: ЧСС $71,9 \pm 7,8$ в мин, САД – $170,4 \pm 5,7$ мм рт.ст., ДАД $94,6 \pm 5,2$ мм рт.ст., в группе Твинста – $72,9 \pm 7,8$ уд. в мин, $169,3 \pm 7,9$ мм рт.ст. и $94,1 \pm 5,6$ мм рт.ст. соответственно.

За 2-месячный период наблюдения у всех больных была отмечена положительная динамика – происходило снижение САД и ДАД, улучшение общего самочувствия. Побочных эффектов, потребовавших отмены препарата, зафиксировано не было. При повторном мониторировании АД в группе Эксфоржа средние показатели составили: ЧСС $72,5 \pm 7,0$ в мин, САД – $142,5 \pm 7,4$ мм рт.ст., ДАД $77,3 \pm 6,1$ мм рт.ст., в группе Твинста – $74,9 \pm 7,8$ в мин, $142,3 \pm 6,0$ мм рт.ст. и $73,9 \pm 4,9$ мм рт.ст. соответственно.

На фоне приема Твинста отмечено улучшение суточного профиля АД – уменьшение ночных подъемов АД, увеличение количества больных со снижением САД и ДАД в ночные часы.

Выводы: препараты Эксфорж и Твинста обладают высокой эффективностью в качестве препаратов для лечения артериальной гипертонии, обеспечивая достоверное снижение среднего систолического и диастолического АД при незначительном повышении ЧСС, характеризуются хорошей переносимостью и отсутствием побочных эффектов.

0129

УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОСОСУДИСТОГО РУСЛА КОЖИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Васильев А. П., Стрельцова Н. Н.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: Изучить функциональное состояние различных звеньев микроциркуляции (МЦ) кожи у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) с различным уровнем гликированного гемоглобина (Hb A1c).

Материалы и методы: Исследовано 70 пациентов СД в возрасте 35-66 лет обоего пола с сопутствующей артериальной гипертонией (АГ), из которых были сформированы 2 группы. В 1 группу (n=14) вошли больные с уровнем Hb A1c < 6,5%, во – с Hb A1c ≥ 6,5%. Группы были равнозначны по возрасту (49,7±0,9 и 54,8±1,2 лет), половому составу, степени АГ и уровню холестерина крови. Микроциркуляцию исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии. Определяли объем тканевой гемоперфузии (ПМ). В процессе анализа амплитудно-частотного спектра колебаний кровотока оценивали параметры, отражающие эндотелиальную (Аэ), нейрогенную (Ан), миогенную (Ам) активность микрососудов, показатели венозного оттока (Ад) и пульсового кровотока (Ас). Расчетным путем определяли миогенный тонус (МТ), показатель шунтирования (ПШ). Оценивали гемодинамические типы микроциркуляции: нормоциркуляторный (НГТМ), гиперемический (ГГТМ), спастический (СГТМ) и застойно-стазический (ЗГТМ).

Результаты: Амплитудно-частотные характеристики ЛДФ отличались статистически значимым увеличением во 2 группе осцилляций в нейрогенном диапазоне (Ан) на 41,7% (p=0,042) при выраженной тенденции к снижению колебаний кровотока в эндотелиальном (Аэ) и миогенном (Ам) секторах частот. Угнетение эндотелиальной функции МЦ и констрикции прекапилляров подтверждается результатами оценки процентного вклада различных составляющих в общем спектре кровотока: уменьшение эндотелиального контроля сосудистого тонуса на 36,9%, миогенного – на 22,4%. Увеличение пульсового кровенаполнения на 72,2% можно рассматривать как компенсаторную реакцию. Ограничение притока крови в микрососудистое русло подтверждается ростом МТ на 31,4% (p=0,041). Констрикция прекапилляров в условиях снижения нейрогенного тонуса на 19,0% (p=0,008) способствовало интенсификации артериоло-веноулярного шунтирования, которое во 2 группе оказалось выше на 91,4% (p=0,007). В данном случае более высокий показатель тканевой гемоперфузии во 2 группе (ПМ + 38,5%; p=0,042) следует считать непродуктивным, т.к. он в значительной мере осуществляется в обход нутритивного русла. Микрососудистая гемодинамика представлена лишь 1 типом гиперемическим, что вероятно связано с венозным полнокровием.

Заключение: У больных СД с более выраженной гликемией наблюдались существенные изменения МЦ. Характеризующиеся нарастанием вазоконстрикции, снижением продуктивности кровотока в результате усиления его шунтирования, усиления венозного полнокровия.

0130

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Васильцева О. Я., Ворожцова И. Н., Лавров А. Г., Карпов Р. С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, отделение ишемической болезни сердца и атеросклероза, отделение ультразвуковой и функциональной диагностики, отдел прогноза, планирования и анализа научно-исследовательской работы СибГМУ, г. Томск, Россия

Цель: Изучить динамику новых случаев госпитальной тромбоэмболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА), вклад в её развитие и исход имеющихся у пациентов факторов риска по данным регистра патологии в стационарах г. Томска в 2003-2012 гг.

Материалы и методы Исследованию были подвергнуты истории болезни и протоколы вскрытий пациентов, лечившихся в стационарах г. Томска в 2003-2012 гг., у которых при патологоанатомическом и/или инструментальном исследовании выявлена ТЭЛА. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ для компьютера «Statistica for Windows», версия 8. Для проверки нормальности распределения количественных признаков использовали критерий Шапиро-Вилка и критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Проверку равенства генеральных дисперсий осуществляли с помощью критериев Фишера и Кохрена. Статистически значимым считали уровень $p < 0,05$.

Результаты: В среднеурбанизированном городе Западной Сибири, Томске, создан первый в России Регистр госпитальной тромбоэмболии легочной артерии (2003-2012 гг.). Он зарегистрирован в объединённом фонде электронных ресурсов «Наука и образование» 28.11.2011года. В Регистр были включены 893 пациента: 751 пациент, у которых прижизненно и/или посмертно выявлена тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА), а также 142 пациента с нелетальной лёгочной эмболией. Проанализированы данные историй болезни и протоколов патологоанатомического вскрытия. В Регистре учитывались порядок госпитализации, отделение, возраст и пол пациентов, жалобы, анамнез, факторы риска тромбоэмболии легочной артерии, данные проведённых лабораторных и инструментальных методов исследований, в том числе эхокардиографии, сцинтиграфии лёгких, компьютерной томографии лёгких, а также материалы протоколов патологоанатомических вскрытий. Всем 720 умершим пациентам проводилось патологоанатомическое исследование. При анализе данных опирались на рекомендации Европейского общества кардиологов. По данным Регистра случаи эмболии у женщин преобладали (61,3%). ТЭЛА стала основной причиной смерти у 55,8% умерших. Рецидивы наблюдались у 22% пациентов. Большинство пациентов (63,0%) имели 3 и более фактора риска тромбоэмболии согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов и Российским клиническим рекомендациям. На основании данных об имеющихся факторах риска ТЭЛА и нозологических формах, осложнением которых она была, с помощью логистического регрессионного анализа путем пошагового включения предикторов создана математическая модель для расчёта вероятности летального исхода у пациентов с ТЭЛА. В формулу вошли 10 показателей, которые можно определить при госпитальном обследовании: наличие/отсутствие постельного режима; наличие/отсутствие заболеваний лёгких; наличие/отсутствие хронической венозной недостаточности; систолическое давление в правом желудочке >36 мм рт ст по данным эхокардиографии; наличие/отсутствие симптомокомплекса легочного сердца; наличие/отсутствие дилатации правого предсердия; наличие/отсутствие ожирения; наличие/отсутствие жидкости в перикарде, не связанной с инфекционным процессом; наличие дилатации правого желудочка; наличие постинфарктного кардиосклероза. Для оценки качества созданной модели использовался ROC-анализ. Значение показателя площади под кривой AUC (Area Under Curve) составило 0,993. Для определения оптимального порога отсечения был выбран критерий «максимальной суммарной чувствительности и специфичности». В результате чувствительность составила 0,95, специфичность – 0,96 при пороге отсечения $P=0,55$.

0131

ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Ватутин Н. Т.^{1,2}, Шевелёк А. Н.¹, Кравченко И. Н.²

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

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк, Украина

Цель: изучить влияние антагонистов альдостерона на показатели электрокардиограммы высокого разрешения (ЭКГ ВР) у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: Под наблюдением находились 58 пациентов (34 мужчин и 24 женщины, средний возраст $58,2 \pm 6,4$ лет) с ишемической болезнью сердца (ИБС) (стенокардия напряжения не выше II функционального класса – Канадская ассоциация кардиологов) и компенсированной (не выше II функционального класса – NYHA) хронической сердечной недостаточностью с сохраненной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса $\geq 45\%$), имевших пароксизмы ФП в анамнезе и синусовый ритм на момент начала исследования. Все больные были разделены на две группы: пациенты 1-й группы ($n=30$) в течение последующих 6 мес получали только стандартную терапию (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины, антикоагулянты и антиаритмические препараты III класса), во 2-й ($n=28$) – дополнительно был назначен антагонист альдостерона спиронолактон в дозе 25-50 мг/сут. Исходно и через 6 мес лечения всем пациентам выполняли ЭКГ ВР с регистрацией поздних потенциалов предсердий (ППП). При этом оценивали продолжительность фильтрованной Р-волны (FiP) и среднеквадратичную амплитуду её последних 20 мс (RMS-20). Критериями патологической ЭКГ ВР считали $FiP > 120$ мс и $RMS-20 < 3,5$ мВ. Присутствие обоих критериев свидетельствовало о наличии ППП.

Результаты: Исходно ППП были обнаружены у 25 (83%) пациентов 1-й группы и у 24 (86%) пациентов 2-й группы ($\chi^2=0,0$; $p=0,977$). После 6 мес лечения частота возникновения ППП во 2-й группе составила 63% ($\chi^2=4,57$, $p=0,03$ по сравнению с исходной), в то время как в 1-й – существенно не изменилась (85%, $\chi^2=0,5$; $p=0,48$).

Выводы: Применение антагониста альдостерона спиронолактона у пациентов с пароксизмальной формой ФП приводит к улучшению показателей ЭКГ ВР и уменьшению частоты регистрации ППП.

0132

ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ватутин Н. Т., Шевелёк А. Н., Карапыш В. А.

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

Цель: оценить влияние антагонистов альдостерона на клинический статус и частоту госпитализаций пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 79 больных (44 мужчин и 35 женщин, средний возраст $54,4 \pm 10,5$ лет) с компенсированной ХСН ишемического генеза I-III функционального класса (ФК) по NYHA с сохраненной систолической функцией (ФВ $> 45\%$) левого желудочка (ЛЖ). Больные были разделены на две группы сопоставимые по основным клинико-демографическим показателям: 1-ю ($n=39$) составили лица, получавшие только стандартную терапию ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины, антиагреганты), пациенты 2-й группы ($n=40$) дополнительно принимали антагонист альдостерона спиронолактон с титрованием дозы 25-50 мг/сут. Исходно и через 6 мес всем пациентам проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) с оценкой выраженности одышки по шкале Борга, определение ФК ХСН. Также оценивалась частота госпитализаций, по поводу декомпенсации ХСН и смерти.

Результаты: Исходно существенных различий по результатам ТШХ ($386,3 \pm 30,8$ м в 1-й группе и $362,5 \pm 44,1$ м во 2-й), количеству баллов по шкале Борга ($4,4 \pm 0,4$ в 1-й группе и $4,3 \pm 0,6$ во 2-й) и ФК ХСН между группами не было ($p > 0,05$). В течение всего периода наблюдения пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию в сопоставимых дозах.

К концу наблюдения в обеих группах отмечено существенное увеличение толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ, однако во 2-й группе показатели оказались достоверно ($p=0,02$) выше ($473,8 \pm 44,1$ м) по сравнению с 1-й ($417,9 \pm 43,2$ м). Выраженность одышки после проведения ТШХ уменьшилась в обеих группах, но больше во 2-й ($2,5 \pm 0,77$ баллов в сравнении с $3,7 \pm 0,78$ баллами в 1-й группе, $p < 0,001$). ФК ХСН (по NYHA) через 6 мес удалось снизить у 13 (32,5%) пациентов 2-й группы и лишь у 2 (5,1%) больных 1-й группы ($\chi^2=7,92$, $p=0,005$).

За 6 мес наблюдения повторно были госпитализированы 15 (38,5%) человек 1-й группы и 3 (7,5%) - 2-й ($p=0,003$, $\chi^2=9,07$). Во всех случаях причиной стационарного лечения являлась декомпенсация ХСН. Абсолютный риск повторных госпитализаций во 2-й группе оказался ниже на 31,0% ($p=0,002$, 95% доверительный интервал 12,6%-47,4%).

Выводы: Применение спиронолактона в течение 6 мес в дополнение к стандартной терапии пациентов с ХСН ишемического генеза приводит к достоверному уменьшению частоты госпитализаций по поводу её декомпенсации, ассоциируется с достоверным увеличением толерантности к физической нагрузке, уменьшением выраженности одышки и ФК сердечной недостаточности.

0133

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

^{1,2} Ватутин Н. Т., ¹Зинкович М. И.

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

² Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМНУ (Донецк, Украина)

Цель: Оценить частоту и степень тяжести нарушения фильтрационной функции почек у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от проводимого лечения (чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) либо консервативная терапия).

Материалы и методы: Обследовано 156 пациентов с ОКС. 80 человек в возрасте от 45 до 89 лет получали только консервативную медикаментозную терапию (1-ая группа). Оставшимся 76 пациентам в возрасте от 36 до 83 лет дополнительно к стандартной терапии проводили ЧКВ с введением рентгеноконтрастных йодсодержащих средств (РКС) на основе йопромида в дозах от 100 до 600 мл (2-ая группа). При поступлении в стационар (до проведения ЧКВ) и в течение 2-3 суток после у всех пациентов определяли уровень сывороточного креатинина (СК). Контраст-индуцированную нефропатию у пациентов 2-ой группы диагностировали при увеличении СК на $\geq 25\%$ от начального уровня.

Результаты: Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с ОКС, независимо от тактики лечения, существуют риски угнетения фильтрационной функции почек. В обеих группах примерно с одинаковой частотой регистрировали повышение содержания СК в интервале 7,1%-24,4% по сравнению с исходными значениями. Значимый, более 25%, прирост уровня СК отмечен в 6,3% (95% ДИ: 2,0% - 12,7%) случаев у пациентов 1-ой группы и в 32,9% (95% ДИ: 22,7% - 44,0%) случаев у больных, получавших РКС. Различия статистически достоверны при $p < 0,001$. Это подтверждает существующие представления о важной роли внутрисосудистого введения РКС в угнетении фильтрационной функции почек.

Выводы: Влияние РКС на нарушение функции почек подтверждается низкой частотой встречаемости значимого прироста уровня СК в группе больных с ОКС, не подвергавшихся ЧКВ. Полученные результаты позволяют рекомендовать раннюю профилактику нарушений фильтрационной функции почек всем больным отделения интенсивной терапии кардиологического профиля. Не дожидаясь существенного роста концентраций креатинина в сыворотке крови.

0134

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА РЕПЕРФУЗИОННЫЙ АРИТМОГЕНЕЗ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Ватутин Н. Т., Колесников В. С.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им В.К.Гусака, Донецк

Цель: оценить влияние ишемического прекондиционирования на реперфузионный аритмогенез после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при инфаркте миокарда.

Материалы и методы: обследовано 32 больных (20 мужчин, средний возраст 56 ± 4 года и 12 женщин, средний возраст 59 ± 3 года) с острым Q-ИМ ЛЖ. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я - 18 человек со стенокардией напряжения II-III функционального класса (эквивалент ишемического прекондиционирования) в анамнезе, 2-я - 14 человек без предшествующей стенокардии. Всем больным в ургентном порядке проводилась ангиопластика с последующим стентированием инфарктзависимой артерии. На протяжении вмешательства проводилось мониторирование ЭКГ с целью регистрации реперфузионных нарушений ритма.

Результаты: у обследованных пациентов после реперфузии регистрировались следующие нарушения ритма: желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочков (ФЖ), тахикардия из АВ-узла (АВУТ), а также брадикардия с замещающим идиовентрикулярным ритмом. В 1-й группе по сравнению со 2-й достоверно ($p < 0,05$) меньшей была распространённость ЖТ (29,4%; 53,8% соответственно, $\chi^2 = 6,45$), АВУТ (23,5%; 46,1%, $\chi^2 = 7,01$) и брадикардии с замещающим идиовентрикулярным ритмом (11,7%; 30,7%, $\chi^2 = 7,90$). Кроме того, у больных 1-й группы при сопоставлении со 2-й существенно ($p < 0,05$) меньшим было количество эпизодов ЖТ ($1,64 \pm 0,7$ и $2,82 \pm 1,1$ соответственно) и тахикардии из АВ-соединения ($2,05 \pm 0,8$ и $2,89 \pm 0,9$ соответственно). Во 2-й группе у одного пациента имел место эпизод ФЖ, в 1-й – эта аритмия не регистрировалась. Количество эпизодов брадикардии с замещающим идиовентрикулярным ритмом достоверно не различалось между группами (1-я - $1,6 \pm 0,4$, 2-я - $1,4 \pm 0,3$, $p > 0,05$).

Выводы: ишемическое прекондиционирование снижает частоту возникновения реперфузионных аритмий после ЧКВ при инфаркте миокарда.

Ватулин Николай Тихонович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренней медицины №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, заведующий отделом неотложной и восстановительной кардиологии и кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им В.К.Гусака, Донецк

Колесников Вадим Сергеевич, врач-анестезиолог ГУ «Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины».

Телефон (0622) 66-23-95, моб. 066-898-34-62

E-mail: kolesnikovVS@mail.ru

0135

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ

Ваулина Д. А.¹, Коростовцева Л. С.¹, Непран В. И.¹, Семенов А. П.¹, Цой У. А.¹, Свиричев Ю. В.¹, Гринева Е. Н.^{1,2}, Конради А. О.¹

¹ ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения РФ.

² ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: оценить динамику показателей жесткости сосудистой стенки и центрального давления в аорте (ЦАД) у больных активной формой акромегалии после аденомэктомии.

Материалы и методы: Включено 14 пациентов (4 мужчин, 10 женщин; средний возраст - $50,7 \pm 10,6$ года) с активной формой акромегалии, которым выполнена трансназальная аденомэктомия. Средняя длительность заболевания составила $7,84(1;30)$ года. Артериальная гипертензия диагностирована у 11 больных. Всем пациентам на исходном этапе и через 12 месяцев после операции выполнены полное полисомнографическое исследование (Embla, Natus, США), СМАД (BpLab, Петр Телегин, Россия),

аппланационная тонометрия с оценкой жесткости сосудистой стенки и центрального АД (центральное систолическое и диастолическое АД, ЦСАД и ЦДАД) (Sphygmocor, Австралия).

Результаты: Исходные показатели составили: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) $6,44 \pm 1,49$ м/с, ЦСАД $113,6 \pm 12,3$ мм рт. ст., ЦДАД $73,1 \pm 10,2$ мм рт. ст., индекс аугментации – $22,2 \pm 13,1$. При проведении сравнительного анализа исходных показателей с параметрами через 12 месяцев после операции отмечена существенная динамика уровней ЦСАД и ЦДАД и периферического артериального давления (АД), при этом увеличение показателей для ЦАД составило в среднем $8(4;13)$ и $8(1;13,5)$ мм рт. ст. для ЦСАД и ЦДАД соответственно ($p=0,004$, $p=0,006$), а периферическое АД в среднем увеличилось на $10(-0,5;17)$ мм рт. ст. ($p=0,026$). Значения СРПВ и индекс аугментации (ИА) также повысились, но различия не достигали статистической значимости: прирост составил $0,45(-0,07;2,45)$ м/с и $5(-1,5;10)$ % соответственно ($p=0,13$ $p=0,12$).

Выводы: У больных акромегалией средние показатели жесткости сосудистой стенки и ЦАД соответствуют пределам нормальных значений. Через 12 месяцев после аденомэктомии отмечается значительное увеличение показателей ЦАД и периферического АД, что, вероятно, связано с недостаточным контролем артериальной гипертензии в послеоперационном периоде.

Работа выполнена в рамках госзадания: тема 15 «Изучение клинических и молекулярно-генетических особенностей опухолей гипофиза и их вклада в развитие сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности».

0136

ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Вахмистрова Т. К., Козлов Е. В., Пинес А. Л., Вахмистрова А. В., Бугрова О. В..

ГБОУ ВПО Оренбургский государственный университет МЗ РФ Россия

ГАУЗ «Оренбургская РБ» Оренбург Россия

Около 30 млн человек в мире принимают ежедневно нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), что обусловлено их высокой эффективностью при болевом синдроме воспалительного происхождения. Длительный приём НПВП приводит к осложнениям чаще со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Классифицируют НПВП по их ингибирующей активности в отношении изоформ циклооксигеназы (ЦОГ).

Цель: оценить центральное аортальное систолическое давление (ЦАСД) у больных при приеме НПВП.

Материалы и методы: нами обследовались 50 больных, страдающих дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в возрасте от 40 до 62 лет (средний возраст $52,57 \pm 7,71$ г.), не имеющих сопутствующих заболеваний, принимающих НПВП не менее 3 месяцев. В зависимости от приема препаратов больные разделены на 3 группы. Первая группа включала 20 пациентов, принимающих неселективные НПВП (диклофенак), 2 группа состояла из 20 больных, принимающих селективные НПВП (найз) и 3 группа представлена 10 пациентами, принимающими высокоселективные НПВП (аркоксиа). Исследовалось центральное аортальное систолическое давление (ЦАСД), систолическое периферическое артериальное давление (САД), диастолическое (ДАД) периферическое артериальное давление и число сердечных сокращений (ЧСС) на аппарате Λ -pulse CASPal (Сингапур). Рассчитывалась разница между САД и ЦАСД (амплификационное давление).

Результаты: у больных, принимающих НПВП, превышали норму средние показатели САД, ДАД и ЦАСД ($142,29 \pm 13,33$ мм.рт.ст., $90,93 \pm 8,08$ мм.рт.ст. и $134,79 \pm 12,64$ мм.рт.ст.), среднее ЧСС соответствовало норме ($79,86 \pm 7,39$ уд\мин), а амплификационное давление (АмД) было ниже нормального значения ($7,50 \pm 2,86$ мм.рт.ст.). Такая же тенденция наблюдалась и во всех трех группах пациентов. Так средние значения САД в 1, 2 и 3 группах составили соответственно $143,57 \pm 12,20$ мм.рт.ст., $142,50 \pm 15,02$ мм.рт.ст. и $141,84 \pm 19,11$ мм.рт.ст., ДАД – $90,86 \pm 9,06$ мм.рт.ст., $92,17 \pm 7,17$ мм.рт.ст. и $90,28 \pm 11,99$ мм.рт.ст., ЦАСД – $136,86 \pm 11,27$ мм.рт.ст., $134,00 \pm 14,33$ мм.рт.ст. и $132,58 \pm 23,38$ мм.рт.ст., ЧСС – $74,57 \pm 6,65$ уд\мин., $86,17 \pm 7,17$ уд\мин. и $80,91 \pm 15,14$ уд\мин., АмД – $6,71 \pm 3,10$ мм.рт.ст., $8,50 \pm 2,50$ мм.рт.ст. и $9,73 \pm 6,75$ мм.рт.ст.

($p > 0,05$). Гендерные различия выявлены по средним значениям САД и АмД ($p > 0,05$). У мужчин САД выше, чем у женщин соответственно $146,50 \pm 12,33$ и $139,13 \pm 13,91$ мм.рт.ст. Амплификационное давление в 1,58 раза больше у мужчин, чем у женщин ($9,50 \pm 1,50$ мм.рт.ст. против $6,00 \pm 3,00$ мм.рт.ст.).

Выводы: длительный прием всех групп НПВП требует постоянного контроля за артериальным давлением

0137

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СТРАТИФИКАЦИИ КАРДИАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАПРАВЛЯЮЩИХСЯ НА НЕКАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Вахромеева М. Н., Тюрин В. П., Чанахчян Ф. Н., Денисенко-Канкия Е. И.

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель: Оценить роль синхронизированной с ЭКГ однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (синхро-ОФЭКТ) миокарда левого желудочка (ЛЖ) в стратификации риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС) у пациентов пожилого возраста, направляющихся на некардиохирургические вмешательства.

Материалы и методы В исследование включено 230 пациентов (средний возраст $67,31 \pm 6,69$ лет). Проанализированы клинические факторы риска развития НССС с использованием RCRI («переработанный индекс кардиального риска»). Всем пациентам на догоспитальном этапе выполняли синхро-ОФЭКТ миокарда ЛЖ по стандартному протоколу. Региональную перфузию оценивали с использованием стандартизированной 20-сегментной модели, на которой оценивали: SSS – общий счет, отражающий степень снижения перфузии миокарда при нагрузке; SRS – общий счет, отражающий степень снижения перфузии миокарда в покое; а также SDS – общую разницу счета, отражающую степень обратимости дефекта и выраженности стресс-индуцированной ишемии миокарда. На основании данных о наличии и распространенности дефекта, выраженности снижения перфузии миокарда ЛЖ с использованием SSS, исследуемых пациентов классифицировали на следующие группы: с нормальной перфузией ($SSS < 4$), с незначительной степенью снижения ($SSS = 4-6$), умеренной и выраженной степенью снижения перфузии миокарда ЛЖ ($SSS = 7-12$ и $SSS \geq 12$, соответственно). Результаты SDS классифицировали как: отсутствие ишемии ($SDS < 2$), умеренная ишемия ($SDS = 2-6$) и выраженная ишемия ($SDS \geq 7$).

Результаты: Из 230 пациентов 166 (72,2%) первым этапом выполнили некардиохирургические вмешательства ($SSS - 3 [0; 7]$; $SDS - 1 [0; 4]$; 95% ДИ, $p < 0,001$). Остальным 64 (27,8%) пациентам операции отменили или отсрочили в связи с установленным высоким кардиальным риском ($SSS - 12 [9; 19]$; $SDS - 7 [5; 9]$; 95% ДИ, $p < 0,001$). Из них 44 (68,8%) по результатам синхро-ОФЭКТ были направлены на коронароангиографию (КАГ), после которой 22-м (50%) выполнили реваскуляризацию миокарда. Из 166 прооперированных пациентов у 17 (10,2%) в интра- и раннем послеоперационном периодах развились осложнения. У 12 (7,2%) диагностировали НССС, при этом, у всех этих пациентов по данным синхро-ОФЭКТ были выявлены умеренные стресс-индуцированные нарушения перфузии с показателями $SSS - 7 [6; 11]$ и $SDS - 4 [3; 5]$; 95% ДИ, $p < 0,05$. У остальных 5 пациентов диагностировали некардиальные осложнения.

Выводы: Проведение сцинтиграфии миокарда ЛЖ в дооперационном периоде позволяет стратифицировать кардиальный риск в интра- и/или раннем послеоперационном периодах при некардиохирургических вмешательствах. Пациенты с $SSS \geq 7$ и $SDS \geq 4$ по данным синхро-ОФЭКТ представляют группу «высокого риска», которым целесообразно выполнение КАГ с целью решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

0138

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Вдовенко Д. В., Либис Р. А., Вдовенко Л. Г.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Оренбург

Цель: Изучить распространенность и характер объемных образований сердца по данным эхокардиографии (ЭХОКГ).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 7346 ЭХОКГ, проведенных в течение года в ООКБ №2 на аппарате Vivid 3. Оценивали размеры и объемы полостей сердца, состояние клапанов и внутрисердечной гемодинамики, наличие дополнительных образований, их размер, форму, экзогенность.

Результаты: Образования в полостях сердца были выявлены у 47 больных (0,64%). В 32 случаях - тромбы, в 6 - вегетации, в 2 - миксомы, в 3- образования, требующие дифференциации между опухолью и тромбом, в 3-опухоли средостения и 1 эхинококковая киста, сдавливающие камеры сердца. Локализовались образования: в левом желудочке (ЛЖ)- у 29 (61,7%), в левом (ЛП) и правом (ПП) предсердиях - у 6 (12,8%) , на клапанах сердца - у 8 (17%), внесердечные - у 4 (8,5%) больных.

Образования в ЛЖ (29) расценивались как тромбы. Все 29 больных перенесли ранее инфаркт миокарда, осложненный у 15 пациентов аневризмой ЛЖ. У 22 больных этой группы выявлялось увеличение диастолического размера (до 66 ± 9 мм) и объема ЛЖ (до 230 ± 70 мл), у 24 - ЛП (до 47 ± 6 мм), у 23 - снижением фракции выброса до $41\pm 11\%$. У больных с аневризмой ЛЖ выявлялась дискинезия миокарда, у остальных пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) – зоны гипо- и акинеза. Во всех случаях образования локализовались в области верхушки левого желудочка, имели различное повышение экзогенности с участками кальциноза, различную форму (округлую, лентовидную) и размер (максимально 42×22 мм), располагались чаще пристеночно, в 2 случаях крепились на ножке и были подвижны. В дилатированном левом предсердии тромбы выявлялись в 3 случаях: в 2 у пациентов с митральным стенозом, в 1 на фоне постоянной формы фибрилляции предсердий. Вегетации различных размеров и эхоплотности выявлялись в 2 случаях на створках митрального клапана и в 4 на трикуспидальном клапане. У 2 больных диагностированы миксомы: в левом и правом предсердии. Миксомы были подвижны в токе крови, округлой формы, на ножке, исходили из межпредсердной перегородки. Миксома ПП в диастолу пролабировала в атриовентрикулярное отверстие, ЛП - располагалась в пределах полости. Диагноз миксомы подтвержден при оперативном лечении. В 1 случае образование в ЛП требовало дифференциации.

Выводы: ЭХОКГ является основным неинвазивным методом прижизненной диагностики объемных образований сердца.

0139

ЭКСПРЕССИЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

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

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

Цель: исследовать экспрессию трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF-β1) в миокарде левого и правого желудочков сердца при остром и хроническом адренергическом стрессе (АС).

Материалы и методы: в I серии эксперимента (модель острого адренергического стресса, ОАС) 5 крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг, во II серии (модель хронического адренергического стресса, ХАС) 5 крысам адреналин в тех же дозах вводился интраперитонеально в течение 2 недель три раза в день. Через 2 часа после введения препарата в I серии и через 2 недели во II серии под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Иммуногистохимические исследования проводились с использованием автоматической установки для иммуногистохимического и иммуноцитологического окрашивания препаратов Autostainer 360 (Thermo Shandon, Великобритания). Использовались мышинные моноклональные антитела к TGF-β1 (TB21) в разведении 1/100 производства Santa Cruz Biotechnology, Inc., США. TGF-β1-позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. По степени окрашивания выделялись клетки с сильной и средней экспрессией TGF-β1. В левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ) рассчитывался индекс экспрессии (ИЭ, кл/мм²) - количество позитивных клеток (с сильной и средней экспрессией) в 1 мм² миокарда. Площадь 1 поля зрения, с учетом увеличения микроскопа, составляла 0,088 мм². Так же определялся индекс активности (ИА) эндотелиоцитов, который рассчитывался как % эндотелиоцитов, экспрессирующих TGF-β1 от общего количества клеток, экспрессирующих данный фактор роста фибробластов.

Результаты: показали, что ИЭ клеток с сильной и средней экспрессии TGF-β1, в ЛЖ и в ПЖ при остром и ХАС достоверно не различался ($p > 0,05$). Интересно отметить, что ИЭ эндотелиоцитов с сильной и средней экспрессией TGF-β1 в обоих желудочках был значительно выше при ХАС. Так при остром АС в ЛЖ индекс экспрессии эндотелиоцитов был равен 1,3 кл/мм², а при ХАС показатель ИЭ=21,7 кл/мм² ($\chi^2=4,423$; $p=0,035$). В ПЖ при ОАС индекс экспрессии эндотелиоцитов составил 0,9 кл/мм², и при ХАС – 11,1 кл/мм² ($\chi^2=12,957$; $p=0,0001$).

То есть, при ХАС выработка TGF-β1 эндотелиоцитами как в ПЖ, так и в ЛЖ будет способствовать трансформации эндотелиоцитов в фибробласты и, в конечном счете, прогрессированию фиброза. Стоит так же отметить значительно более высокие значения ИА эндотелиоцитов в ПЖ при ХАС (ИА=59,5%) по сравнению с ОАС (ИА=6,0%), $\chi^2=6,842$; $p=0,009$. Таким образом, при ХАС значительно нарастает выработка TGF-β1 эндотелиоцитами, то есть, сосудистая экспрессия TGF-β1 превалирует над тканевой.

0140

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

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

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: Исследовать влияние комбинированной антигипертензивной терапии (фиксированная комбинация валсартана и амлодипина – препарат Эксфорж производства фирмы Novartis Pharma, Швейцария) на состояние ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) и сосудистое ремоделирование у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическими нарушениями (МН) по данным проспективного наблюдения.

Материалы и методы: Обследовано 62 пациента АГ 1 -111 степени в возрасте 30 – 60 лет. Основная группа – 42 пациента АГ с признаками МН и группа сравнения -20 больных без МН. Пациенты были обследованы до - и через 16 недель терапии препаратом эксфорж в дозе 5/160 - 10/ 160 мг/сутки. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на аппарате АВРМ-04 «Meditech», Венгрия. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) на каротидно – феморальном участке определяли с помощью сфигмографической приставки АПК «Полиспектр -12» (Россия). Оценивали индекс жесткости сосудистой стенки (САУ), лодыжечно - плечевой индекс (АВІ). ЭХОКГ проводилась на эхокардиографе

GE «Vivid 4». Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) вычисляли по формуле R. Devereux и N Reichek с определением типа ремоделирования ЛЖ.

Результаты: Применение препарата эксфорж обеспечивает высокие показатели достижения целевого уровня АД по среднесуточным данным (СМАД) : 1 ст. АГ - 100%, 2 ст. - 83,3%, при 3 ст. АГ – 63, 64%. Анализ состояния жесткости артерий у пациентов АГ с МН показал увеличение СРПВ по мере прогрессирования АГ. На фоне терапии препаратом эксфорж наблюдается снижение показателей СРПВ уже при 1 ст. АГ, более выраженное по мере усугубления степени АГ (3 ст. АГ: динамика СРПВ составила от $13,88 \pm 0,48$ м/сек до $12,41 \pm 0,28$ м/сек, $p \leq 0,01$). Показатель индекса жесткости артерий (САУИ) возрастал по мере увеличения степени АГ (от $6,4 \pm 0,15$ при АГ 1 ст. до $7,63 \pm 0,23$ при 3 ст. АГ, $p \leq 0,05$) и достоверно снижался на фоне терапии ($p < 0,05$). Анализ типов ремоделирования ЛЖ показал, что при АГ с МН чаще наблюдается концентрическая гипертрофия ЛЖ ($p < 0,005$). После 16 недель терапии препаратом эксфорж в основной группе нормальная геометрия выявлялась у 38,8%, концентрическое ремоделирование ЛЖ – у 21,7% пациентов, признаки концентрической гипертрофии ЛЖ – у 20, 4% пациентов и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ – у 14, 3% пациентов. ММЛЖ в основной группе на фоне терапии достоверно снизилась ($p < 0, 001$).

Закключение: Комбинированная терапия валсартаном и амлодипином (препарат эксфорж) помимо выраженного антигипертензивного эффекта, оказывает благоприятное воздействие на сосудистое ремоделирование, влияя на показатели жесткости артерий, а также способствует нормализации геометрии ЛЖ, улучшая прогноз у больных АГ в сочетании с метаболическими нарушениями.

0141

НАГРУЗОЧНЫЕ ДОЗЫ СТАТИНОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ПЛАНОВЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Вершинина Е: О., Сальникова Е: С., Репин А: Н: НИИ кардиологии, г. Томск

Цель: сравнить влияние нагрузочных доз аторвастатина (А) и розувастатина (Р) на величину острого повреждения миокарда, определяемую по динамике сердечных биомаркёров (высокочувствительного тропонина (ТпI) и МВ фракции креатинфосфокиназы (КФК МВ)), при плановых эндоваскулярных вмешательствах на коронарных артериях.

Материалы и методы: проведено открытое проспективное сравнительное исследование, включившее 68 пациентов, которым было выполнено успешное плановое эндоваскулярное лечение по поводу стенозирующего атеросклероза коронарных артерий. Все пациенты исходно длительно принимали статины. В первую группу было включено 33 пациента, получивших нагрузочную дозу А 80 мг за 12 часов до вмешательства с последующим сохранением этой дозы в течение 2-6 дней. Во вторую группу включено 35 больных, принимавших Р 40 мг/сут. По основным клинико-анамнестическим характеристикам, степени поражения коронарных артерий и объёму выполненного вмешательства группы исходно не различались. ТпI и КФК МВ определялся исходно, через 12, 24, 48 и 72 часа после вмешательства. Сжатие данных представлено в Me (Q25-Q75), где Me – медиана, Q25-Q75 – нижний и верхний квартили.

Результаты: Исходно уровень ТпI составил 0,58 (0,49-0,66) и 0,58 (0,49-0,64) нг/мл в гр. А и Р соответственно, $p=0,88$. Через 12 часов после вмешательства уровень ТпI достоверно увеличился в обеих группах (до 1,01 (0,69-1,32) нг/мл в гр. А и до 0,74 (0,62-0,98) нг/мл в гр. Р, $p=0,045$). Через 24 часа после вмешательства межгрупповые различия уровня ТпI исчезли (0,89 (0,62-1,34) нг/мл и 0,77 (0,64-0,95) нг/мл соответственно, $p=0,31$). Значение этого биомаркёра оставалось существенно повышенным до 3 суток наблюдения в обеих группах, но без значимых межгрупповых различий. Исходно уровень КФК МВ составил 11 (7-15) Ед/л и 9,5 (7-14) Ед/л в первой и второй группах соответственно, $p=0,78$. Через 12 часов после вмешательства уровень КФК МВ увеличился до 19,2 (14,5-23) Ед/л в первой группе и 14 (11,6-22,1) Ед/л во второй, $p=0,04$. К концу первых суток статистически значимые межгрупповые различия исчезли вследствие некоторого снижения этого биомаркёра в гр. А и продолжающегося повышения КФК МВ в гр. Р. Через 72 часа после вмешательства в гр. Р КФК МВ практически вернулся к исходному значению. На фоне же нагрузки А КФК МВ оставалась достоверно повышенной по сравнению с ис-

ходным уровнем до конца госпитального периода. Кроме того, были выявлены статистически значимые межгрупповые различия по величине пикового значения КФК МВ (24 [18-38] Ед/л в первой группе и 18 [14-26] Ед/л во второй, $p=0,029$).

Выводы: применение высоких нагрузочных доз сильнодействующих статинов (аторвастатина и розувастатина) при плановом эндоваскулярном вмешательстве на коронарных артериях оказывает сходное влияние на динамику сердечных биомаркёров в течение 72 часов после ЧКВ. При этом применение нагрузочной дозы розувастатина имеет некоторое преимущество в связи с достоверно меньшим повышением ТпI и КФК МВ (на 26,7% и 27,1%, соответственно) в течение первых 12 часов после процедуры.

0142

ФАРМАКО-ИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД СОХРАНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Вершинина Е. О., Рябова Т. Р., Репин А. Н.

НИИ кардиологии, Томск

Цель: изучить влияние триметазида (ТМЗ) на функцию миокарда у пациентов со стабильной ИБС на фоне нарушений углеводного обмена, перенёсших плановые эндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях (КА).

Материалы и методы: проведено открытое проспективное контролируемое клиническое исследование, включившее 63 пациента стабильной ИБС на фоне нарушений углеводного обмена. Пациенты первой группы ($n=32$) в течение 2х недель перед чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ) и 12 месяцев после получали ТМЗ (Предуктал МВ, Servier) 35 мг х 2 раза в сутки в дополнение к стандартной терапии. Пациентам второй группы ($n=31$) ЧКВ и последующее наблюдение проводилось на фоне стандартной терапии без применения препаратов метаболического действия. По клинико-анамнестическим показателям, выраженности углеводных расстройств, степени поражения коронарных артерий, объёму выполненных эндоваскулярных вмешательств, сопутствующей терапии исходно группы не различались. Ультразвуковое исследование сердца проводили исходно и через 12 месяцев проспективного наблюдения по стандартным методикам с последующим вычислением конечного диастолического индекса (КДИ), конечного систолического индекса (КСИ), фракции выброса (ФВ) ЛЖ. Сжатие данных представлено в виде Me (Q25-Q75), где Me – медиана, Q25-Q75 – нижний и верхний квартили.

Результаты: в 1-й группе было выявлено статистически значимое уменьшение КДИ левого желудочка (ЛЖ) через 1 год после ЧКВ [60,1 [54,6-69,2] мл/м² исходно в сравнении с 56,8 [47,6-69] мл/м² через 12 месяцев, $p\leq 0,05$). Во 2-й группе также имелось уменьшение КДИ по абсолютным значениям, однако статистическую достоверность изменения КДИ в этой группе подтвердить не удалось [56,6 [42,1-69] мл/м² в сравнении с 53,8 [48,3-61,2] мл/м², $p>0,05$). В 1-й группе произошло достоверное уменьшение КСИ через 1 год после ЧКВ по сравнению с исходным значением [25,3 [19,8-31,1] мл/м² исходно, 24,2 [17,8-30,5] мл/м² через 12 месяцев, $p\leq 0,05$). В контрольной группе выявлено недостоверное увеличение КСИ по абсолютным значениям к концу периода наблюдения [20 [16,5-26] мл/м² в сравнении с 20,8 [15,9-25,9] мл/м², $p>0,05$). ФВ ЛЖ также статистически значимо увеличилась в основной группе [56,5 [52-63,5] % исходно, 59 [55-63] % через 12 месяцев, $p\leq 0,05$). Во 2-й группе наблюдалось статистически незначимое снижение ФВ ЛЖ к концу 12 месячного периода наблюдения [63 [58-65] % в сравнении с 60 [55-67] %, $p>0,05$).

Выводы: приём миокардиального цитопротектора триметазида в дозе 75 мг/сут за 2 недели до и в течение 12 месяцев после ЧКВ у пациентов ИБС на фоне нарушений углеводного обмена приводит к достоверному улучшению сократительной функции миокарда ЛЖ в отдалённый период по данным ЭхоКГ (снижение КДИ на 5,5%, снижение КСИ на 4,4%, увеличение ФВ ЛЖ на 2,5% через 12 месяцев после выполненной эндоваскулярной реваскуляризации миокарда по сравнению с исходным значением), в то время как только инвазивный подход не предупреждает прогрессирующее снижение сократимости миокарда у пациентов с сопутствующими нарушениями углеводного обмена.

0143

ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА И ЕГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ ЭПИКАРДИАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Веселовская Н. Г.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{1,3}, Гриценко О. В.^{1,2}

¹ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

³ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул

Изучение факторов риска и доклинических маркеров хронической сердечной недостаточности (ХСН) является важным направлением кардиологии. Роль эпикардиального ожирения (ЭО) в ремоделировании левого желудочка изучена недостаточно.

Цель: Оценить взаимосвязь толщины эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) со структурными и функциональными показателями миокарда.

Материалы и методы: В исследование было включено 104 мужчины (54,8±8,2 лет) с ИБС: стенокардией напряжения I-III ф. кл. на фоне ожирения (ИМТ 34,26±2,80 кг/м²). Из исследования были исключены пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда. Были выделены две группы пациентов: группа 1 с тЭЖТ≥7 мм (n=49), группа 2 - пациенты с тЭЖТ<7 мм (n=55). Всем пациентам проводилась оценка основных адипокинов висцеральной жировой ткани (лептин, адипонектин, резистин). Оценка структуры и функции миокарда проводилась с помощью эхокардиографии (ЭХОКГ). Степень ЭО оценивалась с помощью ЭХОКГ (определялась линейная тЭЖТ за свободной стенкой правого желудочка (ПЖ) в конце систолы в В-режиме).

Результаты: Было выявлено, что у пациентов группы 1 (тЭЖТ≥7 мм) показатели лептина 19,9(11,3;25,6) нг/мл и резистина 12,6(5,9;18,6) нг/мл были выше, чем в группе 2 (тЭЖТ<7мм) 9,3(6,8;13,2) нг/мл (p=0,001) и 8,3 (1,8;11,7) нг/мл (p=0,028) соответственно. Уровень адипонектина в группе 1 был ниже, чем во 2 группе и составил 7,9(5,2;9,7) мкг/мл и 9,9(7,7;22,2) мкг/мл соответственно (p=0,005). Выявлено, что средние значения конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) в группе 1 составили 132,67±15,67 мл и 51,89±8,31 мл и были значительно выше, чем у пациентов группы 2 124,45±12,69 мл (p=0,005) и 43,76±6,54 мл (p=0,002). Кроме того, у пациентов группы 1 с тЭЖТ≥7мм, были выше размеры левого предсердия (ЛП) - 44,37±4,97 мм и конечно-диастолический размер ПЖ - 29,31±3,48 мм, чем у пациентов группы 2 40,54±2,98мм (p=0,001) и 25,43±3,12 мм (p=0,001). Было выявлено, что показатель тЭЖТ положительно коррелировал с объемами ЛЖ: КДО (r=0,364;p=0,001), КСО (r=0,392;p=0,001) и отрицательно с фракцией выброса по Симпсону (r=-0,409;p=0,001). Кроме того, показатель тЭЖТ показал положительную взаимосвязь с размерами ЛП (r=0,218; p=0,030). В группе 1 диастолическая дисфункция (ДД) 1 типа определялась у 28,5% пациентов (n=14), в группе 2 у 14% пациентов (n=8). Кроме того, у двух пациентов группы 1 была выявлена ДД 2 типа, у пациентов группы 2 данный вид ДД не встречался.

Заключение: В клинической практике может стать важной оценка степени ЭО, которая связана как с выраженностью нейрогуморальной активности самой ЭЖТ, так и активности в целом висцерального жира в организме. ЭО возможно является важным патогенетическим механизмом ремоделирования миокарда и модифицируемым фактором риска развития и прогрессирования ХСН.

0144

КОРОНАРНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИКАРДИАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Веселовская Н. Г.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{1,3}, Осипова Е. С.², Отт А. В.^{2,3}, Шенкова Н. Н.^{3,4}

¹ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

ЭГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул
«ЗАО «Санаторий Россия», Белокуриха»

Современные шкалы стратификации коронарного риска не учитывают вклад висцерального ожирения в риск сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: создать шкалу риска развития Субклинического Коронарного Атеросклероза у Больных с Ожирением (СКАБО).

Материалы и методы: В исследование было включено 67 мужчин, 40-65 лет ($50,95 \pm 6,54$ лет) с отсутствием клиники стенокардии и клинических проявлений атеросклероза других локализаций. Пациенты имели общее ожирение I-III степени, ИМТ $35,16 \pm 3,32$ кг/м² и висцеральное ожирение по показателю толщины эпикардиальной жировой ткани ≥ 7 мм. В результате проведения коронароангиографии или мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий были выделены 2 группы сравнения: Группа I (n=25) – пациенты с наличием коронарного атеросклероза (КА), Группу II (n=42) – пациенты с отсутствием КА. Всем пациентам была проведена оценка основных и дополнительных метаболических факторов риска. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS-21.

Результаты: Потенциальными предикторами риска КА в результате сравнения двух групп стали: наличие артериальной гипертензии, наличие углеводных нарушений, триглицериды, лептин, адипонектин и С-реактивный белок. Для определения пороговых значений количественных предикторов и редукции интервальных переменных в категориальные был проведен ROC-анализ. Так, для ТГ оптимальной точкой отсечения стало значение 1,8 мм/л (чувствительность 72%, специфичность 66,7%), для лептина 12,8 нг/мл (чувствительность 80%, специфичность 64%), для адипонектина 10 мкг/мл (чувствительность 84%, специфичность 45%), для СРБ 5 мг/мл (чувствительность 64%, специфичность 76%). В результате регрессионного анализа с оптимальным шкалированием каждому предиктору присвоены коэффициенты важности. Величина верных классификаций в результате логистической регрессии составила 79,1%, что говорит о хорошей прогностической способности данной регрессионной модели. Для определения порогового значения суммарного балла связанного с высоким риском субклинического коронарного атеросклероза была построена ROC-кривая. Оптимальный порог отсечения суммы баллов (cut-off value), позволяющий разделить больных на 2 группы, соответствовал значению 58 баллов. Таким образом, при вероятности коронарного атеросклероза ≥ 58 , риск его относится к градации высокого.

Заключение: Шкала СКАБО позволяет учитывать основные патогенетические механизмы связывающие ожирение и КА. Разработанная шкала позволяет с вероятностью 79,1% оценить риск КА у асимптомных больных с ожирением.

0145

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Вихарева Ю. В., Онучина Е. Л., Соловьёв О. В., Липнина Е. О.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА. Киров. Россия.

Цель: Оценка функции почек (СКФ) и альбуминурии (МАУ) у пациентов с зарегистрированной фибрилляцией предсердий (ФП) в сравнении с больными без аритмии.

Материалы и методы: Проанализированы 35 историй болезни у пациентов старше 40 лет: 20 больных с зарегистрированной ФП (возраст $64,9 \pm 7,3$ лет) и 15 – без ФП (группа контроля) (возраст $59,4 \pm 6,5$). Пациенты сопоставимы по сопутствующей патологии, возрасту, полу. Диагностику ФП проводили в соответствии с Рекомендациями РКО, ВНОА и АССХ (2012 г). СКФ определяли по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) и СКД-EPI; оценивали МАУ иммуноферментным методом в утренней моче. Исключены пациенты с ИБС, сахарным диабетом, системными заболеваниями соединительной ткани, заболеваниями крови, онкопатологией, заболеваниями почек (МКБ, пиелонефрит, гломерулонефрит) и заболеваниями предстательной железы у мужчин.

Результаты: У пациентов с ФП выявлены худшие антропометрические показатели: индекс массы тела (ИМТ) при ФП - $30,1 \pm 4,3$ против $25,8 \pm 2,76$ кг/м² в группе контроля ($p=0,024$); окружность талии при ФП - $100,7 \pm 11,03$ см, в группе контроля - $88,0 \pm 8,27$; $p=0,007$). По тяжести симптомов ФП, согласно классификации EHRA, преобладали пациенты с среднетяжёлым течением аритмии. СКФ по MDRD: группа ФП - $68,9 \pm 13,7$, в контроле $82,8 \pm 11,9$ мл/мин/1,73м² ($p=0,6$); по СКД-EPI в группе ФП - $77,55 \pm 13,9$ и $82,8 \pm 11,9$ мл/мин/1,73м² в группе контроля ($p=0,3$). СКФ (MDRD) менее 60 мл/мин/1,73м² диагностирована у 13 пациентов с ФП (65%) и у 4 без ФП (27%) ($p<0,05$). Микроальбуминурия (МАУ) у больных ФП - 30 [280;10]; у больных без ФП - 10 [150;10] ($p<0,05$). МАУ более 30 мг/л зарегистрирована у 65% больных с ФП и у 40% группы контроля ($p<0,05$). Продолжительность госпитализации сопоставима у пациентов с ФП и без аритмии ($p>0,05$), однако, количество повторных госпитализаций больше в группе с ФП.

Выводы: У пациентов с не тяжёлым течением ФП на фоне абдоминального ожирения выявлено увеличение МАУ, преобладание пациентов с СКФ менее 60 мл/мин; чаще повторные госпитализации. Очевидно, пациентам с ФП требуется проводить обязательную оценку функции почек и МАУ, а также корректную нефропротективную терапию.

0146

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КАК ОСНОВНОГО ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Власова О. Л.

Многопрофильная клиника «Уромед», г. Смоленск, Россия

Введение: Борьба с артериальной гипертонией (АГ) давно переросла узкомецинские рамки и стала государственной задачей. Тесно связанным с проблемой АГ, является метаболический синдром (МС) пандемия – XXI века индустриально-развитых стран. Наряду с общепризнанными факторами риска, в настоящее время все большее значение придается совокупности психофизиологических факторов в формировании, течении и лечении АГ как основного проявления МС. Особо неблагоприятное влияние на течение и прогноз АГ оказывают депрессии.

Цель: Оценить динамику психосоматического состояния пациентов с АГ в рамках МС на фоне проводимой антигипертензивной терапии (кандесартан и гидрохлортиазид), а также влияние этих препаратов на параметры липидного спектра крови и показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у данной категории больных.

Материалы и методы: У 60 пациентов с АГ в рамках МС в возрасте от 35 до 65 лет (в среднем $47,8 \pm 8,3$ лет) проведено СМАД, исследованы параметры липидограммы в сопоставлении с психосоматическим статусом, оценка которого проводилась с помощью, шкалы тревоги и депрессии: Бэка, Спилбергера-Ханина, акцентуации личности с помощью опросника Леонгарда.

Результаты: На фоне проводимого лечения достоверно улучшились параметры липидного обмена: уровень ЛПНП после лечения составил $2,87 \pm 0,40$ ммоль/л по сравнению с исходным уровнем $3,92 \pm 0,81$ ммоль/л. По данным СМАД на фоне лечения наблюдалась достоверно стойкое снижение среднесуточного систолического АД (в среднем на $20,6 \pm 9,5$ мм рт ст), а также среднесуточного диастолического АД (в среднем на $12,1 \pm 3,5$ мм рт ст). С помощью опросника Леонгарда были выявлены следующие патологические акцентуации: эмотивность 47,2%, тревожность 41,8%, циклотимность и экзальтация соответственно по 38,1%. Кроме того, по шкале тревожности Спилбергера - Ханина до лечения выявлялись высокие показатели как реактивной ($31,3 \pm 9,5$ баллов), так и личностной ($46,5 \pm 7,3$ баллов) тревожности, которые на фоне лечения имели тенденцию к уменьшению (реактивная тревожность уменьшилась до $28,3 \pm 6,4$, личностная до $42,6 \pm 6,1$).

Выводы: С помощью комплексного психосоматического обследования пациентов с АГ в рамках МС были выявлены патологические акцентуации личности, такие как эмотивность, тревожность, циклотимность и экзальтация. Используя шкалу тревожности Спилберга, были выявлены умеренно высокий уровень реактивной тревожности и очень высокий уровень личностной тревожности у данной кате-

гории больных, которые на фоне лечения достоверно снижались, но, тем не менее, показатели личностной тревожности оставались по-прежнему высоким. На фоне лечения у пациентов наблюдался стойкий антигипертензивный эффект, уменьшение уровня ЛПНП. Таким образом, проводимое лечение помимо стойкого клинического эффекта оказало благоприятное воздействие на психоэмоциональный фон: уменьшились показатели реактивной и личностной тревожности, улучшились параметры физического, психического состояния и, в целом, общего качества жизни пациентов.

0147

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С БЕССИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ

Власова О.Л.

Многопрофильная клиника «Уромед», г. Смоленск, Россия

Введение: В последнее время имеется тенденция к омоложению артериальной гипертонии. Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертония (АГ) в России остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Осведомленность больных АГ о наличии заболевания составляет 83,9–87,1%.

Цель: Оценить общий сердечно-сосудистый риск, наличие бессимптомного поражения органов-мишеней, в частности, состояние миокарда левого желудочка у мужчин молодого возраста с артериальной гипертонией I степени. Выявить контингент пациентов, нуждающихся помимо изменения образа жизни в назначении медикаментозной терапии.

Материалы и методы: У 60 мужчин в возрасте от 35 до 45 лет (в среднем $39,8 \pm 4,3$ лет) с артериальной гипертонией I степени (в пределах 140–159 / 90–99 мм рт ст) и без клинических жалоб, 38 человек из которых (63%) оказались курильщиками, проведена оценка общего сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE; расчет индекса массы тела (ИМТ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследованы параметры липидограммы; произведен расчет индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Пациенты были разделены на три группы: первая группа пациенты с ожирением, вторая – с избытком массы тела, третья – с нормальной массой тела.

Результаты: Из всех обследованных пациентов у 15% было выявлено ожирение I степени (ИМТ $31,5 \pm 2,8$), у 44% избыток массы тела (ИМТ $27,8 \pm 1,6$), у 41% – нормальная масса тела (ИМТ $19,5 \pm 1,7$). Кроме того у лиц с ожирением выявлено повышение ЛПНП до $3,93 \pm 0,79$ ммоль/л и высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE – в среднем 5% ($0,05 \pm 0,004$); ИММЛЖ по результатам эхокардиографического исследования в среднем составил 135 г/м^2 ($132,17 \pm 3,81$). У пациентов с избытком массы тела наблюдалось повышение ЛПНП до $3,51 \pm 0,42$ ммоль/л; низкий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE, в среднем 2% ($0,02 \pm 0,004$) и нормальные показатели ИММЛЖ, в среднем 105 г/м^2 ($103,17 \pm 3,61$). И наконец, у пациентов с нормальной массой тела наблюдалось умеренное повышение уровня ЛПНП, в среднем до $3,28 \pm 0,35$ ммоль/л; сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE оставался низким, в среднем 1% ($0,01 \pm 0,002$) и ИММЛЖ нормальным, в среднем 98 г/м^2 ($95 \pm 3,87$).

Выводы: Пациенты с избытком массы тела, а также с нормальной массой тела при бессимптомном выявлении артериальной гипертонии I степени нуждаются в коррекции образа жизни (ограничение соли, потребление овощей и фруктов до 400 г в сутки, дозированные физические нагрузки, отказ от курения), а также в динамическом наблюдении кардиолога (контроль АД, массы тела, липидограммы, проведение эхокардиографии 1 раз в год). Пациенты с ожирением, бессимптомном выявлении артериальной гипертонии I степени при наличии поражения органов-мишеней (в частности увеличении ИММЛЖ более 125 г/м^2) и высоким сердечно-сосудистым риском, помимо изменения образа жизни нуждаются в незамедлительном медикаментозном лечении, направленным на коррекцию артериального давления, липидного спектра и уменьшение гипертрофии левого желудочка.

0148

ПОЛИМОРФИЗМЫ РААС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Волкова С. Ю., Томашевич К. А., Солобоева М. Ю.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ МЗ РФ, МСЧ «Нефтяник», ОКБ № 1 КДЛ отдел молекулярно-генетических исследований, г.Тюмень, Россия

Цель: Оценка генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН)

Материалы и методы: В исследование было включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст 73,1 ±11,3 года) с клинически выраженной ХСН, имеющие симптомы недостаточности кровообращения по обеим кругам, 3-4 функциональный класс ХСН. При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP -экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Результаты исследования представлены в виде определения генотипа (гомозигота по аллели 1, аллели 2 или гетерозигота) для генов AGTR1 и AGT, а также в определении аллели D - делеции (отсутствии) или аллели I- инсерции (вставка) Alu-последовательности внутри интрона гена ACE. Статистическая обработка результатов проведена стандартными методами.

Результаты: гомозигота 1166A определялась у 45,1%, гомозигота 1166C – у 9,2%, гетерозигота – у 45,1% больных ХСН. Аллель 174MM выявлена у 27,5%, 174TT- у 43,1% и соответственно гетерозиготный вариант T174M - у 27,4% пациентов. Генотип TT M235T выявлялся в 19,6%, MM- в 19,6% и гетерозиготный вариант - в 60,8% исследований. Аллель D ACE определялась в 51% наблюдений.

Заключение: В нашем исследовании выявлена относительно небольшая частота полиморфизмов РААС, отвечающая согласно данным литературы за ассоциацию с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью, при этом частота аллели D ACE, ассоциирующаяся с высокой эффективностью ИАПФ, составила около половины случаев. С учетом того, что имеющиеся литературные данные показывают неоднозначные результаты исследования генетического полиморфизма в разных расовых группах, а также результаты исследований, проведенных на относительно небольших выборках пациентов часто дают противоречивые данные о влиянии на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, представляет интерес дальнейший анализ функциональной значимости выявленных полиморфизмов генов РААС у больных ХСН.

0149

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Габинский Я.Л., Фрейдлин М.С., Перминов М.Г., Леванин П.П., Торкунов Д.В., Абакулов А.В., Кошкин Д.А.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург

На сегодняшний день вопрос об инвазивной тактике лечения больных с хронической окклюзией коронарных артерий (ХОКА) вызывает много вопросов. Основным критерием определения тактики реваскуляризации миокарда у пациентов с ХОКА является шкала Syntax SCORE, однако данная система определяет только риск при ангиопластике коронарных артерий. В настоящее время в большинстве европейских и российских клиник выбор метода реваскуляризации миокарда при ХОКА определяет эндоваскулярный хирург.

Нами проведен анализ выполненных за 2013-2014 гг. реканализаций ХОКА на базе Уральского института кардиологии.

Цель: Оптимизировать ход операции реканализации ХОКА.

Материалы и методы: 1. Коронароангиография (КАГ)

2. КТ-ангиография (с целью визуализации и определения параметров окклюзии)

3. Способ реканализации (антеградная/ретроградная).

Результаты: За 2013-2014 гг. общее количество реканализаций ХОКА в институте составила 216. Из них 161 (74,5%) была выполнена пациентам мужского пола и 55 (25,5%) пациентам женского пола.

ПИКС по задней стенке левого желудочка диагностирован у 164 пациентов (76%), по передней стенке – у 52 пациентов (24%).

Локализация ХОКА: Правая коронарная артерия (ПКА) -113 пациентов (52,3%), передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) – 50 пациентов (23,1%), огибающая артерия (ОА) – 43 пациента (19,9%), ветвь тупого края (ВТК) – 10 пациентов (4,7%).

Количество пораженных артерий: 1 – 78 пациентов (36,1%), 2 – 85 пациентов (39,3%), 3 – 53 пациента (24,6%).

Успешная реканализация ХОКА была выполнена 169 пациентам (78,2%), неудачная попытка – 47 пациентам (21,8%).

Количество имплантированных стентов: 1 – 69 пациентов (45%), 2 – 49 пациентов (32%) , ≥3 – 35 пациентов (23%).

Вид имплантированных стентов: DES – 41 пациенту, BMS – 92 пациентам, DES + BMS – 20 пациентам, Absorb – 1 пациенту, а также 11 пациентам была выполнена баллонная ангиопластика без стентирования.

Ретроградная попытка реканализации ХОКА была выполнена 9 пациентам, из них 5 попыток завершились успехом.

Выводы: Успех реканализации ХОКА в Уральском институте кардиологии составил почти 80%, что сопоставимо с результатами большинства европейских клиник (75-85%).

В институте освоена и применяется методика ретроградной реканализации ХОКА, что является неотъемлемой частью в общем числе реканализаций.

Реканализация ХОКА эндоваскулярным способом не только возможный, но и необходимый шаг в тактике лечения больных, в том числе и с многососудистым поражением коронарных артерий.

0150

АССОЦИИ КОМПЛЕКСА ВИЗУАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Гаврилова Н. Е., Метельская В. А., Озерова И. Н., Гуманова Н. Г., Бойцов С. А.

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

Цель: изучить ассоциации комплекса визуальных и биохимических параметров с наличием коронарного атеросклероза (КА) и степенью его выраженности.

Материалы и методы: В исследование последовательно включено 502 пациента (29,3% женщин; 61,2±9,4 лет), которым выполнена коронароангиография и дуплексное сканирование сонных артерий (ДС СА). 94% пациентов принимали статины. Выраженность КА оценивали по шкале Gensini в баллах (GS). Биохимические параметры определяли стандартными методами, субфракционный спектр липопротеинов – с помощью системы «Липопринт».

Результаты: Сравнение показателей проводили в группах с отсутствием (GS=0, n=73) и наличием КА (GS>0, n=429); пациентов с КА разделили на подгруппы с минимальным/умеренным КА (GS 1-34, n=176) и выраженным КА (GS ≥35, n=253). Пациенты с КА (GS>0) по сравнению с лицами без КА (GS=0) имели более низкий уровень ХС ЛНП, ХС ЛВП, лептина (p<0,02), адипонектина (p=0,005) и повышенный уровень глюкозы (p=0,033). При сравнении биохимических параметров в подгруппах с разной степенью КА при GS≥35 выявлен более низкий уровень апо В (p=0,035) и более высокий уровень вЧСРБ

($p=0,001$) и фибринолитической активности крови ($p=0,028$). В группе $GS>0$ доля ЛОНП ($p=0,004$) и ЛППС ($p=0,047$) была выше, а доля ЛППА ($p=0,006$) и крупных частиц ЛНП1 ($p=0,013$) ниже по сравнению с группой $GS=0$. В то же время, в подгруппе $GS\geq 35$ доля частиц ЛППС ($p=0,008$) оказалась выше по сравнению с лицами из подгруппы $GS<35$. На основании результатов проведенного анализа предложен параметр, отражающий соотношение между атерогенными субфракциями липопротеинов, включая ЛОНП, ЛНП2 и мелкие плотные частицы ЛНП3-7, и крупными физиологически активными частицами ЛНП1: $(\text{ЛПОНП}+\text{ЛНП2}+\text{ЛНП3-7})/\text{ЛНП1}$, превышение которого $>1,7$ (медиана) свидетельствует о повышенной атерогенности апо В-содержащих липопротеинов низких плотностей. Результаты многофакторного анализа показали, что шанс наличия КА ($GS>0$) ассоциирован с мужским полом ($ОШ=4,0,95\%ДИ 1,4-11,1, p=0,008$), поражением $СА>45\%$ ($ОШ=4,6,95\%ДИ 1,0-22,4, p=0,055$) и снижением уровня адипонектина $<8,0$ мкг/мл ($ОШ=2,7,95\%ДИ 1,0-7,1, p=0,040$). Шанс наличия выраженного КА ($GS\geq 35$) ассоциирован с величиной $ТИМ>0,9$ мм ($ОШ=22,8,95\%ДИ 1,2-6,5, p=0,019$), низким уровнем адипонектина $<8,0$ мкг/мл ($ОШ=2,0,95\%ДИ 1,0-4,0, p=0,039$) и повышенным уровнем $вч-СРБ\geq 3,0$ мг/л ($ОШ=2,5,95\%ДИ 1,3-4,7, p=0,007$).

Заключение: Предложено два комплексных маркера для выявления КА и оценки его выраженности. Маркер, включающий мужской пол, поражение $СА>45\%$ в сочетании со сниженным уровнем адипонектина и повышенной атерогенностью апоВ-содержащих липопротеинов, в 86% случаев позволяет исключить пациентов без КА ($GS=0$). Маркер, включающий утолщение $ТИМ>0,9$ мм, повышенный уровень $вчСРБ\geq 3,0$ мг/л и атерогенные сдвиги в спектре апо В-содержащих липопротеинов, в 94% случаев позволяет выявить пациентов с тяжелым КА ($GS\geq 35$).

0151

МЕСТО КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИЕВОГО ИНДЕКСА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гаврилов Д. В., Кузнецова Т. Ю.

ФГБОУ ВПО ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: оценить предсказательную значимость в отношении сердечно-сосудистых (СС) событий индекса коронарного кальция в сравнении с другими способами оценки риска у пациентов с АГ.

Материалы и методы: обследовано 211 больных гипертонической болезнью (ГБ) с установленной 1 и 2 стадией согласно рекомендациям ВНОК в 2007-2008 гг. Средний возраст 52,7 лет. Мужчин 149 чел. (71%). После стандартного сбора анамнеза и физикального обследования выполнялись биохимические тесты: липидный спектр, гликемия, креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, анализ мочи, анализ мочи на микроальбуминурию (МАУ), ЭКГ, ЭХОКС, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА), коронарный кальциевый индекс (КИ) определялся при помощи 64 срезового томографа с ЭКГсинхронизацией.

Результаты: Выявлены следующие дополнительные факторы, отягощающие прогноз: курение 25%, гиперхолестеринемия 64%, гипертриглицеридемия 28%, отягощенная наследственность 24%, ожирение 37%, сахарный диабет 7,1%. Доля больных с тремя и более факторами риска – 55%. Распространенность поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка – 32%, увеличение толщины интима/медия – 29%, атеросклероз БЦА – 46%, нефропатия со снижением СКФ менее 60 – 5%, МАУ – 2%. 1 стадия ГБ диагностирована в 10%, вторая – в 90%. Распределение больных согласно стратификации риска при ГБ: средний 5%, высокий – 6%, очень высокий – 89%. При подсчете риска по шкале SCORE: низкий – 4%, умеренный – 51%, высокий – 34%, очень высокий – 11%. Распределение риска по КИ: очень низкий – 50%, низкий – 13%, умеренный – 17%, средний – 13%, высокий – 7%. КИ выше возрастной нормы выявлен в 35%. Больные были разделены на две подгруппы по шкале SCORE – высокий и не высокий. В этих подгруппах проведен анализ соответствия риска согласно другим методам. В подгруппе невысокого риска оказалось 92% больных высокого риска согласно стратификации при ГБ, 10,6% по КИ и 46% с установленным коронарным КИ выше возрастной нормы. В подгруппе высокого риска по SCORE – 98% высокого по стратификации, 13,5% - по КИ и 56% коронарный КИ выше возрастной нормы. Наблюдение за 179 пациентами в течение 8 лет показало, что СС события случались

у 31 чел. (17%) (диагноз ИБС, инсульт, смерть). Была проанализирована доля больных высокого риска по разным шкалам в подгруппах с СС событием и без него. Высокий риск по SCORE: соответственно 50% и 27% ($p=0,0001$), по стратификации риска – 94% и 95% ($p>0,05$), по КИ – 30% и 19% ($p=0,09$), 58% и 64% ($p=0,02$). Кроме того, в подгруппе больных с сердечно-сосудистым событием достоверно чаще выявлялись признаки атеросклероза БЦА: 70% против 42% ($p=0,03$).

Выводы: При полном обследовании пациентов с АГ частота диагностики высокого и очень высокого риска осложнений ГБ составляет 95%. Частота высокого риска по SCORE 45,5%. Коронарный КИ выше возрастной нормы – 35%. При наблюдении в течение 8 лет СС события зарегистрированы в 17,3%. Достоверно СС события были предсказаны шкалой SCORE ($p=0,0001$), показателем увеличения коронарного КИ выше возрастной нормы ($p=0,02$), и выявленным атеросклерозом БЦА ($p=0,03$).

0152

ЗНАЧЕНИЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ В РАЗВИТИИ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Гаврилюк Н. Д., Иртюга О. Б., Дружкова Т. А., Успенский В. Е., Малашичева А. Б., Костарева А. А., Моисеева О. М.

ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр», г. Санкт-Петербург

Цель: Изучить роль однонуклеотидного полиморфизма генов матриксных металлопротеиназ 2 и 9 типов (MMP2 и MMP9) в формировании аневризмы восходящего отдела аорты (АВОА).

Материалы и методы: В исследование включено 287 пациентов с АВОА (средний возраст $50,4 \pm 1,0$, м:ж=2,8:1, максимальный диаметр аорты $54,2 \pm 0,8$ мм) и 227 человек (средний возраст $56,5 \pm 1,4$, м:ж=2,4:1, максимальный диаметр аорты $34,4 \pm 0,5$ мм) из контрольной группы. С помощью ПЦР в реальном времени всем исследуемым было выполнено генотипирование по 4 полиморфизмам: MMP2 (rs2285053) и MMP9 (rs 11697325, rs 2274755, rs 17577).

Результаты: Выявлена взаимосвязь между полиморфизмом гена MMP9 (rs11697325) и АВОА. Генотип АА достоверно чаще встречался у пациентов с АВОА по сравнению с контролем ($c_2=7,2$; $p=0,01$). Максимальный диаметр аорты оказался выше у носителей генотипа АА ($58,2 \pm 1,4$ мм), чем у лиц с другими генетическими вариантами ($49,8 \pm 1,7$ мм для АГ и $48,8 \pm 0,8$ мм для GG) ($p=0,02$). Также нами установлена ассоциация между полиморфизмом гена MMP2 (rs2285053) и развитием АВОА. Носители генотипа СС преобладали в группе больных с патологией аорты ($c_2=7,0$; $p=0,03$).

Заключение: Однонуклеотидные полиморфизмы генов MMP9 и MMP2 являются дополнительными факторами риска развития АВОА.

Исследование генетических вариантов MMP9 и MMP2 может помочь в стратификации риска пациентов с расширением восходящего отдела аорты, о чем свидетельствует отличие в диаметре у лиц с разными генотипами.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА, ТОЩАКОВАЯ ИНСУЛИНЕМИЯ И ТКАНЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ИНСУЛИНУ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гагарина А. А., Ушаков А. В.

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

Цель: Изучить характер взаимосвязей постинфарктного ремоделирования сердца с уровнями тощактовой инсулинемии и чувствительности тканей к инсулину в первые сутки инфаркта миокарда (ИМ) у больных метаболическим синдромом (МС) в зависимости от состояния углеводного обмена.

Материалы и методы: Обследован 271 больной ИМ с зубцом Q с МС, из которых: 140 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, 67 с нарушением глюкозного гомеостаза (НГГ) и 64 с отсутствием нарушений углеводного обмена или нормогликемией (НГ). Все группы были сопоставимы по возрастному-половому составу, основным характеристикам ИМ. Концентрацию инсулина в крови определяли радиоиммунным методом. Чувствительность тканей к инсулину оценивали по индексу HOMA-IR. Структурно-функциональные параметры сердца определяли методом эхокардиографии. Наблюдение проводилось на протяжении 24 месяцев.

Результаты: Наиболее высокие уровни тощактовой инсулинемии в первые сутки ИМ имели место у больных с НГГ ($19,5 \pm 2,6$ мкЕД/мл). У пациентов с СД и с НГ показатели были существенно и достоверно ниже ($12,4 \pm 2,3$ и $8,5 \pm 1,8$ мкЕД/мл соответственно). HOMA-IR был повышен во всех группах. При этом среди больных с НГГ и СД он существенно не различался ($6,9 \pm 3,1$ и $6,5 \pm 2,5$ соответственно; $p > 0,05$) и в обоих случаях превышал таковой в группе пациентов с НГ ($2,9 \pm 1,3$; $p < 0,05$). Каждая из групп пациентов была разделена на терцили, условно обозначенные как «низкий», «средний» и «высокий» инсулин. Было выявлено, что у больных СД 2 типа «низкий» уровень тощактовой инсулинемии независимо ассоциировался с повышением общей и сердечно-сосудистой смертности. Данная зависимость имела место, начиная с 30-дня после развития ИМ, и сохранялась до 24-х месяцев. Кроме того, у больных СД с «низким» уровнем эндогенного инсулина отмечались более низкая фракция выброса левого желудочка (ЛЖ), более высокие показатели конечно-диастолического объёма ЛЖ и более высокий функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA по сравнению с подгруппами со «средним» и «высоким» инсулином. В группах больных с НГГ и НГ были выявлены прямые корреляции уровней тощактовой инсулинемии и HOMA-IR с толщиной стенок ЛЖ, массой миокарда ЛЖ и выраженностью диастолической дисфункции. Взаимосвязи инсулинемии и чувствительности тканей к инсулину с сократительной функцией и объёмом ЛЖ, равно как и с тяжестью сердечной недостаточности, у пациентов с НГГ и НГ на всём протяжении периода наблюдения обнаружено не было.

Выводы: Низкий уровень тощактовой инсулинемии является независимым фактором, способствующим снижению компенсаторного потенциала сердца при его постинфарктном ремоделировании у больных МС с СД 2 типа, но не с НГГ или отсутствием нарушений углеводного обмена.

0154

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИН II ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Гадов С.Х., Бобиева Н.Х., Ходжиева Г.Б.

ТГМУ имени Абуали ибни Сино. г. Душанбе, Таджикистан

Явление гипертензии является серьёзным фактором, ускоряющим нарушение функции почек. Согласно современным рекомендациям на сегодняшний день гипотензивными препаратами первой линии считаются ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов АТ II.

Цель: Определить сравнительную характеристику и эффективность применения ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТ II у больных с нарушением функции почек.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились две группы больных с нарушением функции почек различной стадии в возрасте 20-65 лет. Первая группа наряду с общепринятой терапией получала эналаприл по 10 мг 2 раза в день, а вторая лазартан по 50 мг 2 раза в сутки. Больные наблюдались в течении года ежемесячно, проводилась оценка основных параметров: протеинурия, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и профиль А/Д.

Результаты: Наблюдение показало, что применение лазартана как гипотензивный препарат очень практичен, т. к. не вызывает побочных эффектов, хорошо снижает уровень А/Д, не влияет на величину СКФ и снижает протеинурию, а применение эналаприла даёт хороший гипотензивный эффект и снижает протеинурию, но изредка проявляются побочные эффекты (сухой кашель и снижение СКФ).

Выводы: Применение препаратов группы блокаторов рецепторов АТ II по сравнению с препаратами ингибиторов АПФ у больных с нарушением функции почек более безопасны, удобны и эффективны.

0155

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ НОРМА

Газизова Д. Ш.,

Москва

Цель: Определить нозологическую норму больного в сравнении с физиологической здорового человека в покое.

Материалы и методы: Проводился комплексный непрерывный поцикловой контроль и анализ состояния сердечно-сосудистой системы во время операций по поводу ишемической болезни сердца (500 больных), нарушений ритма сердца (50), аневризм грудной и брюшной аорты (200), гипертрофической обструктивной кардиомиопатии (18) и др. во время операций в ближайшем послеоперационном периоде вплоть до экстубации. По клиническим, статистическим и патофизиологическим критериям были отобраны группы больных с полностью благополучным ходом лечения и результатом. Данные усреднялись и анализировались по этапам лечения и лечения в целом каждого больного, далее по каждому этапу всех больных одной и той же нозологии. С помощью математических моделей выделялись ведущие и сопутствующие патологические, компенсаторные, гомеостатические и защитные процессы, а также определялось качество лечения. Весь материал анализировался статистическими методами. Определялись коэффициенты вариации, корреляции, достоверности различия, разброс, погрешности контроля и т.п.

Результаты: Понятие клинической нормы определено как совокупность клинико-физиологических свойств, регуляторных реакций и лечебных воздействий, позволяющая перейти от болезни к выздоровлению или к наименее угрожающему развитию заболевания. В отличие от традиционных представ-

лений о норме, как меры количества, в пределах которого сохраняется качество (часто средние нормативы здоровых людей, например, ФИ, СИ, АД, КДР и т.п.) нозологическая норма должна быть введена как система показателей характеризующая стандартное наиболее успешное лечение, по этапам, т.е. в зависимости от динамики развития патологии и терапии и в связи с характеристиками организма, заболевания, условиями и тактикой лечения. Особо актуальны нормативы для ведения больного в зависимости от величин СИ, ИОПС, АД и инфузии кардиотоников. Например, в некоторых методических рекомендациях величину СИ вне зависимости от этапа операции рекомендуют держать в пределах 2,8 - 3,5, что больше чем в норме у здорового человека в покое. Более адекватная рекомендация 2,3 - 2,7, которая, и это нельзя игнорировать, существенно зависит от этапа лечения. Так, при пережатии дуги аорты СИ целесообразно снизить до 1,5-1,8. Подробные поэтапные значения показателей для многих нозологий приведены в работах Бокерия, Лищука, Газизовой (1993-2013).

Выводы: Нозологическая норма, ориентированная на динамику терапии, вместе с дополняющими ее алгоритмами позволяет корректировать и оценить качество этапов лечения в режиме реального времени и апостериори, получить оценки исходного состояния больного, адекватности анестезии, искусственного кровообращения, хирургического лечения и законченного этапа лечения. Нозологические динамические нормы должны быть включены в справочники и руководства как функции процессов (этапов) лечения и терапии.

0156

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НА СУТОЧНЫЙ РИТМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Газизова Л. Ю., Валеев И. Г.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Россия

Цель: Оценить влияние тревожных расстройств на профиль изменения суточного ритма АД у больных артериальной гипертонией.

Материалы и методы: В исследовании были включены 31 больной с артериальной гипертонией. Из них – 17 мужчин и 14 женщин, средний возраст - $47,7 \pm 3,4$ года. У всех больных проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в течение первых пяти дней после поступления в стационар на фоне начала проведения антигипертензивной терапии. Степень тревожных состояний оценивалась по шкале Цунга (Zung Self-rating Anxiety Scale 1971г.). Баллы от 0 до 44 рассматривались как нормальное состояние, 45 и более как тревожное состояние. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа - без тревожных расстройств 17 больных, 2 группа - с тревожными расстройствами 14 больных. В отдельную группу (3 группа) были выделены пациенты, получавшие психотропные препараты (седативные, антидепрессанты, снотворные): 7 больных. Суточный профиль оценивали по степени снижения АД в ночные часы: снижение ночного АД на 10-20% рассматривалось как нормальное (dipper), другие виды динамики рассматривались как патологические: более 20% - over-dipper, менее 10% - non-dipper, повышение АД - night-peaker. Качество сна определяли по результатам анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна.

Результаты: В 1 группе нарушение цикла суточного ритма АД наблюдалось у 70,6% больных, во 2 группе у 78,6% больных; у пациентов получавших психотропные препараты (3 группа) нарушенный цикл АД наблюдался в 71,4% случаев. Статистически достоверных различий между группами не выявлено. Среднее АД за сутки в 1 группе - $97,0 \pm 3,3$ мм. Hg., во 2 группе - $100,0 \pm 2,8$ мм. Hg. (н.д.). Нарушение качества сна в 1 группе - 38,7%, во 2 группе - 45,2%, в 3 группе - 19,4% (н.д.). Утренний подъем АД наблюдался у 90,3% больных.

Выводы: Проведенное исследование не выявило влияния тревожных расстройств на суточный ритм АД. Патологические изменения суточного ритма АД наблюдались у значительной части больных. Возможно, это было обусловлено самими условиями исследования: влияние механического раздражения при измерении АД в ночное время, сон в окружении незнакомых людей. Этим же объясняет-

ся высокий процент больных с повышением АД в утренние часы. Для получения более достоверных результатов требуется большее число наблюдений. Необходимо, чтобы исследование проводилось в привычных для пациента условиях.

0157

**ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
С ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ВО ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Газизов Р. М., Ибрагимова Л. Р., Мифтахова Л. Я., Ситдикова Р. Н., Хафизова М. М.

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России
Республиканский гериатрический центр Минздрава Республики Татарстан
ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Казань, Россия

Цель: обоснование применения отечественных лекарственных средств с иммуномодулирующей активностью ксимедона и димефосфона и иммуномодулятора полиоксидония во вторичной профилактике хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: 82 больных ХРБС в возрасте от 65 до 83 лет с различными пороками сердца, из них женщин - 57, мужчин - 25. 22 больных I группы получали традиционную противоревматическую терапию (ТТ). 26 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон по 0,5 г 3 раза в день в течение трех недель; 19 больных III группы - димефосфон внутрь по 10-15 мл 15% раствора 3 раза в день. 15 больным IV группы вводили полиоксидоний: первые 5 внутримышечных инъекций по 6 мг через день, следующие 10 инъекций 2 раза в неделю. Для оценки эффективности лечения контролировалось клиническое состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализы крови, ЭКГ, Эхо-КГ, еженедельно определялось количество CD3+-, CD4+-, CD8+-, CD16+- и CD20+-Т-лимфоцитов (Т-Лф) методом непрямого иммунофлуоресцентного анализа; функциональная активность лимфоцитов в РБТЛ на ФГА и в тесте Кона индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте; уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G.

Результаты: При лечении больных ХРБС пожилого и старческого возраста с включением ксимедона, димефосфона и полиоксидония наблюдалась более ранняя положительная клиническая динамика и нормализация показателей клинического и биохимического анализа крови, чем при ТТ. Терапия с включением ксимедона, димефосфона и полиоксидония в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+-, CD4+-, CD8+- и CD16+-Т-Лф и восстанавливала до нормы супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте и уровней CD20+-Т-Лф и сывороточных иммуноглобулинов. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных IV группы по сравнению с больными II и III групп наблюдалась достоверно более выраженная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов.

Выводы: В результате проведенных исследований показано, что по иммунокорректирующей эффективности ксимедон и димефосфон не уступают иммуномодулятору полиоксидонию, что позволяет рекомендовать их использование во вторичной профилактике хронической ревматической болезни сердца у больных пожилого и старческого возраста.

0158

ТОЛЩИНА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ АССОЦИИРУЕТСЯ С УРОВНЕМ ВИТАМИНА Д3 И АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ

Гайдукова И. З. , Апаркина А. В. , Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России, кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

Введение: Известно, что изменения метаболизма витамина Д взаимосвязано с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью в общей популяции. Причем, эта взаимосвязь не является линейной, т.е. повышение частоты сердечно-сосудистых событий взаимосвязано как с пониженным, так и с повышенным уровнем витамина Д в сыворотке крови. Известно также, что с изменением уровня витамина Д ассоциируются заболевания опорно-двигательного аппарата.

Цель: изучить наличие взаимосвязей между толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий и уровнем витамина Д3 сыворотки крови при спондилоартритах.

Материалы и методы: В исследование включили 23 пациента с анкилозирующим спондилитом, соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям анкилозирующего спондилита без сердечно-сосудистых заболеваний. Средний возраст – 40,9±10,8 лет, продолжительность заболевания – 14,7 ± 8,7 лет, мужчин было 13 (56,5%). Группу сравнения составили 19 лиц без воспалительных заболеваний суставов и сердечно-сосудистой патологии: возраст 38,4 ± 9,6 лет, мужчины 11 (57,8%). У всех пациентов оценивали традиционные факторы сердечно-сосудистого риска, показатели активности и функционального статуса SpA (индекс подвижности аксиального скелета BASMI и его составляющие, индекс активности ASDAS, в/ч С-РБ). Оценивали концентрацию витамина Д3 (25-гидрокси-витамином Д) в сыворотке крови. Толщину комплекса интима-медиа сонных артерий оценивали в области бифуркации и на 1 см проксимальнее и дистальнее бифуркации. Все пациенты в течение года принимали нестероидные противовоспалительные препараты, в связи с чем рассчитывался индекс Дугадоса (индекс приема НПВП). Для статистической обработки применяли ППП SPSS17.

Результаты: Концентрация витамина Д в сыворотке крови больных анкилозирующим спондилитом и здоровых лиц значимо не отличалась (21,5±12,9 нг/мл и 17,9±4,4 нг/мл, p=0,08). ТИМ пациентов со SpA превосходила ТИМ лиц группы сравнения (0,66 ± 0,1 мм и 0,51 ± 0,1 мм, соответственно, p = 0,023). Установлены взаимосвязи между ТИМ и концентрацией витамина Д (г Спирмена = -0,89, p = 0,006), между индексом активности ASDAS и ТИМ (г Спирмена = 0,53, p= 0,03), индексом ASDAS и концентрацией витамина Д (г Спирмена = -0,85, p = 0,04). Интересно, что индекс приема НПВП, отражающий суммарную дозу принятого НПВП за интересующий период, был обратно взаимосвязан с концентрацией витамина Д в крови пациентов.

Заключение: Толщина комплекса интима-медиа больных анкилозирующим спондилитом превосходит ТИМ здоровых лиц и ассоциируется с уровнем витамина Д3 сыворотки крови, активностью АС. Уровень витамина Д обратно взаимосвязан с активностью АС и суммарно принятой дозой НПВП.

0159

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНАЦИИ ТЕЛМИСАРТАНА И ТОРАСЕМИДА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гайратова И. Б., Азимова М. С., Сафаралиева Г. И., Кубикова Б. Т.

Республиканский клинический центр кардиологии, Душанбе, Таджикистан

Цель: изучение эффективности и безопасности применения телмисартана и торасемида в терапии больных с ХСН.

Материалы и методы: всего обследовано 49 больных в возрасте 54-78 лет, мужчин было 22, женщин – 27. Для исследования были отобраны больные с ХСН –II- III функциональных классов (NYHA) с исходной фракцией выброса 41% и менее. Причиной развития ХСН в 82% наблюдений была ИБС, а в 17% - гипертоническая болезнь. Всем больным до начала лечения проводили: ЭКГ, Эхо-КГ, анализ биохимических показателей. В процессе проводился динамический структурно-функциональный анализ сердечно-сосудистой системы, определялись показатели центральной гемодинамики, изучалась диастолическая и систолическая функция левого желудочка. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа (контрольная) состояла из 26 человек. Им была назначена стандартная терапия: дигоксин, феросемид, карведилол, препараты калия. Вторая группа больных (дистрибьютор) Им кроме стандартной терапии были дополнительно назначены АРА-II в виде телмисартана в дозе 40 мг. Продолжительность наблюдения состояла от 3-х до 6-и месяцев.

Результаты: исследования показали, что под влиянием терапии, начиная с 12-ой недели лечения, состояние больных существенно улучшилось, увеличилась фракция выброса (ФВ) левого желудочка, улучшилась его диастолическая функция. Структурно-функциональный анализ Эхо-КГ данных показал, что ФВ, конечно-систолический размер (КСР) и конечно-диастолический размер (КДР), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) при лечении, включавшем телмисартан в сочетании с торасемидом, дали более заметную динамику. При этом у основной группы больных уменьшились КДР в мм (среднем с 6,5 до 5,9) и КСР в мм (с 5,5 до 5,0), ФВ увеличилась с 35 до 49,8%. Динамика указанных показателей в контрольной группе больных была более значительной и достоверно ($p < 0,05$) отличалась от основной группы больных. Показатели, отражающие толерантность пациентов к физической нагрузке, также оказались существенно выше в группе больных, получавших комбинацию телмисартана с торасемидом.

Выводы: таким образом, телмисартан и торасемид в составе комплексной терапии оказывают благоприятное влияние на центральную гемодинамику и обратное развитие ремоделирования миокарда, способствует повышению толерантности к физической нагрузке.

0160

ВОЗДЕЙСТВИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ЖЕСТКОСТЬ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: ВКЛАД УМЕНЬШЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Гайшун Е. И., Пристром А. М., Газиумарова М. С.

УЗ «1-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

ГУО «БелМАПО», Минск, Беларусь

ГУ «РКБ МР», Минская область, Минский район, д. Аксаковщина, Беларусь

Цель: Оценить вклад уменьшения частоты сердечных сокращений (ЧСС) в снижение жесткости общей сонной артерии (ОСА) у мужчин с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), принимавших в качестве гипотензивного препарата β -адреноблокатор небиволол.

Материалы и методы: Под наблюдением находилась группа из 36 мужчин в возрасте 25-45 лет (средний возраст $36,1 \pm 4,3$ лет) с эссенциальной АГ 1-2 степени и склонностью к умеренной синусовой тахикардии. Пациенты принимали небиволол в дозе 5 мг./сут. в течение 4 месяцев.

У всех пациентов до и после лечения измеряли артериальное давление (АД) (Ps/Pd) на плечевой артерии методом Короткова, при ультразвуковом исследовании брахиоцефальных артерий определяли диаметр в систолу (Ds) и диастолу (Dd) ОСА, проводили суточное (холтеровское) мониторирование электрокардиограммы. Жесткость ОСА оценивали с помощью нового индекса $\alpha = \ln(Ps/Pd) / \ln(Ds/Dd)$, мало зависящего от АД.

На основании проведенных измерений рассчитывали значение индекса α , его абсолютное $\alpha abs = \alpha / (1 + 0,4f)$ и среднесуточное $\alpha = \alpha abs (1 + 0,4f')$ значения (f - ЧСС в Гц в момент исследования, f' - сред-

несуточная ЧСС в Гц, коэффициент 0,4 секунд характеризует вязкоупругость стенки ОСА). Величина α бс оценивает абсолютную жесткость, т.е. жесткость при «нулевой» ЧСС, а величина α – общую жесткость ОСА, определяемую как морфофункциональным состоянием сосудистой стенки, так и воздействием ЧСС.

Результаты: В результате лечения среднее значение САД у пациентов снизилось с 143,1 мм рт.ст. до 124,9 мм рт.ст., ДАД – с 88,6 мм рт.ст. до 76 мм рт.ст., ЧСС с 87 уд./мин. до 70 уд./мин., среднесуточная ЧСС – с 77,9 уд./мин. до 63 уд./мин. ($p < 0,0001$). Индекс α уменьшился с 4,6 до 3,8 ($p < 0,0001$), показатели α бс и α' с 2,9 до 2,6 ($p < 0,03$) и с 4,4 до 3,7 ($p < 0,002$) соответственно. Следовательно, применение небиволола привело к значимому снижению АД и ЧСС. Кроме того, значимо уменьшились значения показателей α бс и α' , что свидетельствует о снижении жесткости ОСА, при этом вклад уменьшения ЧСС в общее снижение жесткости составляет 60%, а морфофункциональных изменений сосудистой стенки – 40%.

Выводы: Позитивное воздействие небиволола на жесткость ОСА связано со следующими двумя эффектами: снижением ЧСС и морфофункциональными изменениями сосудистой стенки. Первый эффект – это следствие вязкоупругости сосудистой стенки, а именно, зависимости модуля Юнга от ЧСС, при этом указанный модуль уменьшается (а значит, снижается и жесткость стенки) вместе с уменьшением ЧСС. Второй эффект определяется способностью небиволола участвовать в процессе синтеза клетками эндотелия оксида азота, что придает препарату вазодилатирующее действие. Воздействие уменьшения ЧСС на снижение жесткости ОСА несколько выше, чем морфофункциональных изменений сосудистой стенки.

0161

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТЮМЕНСКИХ МАЛЬЧИКОВ

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

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: изучение распространенности артериальной гипертензии и ее основных факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Материалы и методы: Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование популяции школьников 7-17 лет школ г.Тюмени, выбранных по методу случайного отбора. Всего обследовано 1308 мальчиков 7-17 лет с откликом – 87,7%. Всем школьникам проводилось анкетирование с опросом на наличие вредных привычек, отношение физической активности; антропометрия с определением индекса Кетле (ИК – кг/м²); измерение стандартизованным методом артериального давления (АД); запись ЭКГ; определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли по методике Хенкина (ПВЧПС). В качестве критерия повышенного АД взяты рекомендации ВОЗ. Достоверными считались различия показателей на уровне значимости $p < 0,05$. Все школьники были разделены на группы по возрасту, возраст школьников определялся по числу полных лет на момент обследования.

В результате исследования популяции мальчиков прослежена линейная связь между АД и возрастом: средние уровни АД увеличивались пропорционально возрасту ($p < 0,05$). Распространенность повышенного АД среди всей популяции мальчиков составила – 13,1%. С избыточной массой тела (ИМТ) выявлено 9,2% школьников, с ожирением – 5,3% лиц. Встречаемость повышенного уровня АД среди мальчиков с ИМТ была в 2,8 раза выше, а с ожирением – в 3,5 раза выше, чем в группе школьников с должноствующей массой тела (35,4% vs 21,5% vs 12,7% соответственно, $p < 0,001$). Высокий ПВЧПС выявлен у 19,3% мальчиков. У лиц с повышенным ДАД наблюдалась более высокая ощутимая средняя концентрация соли, чем с нормальным ДАД (0,46% vs 0,32%, $p < 0,05$). Распространенность активного курения среди мальчиков 7-17 лет составила 7,6%. Количество курящих увеличивалось пропорционально возрасту: среди школьников 7-10 лет активное курение наблюдалось у 1-2% обследованных, 14-15 лет – у 13,3%, а в 17 лет – у 27,7% подростков. К 17 годам более половины подростков употребляли алкоголь, 30% из них употребляли чаще одного раза в год. Отмечена низкая физическая активность, так, не посещали уроки физкультуры около 4% мальчиков, не занимались дополнительно спортом бо-

лее половины (50,8%) мальчиков 7-11 лет и каждый третий подросток 12-17 лет (32,5%), утреннюю гимнастику не выполняли почти 70% школьников.

Отмечена умеренная корреляционная связь прямая между САД, ДАД и массой тела, ПВЧПС, курением, обратная – с физической активностью ($p < 0,05$). Ассоциативная связь была более выражена у школьников с ИМТ и ПАД ($r = 0,40 - 0,62$, $p < 0,05$), повышенным ДАД и высоким ПВЧПС ($r = 0,62 - 0,97$, $p < 0,001$).

Закключение: Таким образом, в результате эпидемиологического обследования популяции тюменских мальчиков установлен высокий уровень основных факторов риска АГ: повышенного АД, ИМТ, ВПВЧПС, гиподинамии, курения; отмечена ассоциативная связь АД с факторами риска, что указывает на необходимость разработки и проведения целенаправленных профилактических мероприятий уже с детства.

0162

СТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Галин П. Ю., Константинов Д. Ю., Еров Н. К.

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

Развитие стенокардитического синдрома является нередким клиническим проявлением при ряде клапанной патологии и служит одним из показаний для кардиохирургической коррекции порока сердца, которая не всегда избавляет пациента от стенокардии вследствие сформировавшегося ремоделированного сердца, поддерживающего преходящую ишемию миокарда. Еще более драматичным выглядит ситуация в случаях невозможности выполнения кардиохирургической коррекции. В таких ситуациях лечение стенокардии вопрос дискуссионный, поскольку рекомендации профессиональных обществ в основном посвящены коронарной болезни сердца.

Цель: установить факторы, способствующие развитию стенокардитического синдрома и оценить возможности фармакотерапии стенокардии у пациентов с приобретенными пороками сердца.

Материалы и методы: всего было обследовано 177 человек с приобретенными пороками сердца (ППС) ревматической этиологии, среди которых 102 человека (основная группа) имели клинику стенокардии напряжения II-III ФК. Контрольную группу составили 75 больных с аналогичными пороками сердца без ишемического синдрома. Всем больным была выполнена коронароангиография и определены параметры центральной и внутрисердечной гемодинамики с помощью эхокардиографии и доплерографии. Возможности антиангинальной терапии анализировались на основании рекомендаций по лечению стабильной КБС (ESC, 2013) и клинических рекомендаций «Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца» (Москва, 2013).

Результаты: оценка ультразвуковых параметров у больных основной группы по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы показало преобладание скорости кровотока и градиента давления на аортальном клапане, градиента давления на митральном клапане и давления в легочной артерии, среднего значения размера МЖП в диастолу, КДО, КСО. Среди больных ППС с клиникой стенокардии только у 16 человек (15,7%) выявлены гемодинамически значимые стенозы КА (подгруппа 1А), в остальных случаях КА были либо неизменными (79 больных), либо с незначимыми стенозами (7 человек) и составили подгруппу 1В, среди которых наиболее часто встречался комбинированный митрально-аортальный ПС. Причем в подгруппе 1В параметры ремоделирования и градиент давления на клапане легочной артерии были более выражены, чем в подгруппе 1А. В лечении стенокардии у больных ППС препараты с периферическим вазодилатирующим действием имеют ограниченное применение, а в ряде случаев противопоказаны. Перспективным представляется использование препаратов негемодинамического действия.

Закключение: у большинства пациентов с приобретенными пороками сердца и клиникой стенокардии одной из основных причин преходящей ишемии миокарда является не атеросклероз коронарных артерий, а особенности структуры и функции камер сердца и нарушение внутрисердечной гемоди-

намики; антиангинальную терапию рекомендуется подбирать с учетом особенностей поражения клапанного аппарата.

0163

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В АРИТМОЛОГИИ

Галин П. Ю., Вознюк О. А.

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

Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и аффективных расстройств среди населения России достаточно велика и они нередко сопровождают друг друга, что приводит к ухудшению качества жизни и прогноза больных. В многочисленных работах отмечена связь между поведенческими факторами и возникновением нарушений ритма сердца (НРС), однако зависимость между тревожными и депрессивными расстройствами (ТДР) с видом сердечной аритмии и эффективностью лечения фибрилляции предсердий (ФП) не определена.

Цель: определить особенности эмоционального состояния личности у пациентов с НРС и оценить эффективность лечения ФП в зависимости от выраженности ТДР и их медикаментозной коррекции.

Материалы и методы: обследовано 204 пациента с НРС, включая 102 с пароксизмальной и персистирующей ФП (ПФП), 35 с постоянной формой ФП (ПОФП), 47 с экстрасистолической аритмией (ЭА), 17 с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС). У 26 больных с ФП оценивалась эффективность медикаментозной кардиоверсии, у 13 с антиаритмической рефрактерностью лечение антидепрессантом Пирлиндолом с динамическим наблюдением до 6 мес. Контрольную группу составили 25 пациентов ИБС без НРС. Выраженность реактивной тревоги (РТ), личностной тревоги (ЛТ) и депрессии проведена с помощью шкал CES-D и Спилбергера. Оценивались параметры ХМЭКГ и ЭхоКГ. Статистическая обработка проведена с помощью программы Medstatistika 6,0.

Результаты: У больных с НРС депрессивные расстройства имеют место у 59,2% пациентов, при этом выраженная депрессия диагностируется в 16,9% случаев. Частота встречаемости умеренного и высокого уровня ЛТ составляет 81%, умеренного и высокого уровня РТ у 61% пациентов с НРС. Выявлена прямая положительная корреляционная связь между уровнем РТ и ЛТ ($r=0,33$; $p<0,05$), уровнем депрессии и тревоги, как личностной, так и реактивной ($r=0,392$; $p<0,05$). Среди больных с НРС пациенты с ЭКС и ПФП характеризуются наибольшей выраженностью депрессии и РТ по сравнению с больными с ПОФП и ЭА. ЛТ преобладает у пациентов с ЭКС и ПОФП. Оценка влияния ТДР на восстановление синусового ритма у больных ПФП не показала зависимости эффективности медикаментозной кардиоверсии от эмоционального состояния, также как и успешное восстановление ритма не привело к существенной редукции ТДР, однако сохранение ФП способствовало нарастанию выраженности аффективных расстройств. Назначение Пирлиндола больным с рефрактерной ПФП привело к уменьшению частоты пароксизмов в среднем в группе с 2,3 до 0,8 в месяц за 6-месячный период наблюдения, причем уменьшение частоты пароксизмов в большей степени зависело от уменьшения выраженности депрессии.

Таким образом, аффективные расстройства у больных с НРС широко распространены и требуют коррекции для повышения эффективности контроля ритма у больных ФП.

0164

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TNF RS1800629 У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маянская С. Д., Гараева Л. А.

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия

Актуальность: Атеросклероз – это многофакторное заболевание, ключевыми звеньями которого признаны нарушение обмена липидов совместно с воспалительными процессами в стенке артериального сосуда. TNF является полифункциональным цитокином, влияющим на широкий спектр процессов в сосудистой стенке, в частности на гомеостаз липидов и инициирование и прогрессирование воспалительной реакции. Биохимические методы исследования воспаления могут свидетельствовать о наличии атеросклеротического процесса, однако малоинформативны в целях прогнозирования тяжести течения заболевания в будущем. Изучение полиморфного участка rs1800629 гена TNF представляется перспективным способом индивидуальной оценки риска атеросклеротического поражения.

Цель: изучить распространенность аллельных вариантов гена TNF, локуса rs1800629 у пациентов с атеросклерозом различной локализации, а также определить взаимосвязь полиморфизма гена с верифицированным тяжелым атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы: обследованы 110 человек с атеросклерозом различной локализации, из них мужчин – 81(74%), женщин – 29 (26%) , в возрасте от 44 до 73 лет, находившихся на лечении в сосудистом отделении №1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ. Всем пациентам проводилось ангиографическое исследование сосудов нижних конечностей, а также прочие стандартные лабораторные и клинические обследования. По данным ангиографического исследования у 59 (53%) человек был обнаружен тяжелый атеросклероз сосудов нижних конечностей различной локализации со степенью стеноза сосуда более 70% или полной окклюзией на одном или нескольких участках. 51 (47%) человек либо не имели атеросклероза сосудов нижних конечностей, либо имели менее выраженные поражения. У всех больных был взят образец венозной крови для изучения аллельных вариантов локуса rs1800629 гена фактора некроза опухоли.

Результаты: Распределение аллелей гена фактора некроза опухоли было следующим: у 87 (79%) человек был выявлен гомозиготный вариант G/G и у 1 (0,1%) человека – вариант A/A. Гетерозиготное состояние гена TNF G-308A было обнаружено у 22 (21%) человек. У пациентов с верифицированным тяжелым поражением сосудов нижних конечностей полиморфный вариант гена встречался в 16 (27%) случаях, гомозиготные варианты G/G и A/A соответственно в 43 (72%) и 1 (0,1%) случае. У пациентов с поражением сосудов нижних конечностей менее 70% вариант TNF G-308A наблюдался в 6 (12%) случаях, гетерозиготный вариант встречался в 45 (88%) случаях. Полиморфизм гена TNF rs1800629 с вероятностью более 95% (p – 2,7) чаще встречался у пациентов с тяжелым поражением сосудов нижних конечностей.

Выводы: Наиболее часто встречающаяся аллель гена TNF rs1800629 у больных с атеросклерозом различной локализации – гомозиготный вариант G-308G. Полиморфизм гена TNF rs1800629 ассоциирован с тяжелым (более 70% стеноза) атеросклеротическим поражением сосудов. Его выявление, по-видимому, свидетельствует о неблагоприятном прогнозе течения процесса. Полученные данные могут быть использованы для персонифицированной оценки риска прогрессирования периферического атеросклероза.

0165

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА РУБЕЖЕ ДВУХ СТОЛЕТИЙ: ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ И ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ И ТЕЧЕНИЕ

Гарганеева А. А., Округин С. А., Борель К. Н., Шабанова М. В., Кужелева Е. А.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Изучить динамику клинико-anamnestических, социально-демографических особенностей острого инфаркта миокарда (ОИМ) в Томске за 30-летний период и проанализировать изменения основных показателей, характеризующих состояние медицинской помощи больным.

Материалы и методы: Основой для настоящего исследования послужили материалы информационно-аналитической базы данных эпидемиологической программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта

миокарда», действующей в Томске с 1984 года. За период с 1984 по 2013 гг. в базе накоплена информация о 46341 случаях подозрительных на ОИМ, который подтвердился у 27838 больных.

Результаты: Получены данные, свидетельствующие о том, что ОИМ за 30-летний период времени перетерпел определенные изменения. В возрастной структуре больных существенно увеличился удельный вес лиц пожилого и старческого возраста (с 55% до 73,55; $P < 0,05$), возросло число случаев атипичного начала заболевания (с 8,4% до 27,3%; $P < 0,05$), утяжелился анамнестический фон, на котором развивался ОИМ и клиническое течение последнего. Среди больных больше стало лиц с артериальной гипертонией, стенокардией напряжения, сахарным диабетом и т.д. Следствием данных изменений явился рост числа тяжелых в клиническом, диагностическом и прогностическом отношении случаев заболевания и увеличение в два раза количества больных, получавших лечение в непрофильных стационарах. Высокая летальность больных ОИМ в непрофильных стационарах, явилась причиной роста госпитальной летальности. Догоспитальная летальность в последние годы имела тенденцию к снижению, тем не менее в структуре общей летальности у больных молодого возраста, догоспитальная летальность продолжает занимать ведущие позиции, превышая 70%. Показатели заболеваемости и смертности от ОИМ, в течение всего периода наблюдения демонстрировали волнообразное изменение своего уровня и в последние пять лет стабилизировались на достаточно низкой отметке. Заболеваемость ОИМ среди населения моложе 60 лет характеризовалась стабильностью и даже тенденцией к снижению. За 30 лет отмечены некоторые положительные изменения в работе системы медицинской помощи больным ОИМ. Улучшилась диагностика ОИМ на догоспитальном этапе, возросла оперативность работы бригад скорой медицинской помощи, увеличилось число больных, госпитализированных в первые 6 часов и в первые сутки от начала заболевания.

Заключение: Таким образом, на основании 30-летнего мониторинга необходимо отметить важный факт, свидетельствующий о том, что эпидемиологическая ситуация в отношении острой коронарной патологии определяется, в первую очередь, частотой ее развития среди населения старше 60 лет. Для оптимизации медицинской помощи больным ОИМ основные усилия целесообразно направить преимущественно на амбулаторную реабилитацию и вторичную профилактику больных, причем разрабатываемые программы должны носить персонифицированный характер и быть направлены на конкретные возрастно-половые группы пациентов.

0166

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ АЛИСКИРЕН, НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Гаркуша Е. С., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель: оценить динамику показателей структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) и функционального состояния почек на фоне применения комбинированной четырехкомпонентной антигипертензивной терапии, включающей прямой ингибитор ренина (ПИР), у солечувствительных и солерезистентных пациентов с рефрактерной артериальной гипертонией (РАГ).

Материалы и методы: В анализ были включены 67 пациента с РАГ, медиана возраста 64 (57-69) года, у которых удалось достичь целевого уровня (ЦУ) АД на фоне применения полнодозовой четырехкомпонентной терапии: эналаприл 20 мг/сут., гидрохлотиазид 12,5 мг/сут., амлодипин 10 мг/сут. и алискирен 300 мг/сут. Всем больным исходно и через 48 недель наблюдения проводилось эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование с определением массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), определение микро-

альбуминурии (МАУ), креатинина сыворотки крови с последующим расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ. До начала терапии пациентам проводилась проба по методике В.И. Харченко, на основании результатов которой были сформированы 2 группы: 1 группа (n=29) – солечувствительные, 2 группа (n=38) – солерезистентные.

Результаты: До начала исследования показатели ЭХО-КГ, МАУ и СКФ в обеих группах достоверно не различались. Через 48 недель терапии в 1-ой группе отмечалось достоверное снижение ММЛЖ - на 9,2%, ИММЛЖ - на 14,4%, ТЗСЛЖ- на 16,7%, ТМЖП- на 9,1%, КДР- на 7,7%, КСР -на 7,4%, МАУ -на 46,2%, увеличение СКФ на 41,8% (p<0,05), во 2-ой группе статистически значимо уменьшились ММЛЖ- на 17,4%, ИММЛЖ- на 21,8%, ТЗСЛЖ- на 18,2%, ТМЖП- на 14,7%, КДР- на 7,8%, КСР- на 8,1%, МАУ- на 31,9%, имело место увеличение СКФ на 35,2% (p<0,05). При сравнении степени уменьшения основных параметров ЭХО-КГ в группах через 48 недель наблюдения оказалось, что использование алискирена в составе комбинированной терапии обеспечивало достоверно (p<0,05) более выраженное уменьшение ММЛЖ, ИММЛЖ, ТМЖП у солерезистентных пациентов в сравнении с солечувствительными. При этом степень снижения МАУ и увеличения СКФ была сопоставима в обеих группах.

Выводы: Применение четырехкомпонентной антигипертензивной терапии, включавшей алискирен, обеспечивало статистически значимое улучшение основных параметров структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ и оказывало сопоставимое нефропротективное действие, проявлявшееся в достоверном снижении МАУ и увеличении СКФ независимо от солечувствительности пациентов с РАГ. Вместе с тем выраженность позитивных изменений ключевых эхокардиографических показателей была достоверно более значимой на фоне терапии ПИР у солерезистентных больных.

0167

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

Гасташева М. А., Кутенкова И. В., Мкртчян В. Р.

ГБУЗ « Научно Практический Центр Психоневрологии» ДЗ, Москва

Как показано в материалах «Аналитическая справка об эпидемиологической ситуации по АГ и ее динамике с 2002 по 2008 года по трем мониторингам», распространенность АГ среди населения составляет 35 - 40,8% и за последние 7 лет не изменилась. Кроме того, старше 50 лет АГ страдают более половины населения, старше 60 лет – от 60 до 80%. О наличии же АГ знают только 37% мужчин и 59% женщин, среди них только 22% мужчин и 46% женщин принимают гипотензивную терапию, а эффективность проводимой терапии – 6% и 17% соответственно.

В развитии артериальной гипертонии участвуют различные сложные биофизические и биомеханические процессы, а так же их взаимодействия. Однако в современном мире нельзя не учитывать такой фактор риска как эмоциональное напряжение. Так, Е.И. Чазов высказывал предположение, что рост заболеваемости и смертности от ССЗ, и в частности АГ, непосредственно связан с психосоциальными факторами. Он отмечал, что психоэмоциональное напряжение и депрессия являются не просто определенными психологическими состояниями человека, но и сопровождаются выраженными нарушениями функций органов и систем организма. Возможно, во многом это объясняется стрессогенными социальными факторами (кризисные перемены с конца 1990-х годов). Наметившаяся тенденция к социально-экономическому росту РФ в последнее время не способствует стабилизации психосоциального напряжения населения во многом из-за новой системы ценностей. Стресс является компенсирующей приспособительной реакцией, выделяя биологически активные вещества, помогает организму пережить психотравмирующую ситуацию, однако возникновение эмоционального напряжения определяет не абсолютная сила стрессора, а социально-личностное отношение к нему, которое перегружает адаптационные возможности организма и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам». Так, по данным разных авторов психопатологические расстройства невротического уровня выявляются у 45-80% больных гипертонической болезнью.

Первое российское многоцентровое проспективное (трехлетнее) исследование (КООРДИНАТА) выявило, что клинически значимая тревожная симптоматика имеет место у 33%, Установлена связь

тревожной и депрессивной симптоматики с целым рядом психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистой заболеваемости. Отмечено, что коморбидные сердечно-сосудистые заболевания, тревожные и депрессивные состояния могут являться причиной избыточного использования больными ресурсов здравоохранения.

Актуальным является попытка создания алгоритма дифференциальной диагностики артериальной гипертензии, как самостоятельного заболевания на ранних этапах болезни с симптоматической артериальной гипертензией при тревожных расстройствах, а также степенью их выраженности, для определения дальнейшей тактики ведения этих больных и выбора стратегии терапии.

0168

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»)

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

¹ НИИ терапии и профилактической медицины

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск

Цель: Определить гендерные различия распространённости личностной тревожности (ЛТ) в открытой популяции 25-64 лет и риск развития АГ у населения с высоким уровнем тревожности (ВУТ) России/Сибири (г.Новосибирск).

Материалы и методы: В рамках III скрининга программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (мужчины n=657, 44,3±0,4 года, респонс – 82,1%; женщины n=870, 45,4±0,4 года, респонс- 72,5%). Проведена регистрация социально-демографических данных, определение ЛТ. В течение 16-летнего периода (1994-2010 гг.) были определены все впервые возникшие случаи артериальной гипертензии (АГ) в когорте. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11,5. Использовали: критерий «хи-квадрат», регрессионную модель Кокса. Достоверность во всех видах анализа была принята при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты: В открытой популяции среди населения 25-64 лет у 59,9% женщин и 50,9% мужчин была ВУТ ($\chi^2=15,937$ $u=2$ $P=0,0001$). В однофакторной модели Кокса через 5 лет риск АГ в возрасте 25-64 лет был выше у мужчин (HR= 5), чем у женщин (HR=2,3) при наличии ВУТ. В течение 10-летнего периода женщины 55-64 лет с ВУТ имели более высокий риск развития АГ – в 10 раз, чем мужчины – в 7,9 раз. Многофакторный анализ Кокса выявил у женщин влияние ВУТ на риск АГ в 55-64 лет (HR=7,9); у мужчин влияние ВУТ на риск АГ было выше у разведённых (HR=4,3) и овдовевших мужчин (HR=4,8) и в 55-64 лет (HR=5,5).

Заключение: Высокий уровень тревожности является фактором риска развития АГ среди обеих половых групп, причем он выше у женщин. В тоже время риск АГ выше у мужчин в течение первых 5 лет, а у женщин в течение первых 10 лет в старшей возрастной группе.

0169

НАРУШЕНИЯ СНА, КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, И ПОЛИМОРФИЗМ-G308A ГЕНА TNF- α В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»)

Гафаров В. В.^{1,2}, Воевода М. И.², Громова Е. А.^{1,2}, Максимов В. Н.², Гафарова А. В.^{1,2}, Гагулин И. В.^{1,2}, Юдин Н. С.³, Мишакова Т. М.³, Панов Д. О.^{1,2}

¹НИИ терапии и профилактической медицины

²Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний,

³НИИ цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск

Цель: Определить ассоциацию нарушениями сна (НС), как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний с полиморфизмом-G308A гена фактора некроза опухоли TNF- α с в открытой популяции

Материалы и методы: В рамках III скрининга программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" обследована случайная репрезентативная выборка мужчин 25-64 лет г. Новосибирска в 1994 г. (n=657, средний возраст – 44,3±0,4 года, респонс – 82,1%). Нарушения сна исследовали шкалой Jenkins. Генотипирование изучаемого полиморфизма-G308A гена фактора некроза опухоли TNF- α проводилось по стандартной методике. Статистический анализ проводился с помощью программы «SPSS-11,5».

Результаты: Уровень НС в мужской популяции 25-64 лет составил: 48,3%: оценка сна «удовлетворительно» - 39,6%, «плохо» - 7,6%, «очень плохо» - 1,1%. Генотип G/G гена TNF- α встречался у 79,1% лиц, генотип A/G - в 19% случаев и генотип A/A у - 1,9% мужчин. Среди носителей генотипа G/G гена TNF- α в сравнении с носителями всех других генотипов гораздо чаще встречается оценка сна «хорошо» (98,3%). Напротив, среди носителей генотипа A/G гена TNF- α , в сравнении с носителями всех других генотипов, чаще сон был «удовлетворительный» (30%), чем «хороший» (15,2%).

Заключение: Найдена достоверная ассоциация между уровнем нарушения сна и генотипом A/G гена TNF- α .

0170

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ 25-64 ЛЕТ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ/СИБИРИ (ПРОГРАММА ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ», НАPIEE)

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

¹ НИИ терапии и профилактической медицины ,

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск

Цель: Установить гендерную дифференциацию в отношении к своему здоровью и информированности о факторах риска ССЗ среди населения в возрасте 25-64 лет открытой популяции России/Сибири (г.Новосибирск)

Материалы и методы: В рамках II скрининга программы ВОЗ "MONICA-psychosocial" обследована случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 25-64 лет г. Новосибирска в 1988 г.(847 женщин и 739 мужчин) и случайная репрезентативная выборка населения обоего пола 45-64 лет г. Новосибирска по программе НАPIEE в 2003 г. (1074 женщины и 576 мужчин). Использовалась шкала «Знание и отношение к своему здоровью» программы ВОЗ "MONICA-psychosocial". Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS версия 11,5.

Результаты: В открытой популяции населения 25-64 лет женщины (89,5%-91%) чаще мужчин (70,5%-74,8%) имели жалобы на своё здоровье. Большинство респондентов полагало, что недостаточно заботятся о своём здоровье. Две трети участников исследования допускали вероятность того, что могут заболеть серьёзной болезнью в течение ближайших 5-10 лет, если заранее не принять предупредительные меры, а современная медицина может предупредить и лечить только некоторые болезни сердца. Мужчины в 2-3 раза чаще, чем женщины проверялись у врача. Женщины (53,3%) были больше склонны продолжать работу, чем мужчины (42,7%). Больше половины мужчин и женщин, если болезнь была обусловлена гриппом или сопровождалась температурой, оставались дома. Большинство участников исследования считали, что профилактическая проверка полезна для здоровья.

Заключение: Несмотря на положительную мотивацию в плане профилактики, а также достаточной информированности о факторах риска ССЗ сохраняются негативные тенденции в отношении к собственному здоровью, как среди мужчин, так и женщин. Причем у женщин эта тенденция превалирует, несмотря на более частые жалобы на здоровье.

0171

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЫБОРА МЕСТА АРТЕРИАЛЬНОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST НА ЭКГ

Герасимов А. Ю., Габинский Я. Л.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» г.Екатеринбург.

Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является наиболее эффективным методом при лечении острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI).

При этом крайне важна своевременность лечения ОИМ методом ЧКВ. Поэтому в клиническую практику было введено понятие дверь-баллон, т.е. время от момента контакта больного с врачом до момента восстановления кровотока по инфаркт-зависимой артерии.

По влиянию на прогноз различные варианты сосудистого доступа не равнозначны. Трансрадиальный подход обеспечивает меньшее число осложнений, но процедуральный успех в организации трансрадиального доступа ниже, чем при трансфеморальном, и трансбрахиальном.

При затруднениях в катетеризации лучевой артерии или невозможности проведения ЧКВ через организованный трансрадиальный доступ приходится использовать другие варианты сосудистого доступа (кроссовер). Это увеличивает время до катетеризации устья целевого сосуда, снижает комфорт пациента.

Задача исследования - разработка простого и эффективного неинвазивного теста, позволяющего определить возможность организации эффективного трансрадиального доступа. Использовался метод УЗИ сосудов верхней конечности.

Разработаны следующие критерии исключения при оценке лучевой артерии: Отсутствие антеградного кровотока с приемлемой скоростью в дистальной трети лучевой артерии; Диаметр лучевой артерии менее 1,9 мм; Наличие петли лучевой артерии; Наличие 3 - 4 изгибов сосуда на 45-70 градусов, или наличие двух изгибов более 70 градусов, в сочетании с диаметром артерии менее 2,5 мм. Более выраженная извитость; Выявляемый значимый спазм лучевой артерии на проведение УЗИ.

Т.к. достоверно судить о степени извитости подключичных артерий методом УЗ скрининга затруднительно, при наличии анатомической возможности, вмешательство проводилось через левую лучевую артерию.

Материалы и методы: Рассматривались две группы больных по 50 пациентов. В первой группе на основании результатов пробы Аллена, решено было выбрать трансрадиальный доступ. Во второй группе выбор места сосудистого доступа осуществлялся после УЗИ скрининга. Обследование проводилось в предоперационной. Таким образом, была сведена к минимуму задержка выполнения первичного ЧКВ. Время, затраченное на скрининговое УЗИ и принятие решения о месте сосудистого доступа, составляло, в среднем 2 мин. +/- 3 мин.

Результаты: В первой группе, частота кроссовера составила 14%. Во второй группе частота кроссовера составила 2%. У одного пациента наблюдался стойкий спазм лучевой артерии потребовавший перехода на другой вариант артериального доступа.

Выводы: Разработанный протокол УЗИ скрининга позволяет сократить время дверь-баллон при проведении первичного ЧКВ. Кроме того достигается меньшая травматизация лучевой артерии, снижается лучевая нагрузка на врача и пациента за счет уменьшения лучевого времени, необходимого на проведение катетера, катетеризацию устья КА, борьбу с последствиями спазма лучевой артерии.

0172

ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ КОРОНАРНОЙ, МИОКАРДИАЛЬНОЙ, СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.

Герцен К. А., Максимов Н. И., Ризванова Р. Т. Романова З. Д.

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

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

Материалы и методы: Изучены 4990 историй болезни специализированного коронарного отделения Республиканского кардиологического центра за 2009-2014гг. Репрезентативная группа больных (n=219) имела критерии включения в группу наблюдения: стабильная стенокардия (СтСт) без данных за инфаркт миокарда и наличие комплекса показателей по коронароангиографии, с использованием индекса коронарной недостаточности - ИКН (патент № 2325115 от 27.05.2008), эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), рентгенографии грудной клетки, велоэргометрии (ВЭМ). Критериями исключения были все иные заболевания системы кровообращения, включая нарушения ритма сердца высоких градаций, а также патология дыхания, эндокринной и других систем, влияющих на состояние гемодинамики. Все наблюдения были распределены в 3 группы: 1-СтСт без патологии коронарных артерий - КА (n=75), 2-СтСт с поражением КА (ПКА), но без хронической недостаточности кровообращения (ХНК), т.е. нарушения периферической гемодинамики (n=77), 3-СтСт+ПКА+ХНК (n=67), т.е. клинически наиболее тяжелая.

Результаты: Первая группа характеризовалась практически интактными КА, отсутствием гемодинамически значимых стенозов (ГЗС) и ИКН 11,44, но с ишемией миокарда (ИМ) по СМЭКГ у 57,5% с тяжестью в среднем 2,9 балла, с эпизодами безболевого ИМ (ББИМ) в 9,7% случаев и ишемией по ВЭМ в 5,2%. Вторая группа характеризовалась наличием ГЗС у 100% больных с ИКН 846,91, с ИМ по СМЭКГ у 43,54% с тяжестью в среднем 2,85 балла, с ББИМ у 10% и ИМ по ВЭМ у 33%. Третья группа характеризовалась наличием ГЗС у 58,2% больных, с ИКН 524,99, с ИМ по СМЭКГ у 59% с тяжестью в среднем 3,61 балла, с ББИМ у 16,3% и ИМ по ВЭМ у 21%. Систолическая функция по показателю фракции выброса (ФВ) была соответственно в группах: 65,02% - 47,68% - 60,09%; диастолическая дисфункция (ДД) отсутствовала соответственно - 22,7% -15,7% - 0% случаях.

Закключение: Прослеживается отсутствие зависимости величины структурных изменений КА (по частоте ГЗС) и их функции по значению ИКН. Нет прямой связи между частотой ГЗС и частотой ИМ в т.ч. ББИМ, выявляемой по СМЭКГ и ВЭМ. Не выявлена зависимость ИМ с ФВ, но очевидна роль нарушения ДД как маркера тяжести недостаточности КА, коррелирующая с ИКН во 2 гр. и ХНК в 3 гр.

0173

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.

Герцен К. А., Максимов Н. И.

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

Цель: Изучить состояние миокардиальной дисфункции у пациентов с гемодинамически значимыми (> 60%) стенозами и гемодинамически незначимыми (< 60%) стенозами коронарных артерий.

Материалы и методы: Репрезентативная группа больных (n=219) имела критерии включения в группу наблюдения: стабильная стенокардия (СтСт) без данных за инфаркт миокарда и наличие комплекса показателей по коронароангиографии, с использованием индекса коронарной недостаточности - ИКН (патент № 2325115 от 27.05.2008), эхокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ), рентгенографии грудной клетки, велоэргометрии (ВЭМ). Критериями исключения были все иные заболевания системы кровообращения, включая нарушения ритма сердца высоких градаций, а также патология дыхания, эндокринной и других систем, влияющих на состояние гемодинамики. Все наблюдения были распределены в 3 группы: 1-СтСт без патологии коронарных артерий – КА (n=75), 2-СтСт с поражением КА (ПКА), но без хронической недостаточности кровообращения (ХНК), т.е. нарушения периферической гемодинамики (n=77), 3-СтСт+ПКА+ХНК (n=67). Дополнительно проводилась оценка продольной деформации миокарда левого желудочка (GLS) методом отслеживания пятен серой шкалы на ультразвуковом аппарате Vivid 7 GE.

Результаты: Первая группа характеризовалась практически интактными КА, отсутствием гемодинамически значимых стенозов (ГЗС) и ИКН 11,44, но, несмотря на это, диастолическая дисфункция (ДД) отсутствовала лишь в 22,7%. ДД I (регидный) типа выявлена у 68% пациентов группы, и в 9% случаев – ДД II (псевдонормализации) типа. Вторая группа характеризовалась наличием ГЗС у 100% больных с ИКН 846,91, % ДД в данной группе составил 84,3, где 63% - ДД I типа и 21% - ДД II типа. Третья группа характеризовалась наличием ГЗС у 58,2% больных, с ИКН 524,99, и у всех пациентов была выявлена ДД: ДД I типа – 45,45%, ДД II типа – 54,54%. ДД III типа не была зафиксирована ни в одном из случаев. Систолическая функция по показателю фракции выброса (ФВ) была соответственно в группах: 65,02% - 47,68% - 60,09%. В оценке миокардиальной дисфункции левого желудочка (ЛЖ) по балльной системе прослеживается постепенное нарастание показателей продольной деформации миокарда: GLS1= 1,15±0,082; GLS2 = 1,50±0,121; GLS3= 1,73±0,199 балла. Корреляционная зависимость прослеживалась между 1 и 2 группами; а так же между 1 и 3 ей группами (p<0.05). Достоверной разницы между показателями ИКН и GLS 2 и 3 групп выявлено не было.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют, что пациенты с гемодинамически незначимыми (или пограничными) стенозами могут иметь признаки деформации миокарда, характерные для ангиографически значимых стенозов. Диастолическая дисфункция присутствует во всех группах независимо от степени выраженности стенотического поражения коронарных артерий, преимущественно в третьей и первой группах наблюдения, что подтверждает некоронарогенный характер миокардиальной дисфункции.

0174

ДОПЛЕРОВСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ В ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Глухова Т.С.¹, Сафина Э.Г.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Казань

²ГАУЗ МКДЦ г. Казань

Цель: Изучение доплеровских характеристик кровотока в плечевых артериях у больных артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 63 пациента, страдающих АГ I-III степени. Средний возраст составил 50,9±8,2 года, из них 28 мужчин и 35 женщин, длительность заболевания 13,7±8,8 лет. В контрольную группу практически здоровых лиц без субъективных и объективных признаков заболевания сердечно-сосудистой системы вошло 23 человека: 12 мужчин и 11 женщин, средний возраст 46,8±5,9 лет. Дуплексное исследование плечевых артерий проводилось на аппарате CX50 фирмы Philips линейным датчиком 7,5 МГц. Определяли: пиковую систолическую скорость кровотока (Vps), максимальную конечную диастолическую скорость кровотока (Ved), усредненную по времени максимальную скорость кровотока (TAMX), пульсаторный индекс (PI), индекс резистивности (RI). PI – это отношение разности пиковой систолической и конечной диастолической скоростей кровотока к усредненной по времени максимальной скорости кровотока: $PI = (Vps - Ved) / TAMX$. RI – это отношение разности пиковой систолической и максимальной конечной диастолической скоростей кровотока к пиковой систолической скорости: $RI = (Vps - Ved) / Vps$.

Результаты: У больных АГ отмечается увеличение пиковой систолической скорости кровотока, снижение максимальной конечной диастолической скорости кровотока и достоверное возрастание значений пульсаторного индекса PI и резистивного индекса RI в плечевых артериях. Vps у больных АГ составила 85,6±12,4 см/сек (в контрольной группе 65,0±10,8 см/сек), Ved составила 6,4±2,9 см/сек (в контрольной группе – 12,3±3,0 см/сек), $p < 0,05$. TAMX повысилась недостоверно: 17,4 ± 8,2 см/сек (в контрольной группе 14,1 ± 8,1 см/сек). PI у больных АГ составила 5,1±1,69, в контрольной группе 3,4 ± 0,94, RI 0,923±0,035, в контрольной группе 0,873±0,051, $p < 0,05$. Существенного различия скоростных показателей в зависимости от степени АГ не выявлено. У 13 обследованных больных АГ (20%) с повышенными цифрами артериального давления индексы периферического сопротивления оказались в пределах нормы. Этот факт интересен тем, что может помочь практическому врачу в выборе антигипертензивного препарата. Корреляционный анализ показал, что нет прямой связи индексов периферического сопротивления с систолическим и диастолическим артериальным давлением, фракцией выброса, размерами сердца ($r = 0,04 - 0,05$). Это свидетельствует о том, что сосудистое периферическое сопротивление определяется не этими параметрами, а другими факторами: тонусом и диаметром артериол, состоянием капиллярного кровотока, в целом микроциркуляции.

Выводы: У больных АГ отмечается достоверное увеличение индексов PI и RI в плечевых артериях, что свидетельствует о повышении у них периферического сосудистого сопротивления.

0175

СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Головенкин С. Е., Артюхов И. П., Шульман В. А., Матюшин Г. В.

ГБОУ ВПО «КрасГМУ» МЗ РФ, Красноярск

В течение всего последнего десятилетия XX века наблюдался устойчивый рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), за эти годы, произошло существенное омоложение смертности от данных причин, что привело к росту медико-социальных и экономических потерь. Начиная с 2001 года в Российской Федерации (РФ), в том числе и в Красноярском крае, реализуется ряд крупных проектов, направленных на снижение заболеваемости ССЗ и смертности от них.

В связи с этим целью нашего исследования стало изучение динамики смертности в Красноярском крае от болезней системы кровообращения на фоне проводимых профилактических мероприятий в масштабах Российской Федерации.

Материалы и методы: Для этого нами использовалась информация ГБУЗ Медицинский информационно-аналитический центр Минздрава Красноярского края и Территориального органа Федераль-

ной службы государственной статистики по Красноярскому краю о численности умерших в распределении по полу, возрасту и причине смерти за 2005–2012 г. (форма С51), а также численности населения в распределении по полу и возрасту за те же годы по Красноярскому краю и РФ (форма 2рН).

Результаты: С 2005 по 2012 г. смертность от болезней системы кровообращения (БСК) в РФ снизилась на 29,2% у мужчин и на 28,4% у женщин. Общая тенденция снижения сердечно-сосудистой смертности в Красноярском крае такая же, как в РФ, однако структура смертности в РФ и Красноярском крае менялась не одинаково. С 2003 г. по 2012 г. уровень смертности от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) (коды I60-I69 по МКБ-10) снизился на 42,6% среди мужчин и на 45,7% среди женщин в Российской Федерации, соответствующие темпы для Красноярского края были несколько выше и составили 48,4 и 51,1% соответственно. Снижение смертности от ИБС (коды I20-I25 по МКБ-10), в Красноярском крае происходило вдвое медленнее, чем в среднем в Российской Федерации. Так, с 2003 по 2012 г. смертность от ИБС в России снизилась на 25,5% у мужчин и 21,6% у женщин, тогда как в Красноярском крае – на 11,9% и 10,3% соответственно.

Выводы: Таким образом, общая тенденция снижения смертности от болезней системы кровообращения за период 2005–2012г. в Красноярском крае такая же, как в Российской Федерации, в то же время, структура смертности меняется не одинаково. Снижение смертности от цереброваскулярных болезней в Красноярском крае идет быстрее, чем в целом в Российской Федерации. И наоборот, снижение смертности от ишемической болезни сердца в Красноярском крае происходит вдвое медленнее, чем в среднем в Российской Федерации. Это заставляет искать новые подходы к диагностике, лечению и профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы в Красноярском крае, делая акцент на совершенствовании оказания помощи пациентам с ишемической болезнью сердца.

0176

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАСЧЕТНОГО РИСКА ПО СТАНДАРТНЫМ ШКАЛАМ

Головина А. Е., Катамадзе Н. О., Бондарева Е. В., Сайганов С. А., Берштейн Л. Л.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрав России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценка частоты выявления субклинического атеросклероза по данным ультразвукового исследования сонных артерий, и сопоставление её с сердечно-сосудистым риском, рассчитанным по основным международным шкалам.

Материалы и методы: Обследовано 515 пациентов, проходивших стационарное лечение в СПбГБУЗ «Городская Покровская больница» в период с 2009 по 2014 гг. и не имевших верифицированного диагноза ишемической болезни сердца (ИБС) или её эквивалентов в отношении уровня сердечно-сосудистого риска, в т.ч. 306 женщин и 209 мужчин. Средний возраст составил $55,3 \pm 8,87$ (от 30 до 70 лет). Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование сонных артерий (УЗДГСА) на аппарате Sonoline g60s, SIEMENS. Критерием для постановки диагноза субклинического атеросклероза (СА) являлось наличие нестенозирующей атеросклеротической бляшки (АБ) (сужение просвета сосуда <50%). Сердечно-сосудистый риск был рассчитан по трем шкалам: SCORE, Фрамингамской шкале риска (FRS) и шкале ASCVD. При использовании последней шкалы лица с риском $\geq 7,5\%$ были отнесены к высокому риску, с риском 5–7,4% – к умеренному, <5% – к низкому риску.

Результаты: Распространенность АБ составила: по шкале ASCVD в группе низкого риска 25,6% (95% ДИ 19,8–32,1), в группе умеренного риска 43,5% (95% ДИ 32,5–58,3), в группе высокого риска 60,56% (95% ДИ 54,2–66,7); по шкале SCORE в группе низкого риска 23,5% (95% ДИ 16,9–31,4), в группе умеренного риска 47,2% (95% ДИ 40,6–53,8), в группе высокого риска 62,1% (95% ДИ 53,6–70,2); по шкале FRS в группе низкого риска 37,23% (95% ДИ 32–42,7), в группе умеренного риска 52% (95% ДИ 41,6–62,4), в группе высокого риска 65,1% (95% ДИ 54,1–75,1).

Распространение АСБ в группах риска можно описать линейным уравнением регрессии с коэффициентом сдвига 28,82% и коэффициентом наклона 16,9%/ст.

Для оценки связи между проявлением АСБ и распределением больных по группам риска был рассчитан критерий значимости χ^2 для гипотезы об отсутствии такой зависимости. Его значения составили 55,61; 42,7 и 24,05 для шкал ASCVD, SCORE и FRS соответственно. Эти величины значительно превосходят критические значения χ^2 для уровня значимости 0,001, что свидетельствует о сильной связи между проявлением СА и степенью риска сердечно-сосудистых заболеваний, рассчитанного по шкалам.

Заключение: При использовании всех шкал наблюдается увеличение распространённости АСБ по мере увеличения расчетного риска, причём эта зависимость имеет линейный характер. Выявлены достоверные различия между распространённостью АСБ в группах низкого и высокого риска по всем шкалам. Тем не менее, АСБ выявляется более чем у 20% пациентов с низким уровнем риска независимо от используемой шкалы. Шкалы ASCVD и SCORE превосходят шкалу FRS в отношении способности прогнозировать наличие субклинического атеросклероза.

0177

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И СОСТОЯНИЕ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Гомова И. С., Брыткова Я. В., Стрюк Р. И.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Цель: изучить взаимосвязь показателей дисфункции эндотелия с метаболическими параметрами у женщин в перименопаузе с артериальной гипертонией (АГ), длительностью не более 5 лет.

Материалы и методы: в исследование включена 81 пациентка (средний возраст 50,2±2,1 лет) в период перименопаузы с АГ I-II ст., 1-2 степени с длительностью заболевания не более 5 лет (Me 2,0 года [25%;75%: 1,5;2,5 лет]). Всем пациенткам определяли уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП, ХСЛПВП). Индекс массы тела рассчитывали по формуле Кетле (кг/м²). Наличие абдоминального ожирения (АО) выявляли при измерении окружности талии (ОТ) согласно критериям ECS (2013 г.). Функцию эндотелия оценивали по эндотелий-зависимой (ЭЗВД) и эндотелий-независимой (ЭНВД) вазодилатации плечевой артерии по методу D.Celermajer et al. с помощью линейного датчика 7,5 МГц на аппарате «Logiq 5 Expert». Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США).

Результаты: Исследование антропометрических данных показало, что только 6% (5 чел.) женщин с АГ имели нормальный ИМТ (Медиана (Me) ИМТ 31 кг/м² [25%;75%:29;37 кг/м²]). Чаще всего регистрировалось ожирение 1 степени 35% (28 чел.) и избыточная масса 27% (22 чел.). Ожирение 2 и 3 степени встречалось с одинаковой частотой - у 16% (13 чел.). Абдоминальное ожирение (АО) выявлено у 75% (61 чел.) обследуемых (Me ОТ 94 см [25%;75%:88;102 см]). Анализ липидного спектра показал, что 89% пациенток имели признаки дислипидемии: наиболее часто отмечались повышение ОХС (89%, 72 чел.; Me ОХС 6,3 ммоль/л [25%;75%:5,5;6,8 ммоль/л]), ХС ЛПНП (78%, 63 чел.) и ТГ (52%, 42 чел.): (Me ХС ЛПНП 4,0 ммоль/л [25%;75%: 3,2;4,9 ммоль/л], Me ТГ 1,73 ммоль/л [25%;75%: 1,2;2,2 ммоль/л]). Оценку функционального состояния эндотелия проводили у 72 некурящих пациенток. По данным ЭЗВД и ЭНВД плечевой артерии дисфункция эндотелия отмечалась у 50% обследуемых, при этом чаще отмечалось нарушение ЭЗВД и ЭНВД - 61% (22 чел.), реже - нарушение только ЭНВД (22%, 8 чел.) или только ЭЗВД (17%, 6 чел.). Исследование взаимосвязей параметров вазореактивности плечевой артерии с антропометрическими данными выявило умеренные достоверные обратные корреляции между ЭНВД и ИМТ ($r = -0,38$, $p = 0,002$) и ЭНВД и ОТ ($r = -0,33$, $p = 0,008$). Исследование взаимосвязей показателей липид-

ного спектра с параметрами вазореактивности плечевой артерии показало наличие достоверной обратной корреляции уровня ТГ с ЭНВД ($r = -0,3$, $p = 0,01$).

Выводы: 1. У 94% женщин в период перименопаузы с АГ I-II ст., 1-2 ст. продолжительностью не более 5 лет выявляется избыточная масса тела или ожирение и у 75% абдоминальное ожирение, 89% пациенток имеют атерогенную дислипидемию. 2. У половины этих пациенток отмечается нарушение ЭЗВД и/или ЭНВД плечевой артерии. 3. Ожирение и гипертриглицеридемия у женщин в перименопаузе с АГ I-II ст., 1-2 ст. усугубляют дисфункцию эндотелия и находятся в обратной зависимости с ЭНВД плечевой артерии.

0178

КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- α У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЛЕПТИНА

Гопций Е. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: Изучение колебаний уровня фактора некроза опухолей- α (ФНО- α) в сыворотке крови больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в зависимости от уровня лептина.

Материалы и методы: Обследовано 123 больных АГ (47 мужчин и 76 женщин), средний возраст $53,87 \pm 0,92$ лет. Уровень лептина и ФНО- α определяли иммуноферментным методом. Всех больных АГ разделили на тертили в зависимости от уровня лептина в крови натошак: 1-й тертиль ($n=41$) - уровень лептина составил от 2,24 до 7,18 нг/мл ($5,47 \pm 0,21$ нг/мл); 2-й тертиль ($n=41$) - уровень лептина составил от 7,21 до 12,50 нг/мл ($9,69 \pm 0,25$ нг/мл), 3-й тертиль ($n=41$) - уровень лептина составил от 12,50 до 67,25 нг/мл ($17,71 \pm 1,33$ нг/мл).

Результаты и их обсуждение: Установлено, что уровень артериального давления (АД) у больных 3 тертиля (САД $181,46 \pm 2,75$ мм рт.ст. и ДАД $105,48 \pm 1,33$ мм рт.ст.), ИМТ ($36,48 \pm 0,79$ кг/м²), уровень ФНО- α ($9,92 \pm 0,68$ пг/мл) достоверно превышал аналогичные показатели в группах больных 2 тертиля (САД $174,41 \pm 1,92$ мм рт.ст. и ДАД $101,17 \pm 0,99$ мм рт.ст.), ИМТ ($32,80 \pm 0,79$ кг/м²), ФНО- α ($7,64 \pm 0,46$ пг/мл) и 1 тертиля (САД $162,78 \pm 2,34$ мм рт.ст. и ДАД $97,78 \pm 1,12$ мм рт.ст.), ИМТ ($27,49 \pm 0,54$ кг/м²), ФНО- α ($4,92 \pm 0,39$ пг/мл), $p < 0,05$.

Корреляционная связь показала прямую достоверную зависимость между уровнем лептина и уровнем ФНО- α ($R=0,37$; $p=0,001$), ИМТ ($R=0,51$; $p=0,0007$) у больных 1-го тертиля. Между уровнем лептина и ФНО- α ($R=0,34$, $p=0,001$), ИМТ ($R=0,50$; $p=0,001$) у больных 2-го тертиля. Между уровнем лептина и ФНО- α ($R=0,36$; $p=0,001$), ИМТ ($R=0,47$; $p=0,001$), ОТ ($R=0,54$, $p=0,0001$) у пациентов 3-го тертиля.

Выводы: Установлено достоверное повышение цифр артериального давления, индекса массы тела, уровня ФНО- α у гипертензивных пациентов параллельно повышению уровня лептина в крови. Выявлена взаимосвязь между уровнем лептина и ФНО- α в крови больных артериальной гипертензией с ожирением.

0179

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И МЕТОДЫ ВОЗМОЖНОЙ КОРРЕКЦИИ

Горбунова М.Л., Попова Н.А., Шкарин Вл. В.

ВПУ ГБОУ «Нижегородская государственная медицинская академия» Россия, Нижний Новгород

Большое количество пациентов, перенесших коронарное шунтирование имеют депрессивные расстройства разной степени выраженности, которые ухудшают качество жизни пациента и замедляют реабилитационный период после оперативного вмешательства.

Материалы и методы: Нами были исследованы 40 пациентов, перенесшие коронарное шунтирование давностью от 2 до 12 месяцев. Возраст больных составил 64±4 года. Пациентам в раннем послеоперационном периоде приема проводилась оценка выраженности депрессии с использованием шкалы Гамильтона (HDRS). Результаты оценивались по суммарному баллу и интерпретировались следующим образом: 0-7 – норма, 8-13 – легкое депрессивное расстройство, 14-18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести, 19-22 – депрессивное расстройство тяжелой степени, более 23 – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

Результаты: У 18 (45%) пациентов регистрировалось легкое депрессивное расстройство, у 16 (40%) – расстройство средней степени и у 6 (15%) пациентов – тяжелое депрессивное расстройство.

Терапия основного заболевания (антиагреганты, ингибиторы АПФ, В-блокаторы, статины) не менялась. С учетом полученных данных к лечению был добавлен селективный ингибитор обратного захвата серотонина – сертралин в дозе 25-100 мг в сутки на срок не менее 2 месяцев. Пациентам с легкой и умеренной депрессией назначалась доза 25 мг в сутки, пациенты с тяжелым депрессивным расстройством получали по 50 мг в сутки с первого дня приема. В дальнейшем, у 4 пациентов с умеренным депрессивным расстройством доза была увеличена с 25 мг до 50 мг/сут через 2 недели от начала терапии.

Повторно опрос проводился через 2 месяца. Оценку проводил другой исследователь и данные первого тестирования были скрыты. После повторного опроса было выявлено: у 22 (55%) пациентов депрессивное расстройство не было выявлено, у 11 (27,5%) – расстройство легкой степени и у 7 (17,5%) пациентов – расстройство средней степени. Также все пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия в виде улучшения настроения, снижения эпизодов тревожности и приступов панических атак. Все пациенты отметили улучшение качества жизни.

Таким образом, перенесенное коронарное шунтирование снижает качество жизни и вызывает развитие депрессивных расстройств, требующих коррекции. Назначение антидепрессантов с учетом отсутствия кардиотоксичности улучшает качество жизни и вызывает регресс проявлений депрессии.

0180

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Горбунова М. Л., Шкарин Вл. В., Попова Н. А.

ГБУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород

Введение: Ишемическая болезнь сердца является одним из основных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В ряде случаев, у пациентов с диагнозом «Стенокардия напряжения» по данным проб с физической нагрузкой на ЭКГ не выявляется ишемических изменений. Это затрудняет врача в постановке диагноза. Разрешающим диагностическим методом в данном случае является выполнение селективной коронарографии, которая позволяет точно верифицировать изменения коронарного русла.

Материалы и методы: Нами проанализировано 426 протоколов коронарографий, проведенных в течение 2014 года больным с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения 2-3 ФК. Из 426 пациентов у 248 (58,2%) был выставлен диагноз ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК, 75 (17,6%) ИБС: стенокардия напряжения 1 ФК и 103 (24,2%) пациентов были госпитализированы с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения 3ФК.

Диагноз пациентам был выставлен на основании жалоб, данных ЭКГ, ЭХОКГ, ЭКГ-мониторирования и/или пробы с физической нагрузкой, где регистрировалась ишемия.

Результаты: По данным коронарографии у 349 (82%) больных выявляются гемодинамически значимые стенозы, у 77 больных (18%) больных выявляются гемодинамически незначимые стенозы коро-

нарных артерий и/или интактные коронарные артерии. Это позволило снять диагноз ИБС у 12 человек (с непораженными коронарными сосудами). У 65 пациентов был выставлен диагноз вазоспастической стенокардии.

Закключение: Таким образом, по данным коронарографии, у 18% пациентов выявляются гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий и/или интактные коронарные артерии. Исключение ишемической болезни сердца у 12 человек предположило наличие другого заболевания с то-ракальным болевым синдромом, в связи с чем пациенты были направлены на дообследование. У 65 пациентов диагноз вазоспастической стенокардии подтверждался наличием ишемии по результатам ЭКГ-мониторирования (элевация сегмента ST в ночные и утренние часы). В дальнейшем, диагноз вазоспастической стенокардии требовал коррекции медикаментозного лечения с назначением антагонистов кальция.

0181

ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Гордеева М. С., Куриленко Т. А., Тулинцева Т. Э., Пармон Е. В.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

Введение: Оценка электрокардиографических (ЭКГ) показателей электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) играет важную роль в стратификации риска внезапной сердечной смерти. Наименее изученными являются показатели ЭНМ у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма (ЖНР) без структурной патологии миокарда и у беременных. Работ, посвященных изучению ЭКГ показателей ЭНМ у женщин, крайне мало.

Цель: Изучение ЭКГ показателей ЭНМ (характеристика ЖНР, фрагментация QRS (fQRS) комплекса, микровольтная альтернация зубца Т (мвАЗТ) и турбулентность сердечного ритма (TCP) у пациенток с идиопатическими ЖНР и беременных женщин без структурной патологии миокарда.

Материалы и методы: 1 группа — 69 женщин, средний возраст 47 ± 9 лет, более 100 желудочковых эктопических комплексов (ЖЭК) в час по данным холтеровского мониторирования (ХМ), не ассоциированными с ИБС и другой структурной патологией миокарда.

2 группа — 65 беременных женщин без структурной патологии миокарда (3 триместр беременности, средний возраст — $29,5 \pm 5,5$ лет).

3 группа (группа контроля) — 31 мужчина, средний возраст 44 ± 12 лет, более 100 ЖЭК в час по данным ХМ-ЭКГ, не ассоциированными с ИБС и другой структурной патологией миокарда.

Об отсутствии структурной патологии сердца судили по ЭКГ, ЭХОКГ, в сомнительных случаях — стресс-ЭХОКГ и МРТ сердца. ЭКГ показатели ЭНМ оценивались по данным ХМ.

Результаты: В 1-ой группе (женщины с идиопатическими ЖНР) у 8% регистрировались пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ); патологические значения начала турбулентности (ТО) регистрировались у 22% обследованных, патологический наклон турбулентности (TS) — у 20%; у 2% выявлена fQRS синусового комплекса, у 29% — fQRS ЖЭК; тест на мвАЗТ был положительным у 50% обследованных.

В 2-ой группе (беременные) регистрировались ЖНР в непатологическом количестве; отклонения ТО выявлены у 25%, отклонений от нормы TS и мвАЗТ не выявлено. FQRS не зарегистрирована.

В 3-ей группе контроля (мужчины с идиопатическими ЖНР) - пароксизмы неустойчивой ЖТ выявлены у 9,6%; патологические значения ТО регистрировались у 16% обследованных, патологический TS — у 13%; у 3% выявлена fQRS синусового комплекса, у 32% — fQRS ЖЭК. Тест на мвАЗТ был положительным у 57% обследованных.

Выводы: Отклонения показателей ЭНМ выявлены во всех группах. Значимых различий между группами мужчин и женщин с идиопатическими ЖНР не обнаружено. В группе беременных женщин без структурной патологии сердца выявлено патологическое значение начала турбулентности, что мо-

жет быть обусловлено влиянием автономной нервной системы, что требует дальнейшего изучения и сравнения с группой беременных женщин с идиопатическими ЖНР. Исследование будет продолжено.

0182

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕПЕРFUЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОИМ И ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Гореликов А. В., Карпелев Г. М., Чегерова Т. И., Туля Е. О., Марочков А. А., Клишевич Ф. Н., Ковалкин А. Е., Островский Ю. П.

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Беларусь

Цель: оценка метода ишемического посткондиционирования (ИПостК) для предотвращения реперфузионного повреждения миокарда у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: исследованию подверглись 29 пациентов в возрасте до 60 лет, с наличием полной окклюзии одной из крупных эпикардальных коронарных артерий, подъемом сегмента ST > 0.1 mV в двух и более смежных отведениях, поступивших в стационар в первые 6 часов от начала заболевания. Из исследования исключены пациенты с синдромом стенокардии в предшествующие началу ОИМ 72 часа для исключения возможного влияния ишемического прекондиционирования, наличием коллатерального кровотока (Rentrop > 1) и многососудистого поражения, а также сахарным диабетом и инфарктом миокарда в анамнезе. 17 пациентов составили контрольную группу и 12 основную. Средний возраст включенных в исследование пациентов составил 52,6 ± 8,5 лет (51,9 ± 7,8 в контрольной и 50,3 ± 9,6 в основной группах). Время от начала болевого приступа до реперфузии (время ишемии) составило 264,7 ± 81,0 минут в контрольной группе и 246,1 ± 48,3 минут в основной.

Пациентам проведено интервенционное лечение, включающее в себя аспирационную тромбэктомию и первичное чрескожное коронарное вмешательство. В основной группе после аспирационной катетерной тромбэктомии и восстановления коронарного кровотока проведена процедура ИПостК посредством серии из пяти последовательных коротких циклов окклюзии (60 с)/открытия (30 с) просвета коронарной артерии на давлении 4-6 атм.

Восстановление тканевой перфузии оценивалось по 1) шкале MBG; 2) динамике суммарного показателя подъема сегмента ST спустя 60 минут после восстановления коронарного кровотока; 3) индексу спасенного миокарда (ИСМ) по данным парной эмиссионной томографии с комплексом MIBI 99mTc, проведенной через 60-120 минут и 10-12 суток после окончания оперативного вмешательства и восстановления адекватного кровотока.

Результаты: распространение инфаркта отмечено у 4 из 17 (24%) пациентов контрольной группы. В основной группе таких пациентов не было. Среднее значение ИСМ в основной группе выше, чем в контрольной (0,69 и 0,19, $p < 0.05$). Снижение суммарного показателя подъема сегмента ST через 1 час после восстановления кровотока у пациентов основной группы было более значимым, чем в контрольной (71% и 49%, соответственно, $p < 0.05$). В основной группе выявлена тесная линейная связь между численными значениями ИСМ и показателями снижения сегмента ST ($r = 0.91$, $p < 0.05$).

Выводы: у пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST использование ишемического посткондиционирования способствует раннему предотвращению распространения инфаркта миокарда или уменьшению зоны некроза в среднем на 50%.

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ЦИРКАДНЫХ ГЕНОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Горохова С. Г.¹, Мурасеева Е. В.¹, Генерозов Э. В.², Наумов В. А.², Пригоровская Т. С.¹, Атьков О. Ю.¹

¹ Научный клинический центр ОАО «Российские железные дороги», Москва, Россия

² НИИ физико-химической медицины ФМБА, Москва, Россия

В последние годы получены убедительные данные о роли циркадных генов (PER, CLOCK, BMAL1, CRY и др.) в регуляции ферментов, транспортеров, прогормонов, сигнальных и других молекул, определяющих функционирование сосудистого эндотелия, компонентов тромбогенеза и других факторов атерогенеза. Однако насколько и каким образом циркадные гены связаны с развитием коронарного атеросклероза на сегодня точно не известно.

Цель: изучение ассоциации полиморфизмов циркадных генов с ангиографическими признаками коронарного атеросклероза, сердечно-сосудистыми факторами риска.

Материалы и методы: В работу включены 340 российских пациентов с предполагаемым или установленным диагнозом коронарного атеросклероза. Всем проводили комплексное клиническое, лабораторно-инструментальное обследование, в том числе коронароангиографию. 80 из них выполнены повторные коронарографии (средний интервал между исследованиями – 2,7 лет). Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) 18 генов, в числе которых 5 циркадных генов CLOCK (rs1801260), CRY1 (rs8192440), PER1 (rs2735611), PER2 (rs2304672), NPAS2 (rs1123857), выполнено с помощью технологии MALDI-TOF минисеквенирования. Для анализа ассоциаций использована программа PLINK.

Результаты: Выявлены достоверные ассоциации полиморфизма гена CLOCK (rs1801260) с общим холестерином плазмы крови ($p = 0,003$), липопротеинами низкой плотности ($p = 0,001$). С атеросклеротическим поражением коронарных артерий связан полиморфизм CRY1 (rs8192440) ($p = 0,017$); у носителей аллеля Т (генотипы ТТ и СТ) повышен риск коронарного атеросклероза ($OR = 1,85$, CI 1,11-3,11). Риск рестеноза после стентирования коронарных артерий значимо выше у носителей аллеля G гена PER2 (rs2304672). Обнаружены ассоциации гена CRY1 (rs8192440) с числом тромбоцитов ($p = 0,032$) и сахарным диабетом ($p = 0,046$), гена PER1 (rs2735611) с фибриногеном ($p = 0,037$) и АЧТВ ($p = 0,046$), гена NPAS2 (rs1123857) с креатинином крови ($p = 0,047$). Кроме того, с показателями сердечно-сосудистого риска были связаны гены PER2 ($p = 0,003$ для шкалы SCORE) и NPAS2 ($p = 0,034$ для шкалы Framingham).

Выводы: Прямо ассоциирован с поражением коронарных артерий ген CRY1, с липидами плазмы – ген CLOCK. Другие изученные циркадные гены связаны с компонентами системы свертывания крови, факторами метаболизма. Все вместе свидетельствует о возможном комплексном участии циркадных генов в генезе коронарного атеросклероза.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Горшков А. Ю., Гаврилова Н. Е., Бойцов С. А.

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Цель: Выявить изменения эндотелиальной дисфункции (ЭД), определяемой различными способами, у лиц трудоспособного возраста в зависимости от наличия атеросклероза сонных артерий (СА).

Материалы и методы: В исследование включено 59 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет: группа контроля (К) – 32 здоровых добровольца ($49,8 \pm 5,8$ лет) и 27 пациентов с впервые выявленным атеросклеротическим поражением СА ($51,8 \pm 5,0$ лет). Наличие атеросклероза СА определяли с помощью метода дуплексного сканирования (ДС СА) с измерением толщины интима-медиа (ТИМ) и определением на-

личия атеросклеротических бляшек (АСБ) в СА. Оценку функции эндотелия проводили двумя методами: проба с реактивной гиперемией (ПЗВД) по методике D. Celermajer и темнопольная боковая микроскопия микроциркуляторного русла подъязычной области с расчетом среднего значения пограничной области перфузии (ПОП). Все исследования проводили в первой половине дня. Пациенты двух групп были сопоставимы по возрасту, уровню артериального давления, индексу массы тела, показателям липидного профиля (общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов низкой плотности).

Результаты: При изучении ЭД методом ПЗВД было установлено, что прирост диаметра плечевой артерии в группе К в 1,5 раза выше, по сравнению с группой пациентов с наличием атеросклероза СА ($11,3 \pm 5,5$ против $7,4 \pm 6,9\%$, $p=0,001$). У 81,5% пациентов с атеросклерозом СА отмечалась патологическая сосудистая реакция при ПЗВД (прирост диаметра плечевой артерии менее 10% от исходного), в то время как в группе К аналогичные изменения зарегистрированы только у 37,5%. При анализе значений ПОП выявлено достоверно большее ее значение у пациентов с атеросклеротическим поражением СА по сравнению с пациентами группы К ($2,02 \pm 0,23$ мкм, против $1,75 \pm 0,11$ мкм, $p < 0,05$).

Выводы: ЭД у пациентов с впервые выявленным атеросклерозом СА в возрасте от 40 до 65 лет носит генерализованный характер, что проявляется нарушением вазодилатирующей функции эндотелия плечевой артерии и увеличением ПОП в микрососудах сублингвальной области, свидетельствующей о повреждении эндотелиального гликокаликса. ЭД может рассматриваться как один из факторов развития и прогрессирования атеросклеротического поражения СА.

0185

ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Горшков-Кантакузен В. А.

ФГБОУ ВПО «Московский Государственный Университет тонких химических технологий им. М.В. Ломоносова» Москва, Россия

Приобретенные (клапанные) пороки сердца – морфологические и/или функциональные изменения одного или нескольких клапанов сердца, в виде стеноза или недостаточности, или их сочетания, развившиеся в результате инфекционного поражения, воспаления или аутоиммунных реакций, перегрузок и дилатации камер сердца, приводящие к нарушению его деятельности. На ранних стадиях, пороки сердца лечатся медикаментозно, тогда как на более поздних требуют хирургического вмешательства.

В зависимости от возраста пациента устанавливают либо искусственные (шаровые, поворотные, дисковые, двух- и трехстворчатые), либо биологические (из перикарда) клапаны. При этом, биологические, служащие около десяти лет, устанавливают старшей возрастной группе пациентов, а искусственные – пациентам до 60 лет.

Биологические самораскрывающиеся клапаны (биопротезы CoreValve) чаще всего устанавливают трансфеморальным или трансапикальным доступом способом valve-in-valve, тогда как протезирование искусственных клапанов чаще всего выполняется на открытом сердце. Стоит отметить, что и биопротезы, такие как Sorin Persival S требуют установки на открытом сердце, что сопряжено с определенным риском. При этом, стоит заметить, что восстановление собственного природного клапана намного лучше протезирования (Ручинская К).

Взамен существующим клапанам сердца, подверженным износу, не предотвращающим регургитации и повышающим риск тромбоемболии, был предложен насос, позволяющий прокачивать кровь по всему организму (Leslie Miller). Особенностью такого насоса является то, что он может быть установлен как внутри, так и вне сердца, заменяя сразу все клапаны сердца. Более того, при правильном подключении нескольких насосов можно отказаться и от самого сердца!

Устройство насоса HeartMate II (Thoratec Corporation) представляет собой отводную трубу с валиком, на вершине которого расположен винт, проталкивающий кровь. Валик крутится под действием внешних магнитов. При всех преимуществах данного устройства, хочется отметить ряд существенных недостатков, таких как неудобство его установки и эксплуатации, возможность возникновения тромбозов в отводящей трубе.

Предложенная в настоящем обзоре конструкция является авторским усовершенствованием имеющейся зарубежной технологии. Архимедов винт устанавливается в артерии на стенке; на внешней стороне артерии устанавливаются магниты, приводящие винт в движение.

Данная конструкция позволяет избежать образования тромбозов, проста в установке и эксплуатации.

0186

СЕГНЕТОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ АВТОТЕРМИЧЕСКИЕ НАГРЕВАТЕЛИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Горшков-Кантакузен В. А., Цыганков В. Н., Жуперин С. Е.

ФГБОУ ВПО «Московский Государственный Университет тонких химических технологий им. М.В. Ломоносова» Москва, Россия

В зарубежной и отечественной медицинской промышленности были разработаны электроды для остановки кровотечения, которые «заваривают» сосуды, благодаря подаче импульса на «активный» электрод или нагрева электрода под действием электрического тока. Существенным недостатком данных электродов является колебание температур (нагрев-охлаждение), а также громоздкость и сложность оборудования.

В целях снижения громоздкости и сложности оборудования были предложены электроды на основе сегнетоэлектриков – титанатов бария, свинца, стронция, цирконата-титаната свинца, ниобата лития и других сегнетоэлектриков. Свойства электродов проверены на установке, смонтированной на базе мостов типов P577, E7-8 (цифровой измеритель L, C, R), Щ-34 (цифровой омметр) и E6-13A (терраомметр). Все измерения образцов осуществляли в строго идентичных условиях.

Миниатюрные электроды-нагреватели на основе сегнетоэлектрических материалов позволяют поддерживать заданную постоянную температуру (автотермичность) в интервале 80-120°C. Нагрев рабочего элемента зависит от состава электрода, поданного напряжения (от 12 до 24 В) и заданной мощности (от 1 до 500 Вт). Автотермичность осуществляется за счет фазового перехода второго рода, когда электросопротивление керамического сегнетоэлектрического элемента при прохождении тока повышается и при приближении к температуре фазового перехода стабилизируется с интервалом $\pm 2^\circ\text{C}$.

Конструкция САН может быть выполнена в виде зажима, зонда, точечного прижигателя как с открытым электродом, так и защищенным стеклом. Такая конструкция позволяет выполнять малоинвазивные операции по установке неохран, клапанное протезирование транскапиллярным доступом, valve-in-valve и valve-in-ring; а также – установку перикарда, операции на открытом сердце и иные, сопряженные с высоким риском сильных кровотечений.

0187

МОДЕЛЬ ТЕЧЕНИЯ КРОВИ

Горшков-Кантакузен В. А.

ФГБОУ ВПО «Московский Государственный Университет тонких химических технологий им. М.В. Ломоносова» Москва, Россия

Большинство видов оперативных (хирургических) вмешательств сопряжено с риском повреждения кровеносной системы и потери крови, поэтому знания по механике течения крови жизненно необходимы. Вычисление потери напора жидкости по длине, в гидромеханике, определяется по формуле, предложенной Ю. Вейсбахом и А. Дарси.

Кровь – будучи тканью организма, состоящей из жидкой среды (плазмы) и взвешенных форменных структур (лейкоцитов, эритроцитов и тромбоцитов), является классической неньютоновской (псевдопластической) жидкостью и подчиняется закону: $\sigma = \alpha \dot{\gamma}^n$, $n < 1$; $\dot{\gamma} = \left| \frac{\partial \bar{u}}{\partial z} \right|$ т.е. ее вязкость зависит от градиента скорости. Поэтому, построение модели течения крови необходимо как для проведения операций, так и для конструирования клапанов сердца, стентов и т.д.

Используя многие публикации и обработку экспериментальных данных на данную тему (Наврузов К.Н., Файзуллаев Д.Ф., Горшков-Кантакузен В.А. и др.) в координатах $\sqrt{\tau} - \sqrt{\dot{\gamma}}$ будем иметь уравнение Кэссона для чистого сдвига, описывающее нелинейно-вязкие свойства крови: $\sqrt{\tau} = k\sqrt{\dot{\gamma}} + \sqrt{\tau_0}$. Постоянные k и τ_0 могут быть функциями температуры и состава крови. Тогда приходим к модели Наврузова-Хайбердиева: $\dot{\gamma} = \sum_{m=1}^{\infty} (-1)^m \frac{\tau_{max}^m f^{(m)}(\tau_{max})}{m} \left(1 - \frac{\tau}{\tau_{max}}\right)^m$.

Далее, применяя модель упруговязкой жидкости $\tau + \lambda \dot{\tau} = 2\mu B$, получим систему уравнений, описывающую течение крови:

$$\left. \begin{aligned} \dot{\gamma} &= \left| \frac{\partial \bar{u}}{\partial z} \right| = \frac{\tau}{\eta} = \frac{2\mu B - \lambda \dot{\tau}}{\eta} = \frac{2\mu B + \left[\sum_{m=1}^{\infty} a_m \left(1 - \frac{\tau}{\tau^*}\right)^m \right]}{k\gamma^{n-1}} \\ \sigma &= \alpha \dot{\gamma}^n \\ U &= \sqrt{\frac{2\Delta H}{\lambda_r \frac{1}{d} + \sum \xi}} \\ \frac{\partial \bar{u}}{\partial \tau} &= \frac{u \cdot 8\eta l}{aR^4\pi} - \frac{bu^2}{a} \end{aligned} \right\} \begin{aligned} a_0 &= \tau^* \left(1 - \sqrt{\frac{\tau_0}{\tau^*}}\right)^2; \quad a_1 = -\tau^* \left(1 - \sqrt{\frac{\tau_0}{\tau^*}}\right) \\ a_m &= \frac{b_2 [1 \cdot 2 \cdot 3 \dots (2m-3)]}{2^m m!}, \quad (m = \bar{2}; \infty), \quad b_2 = 2\tau^* \sqrt{\frac{\tau_0}{\tau^*}} \\ \lambda_r &= \frac{64}{Re} \langle lam. \rangle \equiv \frac{0.2579}{Re^{0.231}} \langle turb. \rangle, \\ Re &= \frac{1}{6} \frac{\rho^2 w L \sqrt{8RT}}{\eta^{2/3} \cdot \pi^{2/3} \cdot \sigma^2 n} \left[P + \left(\frac{\partial u}{\partial V} \right)_T \right] \left(\frac{\partial V}{\partial T} \right)_P + \left(\frac{\partial u}{\partial T} \right)_V \end{aligned}$$

0188

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Горянская И. Я., Корниенко Н. В., Мирошниченко Е. П., Кожанова Т. А.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского» г. Симферополь, Республика Крым, Россия

Цель: анализ взаимосвязи между уровнем гомоцистеинемии и частотой возникновения эпизодов безболевой ишемии миокарда у больных со стабильной стенокардией напряжения.

Материалы и методы: Обследованы 65 больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса (ФК), которые наблюдались в кардиологическом отделении специализированного диспансера г.Симферополя.

При изучении частоты и особенностей безболевой ишемии миокарда (БИМ) использовали холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). Уровень гомоцистеина (ГЦ) в сыворотке крови определя-

ли натошак методом иммуноферментного анализа с помощью диагностических наборов фирмы Axis Biochemicals ASA (Oslo, Norway).

Результаты и их обсуждение: Для удобства сравнительной характеристики больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения III-IV ФК разделили на 2 группы, в зависимости от результатов ХМ ЭКГ. В 1-гр. (n=30) вошли больные, у которых регистрировались частые эпизоды БИМ в течение суток, во 2-гр. (n=35) – больные, у которых при ХМ ЭКГ не отмечалась БИМ. У пациентов 1-гр. наблюдалось более тяжелое течение ИБС, по сравнению с течением заболевания во 2-ой группе. Длительность и частота эпизодов БИМ прямо зависит от тяжести течения коронарной патологии и имеет место у больных ИБС с высоким ФК стабильной стенокардии, а так же у лиц перенесших инфаркт миокарда. При проведении тестов с физической нагрузкой у больных ИБС в позднем постинфарктном периоде, несмотря на отсутствие у большинства пациентов приступов стенокардии, почти у 43,7% из них выявлены эпизоды БИМ.

При анализе гомоцистеинемии у больных ИБС было выявлено существенное увеличение концентрации ГЦ в плазме крови у больных в 1-ой группе, по сравнению с данными, полученными во 2-ой группе. Так у больных 1-группы средний уровень гомоцистеинемии составил $18,9 \pm 0,8$ мкмоль/л, во 2-гр. концентрация ГЦ достигала $15,7 \pm 0,9$ мкмоль/л ($p < 0,05$), то есть у больных с частыми эпизодами БИМ концентрация ГЦ была выше на 17%, чем у пациентов, у которых не отмечалась БИМ.

У больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения с высоким функциональным классом в сочетании с ПИКС и гипергомоцистеинемией отмечается дестабилизация коронарного кровотока, которая проявляется наличием эпизодов "немой" ишемии миокарда.

Выводы: Таким образом, существует необходимость ранней диагностики и прогнозирования появления эпизодов БИМ у больных с ИБС путем определения уровня концентрации гомоцистеина в плазме крови с последующей ее медикаментозной коррекцией. Последнее способствует более позднему появлению и развитию безболевого ишемии миокарда у данного контингента больных, а также уменьшению количества и длительности эпизодов БИМ.

0189

ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

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

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Новосибирск, Россия

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Казань, Россия

Цель: Изучить эндотелий-зависимую вазодилатацию (ЭЗВД) и эндотелий-независимую вазодилатацию (ЭНВД) у лиц молодого возраста с наследственной отягощенностью (НО) по артериальной гипертензии (АГ) с нормальным артериальным давлением (АД) (НАД), высоким нормальным АД (ВНАД) и АГ.

Материалы и методы: В исследование включено 95 потомков больных с АГ: 38 больных с АГ (группа 1-Д), 22 исследуемых с ВНАД (группа 2-Д) и 35 человек с НАД (группа 3-Д). В группах 1-Д, 2-Д и 3-Д курили 63%, 35% и 37% лиц соответственно, избыточную массу тела имели 70%, 45% и 28% исследуемых соответственно. Группу контроля составили 24 здоровых лиц без НО по АГ. Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $24,5 \pm 2,7$ лет) и полу. Проводилось суточное мониторирование АД, дуплексное сканирование плечевой артерии (ПА) на аппарате «Vivid 3» («GE») с оценкой ЭЗВД с использованием пробы постокклюзионной реактивной гиперемии на ПА и ЭНВД с введением нитроглицерина по методике Celermayer et al.

Результаты: В основных группах исследуемых ЭЗВД была достоверно ниже, чем в группе контроля. В группах 1-Д и 2-Д среднее значение ЭЗВД ПА составило $12,1 \pm 0,6\%$ и $11,8 \pm 4,5\%$ соответственно, что было ниже на 25,3%, на 27% соответственно по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Гипо-

спастический тип реакции эндотелия сосудов наблюдался у 28,6% пациентов из группы 1-Д, у 27,8% лиц из группы 2-Д и у 11,5% исследуемых из группы 3-Д. Среднее значение ЭНВД ПА в группах 1-Д и 2-Д составило $19,1 \pm 2,1\%$ и $18,3 \pm 1,4\%$ соответственно, что на 21,2% и 24,3% соответственно было меньше по сравнению с контролем ($p < 0,001$). Между нормотониками с НО по АГ и без НО по АГ достоверных различий по значению ЭЗВД и ЭНВД не наблюдалось. Выявлено негативное влияние курения на значения ЭЗВД ПА: $F=9,29$, $p=0,0001$. Наблюдалась отрицательная взаимосвязь между ЭЗВД и индексом массы тела (ИМТ) (в группе 2-Д - $гп = -0,33$, $p=0,01$, в группе 3-Д - $гп = -0,34$, $p=0,01$) и ЭНВД и ИМТ (в группе 2-Д - $гп = -0,54$, $p=0,01$, в группе 3-Д - $гп = -0,43$, $p=0,01$). В группе 2-Д показатель ЭЗВД был связан с возрастом ($гп = -0,24$, $p=0,01$).

Выводы: Таким образом, отмечалось снижение функциональной активности эндотелия сосудов у молодых лиц с НО по АГ не только при АГ, но и при высоком нормальном АД. На состояние ЭЗВД и ЭНВД оказывал влияние ИМТ и возраст исследуемых.

0190

ПЛАТФОРМА УДАЛЕННОГО МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА БАЗЕ МОБИЛЬНОГО ПРИЛОЖЕНИЯ

Гребенникова А. А., Столяров А. Ю., Дубинко К. Г., Лопатин Ю. М.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоградский Государственный Университет, Волгоград

Цель: Сердечная недостаточность является огромной проблемой современности. Сегодня продолжают поиски оптимизации ведения пациентов с ХСН. Одной из важных моделей ведения пациентов с ХСН является телемониторинг. Одним из средств телемедицины могут стать мобильные приложения для больных с ХСН. Однако, к сожалению, в России на данный момент существует одно мобильное приложение для больных с ХСН - ту HF. Нашей целью является создание платформы удаленного мониторинга пациентов с сердечной недостаточностью на базе мобильного приложения.

Материалы и методы: Мобильного приложения разработано на базе Android и создано для пациентов с сердечной недостаточностью различной этиологии. Оно позволяет осуществлять: мониторинг состояния пациентов, напоминать о необходимости контроля за прогрессированием симптомов заболевания, приема предписанных препаратов, соблюдения рекомендации по образу жизни. В приложении есть возможность прохождения теста - Европейской шкалы оценки способности пациентов к самопомощи с сердечной недостаточностью (ШОССН_9).

Результаты: Мобильное приложение для пациентов с ХСН состоит из 4 экранов. Первый экран включает в себя мониторинг состояния пациентов - пациенты заполняют данные: пульс, давление, вес, принимаемые препараты, отвечают на простые вопросы по качеству жизни. Второй экран - прохождение теста ШОССН_9. Третий экран - связь пациента с врачом - пациент в любой момент времени может задать интересующий его вопрос касательно приема препаратов, физической активности, вакцинации, диете, сообщить об ухудшении симптомов заболевания. Четвертый экран включает в себя общие сведения о сердечной недостаточности, рекомендации по образу жизни, диете, физической активности, общие сведения о лекарственных препаратах. Основными преимуществами данного приложения являются: простота и доступность в понимании использования приложения для всех категорий пациентов, возможность обратной связи, прохождение теста ШОССН_9 и оценка способности к самопомощи.

Выводы: Мобильное приложение для пациентов с ХСН является простым и доступным способом мониторинга состояния пациентов, улучшающее качество их жизни, снижающее количество повторных госпитализаций.

0191

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ КОРОНАРНОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Гривенко А.А: Институт Кардиологии, г.Кишинев, Республика Молдова

Наиболее неблагоприятными типами ремоделирования левого желудочка в плане прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений принято считать эксцентрическую и концентрическую гипертрофию левого желудочка ЛЖ.

Цель: изучить динамику ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) в течение 1 года после коронарной реваскуляризации.

Материалы и методы: 141 пациент с диагнозом стенокардия напряжения III-IV ФК были разделены на 3 группы (гр.), сопоставимые по степени поражения коронарного кровотока, возрасту, полу, наличию сопутствующей патологии. В I гр. (n=78) вошли пациенты, которым была выполнена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА), II гр. (n=45) составили пациенты после аортокоронарного шунтирования (АКШ). III гр.- контрольная (n=20)-пациенты, которым не была проведена реваскуляризация миокарда. Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на 1 этапе (после реваскуляризации/коронароангиографии) и на 2 этапе-спустя 12 месяцев. Типы ремоделирования ЛЖ определяли согласно классификации А.Гапау.

Результаты: на 1 этапе: в I (65,38%) и II (51,11%) группах преобладал нормальный тип геометрии ЛЖ. Процент лиц с концентрическим ремоделированием составил 7,69% в I группе и 8,89% во II группе. Эксцентрическое ремоделирование преобладало у пациентов III (44,44%) и II (40%) группы. Доля концентрической гипертрофии составила 7,69% в I группе и 5,69% в III группе. Динамика через 1 год: процентное соотношение пациентов с нормальной геометрией и концентрическим ремоделированием в I и II группах достоверно значимо не изменилось. В III группе увеличилось количество пациентов с нормальной геометрией ЛЖ на 19,78% (p<0,05), уменьшилось на 16,34% (p<0,05) доля концентрического ремоделирования; пациентов с концентрической гипертрофией зарегистрировано не было. В I группе уменьшилась доля пациентов с концентрической гипертрофией на 4,03% и осталась без изменений с эксцентрической гипертрофией. Во II группе на 15,93% уменьшилась доля пациентов с эксцентрической гипертрофией (p<0,05), доля которых в III гр. увеличилась на 2,62%.

Выводы: Через 1 год во всех 3 группах преобладали пациенты с нормальной геометрией ЛЖ.. У пациентов после коронарной реваскуляризации (независимо от метода) достоверно уменьшилось количество пациентов с эксцентрической и концентрической гипертрофией. В группе, не прошедших реваскуляризацию миокарда, количество пациентов с эксцентрической гипертрофией недостоверно увеличилось и сопровождалось более высоким уровнем мозгового натрийуретического пептида.

Наиболее неблагоприятными типами ремоделирования в плане прогноза развития сердечно-сосудистых осложнений принято считать эксцентрическую и концентрическую гипертрофию левого желудочка ЛЖ.

Через 1 год после коронарной реваскуляризации у больных после ЧТКА процентное соотношение типов ремоделирования ЛЖ было без существенных изменений. Отмечалось уменьшение доли пациентов с концентрической гипертрофией. У пациентов после АКШ достоверно уменьшилась доля пациентов с эксцентрической гипертрофией.

0192

О ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Гриднева Р. И., Закиров М. М., Ковешникова Н. А.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»
Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель: изучение основных причин формирования приобретенных пороков сердца (ППС) и их структуры у детей по данным госпитализации специализированного отделения.

Под наблюдением находилось 30 пациентов с различными ППС, находившихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы №1. Среди пациентов было 8 девочек и 22 мальчика в возрасте от 4 до 16 лет.

Анализ проведенных исследований показал, что чаще всего регистрировались ППС ревматической этиологии. Из 20 таких больных, перенесших острую ревматическую лихорадку, было 15 мальчиков и 5 девочек. ППС сформировались в данном случае в 29,4% случаев. Мальчики имели неблагоприятный прогноз ревмокардита в 2,5 раза чаще девочек. Формирование пороков завершилось в среднем через год после перенесенной острой ревматической лихорадки. В структуре ревматических пороков сердца преобладали пороки митрального клапана (50%), среди которых у 9 больных диагностирована недостаточность митрального клапана и лишь у 1 – сочетанный порок этого клапана с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия. У 7 пациентов (35%) недостаточность митрального клапана сочеталась с недостаточностью аортального клапана, 3 ребенка имели аортальные пороки.

Вторую группу больных составили 10 детей (7 мальчиков и 3 девочки) у которых причиной формирования ППС был перенесенный инфекционный эндокардит (ИЭ). У большинства наблюдаемых вторичный ИЭ развился на фоне различных врожденных пороков сердца, лишь один больной был с первичным ИЭ. В структуре врожденных пороков сердца преобладали такие как дефект межжелудочковой перегородки (27,3%), тетрада Фалло (18,2%), сложные врожденные пороки сердца (18,0%). У 5 из 22 наблюдавшихся пациентов ИЭ развился после оперативной коррекции порока, у 1 – после зондирования полостей сердца. В целом частота формирования ППС при ИЭ была гораздо выше, чем при ревмокардите и составила 45,5%. Различия у мальчиков и девочек при этом незначительные. В половине всех случаев наблюдалось поражение только одного клапана, в 40% - двух, в 10% - трех клапанов. Чаще всего обнаруживали изменения митрального и аортального клапана (89%), реже трикуспидального и клапанов легочной артерии.

Отличительной особенностью приобретенных пороков сердца при ИЭ было быстрое и выраженное формирование недостаточности клапанов, иногда вплоть до тотальной.

Таким образом, основными причинами формирования ППС у детей является острая ревматическая лихорадка и ИЭ. В структуре ревматических пороков сердца преобладает недостаточность митрального клапана. ИЭ чаще всего сопровождается выраженной недостаточностью аортального и митрального клапанов.

0193

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

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

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия;

²Международный научный центр исследования экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН Красноярск, Россия

Цель: Изучить клинические, лабораторные, диэлектрические характеристики у больных стабильной стенокардией чувствительных (АЧ) и резистентных (АР) к ацетилсалициловой кислоте (АСК) до и после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы: У 60 пациентов со стабильной стенокардией II-IV функционального класса, получающих АСК, изучены клинические особенности, диэлектрические свойства эритроцитов, тромбоцитов, цельной крови и плазмы на оригинальном Фурье-спектрометре, агрегация тромбоцитов индуцированная аденозин дифосфатом (АДФ)(5 мМ) и арахидоновой кислотой (АК) (11мМ) на оптическом

агрегометре в зависимости от АР и АЧ до, на первые и десятые сутки после АКШ. Резистентность к АСК определялась при уровне агрегации тромбоцитов с АК более 20% хотя бы в одной точке наблюдения. До АКШ проводилась инкубация тромбоцитов с АСК *in vitro*.

Результаты: АЧ выявлена у 44 пациентов (73,3%), АР у 16 (26,7%). У АР пациентов чаще назначались селективные ингибиторы ЦОГ-2 (17% против 44%, $p < 0,05$) после АКШ. В группе АЧ при сравнении с АР достоверно отличались уровни креатинина на 1е сутки после АКШ ($115,3 \pm 29$ мкмоль/л против $153,7 \pm 49,9$ мкмоль/л, $p = 0,028$), СОЭ на 10 сутки после АКШ ($54,6 \pm 26,5$ мм в час против $80,625 \pm 21,3$ мм в час, $p = 0,028$). У 33% АР пациентов после инкубации тромбоцитов с АСК *in vitro* снизилась агрегация тромбоцитов с АК < 20%, что может быть связано со снижением биодоступности препарата. АДФ индуцированная агрегация тромбоцитов выше в группе АР в сравнении с группой АЧ: на 10 сутки терапии АСК ($62 \pm 25\%$ против $46 \pm 15\%$, $p = 0,026$). Диэлектрические свойства крови, тромбоцитов, плазмы коррелируют с уровнем АДФ-зависимой и индуцированной АК агрегацией тромбоцитов. Диэлектрические характеристики крови и тромбоцитов пациентов в группах АР и АЧ пациентов значимо отличаются. $P = 0,036$ для у0 крови; $p = 0,052$ для х0 тромбоцитов и $p = 0,019$ для у0 тромбоцитов.

Заключение: Ингибиторы ЦОГ-2, почечная дисфункция, воспалительный ответ, сниженная биодоступность кишечнорастворимой формы АСК, условия искусственного кровообращения – возможные причины АР после АКШ. Имеется достоверность отличий диэлектрических характеристик крови и тромбоцитов пациентов в группах АР и АЧ пациентов.

0194

ОСОБЕННОСТИ ДИЭЛЕКТРИЧЕСКОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОБУСЛОВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

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

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,

²Международный научный центр исследований экстремальных состояний организма при Президиуме КНЦ СО РАН, Красноярск, Россия

Цель: Изучить диэлектрический спектр крови у пациентов с нестабильной стенокардией (НС) и сопутствующей артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: Обследованы 40 пациентов с НС, отрицательными маркерами некроза миокарда, имеющих по ЭКГ изменения ишемического характера, у 36 из них была АГ, причем у 12 пациентов с исходной депрессией сегмента ST. Группа сравнения - 22 пациента с изолированной АГ. Контрольная группа состояла из 30 доноров. При поступлении для всех пациентов в качестве дополнительного способа диагностики ишемии миокарда использовался метод диэлектрической Фурье-спектроскопии крови (Патент на изобретение № 2482488 от 20.05.2013).

Результаты: У 33 из 40 пациентов с НС и АГ с признаками гипертрофии левого желудочка диэлектрические показатели крови были изменены по сравнению с контролем в первые часы приступа стенокардии. У 17 из 33 пациентов (51%) была проведена коронароангиография, которая выявила гемодинамически значимые изменения сосудов сердца, подтверждающие ишемический характер депрессии сегмента ST. У 7 (18%) пациентов, не отличающиеся от нормы по диэлектрическим показателям крови, отмечалась АГ с признаками гипертрофии левого желудочка. Очевидно, что у этих пациентов боль в сердце обусловлена кардиалгией иного генеза, в частности, повышенным артериальным давлением. Микроваскулярная стенокардия исключена при проведении велоэргометрии. Пациенты с не ишемической депрессией сегмента ST существенно не отличались от пациентов с изолированной АГ с гипертрофией левого желудочка и от нормы по диэлектрическим показателям, в то же время имели достоверные отличия от пациентов с НС и депрессией сегмента ST ишемического генеза.

Выводы: Изменение диэлектрического спектра крови подтверждает ишемию миокарда при исходной гипертрофической депрессии сегмента ST.

0195

ЛИПОТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ ЭПИКАРДИАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Гриценко О. В.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{2,3}, Веселовская Н. Г.^{1,3}

¹КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

²ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул

³ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно - сосудистых заболеваний, Кемерово

Висцеральное ожирение сердца при метаболическом синдроме (МС) может приводить к липотоксическому поражению миокарда, его ремоделированию и, возможно, развитию хронической сердечной недостаточности (СН).

Цель: выявить возможные факторы риска развития липотоксического поражения миокарда у больных с ожирением.

Материалы и методы: В исследование было включено 48 мужчин, средний возраст 43,8±5,2 лет с МС и общим ожирением. Пациенты имели ожирение I-III степени, ИМТ 33,86±4,23 кг/м.кв. Критериями исключения пациентов из исследования являлись сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. Всем пациентам измерялась толщина эпикардиальной жировой ткани (тЭЖТ) по ЭХОКГ (определялась линейная тЭЖТ за свободной стенкой правого желудочка (ПЖ) в конце систолы в В-режиме), определялись уровни метаболических факторов риска, насыщенных свободных жирных кислот (НСЖК) и проводилась МРТ с отсроченным контрастированием гадолинием для выявления участков фиброза миокарда как возможного исхода липотоксического поражения кардиомиоцитов. Пациентов, включенных в исследование, разделили на 2 группы: Группа 1 – 26 пациентов с МС и тЭЖТ более 7 мм, Группа 2 – 22 пациентов с МС и тЭЖТ менее 7 мм.

Результаты: В Группе 1 были выявлены более высокие показатели глюкозы (p=0,004), инсулина (p=0,02), НСЖК (p=0,003), триглицеридов (p=0,04) и липопротеинов очень низкой плотности (p=0,002). Кроме того, в группе 1 чаще выявлялось отсроченное накопление контрастного препарата гадолиния, которое определялось по удлинению времени инверсии. Время инверсии группе 1 составило 341,2±5,6 мс, а в группе 2-263,2±4,9 мс (p=0,04). Проведена оценка ремоделирования левого желудочка и выявлено, что средние значения конечно-диастолического объема (КДО) и конечно-систолического объема (КСО) в группе 1 составили 133,67±15,67 мл и 53,78±8,31 мл и были значительно выше, чем у пациентов группы 2 (p=0,005). Кроме того, у пациентов группы 1 с тЭЖТ более 7мм, были больше размеры левого предсердия (ЛП) - 44,42±4,89 мм и конечно-диастолический размер ПЖ - 29,41±3,52 мм, чем у пациентов группы 2 (p=0,001). тЭЖТ положительно коррелировал с объемами ЛЖ: КДО (r=0,364;p=0,001), КСО (r=0,392;p=0,001) и отрицательно с фракцией выброса по Симпсону (r=-0,409;p=0,001). Кроме того, показатель тЭЖТ показал положительную взаимосвязь с размерами ЛП (r=0,218; p=0,030). В группе 1 диастолическая дисфункция (ДД) 1 типа определялась у 28,5% пациентов (n=14), в группе 2 у 14% пациентов (n=8). Кроме того у 2 пациентов группы 1 (4%) была выявлена ДД 2 типа, у пациентов группы 2 данный вид ДД не встречался.

Заключение: При МС существенно возрастает риск развития липотоксического поражения миокарда. Данный риск возрастает при наличии выраженного висцерального ожирения. Следствием липотоксического поражения миокарда при МС является развитие фиброза миокарда, маркерами развития которого является повышенный уровень НСЖК, ТГ и ЛПОНП, критерии МРТ.

0196

РАЗВИТИЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИНСУЛИНУ У ДЕТЕЙ

Громнацкая Н. Н., Громнацкий Н. И.

**Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия**

Цель: Выяснить механизм формирования миокардиальной инсулинорезистентности (ИР) у детей с нарушенной чувствительностью к инсулину.

Материалы и методы: У 53 детей с ИР, установленной согласно уровню базальной инсулинемии, выше 11,5 ммоль/л, базальной глюкозы крови выше 5,6 ммоль/л и индекса HOMA-IR выше 2,77 ус.ед., проведено определение общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой, очень низкой и высокой плотности, триглицеридов, оксида азота (NO) и малонового диальдегида (МДА) крови. Определение базального инсулина крови проводили твердофазным иммуноферментным анализом, базальной глюкозы – глюкооксидазным методом, общего холестерина, липопротеидов и триглицеридов – колориметрическим ферментным методом, NO в крови - колориметрическим методом непрямой фотометрической реакции, МДА - цветной реакцией с тиобарбитуровой кислотой с подсчетом ТБК-активных продуктов. Исследованы структурно-функциональные параметры сердца методом эхо-кардиографии.

Результаты: Установлено наличие системной ИР не только в метаболических тканях, которыми являются поперечнополосатые мышцы, печень, жировая ткань и эндотелий, на основе высоких значений базальной инсулинемии, базальной глюкозы, индекса HOMA-IR, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов и низких значений ХСЛПВП, но и миокарда. Согласно высоко достоверной корреляционной зависимости базального инсулина с NO ($r=0,76$; $p=0,001$) и индекса HOMA-IR с NO доказано, что действие инсулина на эндотелий и миокард состоит в увеличении синтеза и биодоступности NO через вторичную активацию eNOS и сигнальных систем. Со значительным увеличением NO при ИР усиливается оксидативный стресс, установленный на основании высоко достоверной связи МДА с NO ($r=-0,31$; $p=0,05$), с образованием большого количества свободных радикалов, окислением NO до токсичного радикала супероксид азота ONOO- и, соответственно, уменьшением неокисленного функционирующего NO. Оксидативный стресс, пероксидация липидов и белков, аккумуляция реактивных альдегидов приводят к поражению кардиомиоцитов и изменениям функциональных возможностей миокарда. Выявлено непосредственное влияние оксидативного стресса и МДА на расширение камеры левого желудочка в диастолу ($r=-0,55$; $p=0,035$) и увеличение ударного объема левого желудочка ($r=-0,55$; $p=0,035$). Кроме того, низкий уровень NO способствует гипертрофии левого желудочка, выявленной согласно высокой корреляционной зависимости NO и массы миокарда левого желудочка ($r=-0,50$; $p=0,048$). Объяснением развития миокардиальной ИР может быть также снижение чувствительности тканей к инсулину и, соответственно, подавление реакции сигнализации инсулина по повышению NO в тканях, нарушение метаболизма вследствие гипоксии тканей и тенденции к переходу на анаэробный гликолиз с развитием гипертрофии левого желудочка.

Выводы: У детей со сниженной чувствительностью тканей к инсулину развивается миокардиальная ИР, маркерами которой могут быть гиперинсулинемия, высокие значения индекса HOMA-IR, МДА и низкие значения NO. Признаками ИР можно считать увеличение массы миокарда, конечно-диастолического объема и ударного объема левого желудочка.

0197

КРИТЕРИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Громнацкий Н. И., Громнацкая Н. Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

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

Материалы и методы: Из 1520 детей общей популяции отобраны 90(5,9%) детей с АО в возрасте от 9 до 18 лет. Детей подразделили на 4 группы: 1 группа – 13 детей с изолированным АО, 2 группа – 31 ребенок с АО и 1 критерием КР, 3 группа – 28 детей с АО и 2 критериями КР, 4 группа – 16 детей с АО и 3

критериями КР. Двое детей имели 5 критериев КР. Группу контроля составили 65 детей с нормальным индексом массы тела (меньше 90-го персентиля) и окружностью талии (меньшей 90-го персентиля) – 5 группа. У детей измеряли антропометрические показатели (массу тела, рост, окружность талии, шеи, бедер), определяли базальный уровень глюкозы, инсулина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), рассчитывали индекс массы тела (ИМТ), соотношение окружность талии/окружность бедер, индексы НОМА-IR и Саго.

Результаты: Общее количество критериев КР у детей с АО составило 233, количество критериев на 1 ребенка – 2,59. У детей с ростом количества критериев наблюдалось увеличение ИМТ ($p_{1,5}=0,001$, $p_{3,5}=0,001$, $p_{4,5}=0,001$) и возраста от 10,8(9,2-14,0) лет (1 группа) до 16(13,0-17,0) лет (3 группа). Дети 1 группы отличались от детей группы контроля по возрасту, ИМТ, окружности талии, соотношению окружности талии/окружности бедер. Дети 2 группы имели более высокие показатели ИМТ, окружности шеи, талии и бедер, соотношения окружность талии/окружность бедер, концентрации базальной глюкозы, индекса НОМА-IR, ХСЛПВП, систолического и диастолического АД, частоты АГ. У детей 3 группы наряду с показателями, характерными для детей 2 группы, диагностирована высокая концентрация базального инсулина крови и индекса Саго, а у детей 4 группы – по сравнению с детьми 3 группы более высокая концентрация триглицеридов. У детей с ростом численности критериев КР происходило абсолютное количественное их увеличение.

Выводы: К АО у детей рано присоединяются факторы КР: АГ, нарушение углеводного обмена, понижение концентрации ХСЛПВП и повышение триглицеридов крови.

0198

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА УРОВНИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Громова М. А., Мясоедова С. Е.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, Иваново

Актуальность Особенности хронического болевого синдрома (ХБС) при ревматоидном артрите (РА), его значение в повышении артериального давления (АД) и развитии изменений вариабельности ритма сердца (ВРС) изучены недостаточно.

Цель: определить особенности ХБС и его взаимосвязь с уровнями АД и изменениями ВРС у больных РА.

Материалы и методы У 101 пациента с достоверным диагнозом РА 2-3 степени активности, в возрасте от 32 до 75 лет (средний возраст 60,6 лет), 92% из них – женщины, исследовали выраженность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опросникам Ван Корффа, Мак-Гилла, DN4. Диагностика артериальной гипертензии (АГ) осуществлялась с учетом Национальных рекомендаций 2010 г., степень и динамика АГ оценивалась по данным амбулаторной карты и при офисном измерении АД на момент обследования. Анализ ВРС проводили методом спектрального анализа в покое и при активной ортостатической пробе (АОП) с использованием аппаратуры ООО «Нейрософт», Иваново в соответствии со стандартом европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии «Вариабельность ритма сердца. Стандарт измерения, физиологической интерпретации и клинического использования» (1996).

Результаты Боль, оцененная по различным шкалам, варьировала от умеренной до интенсивной. Нейропатический компонент боли диагностирован у 37,3%. АГ 1-3 степени выявлена у 64,35% больных, средняя длительность анамнеза составила 7,5 лет. У 55,4% больных АГ возникла на фоне РА. При анализе ВРС у больных РА отмечено достоверное снижение в фоновой пробе общей мощности спектра TP, волн очень низкой частоты VLF и низкочастотного LF-компонента, отражающего симпатические влияния на сердце. При оценке АОП достоверно уменьшился индекс K30/15, отражающий снижение реактивности парасимпатического отдела ВНС. Выявлены корреляционные связи между различными показателями ВРС и параметрами ХБС. Наиболее многообразными были связи ХБС с изменениями

показателей, характеризующих симпатическую часть спектра. С присоединением нейропатического компонента боли изменения ВРС нарастают. Уровни АД не коррелировали с показателями активности РА. Вместе с тем выявлена зависимость между интенсивностью боли по данным опросника Ван Корффа, LF и VLF компонентами спектра нейрогуморальной регуляции с максимальными подъемами уровней систолического АД, что может отражать значение ХБС в развитии стресс-индуцированной гипертонии у этих пациентов.

Выводы: Более чем у половины больных РА инициирует АГ, развитие которой может быть связано с интенсивностью боли и сопровождается нарушением вегетативной регуляции ритма сердца.

0199

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

Д.м.н., проф. Грудянов А. И.¹, д. м.н., проф. Ткачева О. Н.², Авраимова Т. В.^{1, 2*}, Хватова Н. Т.², Хатагов А. Т.^{1, 2}

¹ ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России

² ФГБУ «ГНИЦ ПМ» Минздрава России

Одной из актуальных проблем современной стоматологии является изучение негативного системного эффекта длительно протекающих воспалительных заболеваний полости рта на организм в целом. В частности, воспалительные заболевания пародонта могут быть взаимосвязаны с атеросклерозом, имеющим в своей основе иммунный воспалительный процесс в эндотелии сосудов, осложнения которого являются одной из основных причин смертности в мире. Вышесказанное подтверждает актуальность углубленного изучения данного вопроса, в частности, изучение взаимосвязи заболеваний пародонта и структурно - функционального состояния сосудистой стенки, в целях оптимизации профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта и снижения кардиоваскулярного риска.

Цель: определение структурно-функционального состояния сосудистой стенки у пациентов с пародонтитом различной степени.

Материалы и методы: Обследованы 109 пациентов с интактным пародонтом и воспалительными заболеваниями пародонта, имеющих различный кардиоваскулярный риск, без доказанных сердечно-сосудистых заболеваний, в возрасте от 25 до 65 лет.

Всем пациентам были проведены клиническое обследование, общий и биохимический анализы крови, определение высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP), определение структурно-функционального состояния сосудистой стенки общей и наружной сонных артерий методом дуплексного сканирования с доплеровским анализом, определение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД), определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

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

Выводы: По мере прогрессирования тяжести хронического пародонтита повышается жесткость сосудистой стенки, снижаются эндотелийзависимые вазодилататорные резервы системных сосудов, усугубляются показатели системного воспалительного ответа, атеросклеротические изменения сонных артерий в виде утолщения КИМ, увеличивается количество атеросклеротических бляшек, нарастает стеноз.

0200

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

Губанова М. В., Кушнарченко Н. Н., Баркан В. С.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст.Чита-2 ОАО «РЖД», Чита, Россия

Введение: В настоящее время особый интерес представляет появление новых предикторов развития артериальной гипертензии (АГ), таких как центральное аортальное давление, пульсовое давление. В связи с этим, целью нашего исследования было выявить факторы сердечно-сосудистого риска у больных подагрой.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 82 пациента с подагрой (средний возраст 49 ± 8 лет). Диагноз подагры выставлен на основании классификации по S.L.Wallace, 1977. У 42 пациентов диагностирована АГ – основная группа, у 40 больных выявлены нормальные показатели артериального давления (АД) – группа сравнения.

Результаты: На основании эхокардиографического исследования установлено, что у пациентов с подагрой в сочетании с АГ выявлено изменение основных параметров: конечно-диастолического размера, толщины межжелудочковой перегородки, толщины задней стенки левого желудочка, по сравнению с больными подагрой без АГ. Мы проанализировали частоту развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных подагрой с АГ и без АГ. За ГЛЖ принимали увеличение индекса массы миокарда (ИММЛЖ) ≥ 125 г/м² для мужчин. У 22 больных основной группы (52,4 \pm 1,06%) и у 9 пациентов группы сравнения (21,5 \pm 1,4%) была выявлена ГЛЖ, причем у мужчин основной группы ГЛЖ развивается чаще ($p < 0,001$). Уровень мочевой кислоты сыворотки крови положительно коррелировал с ИММЛЖ ($r = 0,34$, $p < 0,05$). У пациентов основной группы систолическое АД (САД) 134 [128; 140], диастолическое АД (ДАД) 79 [69; 88] и пульсовое давление (ПД) 57 [50; 62] были достоверно выше, по сравнению с группой сравнения: САД 120 [115; 122,5], ДАД 70,5 [67; 74], ПД 49 [47; 54] ($p < 0,001$). Систолическое АД имело положительную корреляционную связь с ИММЛЖ ($r = 0,39$, $p < 0,05$), ДАД с ИММЛЖ ($r = 0,31$, $p < 0,05$). При изучении параметров центральной гемодинамики с оценкой систолического, диастолического и пульсового аортального давления, выявлено статистически значимое повышение данных показателей в основной группе больных, по сравнению с группой сравнения. В ходе исследования нами обнаружено увеличение периферического и центрального ПД в обеих исследуемых группах. Уровни САД и ДАД положительно коррелировали с центральным систолическим ($r = 0,44$, $p < 0,05$) и диастолическим давлением ($r = 0,73$, $p < 0,05$), также обнаружена положительная связь между систолическим и пульсовым аортальным давлением ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Выводы: У пациентов с подагрой выявлено изменение основных параметров кардиогемодинамики. У больных подагрой в сочетании с АГ повышено центральное аортальное давление. Кроме того, у пациентов с подагрой с АГ и без АГ диагностировано увеличение центрального и периферического пульсового давления, что отражает жесткость сосудистой стенки и выступает в качестве независимого фактора риска сердечно-сосудистых осложнений.

0201

СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ

Губанова М. В., Кушнарченко Н. Н.

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст.Чита-2 ОАО «РЖД», Чита, Россия

Введение: В настоящее время появились сведения о новых независимых предикторах сердечно-сосудистых событий, таких как скорость распространения пульсовой волны (СРПВ). Основным параме-

тром ригидности центральных сосудов является СРПВ (PWV_{ao}), которую можно исследовать различными методами. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC, 2007), а также Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов (РМОАГ/ВНОК, 2008), жесткость аорты и крупных артерий является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности.

Цель: изучить показатели СРПВ у мужчин с подагрой по результатам суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 82 пациента с подагрой (мужчины, средний возраст 45 [39; 52] лет). Диагноз подагры выставлен на основании классификации по S.L.Wallace, 1977. Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин (средний возраст 40±7 лет). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось прибором BPLab («Петр Телегин», Россия). По данным СМАД, среди обследованных мужчин с подагрой у 42 пациентов диагностирована артериальная гипертензия (АГ) – основная группа, у 40 больных выявлены нормальные показатели артериального давления (АД) – группа сравнения.

Результаты: Значение СРПВ определялись как нормальные (СРПВ 7,0-10 м/с), повышенные (СРПВ >10 м/с). У мужчин с подагрой в сочетании с АГ СРПВ 11,5 [10,4; 12,2], у пациентов с подагрой без АГ – 10,9 [10,2; 12,22], в контрольной группе – 9,95

[9,7; 10,3]. Нами установлено повышение СРПВ в обеих исследуемых группах по сравнению со здоровыми мужчинами (p<0,01). Выявлено, что частота встречаемости повышенных значений СРПВ у мужчин с подагрой и АГ в полтора раза превышала таковые по сравнению с больными подагрой с нормальным уровнем АД (p<0,05). У мужчин в группе сравнения нормальные показатели СРПВ зарегистрированы в 1,7 раза чаще по сравнению с основной группой больных (p<0,05).

Выводы: У пациентов с подагрой как в сочетании с АГ, так и без таковой выявлено повышение показателей аортальной ригидности по данным суточного мониторирования АД.

0202

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДУКТАЛА МВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Губанова Т. Г., Галин П. Ю.

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

Цель: оценить эффективность Предуктала МВ у пациентов с некоронарогенной ишемией миокарда

Материалы и методы: в исследование включены 50 пациентов (34 женщины и 16 мужчин, средний возраст пациентов составил 55,1±3,8 лет), поступавших в кардиологическое отделение Оренбургской областной клинической больницы для проведения коронарной ангиографии и определения дальнейшей тактики ведения. При поступлении у 31 пациента был установлен диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия II ФК, 19 пациентов был установлен диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. При поступлении 33 пациента описывали возникновение стенокардитических болей при физической нагрузке, 17 – при нагрузке и в покое, 14 – при перемене погоды. Давящие боли в сердце отмечали 44 пациента, жгучие – 10, дискомфорт в области сердца – 6). Количество стенокардитических приступов за месяц по группе составило 21,2 ±12,6, количество таблеток нитроглицерина, применяемого для купирования болевых приступов – 17,7±14. Положительные результаты нагрузочных проб получены при проведении ВЭМ у 12 пациентов (у 10 установлен II ФК стенокардии, у 2 – III ФК), при проведении тредмил-теста – у 1 пациента (установлен III ФК), при проведении ХМЭКГ – у 25 пациентов, при проведении ЧПЭС – у 16 (у 13 установлен II ФК стенокардии и у 3 – III ФК). У 4 пациентов положительные результаты нагрузочных выявлялись несколькими методами. При проведении коронарографии диагностированы «чистые» коронарные артерии у 35 пациентов, малоизмененные – у 15. После проведенного обследования у 35 пациентов был выставлен диагноз: ИБС. Микроваскулярная стенокардия, у 14 – артериальная гипертензия II-III степени, у 1 – миокардиодистрофия сложного генеза. При выписке пациентам помимо стандартной терапии микроваскулярной стенокардии, артериальной гипертензии на 6

месяцев назначался Предуктал МВ – метаболический антиангинальный препарат, повышающий активность метаболизма глюкозы в сердце путем переключения преимущественного источника энергии с окисления жирных кислот на окисление глюкозы. Эффективность препарата оценивалась ежемесячно по количеству приступов стенокардии, количеству таблеток нитроглицерина, принимаемого с целью купирования болевого синдрома. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы с «STATISTICA 6,0 и Microsoft Exel 2007. При решении задач описательной статистики использовалось вычисление средних значений. Для сравнения изучаемых признаков использовался критерий Вилкоксона.

Результаты: в течение 6 месяцев приема Предуктала МВ у пациентов с некоронарогенной ишемией миокарда наблюдалось постепенное уменьшение как количества приступов стенокардии, так и уменьшение количества таблеток нитроглицерина, принимаемого с целью оказания «скорой помощи». Уже через месяц приема препарата количество приступов стенокардии уменьшилось до $14,4 \pm 7$, количество принимаемых таблеток нитроглицерина - до $11,1 \pm 7,3$. При этом и уменьшение приступов стенокардии, и уменьшение количества таблеток принимаемого нитроглицерина было статистически достоверным ($p < 0,01$). К концу исследования количество приступов стенокардии в группе уменьшилось до $5,4 \pm 3,1$, количество таблеток принимаемого нитроглицерина уменьшилось до $4 \pm 2,9$ таблетки, что, естественно, тоже оказалось статистически значимым ($p < 0,01$).

Выводы: Таким образом, назначение Предуктала МВ у пациентов с некоронарогенной ишемией миокарда является эффективным, целесообразным и оправданным, поскольку приводит к уменьшению приступов стенокардии и снижению потребности в нитроглицерине. Эффект от добавления Предуктала МВ в стандартные схемы лечения и микроваскулярной стенокардии и артериальной гипертонии наблюдается с первого месяца и сохраняется на протяжении всего срока приема препарата.

0203

ЭКСПРЕССИЯ FGF-2 В РАЗЛИЧНЫХ СЛОЯХ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

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

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

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

Цель: изучить особенности экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2) в различных слоях стенки брюшной аорты при моделировании хронического адренергического и холинергического стресса у крыс линии Вистар в эксперименте.

Материалы и методы: Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г). Проводилось моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. и хронического холинергического стресса (ХХС) — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Затем в обеих сериях крыс под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям. При иммуногистохимическом исследовании использовались кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400. FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. В зависимости от количества и интенсивности окрашивания экспрессирующих клеток в поле зрения выраженность экспрессии факторов роста фибробластов в препарате оценивали по балльной системе: 1 балл — единичные клетки со слабой экспрессией; 2 балла — единичные клетки со средней экспрессией; 3 балла — сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки со сред-

ней экспрессией; 4 балла - сплошь в поле зрения клетки со слабой экспрессией и единичные клетки с сильной экспрессией.

Результаты: исследования показали, что как при ХАС, так и при ХХС достоверных различий по выработке FGF-2 в меди и в адвентициальном слое брюшной аорты не наблюдалось.

В эндотелиальном слое при ХАС в основном наблюдались клетки со слабой экспрессией FGF-2, но в значительно большем количестве (в 2,8 раза), чем в контрольной серии (36 баллов и 13 баллов, соответственно; $\chi^2=5,445$, $p<0,020$).

Более значительные изменения выработки FGF-2 произошли при ХХС – экспрессия FGF-2 в эндотелии увеличилась в 3,2 раза (21 балл в контроле и 68 баллов при ХХС; $\chi^2=11,895$, $p<0,0001$).

То есть, выработка FGF-2 в эндотелии увеличивается при обоих вариантах стресса, но при ХХС в значительно большей степени. Выраженные изменения эндотелиального слоя при ХХС, увеличение экспрессии FGF-2, вероятно, приведет к изменениям фиброгенеза в стенке брюшной аорты.

Обращает на себя внимание, что эндотелиальный слой является основным местом выработки FGF-2 как при ХХС, так и при ХАС.

0204

МУТАЦИИ С282У И Н63D ГЕНА HFE И ПЕРЕГРУЗКА ЖЕЛЕЗОМ В ГЕНЕЗЕ ХСН У ПАЦИЕНТОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИИ

Гудкова А. Я.^{1,2}, Семернин Е. Н.^{1,2}, Ситникова М. Ю.^{1,2}, Шавловский М. М., Шляхто Е. В.^{1,2}

¹ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт Петербург, Российская Федерация

² Первый СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, Российская Федерация

Введение: Среди всех наследственных дефектов гомозиготное носительство мутаций С282У и Н63D гена HFE является одним из наиболее распространенных в мире. В тоже время в Российской Федерации роли HFE-гемохроматоза и перегрузки тканей железом в развитии ХСН уделяется недостаточно внимания.

Цель: Изучить частоту носительства мутаций С282У и Н63D в когорте пациентов с ХСН с перегрузкой тканей железом.

Материалы и методы: Обследовано 98 пациентов с рефрактерной ХСН. У всех пациентов определялся процент насыщения трансферина железом по формуле [НТЖ = (железо сыворотки/ общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) (total iron binding capacity – TIBC) × 100%] (норма для взрослых 20-45%). При обнаружении лабораторных признаков перегрузки железом для выявления мутаций С282У и Н63D гена HFE использовали метод аллель-специфической ПЦР.

Результаты: Перегрузка организма железом (насыщение трансферина железом более 60% у мужчин и более 50% у женщин выявлена у 11 из 98 пациентов с ХСН, включенных в исследование (11,2%). У всех больных с ХСН и перегрузкой железа выявлен дилатационный фенотип, ХСН III-IV ФК NYHA, диастолическая дисфункция, снижение фракции выброса <40%.

В результате генетического исследования пациентов с признаками перегрузки железом гомозиготы по мутациям С282У и Н63D гена HFE не обнаружены. Пять пациентов с признаками перегрузки железом являлись двойными гетерозиготами (компаундами), четверо простыми гетерозиготами, у остальных выявлен нормальный генотип.

Заключение: Обнаружена относительно высокая частота перегрузки железом у пациентов с тяжелой ХСН, при этом гомозиготы по мутациям С282У и Н63D гена HFE среди пациентов отсутствовали. По-видимому сочетание генетических (наличие двойных гетерозигот) и негенетических факторов, ответственно за избыточное накопление железа в организме пациентов с ХСН северо-западного региона России.

0205

ДЕТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ БЕЛКОВ КОМПОНЕНТОВ АМИЛОИДА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ДИСТРОФИИ У МЫШЕЙ MDX

Гудкова А. Я.^{1,2}, Семернин Е. Н.^{1,2}, Крутиков А. Н.¹, Шавловский М. М.³, Мильман Б. Л.³
Коржевский Д.³, Каминская Е. В.⁴, Михайлова Е. В.⁴, Шляхто Е. В.^{1,2} и Михайлов В. М.⁴

¹ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Российская Федерация

² ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, Российская Федерация

³ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», РФ

⁴ Институт цитологии Российской академии наук

Введение: Известно, что гибель кардиомиоцитов и скелетных миоцитов у мышей mdx, экспериментальной модели миодистрофии Дюшенна у человека, главным образом, зависит от прогрессирования окислительного стресса. Наряду с этим особенности внеклеточного матрикса, которые могут вносить дополнительный вклад в развитие органических поражений, практически не исследованы.

Цель: Исследовать состав белковых агрегатов во внеклеточном матриксе миокарда, почек и печени, идентифицировать тип белка главного компонента амилоида при развитии дистрофии у мышей mdx.

Материалы и методы: Исследованы гистологические препараты миокарда, печени и почек девяти мышей mdx разного возраста (от 0,2 до 1,5 лет) и мышей контрольной линии C57BL/6, сопоставимого возраста и пола. Отложения амилоида выявляли при помощи конгофильного окрашивания с последующим уточнением в поляризованном свете. Окрашенный амилоид извлекали при помощи микродиссектора, белковые спектры образцов исследовали после растворения и триптического гидролиза методом масс-спектрометрии MALDI-TOF. Анализ спектров проводили on line с помощью программы MASCOT <http://www.matrixscience.com>.

Результаты: У мышей mdx (1-1,5 года) амилоид обнаружен в почках и сердце. Наибольшее отложение амилоида обнаружено в почках. Вовлечение в патологический процесс печени обнаружено у одной мыши mdx полугодовалого возраста и характеризовалось малым объемом амилоидных отложений. Отложения амилоида в миокарде, печени и почках мышей линии C57BL/6 сопоставимого возраста не обнаружены. В составе образцов амилоида методом масс-спектрометрии пептидных фрагментов с наибольшей вероятностью идентифицированы следующие белки: Vitronectin, Apolipoprotein A-II Apolipoprotein E.

Заключение: Установлено, что нарастание окислительного стресса и прогрессирующая дистрофия органов у мышей mdx сопровождается развитием системного ApoAII -амилоидоза с поражением почек, сердца и, возможно, печени в относительно молодом возрасте.

0206

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ

Гурижева М. В. , Аттаева М. Ж. , Василенко В. М. , Фокичева Н. Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель: изучение влияния серетиды на показатели электрической стабильности миокарда у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: В обследование был включен 81 больной ХОБЛ (средний возраст 52,06±1,7 лет). У 48 (59,3%) больных отмечено среднетяжелое течение заболевания (1 группа) и у 33 (40,7%) – тя-

желое течение (2 группа). Всем больным дважды (при госпитализации и через 2 недели лечения) проводились суточное мониторирование ЭКГ и анализ variability ритма сердца (BPC) по 7-минутной записи ЭКГ. Серетид («GlaxoSmithKline», Польша) назначался наряду с антибактериальной терапией.

В контрольную группу вошли 35 здоровых человек (средний возраст $42,4 \pm 2,8$ лет). За условную норму приняты временные показатели: SDNN – $44,94 \pm 0,15$ мс, RMSSD – $44,61 \pm 2,84$ мс; частотные параметры: LF – $1207,91 \pm 77,7$ мс², HF – $1063,50 \pm 68,1$ мс², LF/HF – $1,14 \pm 0,11$.

Результаты: До лечения у больных ХОБЛ обнаружено достоверное снижение показателей BPC, более выраженное при тяжелой степени течения заболевания, по сравнению с контрольной группой. В 1-ой группе пациентов средние значения временных показателей: SDNN – $23,08 \pm 1,9$ мс, RMSSD – $18,1 \pm 1,98$ мс; во 2-ой группе: SDNN $17,51 \pm 1,12$ мс и RMSSD $9,46 \pm 1,24$ мс ($P < 0,05$). Частотные показатели в обеих группах отражали преобладание симпатической регуляции сердца: 1 группа: LF – $162,32 \pm 26,25$ мс², HF – $143,71 \pm 7,92$ мс², LF/HF – $1,13 \pm 0,63$; 2 группа: LF – $341,53 \pm 50,66$ мс², HF – $187,24 \pm 34,45$ мс², LF/HF – $1,82 \pm 0,4$. Выявлено, что с нарастанием тяжести течения ХОБЛ чаще обнаруживаются аритмии: пароксизмы наджелудочковой тахикардии в группе с тяжелой степенью тяжести выявлены у 19,7% больных, желудочковая экстрасистолия – у 58,42% пациентов. В группе больных со средней степенью тяжести ХОБЛ данные нарушения ритма обнаружены у 5,64% и 16,8% больных соответственно ($p < 0,05$).

При применении серетиды на фоне улучшения общего состояния большинства больных в 1-ой группе выявлена максимальная положительная динамика показателей BPC: SDNN – $30,12 \pm 3,65$ мс; RMSSD – $19,43 \pm 3,95$ мс; LF – $101,18 \pm 16,59$ мс², HF – $161,82 \pm 16,70$ мс², LF/HF – $0,63 \pm 0,05$. Во 2-ой группе достоверной динамики показателей вегетативного дисбаланса в сравнении с предыдущим исследованием не было отмечено. На фоне лечения серетидом у обследованных также обнаружено существенное снижение частоты наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма сердца, более выраженное у больных ХОБЛ средней степени тяжести.

Выводы: Снижение BPC, симпато-вагальный дисбаланс при ХОБЛ является прогностически неблагоприятным фактором и ассоциировано с развитием аритмий. Применение серетиды в комплексной терапии больных ХОБЛ существенно уменьшает нарушения вегетативной регуляции сердца и риск развития аритмий. Эти изменения более выражены в группе больных со средней степенью тяжести заболевания.

0207

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ КРОВИ У ЛИЦ С ДИСПЛАЗИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА И ЕГО ОСОБЕННОСТИ ПРИ РАЗНЫХ УРОВНЯХ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА И ТИРОКСИНА

Гурмач М. А., Чижов П. А., Медведева Т. В.

ГБОУ ВПО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России,
Ярославль, Россия

Актуальность: Одной из систем, определяющей уровень иммунологической защиты, является кровь. Мезенхимальное происхождение клеток крови и кроветворной ткани обуславливает закономерности вовлеченности данной системы в патологический процесс при дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС). На клеточный состав крови оказывают влияние железы внутренней секреции.

Цель: изучение клеточного состава крови и его особенностей в зависимости от уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т₄) у молодых людей с различными ДСТС.

Материалы и методы: Обследовано 232 человек (83 юноши, 149 девушек) в возрасте 21-24 лет, из которых у 122 человек диагностирован изолированный пролапс митрального клапана (ПМК) без нарушения гемодинамики, у 15 – аномально расположенная хорда (АРХ), у 23 – сочетание ПМК и АРХ, у 21 – сочетание ПМК и пролапса трикуспидального клапана (ПТК), у 51 – никаких отклонений в строении сердца не было обнаружено. Всем им проведена ЭХО-кардиоскопия на аппарате Ultrasonic, выполнен общий анализ крови. Уровень гормонов Т₄ и ТТГ определяли в сыворотке крови радиоизотопным методом.

Результаты: Показатели клеточного состава крови у пациентов с ДСТС по группе в целом достоверно отличаются от таковых у лиц без ДСТС. В частности, у пациентов с ДСТС достоверно ($p < 0,05$) ниже средний объем эритроцита (МСV, $77,3 \pm 7,8$), среднее содержание гемоглобина в эритроците (МСН, $28,9 \pm 2,5$), количество тромбоцитов ($240 \pm 56,5$), по сравнению с лицами без ДСТС ($80,9 \pm 6,1$, $29,2 \pm 2,2$ и $258 \pm 42,5$, соответственно). Кроме того, нами выявлено, что у пациентов с ДСТС ниже число палочкоядерных нейтрофилов (П/я Н, $0,1 \pm 0,1$ против $0,2 \pm 0,1$) и эозинофилов (ЭО, $0,1 \pm 0,1$ против $0,19 \pm 0,1$) и выше число лимфоцитов ($1,9 \pm 0,5$ против $1,6 \pm 0,7$) и моноцитов ($0,5 \pm 0,2$ против $0,4 \pm 0,2$).

Исследование показало, что во всех группах с ДСТС при уровне Т4 $101-142$ нмоль/л число П/я Н ($0,2 \pm 0,2$ против $0,1 \pm 0,1$) и моноцитов ($0,6 \pm 0,5$ против $0,4 \pm 0,3$) выше, чем при уровне Т4 менее 100 нмоль/л. У лиц с ДСТС МСН ($29,3 \pm 3,3$ против $27,0 \pm 6,0$) и МСНС ($36,5 \pm 1,1$ против $35,2 \pm 1,3$) при нормальном уровне Т4 достоверно выше, чем при Т4 менее 58 нмоль/л. Что касается взаимосвязи показателей клеток крови у лиц с ДСТС в зависимости от уровня ТТГ, нами установлено противоположные взаимоотношения по сравнению с уровнем Т4. При уровне ТТГ в диапазоне от $2,0$ до $4,0$ мкМЕ/мл по сравнению с лицами из этой группы при уровне ТТГ $0,25-1,9$ мкМЕ/мл достоверно ниже число П/я Н ($0,1 \pm 0,2$ против $0,2 \pm 0,2$), моноцитов ($0,4 \pm 0,3$ против $0,6 \pm 0,7$).

Выводы: 1. Уменьшение у лиц с ДСТС МСV и МСН возможно приводит к снижению способности эритроцитов транспортировать циркулирующие иммунные комплексы к местам их фагоцитоза.

2. Можно предполагать нарушение фагоцитарной функции у лиц с ДСТС по сравнению с контрольной группой.

3. У лиц с ДСТС Т4 оказывает стимулирующее влияние на продукцию клеток, ответственных за фагоцитоз.

0208

МАРКЕРЫ ДЕГРАДАЦИИ КОЛЛАГЕНА I ТИПА, ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гусакова А. М., Насрашвили Г. Г.

НИИ Кардиологии, Томск, Россия

Цель: Оценить динамику показателей системы матриксных металлопротеиназ, маркеров повреждения миокарда и регуляции тонуса сосудов у пациентов с ИБС до проведения операции прямой реваскуляризации миокарда, через 2 недели и в отдаленном периоде.

Материалы и методы: В исследование включено 16 пациентов (15 мужчин и 1 женщина) в возрасте $62,6 \pm 6,1$ лет, находившихся на лечении в отделении ССХ НИИ кардиологии с основным диагнозом ИБС: стенокардия напряжения, которым была выполнена прямая реваскуляризация миокарда в условиях искусственного кровообращения с выделением левой внутренней грудной артерии. Определение содержания матриксной металлопротеиназы рго-ММР-1, С-терминального телопептида (СICP), белка, связывающего свободные жирные кислоты (БСЖК), цистатина С и эндотелина проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа. Забор крови проводили перед оперативным вмешательством, спустя 2 недели и через 4–6 месяцев. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 for Windows. Оценка достоверности различий проводилась с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни и точного критерия Фишера. Корреляционный анализ проводили по методу Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Установлено, что на первоначальном этапе доля пациентов, у которых значение рго-ММР-1 превышало установленный диапазон нормальных значений, составила $18,75\%$, через две недели – 75% , а в отдаленном послеоперационном периоде – процент пациентов с повышенными значениями рго-ММР-1 составил 25% . Аналогичная тенденция прослеживается и для показателя СICP ($25, 50$ и $31,25\%$, соответственно). Уровень БСЖК до операции составил $2,18 \pm 1,31$ нг/мл, что также было выше нормы, в отдаленном периоде с высоко значимой достоверностью ($p < 0,0002$) снизился до $0,62 \pm 0,3$ нг/мл. Отмечено высоко значимое достоверное увеличение содержания эндотелина ($p < 0,001$) спустя 4–6

месяцев после оперативного вмешательства. При этом уровень эндотелина на всех этапах исследования былкратно выше по сравнению с референсными значениями ($1,19 \pm 1,35$ на первом этапе, в отдаленном периоде – $1,75 \pm 1,48$ фмоль/л). Между уровнем эндотелина на первом этапе и в отдаленном периоде отмечена сильная корреляционная связь (коэффициент корреляции составил 0,86). Концентрация цистатина С также увеличилась со временем ($p < 0,001$), однако на всем протяжении оставалась в пределах референсных значений.

Выводы: В отдаленном послеоперационном периоде наблюдается достоверное повышение концентрации эндотелина. Экспрессия pгo-MMP-1 достигает своего максимального значения через две недели после операции, что вероятно, свидетельствует о наиболее активном процессе деградации компонентов внеклеточного матрикса. Полученные результаты подтверждают важность поиска и изучения биохимических маркеров с целью оценки отдаленных послеоперационных прогнозов и предотвращения возможных осложнений.

0209

МАРКЕРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЕТОДОМ ЭХОТРЕКИНГ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гусаковская Л. И., Хромова А. А., Мельникова Е. А., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: изучить вклад повышенного уровня артериального давления (АД) в степень выраженности нарушения структурно-функциональных свойств магистральных артерий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 68 человек в возрасте от 33 до 68 лет. Группу 1 составили 24 нормотензивных лица (средний возраст – $48,8 \pm 6,9$ лет). В группу 2 вошли 25 больных ИБС (средний возраст – $52,2 \pm 9,1$ года). Группа 3 состояла из 19 больных ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени (средний возраст – 52 (48; 56) лет). Длительность анамнеза АГ составила 5 (1; 10) лет. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, росту. Пациенты группы 3 имели более высокие значения офисного систолического и диастолического АД. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий изучали с помощью ультразвукового исследования общих сонных артерий с использованием технологии эхотрекинг прибором My Lab 90 («Esaote», Италия) по показателям: QIMT – толщина комплекса интима-медиа, loc P sys – локальное систолическое давление в сонной артерии, loc P dia – локальное диастолическое давление, P (T1) – давление в локальной точке, индекс жесткости В, индекс аугментации Alx, локальная скорость распространения пульсовой волны в сонной артерии PWV. Результаты представлены в виде $M \pm SD$ для нормального распределения данных; Me (Q 25%, Q 75%) при асимметричном распределении.

Результаты: Значения показателя QIMT преобладали у лиц с ИБС с АГ и без: в группе 1 – 559 (479; 666) $\mu\text{м}$, в группе 2 – 699 (614; 818) $\mu\text{м}$, в группе 3 – 749 (626; 810) $\mu\text{м}$ ($p_{1-2,3} < 0,05$). Уровень loc P sys и loc P dia общей сонной артерии у здоровых лиц составил 101,8 (96,7; 110,2) и 70 (70; 80) мм рт.ст., у больных ИБС с нормальным АД – 104 (99,3; 111,7) и 70 (70; 80) мм рт.ст., у пациентов с ИБС и АГ – 120 (113,6; 138,1) и 90 (80; 90) мм рт.ст. ($p_{1,2-3} < 0,05$). Показатель P (T1) был наименьшим в группе 1 – 94,7 (84,7; 100,9) мм рт.ст., более высоким в группе 2 – $100,8 \pm 8,5$ мм рт.ст., максимальные значения зарегистрированы в группе 3 – 119,1 (104,2; 126,8) мм рт.ст. ($p_{1-2,3; 2-3} < 0,05$). Средние значения индекса В у здоровых обследуемых составили 6,96 (5,27; 10,03), у больных ИБС и нормальным уровнем АД – $9,1 \pm 2,9$, у лиц с ИБС и АГ – 11,1 (8,53; 14,9) ($p_{1,2-3} < 0,05$). Группы 1 и 2 не отличались по показателю Alx – 3,1 (0,45; 6,07) и $2,5 \pm 4,5\%$, соответственно. Максимально высокие значения параметра зарегистрированы в группе 3 – 7,0 (1,3; 11,3) % ($p_{1,2-3} < 0,05$). Показатель PWV также преобладал у больных с ИБС и АГ (9,7 (8,2; 10,8) м/с) по сравнению со здоровыми лицами (5,9 (5,5; 7,2) м/с) и пациентами с ИБС ($7,0 \pm 1,2$ м/с) ($p_{1,2-3} < 0,05$).

Выводы: больные с различными вариантами течения ИБС отличались от здоровых лиц по ряду показателей локальной ригидности артерий, зарегистрированных с помощью ультразвукового ис-

следования методом эхорекинг. Параметр QIMT преобладал в группах пациентов с доказанным атеросклеротическим поражением коронарных артерий. У больных с ИБС и гипертонией выявлено нарастание показателей локального давления и PWV, а также индекса В в отличие от групп сравнения.

0210

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ AV БЛОКАДЫ У БОЛЬНЫХ ДКМП

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

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: выявить предикторы развития полной AV блокады у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы: обследовано 289 пациентов с ДКМП. Из них 47 (16,2%) пациентов имели семейную форму заболевания, 45 (15,5%) пациенток с перипартальной кардиомиопатией, 103(35,6%) пациента с идиопатической и 94 (32,5%) воспалительной кардиомиопатией. Комплекс обследования включал: ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ. Функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности определяли по шкале ШОКС и по тесту 6-минутной ходьбой. Период наблюдения составил 9 лет.

Результаты: исходно по данным инструментальных методов исследования выявлены следующие нарушения ритма сердца и проводимости: у 246(85,1%) больных был синусовый ритм, у 43(14,9%) фибрилляция предсердий (ФП) постоянной формы. У 39(13,5%) больных по данным ХМЭКГ выявлялась пароксизмальная форма ФП. AV блокада I степени встречалась у 67 (23,1%) пациентов. Внутрижелудочковые блокады исходно регистрировались у 73(23,8%) больных, из них у 60(20,7%) полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) и у 13(4,5%) больных выявлена полная блокада правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ). Исходно AV блокада I степени выявлялась у 8(17,7%) пациенток, а транзиторная AV блокада II степени у 2(4,4%) с перипартальной КМП. При этом ни в одном случае у пациенток выше указанной группы развитие AV блокады III степени не наблюдалось. У пациентов с семейной формой ДКМП исходно у 10 (22,2%; $p=0,273$) пациентов регистрировалась AV блокада I степени. У 6(12,7%; $p=0,016$) из 10 больных, наблюдалось ухудшение атриовентрикулярной проводимости с развитием полной AV блокады. В одном случае (16,6%; $p=0,039$) полная AV блокада развилась на фоне фибрилляции предсердий. У 3(50%; $p=0,223$) больных AV III степени развилась на фоне ПБЛНПГ и у 2(33,3%; $p=0,101$) на фоне ПБПНПГ. При этом необходимо отметить, что у 4(66,6%; $p=0,420$) больных полная AV блокада развилась на 1 год наблюдения, т.е. в раннем периоде. Только у 2(33,3%; $p=0,101$) пациентов AVIII степени развилась в отдаленный срок, т.е. на 2 и 6 года наблюдения. У 2 (1,9%) больных из 103($p=0,009$) пациентов с идиопатической кардиомиопатией отмечалось развитие полной AV блокады. При этом у обоих пациентов выявлена нарушение внутрижелудочковая проводимости с регистрацией полной блокады правой ножки пучка Гиса. В группе пациентов воспалительной кардиомиопатии только в одном случае (1,1%; $p=0,936$) отмечалось развитие AV блокады III степени на фоне ФП с развитием синдрома Фредерика. При этом AV высокой градации у пациентов с идиопатической и воспалительной кардиомиопатиями развивается в отдаленные сроки, на 3-5 года наблюдения.

Выводы: предикторами развития AV блокады III степени у больных ДКМП является наличие исходного затруднения атриовентрикулярной блокады и так же наличие внутрижелудочковых блокад. При этом, чаще полная блокада развивается у пациентов с семейной формой ДКМП.

0211

СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ФОНЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Давыдова Э. В., Маммаев С. Н., Моллаева Н. Р.

**ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России,
Махачкала**

Цель: оценить частоту встречаемости соматовегетативных проявлений при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) на фоне депрессивных расстройств.

Материалы и методы: обследовано 211 пациентов, которые были разделены на три группы в зависимости от основного диагноза: 1. Артериальная гипертензия (АГ) – 68 пациентов; 2 – ишемическая болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) – 72 пациента; 3 - ИМ 71 (33,7%) пациент.

Все больные проходили стандартное клиническое обследование, степень выраженности депрессивной симптоматики оценивали с использованием опросника Бека. Кроме того проводили оценку таких соматовегетативных проявлений (СВП) как головная боль, ощущение тяжести в голове, шум в голове, головокружение, боль в позвоночнике/животе/суставах, тошнота, парестезии, жар, озноб, ощущение похолодания в конечностях, сухость во рту, общая потливость, тремор, повышенная метеочувствительность.

Результаты: В результате исследования выявлено наличие депрессии различной выраженности по шкале Бека во всех обследуемых группах.

Выявлены значимые различия по частоте встречаемости СВП и степени выраженности депрессии. Так, в первой группе, при отсутствии депрессии было отмечено <3 и 3-4 СВП у 19 (65,5%) и 10 (34,5%) пациентов соответственно; при легкой/умеренной депрессии <3 СВП встречались у 8 (25,8%) пациентов, 3-4 – у 17 (54,8%) и 5-7 – у 6 (19,4%); при выраженной/тяжелой депрессии было выявлено 5-7 и ≥7 СВП у 3 (37,5%) и 5 (62,5%) пациентов соответственно (χ^2 -квадрат=60,489; $p<0,001$ (критерий Краскелла-Уоллиса). Во второй группе у пациентов без признаков депрессивных расстройств выявлено <3 и 3-4 СВП у 11 (57,9%) и 8 (42,1%) пациентов соответственно. Для пациентов с легкой/умеренной депрессией <3 СВП выявлено у 4 (13,3%) человек, 3-4 – у 6 (20,0%), 5-7 – у 8 (26,7%) и ≥7 – у 12 (40,0%) . При наличии выраженной/тяжелой депрессии также было характерно наличие <3, 3-4, 5-7 и ≥7 СВП у 1 (4,3%), 6 (26,1%), 7 (30,5%) и 9 (39,1%) пациентов соответственно (χ^2 -квадрат=30,322; $p<0,001$ (критерий Краскелла-Уоллиса). В третьей группе при отсутствии признаков депрессии у 14 (66,7%) пациентов отмечено <3 СВП, у 5 (23,8%) – 3-4 и у 2 (9,5%) – 5-7. При легкой/умеренной депрессии для 3 (13,0%) пациентов было характерно наличие <3 СВП, для 4 (17,4%) – 3-4, для 8 (34,8%) – 5-7 и 8 (34,8%) – ≥7 СВП. При выраженной/тяжелой депрессии у 2 (7,4%), 6 (22,2%), 7 (25,9%) и 12 (44,5%) пациентов было выявлено <3, 3-4, 5-7 и ≥7 СВП соответственно (χ^2 -квадрат=29,940; $p<0,001$ (критерий Краскелла-Уоллиса).

Выводы: Таким образом, степень выраженности депрессивной симптоматики, оцененной с использованием шкалы Бека, прямо пропорционально СВП у пациентов с различными ССЗ.

0212

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Давыдова Э. В., Маммаев С. Н., Моллаева Н. Р.

**ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России,
Махачкала**

Цель: оценить распространенность депрессивных расстройств при различных сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Материалы и методы: обследовано 211 пациентов с различными ССЗ в возрасте от 18 до 65 лет, из них 104 (49,3%) мужчины и 107 (50,7%) женщин. В первую группу были включены пациенты с диагнозом артериальная гипертензия (АГ) - 68 (32,2%) человек (36 (52,9%) женщин и 32 (47,1%) мужчины в возрасте $65,9\pm 10,2$ лет), во вторую – с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) 72 (34,1%) пациента (36 (50,0%) мужчин и 36 (50,0%) женщин в возрасте $67,2\pm 9,5$ лет) и в третью - 71 (33,7%) пациент с диагнозом постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (36 (50,7%) мужчин и 35 (49,3%) женщин в возрасте $66,8\pm 10,1$ лет). Продолжительность заболевания в первой группе составила $9,4\pm 3,2$ года, во второй - $9,8\pm 4,9$ и в третьей - $9,1\pm 5,3$ лет.

Все больные проходили стандартное общеклиническое обследование, которое включало в себя оценку жалоб, анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальные обследования. Для количественной оценки выраженности психопатологической симптоматики и для определения степени эффективности лечения использовали опросник Бека.

Результаты: В результате исследования выявлено наличие депрессии различной выраженности по шкале Бека во всех обследуемых группах.

У пациентов первой группы у 24 (35,3%) человек депрессии не наблюдалось. Легкая депрессия была диагностирована у 8 (11,8%), умеренная – у 18 (26,5%), выраженная – у 13 (19,1%) и тяжелая – у 5 (7,4%) человек. У пациентов второй группы признаки депрессии отсутствовали у 19 (26,4%) пациентов. Легкая и умеренная депрессия зарегистрирована у 11 (15,3%) и 19 (26,4%) пациентов соответственно, выраженная депрессия отмечена у 17 (23,6%) и тяжелая – у 6 (8,3%) человек. В третьей группе отсутствие депрессии по шкале Бека наблюдалось у 21 (29,6%) человека. Легкая депрессия была характерна для 9 (12,7%), умеренная – для 14 (19,7%), выраженная – для 20 (28,3%) и тяжелая – для 7 (9,9%) пациентов.

Таким образом, у 64 (30,3%) не было выявлено депрессии (0-9 баллов). Легкая депрессия (10-15 баллов) диагностирована у 28 (13,3%) человек, умеренная (16-19 баллов) и выраженная (20-29 баллов) – у 51 (24,2%) и 50 (23,7%) пациентов соответственно. Тяжелая депрессия (>30 баллов) отмечена у 18 (8,5%) пациентов. Таким образом, умеренная и выраженная депрессия встречалась статистически значимо чаще, чем легкая – в 1,82 и 1,78 раз ($p < 0,05$) и тяжелая депрессия – в 2,85 и 2,79 раза соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с АГ, ИБС, ПИКС признаки депрессивных нарушений выявляются в равной степени. Для данной категории больных характерно наличие умеренной и выраженной депрессивной симптоматики.

0213

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ

Дадабаева Н. А., Халмухамедов Б. Т., Мавлянов С. И.

Ташкентская медицинская академия, город Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Все большее число пациентов в возрасте до 40 лет в настоящее время госпитализируются с диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ). Эти больные имеют отличные от пожилых факторы риска, осложнения и прогнозы.

Цель: Оценить особенности факторов риска и течения ИМ у молодых.

Материалы и методы: Расспрос больных, клинические и инструментальные обследования. ЭКГ, ЭХОКГ. Исследование проводилось в 1-ой клинике Ташкентской медицинской академии у 45 больных ИМ с зубцом Q, из них 22 больных в возрасте до 40 лет и 23 старше 40 лет мужского пола.

Результаты: Среди факторов риска у молодых (95%) пациентов превалировала наследственная отягощенность по сравнению с пожилыми пациентами (60%). Факторы риска такие как курение (90%), злоупотребление алкоголем (60%), употребление наркотиков (15%), нервный стресс (85%) и ожирение (65%) чаще отмечались у молодых (у пожилых 15%, 10%, 0%, 30%, 20% соответственно). У пожилых факторами риска были гиподинамия (90%), артериальная гипертензия (85%), сахарный диабет (65%). У молодых эти факторы встречались соответственно 10%, 15%, 0%. Гипертриглицеридемия и повышение уровня ЛПНП и снижение уровня ЛПВП было одинаково часто в обеих группах (85%, 80%, 90%). На ЭКГ локализация инфаркта миокарда у молодых на передне-перегородочной области 45%, передне-распространенное 20%, передне-боковая 20%, задняя стенка 15%, а у пожилых соответственно 25%, 45%, 10%, 15%, циркулярный ИМ 5%. Эхокардиографические показатели у пожилых отличались снижением сократительной способности миокарда по показателю фракции выброса левого желудочка (средние показатели у пожилых $45\% \pm 2,2\%$, у молодых $60\% \pm 1,2\%$). Из нарушения ритма желудочковая экстрасистолия одинаково часто встречалась в обеих группах (у молодых 55%, у пожилых 60%). Желудочковая тахикардия, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков, АВ блокады чаще регистри-

ровались у пожилых (соответственно 55%, 40%, 25%, 20%, у молодых 20%, 25%, 5%, 10%). У 5 молодых пациентов из-за не соблюдения постельного режима развилась аневризма левого желудочка. Кардиогенный шок, острая лево-желудочковая недостаточность, отек легких встречались реже у молодых (20%, 15%, 10%) и чаще у пожилых (50%, 55%, 30%).

Заключение: Наследственность, стрессы и вредные привычки являются основными факторами риска среди молодых пациентов. У пожилых основными факторами риска были гиподинамия, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Нарушение липидного состава крови одинаково часто встречаются у молодых так и у пожилых. Сократительная способность миокарда ЛЖ у пожилых при инфаркте миокарда резко снижается в отличии с молодыми. Тяжелые осложнения чаще отмечается у пожилых в связи с поражением нескольких коронарных артерий. Обширный инфаркт миокарда часто регистрируется у пожилых. Частая локализация ИМ в обеих группах отмечается на передней стенке ЛЖ. Течение ИМ у пожилых тяжелая в связи с тяжелыми осложнениями и жизни угрожающими нарушениями ритма.

0214

ИЗУЧИТЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Дадабаева Н. А., Халмухамедов Б. Т., Мавлянов С. И.

Ташкентская медицинская академия, город Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение клинического состояния, качества жизни больных перенесших инфаркт миокарда в зависимости от гемодинамических показателей.

Материалы и методы: Нами были обследованы 36 мужчин, в возрасте от 40 до 60 лет с постинфарктным кардиосклерозом. У 19 больных был диагностирован II ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA и у 17 III ФК ХСН. У всех больных инфаркт миокарда был с зубцом Q различной локализации, без нарушения ритма. Проводилось обще-клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования, включая систему ШОКС, определение качества жизни. Изучались гемодинамические показатели по данным ЭХОКС. Качество жизни больных определяли с помощью адаптированного Миннесотского опросника для больных ХСН. Опросник включал следующие вопросы: общее состояние, его динамика, активность, работоспособность, физическое и психоэмоциональное состояние, социальная функция. Врач помогал больным отвечать на вопросы. Ответы оценивались по 5 балльной системе, чем выше балл, тем хуже качество жизни.

Результаты: Анализируя полученных данных ШОКС при ФК II $4,5 \pm 0,55$ бал, при ФК III $6,8 \pm 0,45$ бал. Анализ исходных показателей выявил, что качество жизни больных зависело от функционального класса ХСН: с его повышением увеличивались выраженность симптомов СН, суммарный индекс КЖ по результатам Миннесотского опросника и снижалась функциональная активность больных по результатам опросника. Суммарный индекс качества жизни у больных с II ФК в первой и во второй группах составил $23,03 \pm 1,3$ и $24,78 \pm 1,8$ балла, у больных с III ФК $28,7 \pm 1,3$ и $29,3 \pm 3,1$. Суммарный индекс качества жизни увеличивался при возрастании ФК ХСН. По данным ЭхоКГ у больных со II и III ФК ХСН отмечалась выраженная структурная перестройка ЛЖ с достоверным увеличением поперечных размеров и объемов ЛЖ, размера левого предсердия (ЛП), увеличением систолического миокардиального стресса (МС), характеризующего внутрижелудочковую нагрузку на стенки ЛЖ, уменьшением толщины стенок и увеличением ММЛЖ, что сопровождалось выраженным снижением ФВ и Fs, как основных показателей систолической функции ЛЖ. Исходные показатели ФВ у больных с ХСН II и III ФК составили – $45,7 \pm 0,949$ и $36,31 \pm 0,1,65\%$ соответственно.

Заключение: Такие клинические показатели как ЭХОКГ, КЖ, ШОКС являются объективными данными состояние больных ХСН, а показатели качества жизни и индекс активности несколько субъективными, т.к. оцениваются самим больным. Но при сопоставлении тех и других мы видим, что они соответствуют друг с другом и говорят о тяжести состояния больных. Применение опросников под-

ключает больных к самостоятельной оценке своего состояния, своих возможностей и их динамику. Кроме того, могут контролировать проводимую терапию и её эффективность на всех этапах реабилитационной помощи.

0215

ОЦЕНКА ПРОЦЕССА РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Данилова Е. С., Потемкина Р. А., Соловьев Д. А., Попович М. В., Усова Е. В., Зиновьева В. А.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва**

Разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) требуют регулирования и выполнения широкого ряда многоуровневых и межсекторальных мер. Для создания «единой профилактической среды» необходимо привлечение представителей всех министерств и ведомств на всех уровнях власти, а также с одной стороны - общественных организаций и бизнеса, с другой - повышение информированности и вовлечение населения через СМИ о профилактике, факторах риска НИЗ и их последствиях, мерах по их выявлению. Такой подход требует внедрения федеральных и региональных стратегий/программ профилактики НИЗ на основе межведомственного подхода, определения согласованных целей и задач, четких индикаторов и критериев их оценки для мониторинга программ профилактики НИЗ. В 2012 году в РФ был начат процесс разработки программ профилактики НИЗ на федеральном и региональном уровнях. В настоящее время эти программы являются ведомственными, в их разработке в основном принимает участие только Министерство здравоохранения. В 2014 году был проведен анализ реализации Подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи» в субъектах РФ посредством применения разработанного опросника.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости межведомственного взаимодействия и создании во всех субъектах РФ межведомственных правительственных комиссий, а также о необходимости разработки регионального межведомственного плана действий по профилактике хронических НИЗ и формированию ЗОЖ, разработка которого в настоящее время в РФ находится только в начале своего пути. Результат опроса можно экстраполировать почти на половину субъектов РФ (54%). Только в половине из откликнувшихся регионов имеются сформированные правительственные межведомственные комиссии, что говорит о необходимости решения данного вопроса как на региональном (со стороны глав регионов), так и на федеральном (со стороны Правительственной комиссии) уровне. Среди опрошенных субъектов почти 80% имеют определенный опыт по нормативно-правовому решению вопросов совершенствования федерального законодательства об ограничении курения табака, 50% имеют законодательную базу по безопасности пищевых продуктов. Однако всего в третьей части субъектов имеются утвержденные планы по созданию безопасных пешеходных, парковых зон, велодорожек, что, безусловно, не способствует увеличению физической активности населения. Таким образом, ключевым условием для решения проблем профилактики НИЗ и формирования ЗОЖ должны стать интеграция усилий и межведомственное сотрудничество при лидирующей роли федерального и региональных правительств. Это должно стать одним из главных направлений политики правительства страны в ближайшие годы для снижения преждевременной смертности населения.

0216

МОТИВИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КЛИНИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Данильченко Я. В., Костомарова Т. С., Артамонова Г. В.

НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия

Цель: Изучить мотивирующие факторы среднего медицинского персонала в зависимости от возраста в клинике по оказанию высокоспециализированной медицинской помощи – сердечно-сосудистой хирургии.

Материалы и методы: Основным методом исследования стал социологический опрос, который проводился в 2012г. одномоментно, по оригинальной анкете, методом сплошной выборки основного среднего медицинского персонала. Объем исследования – 79 медицинских сестер, из них до 30 лет (I возрастная группа) – 23,0%, от 31 года до 40 лет (II возрастная группа) – 54,0%, от 41 года до 50 лет (III группа) – 13,5%, 51 год и старше (IV группы) – 9,5%. База проведения – клиника ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний». Обработка полученных данных проводилась программой Statistica 6.0.

Результаты: Уровень ответственности на работе устраивает 81,8% опрошенных, хотелось бы больше ответственности – 13,0%, затруднились с ответом – 5,2%, вариант ответа «уменьшить уровень ответственности» – выбран не был. Среди I возрастной группы устраивает уровень ответственности 100,0% респондентов, среди II группы – 75,0%, среди III – 88,9%, среди IV группы – 85,7% (p=0,38). Статистически значима разница в ответах I и II возрастных групп, p=0,05. На вопрос: «Достаточно ли полно реализуются Ваши способности и возможности в трудовой деятельности», положительно ответили 83,3% респондентов, отрицательно – 9,0% и затруднились с ответом – 7,7%. Статистически незначимы различия в положительных ответах по возрастным группам: среди I группы - 100,0%, среди II группы – 80,0%, среди III – 90,0%, среди IV группы – 71,4% (p=0,46), однако, между ответами I и IV возрастными группами p=0,09. Мотивирующими факторами к работе для среднего медицинского персонала являются: высокая заработная плата – 91,3% (100% из опрошенных медицинских сестер III и IV возрастных групп, 94,4% - I группы и 77,5% - II группы), благоприятные отношения в коллективе – 59,0% (85,7% - IV возрастная группа, 80% - III, 57,5% и 50% - II и I соответственно), премирование – 32,4% (37,5% - II группа, 27,8% - I группа, 20% - III и 14,3% - IV группы), условия труда – 28,4% (40% - III возрастная группа, 33,3% - I группа, 28,6% - IV – группа и 22,5% - II группа), возможность повышать свою квалификацию – 18,0% (30% - III возрастной группы, 17,5% - II группы, 14,3 – IV и 5,6% - I группы), возможность самореализации – 10,1% (12,5% опрошенных из II возрастной группы и 11,1% из I), p=0,76.

Выводы: Мотивирующие факторы среднего медицинского персонала клиники сердечно-сосудистой хирургии в зависимости от возраста не различаются. Главными факторами к работе респонденты признавали заработную плату и благоприятные отношения в коллективе. Средний медицинский персонал устраивает уровень ответственности на работе, а также достаточно полно реализуются их способности и возможности в трудовой деятельности.

0217

УЧАСТИЕ ПРОЦЕССОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дедкова А. А., Кологривова И. В., Суслова Т. Е., Баталов Р. Е., Попов С. В., Борисова Е. В.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Изучить участие процессов воспаления в патогенезе фибрилляции предсердий у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: В исследование включено 113 человек (64 мужчины и 49 женщин) в возрасте $49,6 \pm 2,8$ лет. У 83 пациентов верифицирована ишемическая болезнь сердца (ИБС). Из них у 39 диагностирована пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (ПФП), у 26 – постоянная форма фибрилляции предсердий (постоянная ФП), у 18 – ИБС без указаний в анамнезе на ФП. Группу контроля составили 30 практически здоровых добровольцев. У всех обследованных не было выявлено заболеваний воспалительного характера, и общепринятые лабораторные показатели воспаления не превышали нормальных значений. Определение концентрации ИЛ-1В, ФНО- α в сыворотке крови проводили с помощью иммуноферментного анализа. СРБ определяли высокочувствительным иммуноферментным методом, с нижним порогом чувствительности 0,1 мг/л. Антитела к миокарду определяли методом непрямой иммуофлуоресценции.

Результаты: У всех обследованных, уровень СРБ был в пределах базовой концентрации. Во всех группах пациентов с ИБС был выявлен увеличенный уровень провоспалительных цитокинов. У лиц с ФП концентрация ИЛ-1В изменялась наиболее значительно. Концентрация ФНО- α при ПФП так же была достоверно выше по сравнению с группой контроля ($p < 0,005$). Следует отметить, что забор крови у пациентов с ПФП производился в межприступный период на фоне синусового ритма. При постоянной форме ФП уровень провоспалительных цитокинов отличался от контрольной группы статистически незначимо ($p = 0,06$ и $p = 0,26$ для ФНО- α и ИЛ-1В соответственно). В группе пациентов с изолированной ИБС выявлялось увеличение содержания провоспалительных цитокинов, по сравнению с контрольной группой, однако, их уровень не превышал допустимые значения и был значительно ниже, чем у пациентов с ФП. При проведении корреляционного анализа получена умеренная прямая корреляция между уровнем провоспалительных цитокинов и количеством пароксизмов ФП в месяц.

Выводы: Полученные в нашем исследовании данные позволяют предположить, что повышенный уровень провоспалительных цитокинов у пациентов с ИБС и ФП может указывать на непосредственное участие процессов субклинического воспаления в патогенезе изучаемого нарушения ритма сердца.

0218

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Деменко Т. Н.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{1,3}, Чугунова Ю. В.¹

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул

²КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул

³ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Мерцательная аритмия (МА) может приводить к когнитивным нарушениям в результате снижения перфузии головного мозга, субклинической церебральной эмболии, нейродегенеративных изменений головного мозга. Мало изучены особенности когнитивных нарушений у пациентов с разными формами мерцательной аритмии.

Цель: выявить особенности нарушений когнитивной сферы у пациентов с постоянной и пароксизмальной формами мерцательной аритмией.

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (32 мужчины и 28 женщин) в возрасте 35-82 лет, которые составили 2 группы исследования. В группу 1 были включены 30 человек, средний возраст $64,67 \pm 9,39$ лет, которые имели постоянную форму мерцательной аритмии. Группу 2 составили 30 человек, средний возраст $62,20 \pm 10,10$ лет с пароксизмальной мерцательной аритмией. Причинами МА стали гипертоническая болезнь у 33 человек (55,5%), ишемическая болезнь сердца у 18 человек (28,4%), миокардиодистрофия различного генеза у 3 человек (6,2%), порок митрального клапана у 1 человека (1,2%), идиопатическая МА у 5 человек (8,6%). Для оценки когнитивной функции использовался аппарат «Status PF» (Россия). Изучали зрительную и вербальную память, объем внимания, мыслительные способности (простые аналогии, языковое мышление); нейродинамику (простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР), сложная зрительно-моторная реакция (СЗМР), реакция на движущийся объект (РДО).

Результаты: Выявлено, что у всех пациентов с МА страдают способности к обучению, память, внимание и исполнительные функции.

У больных с постоянной формой МА наибольшие изменения обнаружались со стороны вербальной и зрительной памяти: воспроизведено $3,50 \pm 0,30$ числа и $4,40 \pm 0,25$ слова, тогда как в группе с пароксизмальной аритмией $4,73 \pm 0,20$ числа и $5,27 \pm 0,25$ слова ($p < 0,05$). Снижено внимание – отыскивание чисел у пациентов с постоянной МА заняло $38,03 \pm 3,46$ сек, а в группе с пароксизмальной МА $28,80 \pm 1,83$ сек ($p < 0,05$).

При пароксизмальной форме МА чаще происходят нарушения скорости психомоторных процессов. При оценке нейродинамических процессов скорость ПЗМР у пациентов с пароксизмальной аритмией $742,10 \pm 36,29$ мсек против $650,60 \pm 24,79$ мсек у пациентов с постоянной МА ($p < 0,05$), скорость СЗМР $843,63 \pm 32,23$ мсек и $762,13 \pm 17,92$ мсек ($p < 0,05$), скорость РДО $158,40 \pm 10,46$ мсек и $130,17 \pm 7,55$ мсек ($p < 0,05$) соответственно в группах с пароксизмальной и мерцательной аритмией.

Выводы: У больных с постоянной формой МА наибольшие изменения обнаруживались со стороны внимания, зрительной и вербальной памяти. В то время как при пароксизмальной форме МА чаще происходят нарушения скорости психомоторных процессов.

0219

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ГКМП

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

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

²Городская клиническая больница №52 г. Москва

Дисфункция правого желудочка (ПЖ) и ее влияние на клиничко-инструментальные параметры ХСН у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) мало изучены.

Цель: Изучить функцию ПЖ, ее влияние на клиничко-инструментальные параметры ХСН у пациентов ГКМП.

Материалы и методы: Обследовано 55 пациентов ГКМП (13 мужчин (33%), средний возраст $58,0 \pm 15,5$ лет), получающих терапию бисопрололом в средней дозе $5,5 \pm 1,8$ мг. У 15 обследуемых (27,2%) выявлена обструктивная форма заболевания. Больным проводилась оценка выраженности ХСН по NYHA и шкале ШОКС, эхокардиография (ЭхоКГ) с тканевым доплеровским исследованием (ТДИ), уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP). Для определения нарушения функции ПЖ был применен индекс Tei ПЖ. По данным ЭхоКГ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=35) - больные, у которых индекс Tei ПЖ превышал нормативные показатели и составлял $> 0,32$ ($0,58 \pm 0,2$), 2 группа (n=20) - пациенты с индексом Tei ПЖ $< 0,32$ ($0,23 \pm 0,09$).

Результаты: Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, дозе бисопролола, размерам полостей сердца ($p > 0,05$). Фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) у всех пациентов была в пределах нормы и составляла $65,4 \pm 1,5\%$. Пациенты 1-ой группы отличались более высоким уровнем ФК ХСН по NYHA ($p = 0,04$), суммой баллов по шкале ШОКС ($p = 0,03$) и значениями BNP ($p = 0,01$). Выявлена взаимосвязь между индексом Tei ПЖ и уровнем BNP ($r = 0,48$, $p = 0,01$), ФК ХСН по NYHA ($r = 0,44$, $p = 0,01$). В 1-ой группе у обследуемых пациентов наблюдались более выраженные изменения диастолической функции ЛЖ - псевдонормальный и рестриктивный типы, сопровождающиеся достоверно более высоким отношением E/A ($p = 0,04$) по данным трансмитрального потока при сравнении со 2-ой группой. Выявлена взаимосвязь между индексом Tei ПЖ и пиком A ($r = -0,66$, $p = 0,0007$), отношением E/A трансмитрального потока ($r = 0,63$, $p = 0,01$). Различий по данным транстрикуспидального потока между группами не выявлено. По данным ТДИ у пациентов обеих групп выявлено снижение продольной регионарной систолической скорости на перегородочном отделе фиброзного кольца митрального клапана, наиболее выраженное у пациентов 1 группы ($p = 0,04$).

Выводы: Дисфункция ПЖ по данным индекса Tei выявлена у 63,6% пациентов с ГКМП. Нарушение функции ПЖ у больных ГКМП ассоциировалось с более высоким классом ХСН, суммой баллов по шкале ШОКС, уровнем BNP и более выраженными нарушениями диастолической и продольной систолической функциями ЛЖ.

0220

РАСПРОСТРАЕННОСТЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА БАРНАУЛА

Дехарь В. В.¹, Осипов А. Г.¹, Макарова Л. Ф.², Денисова Д. В.³, Осипова И. В.¹

¹. ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

². КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

³. ФГБУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины» СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить распространенность поведенческих и психосоциальных факторов риска неинфекционных заболеваний среди студентов города Барнаула.

Материалы и методы: В 2014 и 2015 годах в Алтайском государственном педагогическом университете (ПУ) и Алтайском государственном медицинском университете (МУ), в возрасте 18 – 24 лет среди 623 студентов, проведен опрос по стандартному вопроснику разработанного на основе адаптированных стандартных методик. Оценивалась информация о респонденте: пол, возраст, учебное заведение, пищевые привычки, курение, употребление алкоголя, физическая активность, уровень восприятия стресса, тревога и депрессия. Все учащиеся были поделены по гендерному типу и профилю учебного заведения. Юношей 210 (33,6%, 19,5±0,1), девушек 416 (66,4%, 19,3±0,1). Общее количество студентов ПУ 325 (52% 20,3 ±0,1), учащихся МУ 300 (48%, 18,4±0,1).

Результаты: Избыточно потребляют поваренную соль 44,8% респондентов. Студенты МУ в 1,2 раза больше потребляют поваренную соль в избыточном количестве, чем студенты ПУ (50 и 40% соответственно, $p=0,015$) Больше половины учащихся 53,3%, недостаточно употребляют овощей и фруктов. Не употребляют рыбу 2 раза в неделю 59,5% студентов. Количество студентов МУ не употребляющих рыбу 2 раза в неделю 65%, ПУ 54% ($p=0,006$). Гиподинамия среди студентов ПУ составила 10%, МУ 12% ($p>0,05$). Никогда не курили 78,2%, пробовали курить 21,8% респондентов. Активно курят 9,6%, пассивному курению подвергаются 13% учащихся. Распространенность курения среди юношей 16,2%, девушек 6,2% ($p=0,000$). Стаж курения девушек ПУ $3\pm0,5$ года, МУ $0,8\pm0,06$ лет ($p=0,000$). Девушки ПУ в 12 раз больше были подвержены пассивному курению по сравнению с девушками МУ (23,8 и 2% соответственно, $p=0,000$). Чрезмерно употребляют алкоголь 3,3% респондентов. Юноши в 5 раз больше пьют алкогольной продукции по сравнению с девушками (10,1 и 2,0%, соответственно, $p=0,002$). Девушки в сравнении с юношами в 1,8 раз имеет высокий уровень восприятия стресса (35,8 и 19,1% соответственно, $p=0,000$) и 1,5 раза чаще имели субклиническую и клиническую выраженную тревогу ($p=0,017$). Высокий уровень восприятия стресса среди студентов составило 31%, каждый пятый учащийся имеет субклиническую тревогу.

Выводы: Юноши в 2,6 раза больше курят и в 5 раз больше пьют алкогольной продукции по сравнению с девушками ($p=0,002$). Девушки более склонны к высокому уровню восприятия стресса, а также к субклиническим и клинически выраженным тревожным состояниям. В ПУ девушки чаще подвергаются пассивному курению и имеют больше стаж курения на 2 года в сравнении со сверстницами из МУ ($p<0,05$). Студенты МУ в 1,2 раза чаще потребляют поваренную соль в избыточном количестве и недостаточно употребляют рыбу ($p<0,05$).

0221

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ЭРГОМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Джигоева О. Н., Варенцов С. И., Захарова И. И., Шапарева Н. С., Лексина К. С.

Городская клиническая больница № 24, Москва, Россия

Цель: Выявить нарушения внутрисердечной гемодинамики у пациентов, страдающих ХОБЛ, с помощью 2D-трансторакальной эхокардиографии в покое и при эхокардиографии в процессе эргометрии.

Материалы и методы: Обследовано 36 пациентов с ХОБЛ 2 ст, тип В и С (GOLD 2014). Всем пациентам в покое выполнена эхокардиография на сканере экспертного класса GE Vivid 7 pro. Затем пациентам предлагалось выполнить эргометрию, в процессе которой мониторировались параметры пульсоксиметрии, ЭКГ в 12 отведениях, и также в процессе пробы с нагрузкой выполнялась эхокардиография для оценки внутрисердечной гемодинамики. Критериями прекращения пробы были: достижение субмаксимальной ЧСС, физическая усталость, не позволяющая продолжить пробу, типичный ангинозный приступ, сопровождающийся изменениями на ЭКГ и ЭХО-КГ, появление сложных желудочковых нарушений ритма сердца.

Результаты: Всем пациентам до проведения эхокардиографии выполнена функция внешнего дыхания, на основании значений параметров ОФВ1 и теста Тиффно. Были отобраны пациенты, соответствующие критериям 2 стадии ХОБЛ. Из 36 обследованных пациентов 32 имели отклонения от нормальной эхокардиографической картины в покое: у 82% было отмечено нарушение диастолической функции ЛЖ по типу нарушения релаксации, 29% имели утолщение свободной стенки правого желудочка, 19% имели незначительное повышение систолического давления в легочной артерии в покое. Дилатации правых камер и неудовлетворительного коллабирования нижней полой вены ни в одном случае отмечено не было. При выполнении эргометрии у 100% пациентов было отмечено достижение субмаксимальной ЧСС к 4-й минуте выполнения теста. У 76% пациентов было отмечено появление индуцированной легочной гипертензии. У всех пациентов, имевших повышение давления в легочной артерии в покое, на нагрузке отмечено повышение давления. У 22% испытуемых на фоне теста были выявлены индуцированные зоны нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка. После выполнения нагрузки исследуемые параметры оценивались на 2-й, 4-й и 6-й минуте. У всех пациентов, у которых на нагрузке были отмечены индуцированные нарушения, к окончанию простэргометрического миниторирования исследуемые параметры вернулись к исходным значениям.

Выводы: Эхокардиография с эргометрией позволяет оценить параметры внутрисердечной гемодинамики у пациентов с ХОБЛ, определить предикторы развития сердечной недостаточности, выявить сопутствующие нарушения регионарной и диастолической функции левого желудочка, а также общую толерантность к физической нагрузке, что позволит своевременно начать патогенетическую терапию и улучшить качество жизни пациентов.

0222

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОПЛЕГИЧЕСКОГО РАСТВОРА НА ОСНОВЕ БУФЕРА КРЕБСА-ХЕНСЕЛЕЙТА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОНСЕРВАЦИИ ДОНОРСКОГО СЕРДЦА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Дмитриев Ю. В., Минасян С. М., Галагудза М. М., Карпов А. А., Боброва Е. А., Власов Т. Д..

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение: Одним из путей улучшения результатов трансплантации сердца является разработка новых, эффективных консервирующих растворов (КР). Ранее проведенные нами исследования показали высокую эффективность кардиоплегических растворов (КПР) на основе буферного раствора Кребса-Хенселейта (БРКХ) при стандартном интермиттирующем режиме введения в течение 60-минутной ишемии сердца. В связи с этим представляется актуальным исследование КПР данной линейки в качестве КР для донорского сердца.

Цель: Сравнить инфаркт-лимитирующее действие КПР Кустодиол и КПР собственной прописи на основе БРКХ при однократном введении перед длительной ишемией сердца

Материалы и методы: Эксперименты выполнены на крысах стока Wistar, наркотизированных хлоралгидратом. После изъятия сердца из грудной полости его подключали к аппарату Лангендорфа. По окончании 10-минутного стабилизационного периода в течение 6 минут в коронарное русло вводился охлажденный до +4°C КПР Кустодиола или КПР на основе БРКХ. Далее сердце вместе с аортальной канюлей снималось с аппарата Лангендорфа и помещалось в емкость с КПР, находящуюся в холодильной камере. В таких условиях сердце находилось в течение 8 часов. После окончания 8-часового периода ишемии сердце вновь подключалось к аппарату Лангендорфа и перфузировалось в течение 2 часов раствором Кребса-Хенселейта при температуре раствора 37°C. По окончании реперфузии сердца нарезались на 5 поперечных срезов и окрашивались трифенилтетразолием хлоридом. Затем получали цифровые фотографии срезов. Размер инфаркта рассчитывался планиметрически по площади ТТХ-негативных зон при помощи программы Adobe Photoshop CS. Значимость различий оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни с использованием программы Statistica 10.0. Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты: КПР на основе БРКХ оказывал больший инфаркт-лимитирующий эффект, чем Кустодиол (размер некроза - $37,8 \pm 12,0\%$ против $54,6 \pm 15,2\%$, $p = 0,04$).

Одним из отличий этих КПР является концентрация ионов натрия. В Кустодиоле она низкая, а в КПР на основе БРКХ - соответствует физиологической норме. Проведенные нами ранее эксперименты показали преимущества внеклеточных растворов перед внутриклеточными. При длительной 8-часовой ишемии с однократным введением КПР, внеклеточный КПР оказался эффективнее внутриклеточного Кустодиола.

Выводы: Показано, что КПР на основе БРКХ оказывает кардиопротективную активность после восьмичасовой глобальной ишемии и имеет преимущество перед раствором Кустодиол по инфаркт-лимитирующему действию, что дает предпосылки к его использованию в качестве КР.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 15-04-08138\15

0223

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Долгинина С. И.¹, Гарькина С. В.¹, Рубаненко А. О.², Дупляков Д. В.¹, Лапшина Н. В.¹,
Хохлунов С. М.¹

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара

Цель: определить предикторы рецидива фибрилляции предсердий (ФП) после интервенционного вмешательства с целью улучшения отбора пациентов на радиочастотную абляцию (РЧА) и повышения эффективности лечения.

Материалы и методы: Обследовано 148 пациентов (средний возраст 52±9,2 года, мужчин 87 (59%)) с ФП, которым по показаниям была выполнена РЧА. Применялись общеклинические и инструментальные методы исследования согласно действующим рекомендациям по диагностике и лечению ФП. Операция проводилась на электрофизиологическом комплексе Cardio Lab Version 6.0 (Prucka Engineering, Inc). Электроанатомическое картирование осуществляли в условиях навигационной системы CARTO XP (Biosense Webster, США), с применением картирующего электрода (NAVYStar, Biosense Webster, США) у всех пациентов, и кроме того, 27 процедур выполняли с использованием 20-полюсного катетера Lasso ("Biosense Webster", США). Для абляции использовали квадриполярный орошаемый электрод (NAVYStar, Biosense Webster). Период наблюдения составил 60 месяцев. Результаты оценивались с применением программы SPSS 17.0.

Результаты: Послеоперационный рецидив аритмии отмечен в 84 случаях (56,8%). Средний срок наступления рецидива ФП составил 3-6 месяцев после РЧА. Установлено, что у 18 больных происходил возврат аритмии в период от 6 месяцев до года и у 32 пациентов в срок от 1 до 5 лет, а в 34 случаях наблюдался послеоперационный рецидив в стационаре в период госпитализации. За весь период наблюдения проведено 32 процедуры повторных абляций (эффективность 93,7%), остальные пациенты

находятся на оптимальной антиаритмической терапии. На основании регрессионного и корреляционного анализа выявлены значимые предикторы рецидива ФП после РЧА: дилатация левого предсердия (ЛП) ($r = -0,58, p < 0,001$), возраст пациента ($r = 0,66, p < 0,001$), время (количество месяцев) после РЧА ($r = -0,63, p < 0,001$), послеоперационный рецидив в стационаре ($r = 0,64, p < 0,001$), количество референтных точек ($r = -0,71, p < 0,001$), количество РЧ-аппликаций ($r = -0,59, p < 0,001$), проводимая антиаритмическая терапия ($r = 0,40, p < 0,001$), аортальная ($r = 0,55, p < 0,001$) и митральная регургитация ($r = 0,41, p < 0,001$). Было показано, что большинство пациентов, имеющих рецидив аритмии в течение 5 лет после РЧА, характеризовались наличием как минимум 4 из указанных факторов.

Выводы: Предварительная оценка индивидуальных предикторов рецидива аритмии может быть основанием для выбора предпочтительной стратегии ведения пациентов (оперативное лечение или медикаментозная терапия) и определения дифференцированных показаний к выполнению РЧА с учетом вероятной эффективности.

0224

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Долгина С. И., Гарькина С. В., Лапшина Н. В., Хохлунов С. М.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Цель: оценка эффективности радиочастотной абляции (РЧА) пароксизмальной и персистирующей форм фибрилляции предсердий на основании 5 летнего наблюдения

Материалы и методы: В исследование включено 148 пациентов (средний возраст $52 \pm 9,2$ года, мужчин 87 (59%)) с ФП, которым по показаниям была выполнена операция РЧА. Среди них исходно пароксизмальная форма аритмии была диагностирована у 69 пациентов (47%), персистирующую форму ФП имели 79 пациентов (53%). Применялись стандартные общеклинические и инструментальные методы исследования. Период наблюдения составил 60 месяцев. Первичные конечные точки включали смерть от инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или других причин, а также развитие нефатального ИМ и/или ОНМК. Вторичные конечные точки включали послеоперационный рецидив ФП, повторные госпитализации и динамика изменения качества жизни (КЖ) пациентов. Результаты оценивались с применением статистической программы SPSS 17.0.

Результаты: Послеоперационный рецидив аритмии после первичной РЧА отмечен в 84 случаях (56,8%), по показаниям проведено 32 процедуры повторных абляций (эффективность 93,7%), остальные пациенты находятся на оптимальной антиаритмической терапии. Неблагоприятные сердечно-сосудистые события включали нефатальный инфаркт миокарда через 9-12 месяцев (4 пациента), где в одном случае потребовалась операция реваскуляризации; также зарегистрировано 2 ОНМК и 1 артериальная эмболия артерий сетчатки. Летальных исходов не было. Повторные госпитализации отмечались достаточно редко – у 29 из 148 пациентов (19,6%), в основном на фоне рецидивов ФП (55,2%). Проведение интервенционного вмешательства способствовало уменьшению выраженности клинических симптомов и значительному улучшению КЖ во всех случаях, что подтверждает динамика показателей по данным неспецифического опросника SF-36: исходно $20,6 \pm 2,3$ балла — психологический компонент и $21,6 \pm 1,9$ баллов физический компонент здоровья, в то время как через год удалось достичь показателей $26,0 \pm 1,4$ балла и $30,3 \pm 1,9$ баллов соответственно, а через 5 лет значения составляли в среднем $31,8 \pm 1,3$ балла и $39,4 \pm 1,6$ баллов, $p < 0,001$. Даже в случае развития рецидива ФП, несмотря на отсутствие полного выздоровления, клинические проявления аритмии значительно уменьшились, пароксизмы стали менее продолжительными и субъективно легче переносились пациентами, что также положительно отражалось на динамике качества жизни (через год после вмешательства значения психологического компонента – $22,8 \pm 1,9$ балла и физического компонента здоровья – $26,6 \pm 2,1$ балла, в то время как через 5 лет результат составил $27,0 \pm 1,8$ баллов и $27,3 \pm 1,6$ баллов соответственно).

Выводы: Проведение РЧА при пароксизмальной и персистирующей ФП позволяет достичь хорошей эффективности (сохранение синусового ритма у 43,2% пациентов в течение 5 лет наблюдения) и характеризуется относительно низким риском развития осложнений, а также достоверным повышением качества жизни пациентов.

0225

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕХНИКИ ОПЕРАЦИИ

Долгинина С. И., Гарькина С. В., Лапшина Н. В., Хохлунов С. М.

ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Цель: сравнительный анализ эффективности радиочастотной абляции (РЧА) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в отдаленном периоде в зависимости от техники операции

Материалы и методы: В исследование включено 148 пациентов (средний возраст 52+9,2 года, мужчин 87 (59%)) с ФП, которым по показаниям была выполнена операция РЧА. Среди них исходно пароксизмальная форма аритмии диагностирована у 69 пациентов (47%), персистирующую форму ФП имели 57 пациентов (38%) и длительно персистирующую - 22 пациента (15%). Проводилось общеклиническое исследование, трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, фиброгастродуоденоскопия и коронарография по показаниям. Период наблюдения составил 5 лет. Результаты оценивались с применением программы SPSS 17.0.

Результаты: Послеоперационный рецидив аритмии после первичной РЧА отмечен в 84 случаях (56,8%). При проведении изолированной РЧА ганглионарных сплетений синусовый ритм в отдаленном периоде сохраняется у 4 пациентов из 9 (44,4%), в остальных случаях произошел рецидив ФП в сроки до 6 месяцев. РЧ модификация операции «лабиринт» выполнялась у 16 пациентов, эффективность составила 31,3%, в то время как возобновление аритмии наблюдалось у 7 пациентов в течение первого года, после чего 3 пациентам РЧА выполнена повторно, а 2 пациентам потребовалась РЧА АВ соединения и имплантация ЭКС. Еще 4 пациента имели рецидив ФП на втором и третьем году наблюдения, им была продолжена консервативная терапия. Одномоментная РЧА ганглионарных сплетений и коллекторов легочных вен выполнена у 88 пациентов с достаточно хорошим эффектом (38,6%). В дальнейшем в 16 случаях проведено повторное интервенционное вмешательство, в то время как 7 пациентам был имплантирован ЭКС после РЧА АВ соединения. При изолированной РЧА коллекторов легочных вен, проведенной у 8 пациентов, синусовый ритм удалось сохранить в 3 случаях (37,5%). Наиболее ранний рецидив аритмии наблюдался в первые 6 месяцев, кроме того, еще у 4 пациентов возникали пароксизмы ФП в течение года после операции. Методика РЧ-абляции с использованием катетера Лассо была наиболее эффективной, так как у большинства пациентов до конца периода наблюдения ФП не рецидивировала (55,6%). При отсутствии восстановления синусового ритма в раннем послеоперационном периоде в 4 случаях повторно выполнялось РЧ воздействие с удовлетворительными результатами.

Выводы: Проведение РЧА при пароксизмальной и персистирующей ФП в целом позволяет достичь сохранения синусового ритма у 43,2% пациентов в течение 5 лет наблюдения. При анализе отдаленных результатов в зависимости от техники оперативного вмешательства наиболее предпочтительным является одномоментное выполнение РЧА ганглионарных сплетений и коллекторов легочных вен с использованием управляемого 20-полюсного катетера Lasso.

0226

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Долгинина С. И.¹, Гарькина С. В.¹, Рубаненко А. О.², Дупляков Д. В.¹, Лапшина Н. В.¹, Хохлунов С. М.¹

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара

Цель: разработка модели прогнозирования эффективности интервенционного лечения пациентов с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) с учетом возможных предикторов послеоперационного рецидива аритмии.

Материалы и методы: В исследование включено 148 пациентов (средний возраст 52±9,2 года, мужчин 87 (59%)) с пароксизмальной (47%) и персистирующей (53%) ФП, которым по показаниям была выполнена операция радиочастотной катетерной абляции (РЧА). Проводилось общеклиническое исследование, трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, фиброгастродуоденоскопия и коронарография по показаниям. Период наблюдения составил 5 лет. Результаты оценивались с применением программы SPSS 17.0.

Результаты: Большинство пациентов перенесли рецидив ФП в течение первых 6 месяцев наблюдения (54 случая), что составляет 64,3% от общего числа рецидивов (84 случаев). При проведении корреляционного анализа достоверными факторами, влияющими на вероятность рецидива аритмии после выполнения РЧА, оказались дилатация ЛП ($r = -0.58$, $p < 0.001$), пожилой возраст ($r = 0.66$, $p < 0.001$), предшествующая антиаритмическая терапия ($r = 0.40$, $p < 0.001$), аортальная ($r = 0.55$, $p < 0.001$) и митральная регургитация по данным ЭхоКГ ($r = 0.41$, $p < 0.001$). Уравнение логистической регрессии принимает следующий вид: риск послеоперационного возврата ФП = $-14.4 + 0.12 \cdot \text{возраст, лет} + 0.21 \cdot \text{диаметр ЛП, мм} - 0.5 \cdot \text{предшествующая антиаритмическая терапия} + 2.33 \cdot \text{степень недостаточности аортального клапана} + 0.89 \cdot \text{степень недостаточности митрального клапана}$. Если при решении данного уравнения получается значение $> 0,5$, то пациента следует отнести к группе риска формирования рецидива ФП после проведения процедуры РЧА. Если при решении данного уравнения получается число $\leq 0,5$, это свидетельствует о благоприятном прогнозе.

Выводы: Представленная математическая модель позволяет прогнозировать в предоперационном периоде риск развития рецидива ФП после проведения операции РЧА и может использоваться для оптимизации отбора пациентов на интервенционное лечение с целью повышения его эффективности.

0227

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРОГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ

Долгинина С. И.¹, Гарькина С. В.¹, Рубаненко А. О.², Дупляков Д. В.¹, Лапшина Н. В.¹, Хохлунов С. М.¹

¹ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара

Цель: разработка модели прогнозирования эффективности интервенционного лечения пациентов с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Включено 148 пациентов (средний возраст 52±9,2 года, мужчин 87 (59%)) с пароксизмальной (47%) и персистирующей (53%) ФП, которым по показаниям была выполнена операция

радиочастотной катетерной абляции (РЧА). Проводилось общеклиническое исследование, трансторакальная и чреспищеводная эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, фиброгастроуденоскопия и коронарография по показаниям. Период наблюдения составил 5 лет. Результаты оценивались с применением программы SPSS 17.0.

Результаты: Частота рецидива ФП после процедуры РЧА составила 56,8% (84 случая). Выявлены достоверные аддитивные факторы, определяющие риск возврата аритмии в послеоперационном периоде: дилатация ЛП, возраст, длительность времени до возникновения рецидива, его развитие в период госпитализации, количество референтных точек и РЧ аппликаций, предшествующая антиаритмическая терапия, а также недостаточность аортального и митрального клапана. Результаты корреляционного и логистического регрессионного анализа можно представить в следующем виде: риск отдаленного рецидива ФП в послеоперационном периоде = $-75 + 0.82 \cdot \text{возраст, лет} + 0.99 \cdot \text{количество месяцев после РЧА} - 1.79 \cdot \text{наличие рецидива ФП в стационаре} + 2 \cdot \text{степень аортальной регургитации} + 1.33 \cdot \text{диаметр ЛП, мм} + 2.9 \cdot \text{предшествующая антиаритмическая терапия} + 0.04 \cdot \text{количество РЧ аппликаций} + 4.8 \cdot \text{тип РЧА (в зависимости от техники операции)} + 0.31 \cdot \text{количество референтных точек} - 0.96 \cdot \text{степень митральной регургитации}$. Для вида антиаритмической терапии значения присваивались следующим образом: 0-терапия не проводилась, 1-амиодарон, 2-соталол, 3-β-адреноблокаторы, 4-аллапинин/этацизин, 5-пропафенон. Тип РЧА имел следующее значение: 1-РЧА ганглионарных сплетений, 2-РЧА-лабиринт, 3-РЧА ганглионарных сплетений+РЧА коллекторов легочных вен, 4-РЧ-изоляция коллекторов легочных вен, 5-РЧ-абляция с использованием LASSO. При оценке результатов данной модели более высокое суммарное значение указывает на более высокую вероятность сохранения синусового ритма после операции и отсутствие рецидивов.

Выводы: Представленная математическая модель разработана для использования в послеоперационном периоде и позволяет прогнозировать вероятность рецидива ФП после интервенционного лечения.

0228

ИЗУЧЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО КРОВОТОКА В КОЖЕ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Долгова Е. В.^{1,2}, Федорович А. А.¹, Мартынюк Т. В.¹, Рогоза А. Н.¹, Чазова И. Е.¹

¹ФГБУ «РКНПК» Минздрава России, Москва;

²ГБУЗ МКНЦ ДЗМ, Москва

Цель: Оценить особенности функционального состояния микрососудистого русла кожи у пациентов с идиопатической легочной гипертензией (ИЛГ)

Материалы и методы: Обследовано 27 пациентов с верифицированным диагнозом ИЛГ (24 ж/3 м, функциональный класс II-III). Все пациенты были разделены на 2 группы согласно международным критериям по результатам острого фармакологического теста (ОФП) с ингаляционным оксидом азота (иNO) во время катетеризации правых отделов сердца (КПОС): 1-ая группа (n=12) – пациенты с (+)ОФП (37,7±11,2 лет); 2-ая группа (n=15) – пациенты с (-)ОФП (42,5±14,7 лет). Микрососудистое русло кожи оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с амплитудно-частотным вейвлет анализом колебаний кровотока. Функциональное состояние кожных микрососудов оценивали по результатам констрикторных и дилататорных тестов.

Результаты: Пациенты с (+)ОФП относительно пациентов с (-)ОФП достоверно отличались по показателям теста 6-минутной ходьбы (Т6МХ) с оценкой одышки по Боргу 441±87 м и 318±123 м соответственно (p=0.005), по значениям систолического давления в легочной артерии (СДЛА) по данным эхокардиографии 62,5±20,1 мм рт.ст. и 87,7±11,4 мм рт.ст. соответственно (p=0.002), среднему давлению в легочной артерии (ДЛА ср.) по данным КПОС 45,1±13,2 мм рт.ст. и 57,7±10,3 мм рт.ст. соответственно (p=0.03), общему легочно-сосудистому сопротивлению (ОЛСС) по данным КПОС 1200,2±600,1 дин·с·см⁻⁵ и 2265,7±1017,6 дин·с·см⁻⁵ соответственно (p=0.005).

По данным ЛДФ пациенты с (-)ОФП относительно пациентов с (+)ОФП имеют более высокую амплитуду нейрогенного механизма модуляции кровотока (Ан) при базальной перфузии $0,38 \pm 0,18$ пф и $0,25 \pm 0,08$ пф соответственно ($p=0.075$), повышенную констрикторную активность при дыхательной пробе (ДП) $58 \pm 25\%$ и $34 \pm 16\%$ ($p=0.007$) и удлинение времени развития постокклюзионной реактивной гиперемии $29,6 \pm 14,1$ сек. и $16,17 \pm 7,2$ сек. соответственно ($p=0.02$).

Выявлена отрицательная корреляционная зависимость Т6МХ с Ан – $r=-0,41$ ($p=0.03$) и степенью вазоконстрикции при ДП – $r=-0,53$ ($p=0.0003$). Между СДЛА и Ан отмечается положительная корреляционная зависимость – $r=0,41$ ($p=0.03$).

Заключение: У пациентов с (-)ОФП относительно пациентов с (+)ОФП отмечается более выраженное повышение давления в легочной артерии и ОЛСС, а также изменения функционального статуса, но и более высокая активность симпатической системы регуляции тонуса микрососудов кожи с повышением констрикторной активности и удлинением времени развития дилаторного ответа на продукты ишемического метаболизма.

0229

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА. АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Долотовская П. В.¹, Фурман Н. В.¹, Решетько О. В.²

¹НИИ кардиологии,

²Кафедра фармакологии ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Российская Федерация

Различия в качестве медицинской помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от типа оказывающего помощь стационара (университетская клиника, учреждение регионального или муниципального уровня и т. д.) описаны как в отечественной, так и в зарубежной литературе. Меньше данных о влиянии типа оказывавшего помощь учреждения на качество лечения больных ОКС после выписки на амбулаторный этап.

Цель: проанализировать объём и качество амбулаторной гиполипидемической фармакотерапии у больных, перенёсших ОКС, в территориальных образованиях Саратовской области с различной численностью населения.

Материалы и методы: Проведён анализ 425 амбулаторных карт больных, находившихся в медицинских учреждениях Саратова и Саратовской области с декабря 2010 г по декабрь 2013 с диагнозом «ИБС, острый инфаркт миокарда» или «ИБС, нестабильная стенокардия» случаев. В кардиологических отделениях находилось 62%, остальные получали лечение в отделениях терапии. 64% пациентов были из областного центра, остальные из населенных пунктов области. COMPLAINTность пациентов оценивали применяя тест Мориски-Грина.

Результаты: При выписке из стационара статины были рекомендованы 72,6% пациентов. Через 1 месяц после выписки статины были рекомендованы к приему 56,4% пациентам, через 3 мес — 54%, через 6 мес- 49,2%; через 9 мес — 48%, 50% - 12 мес. У пациентов, не получивших рекомендации принимать статины, не отмечено противопоказаний к данным препаратам. При этом в областном центре статины рекомендовались чаще, чем в районных центрах (ОШ 2,4, ДИ 1,04-5,7) и в малых городах области (ОШ 5, ДИ 1-29).

COMPLAINTность пациентов к назначенному лечению после выписки была невысокой - 38,6% в 1 мес, в течение года повышалась у пациентов, повторно госпитализировавшихся в плановом порядке — до 71,7%. У пациентов, госпитализированных в экстренном порядке и не госпитализировавшихся в течение года, COMPLAINTность была примерно одинакова — 48,5% и 51,3%. В областном центре, районных центрах и малых городах COMPLAINTных было 77,5%, 53,8% и 30%, соответственно.

В течение года показатели липидного обмена определялись в среднем у 11,3% пациентов (в 32% у жителей Саратова, в 4% у жителей районных центров и в 2% у жителей малых городов). Определял-

ся в 87% случаев только общий холестерин (ОХ). После выписки в 1 месяц медиана ОХ составила 3,8 (3,4-5), к 6 месяцам — 4,4 (3,5-5,8), через год — 6,4 (4,8-6,9).

Выводы: Недостаточный объём и контроль результатов гиполипидемической терапии после перенесённого ОКС связан как с недостатками амбулаторной помощи, так и низкой приверженностью пациентов назначенному лечению. Имеются значимые различия в тактике фармакотерапии на амбулаторном этапе внутри одного региона в зависимости от размера территориального образования, где оказана медицинская помощь.

0230

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Доля Е. М., Елсосли С., Тымченко С. Л.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Российская Федерация.

Введение: Сердечно-сосудистые болезни являются ведущей причиной осложнений у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2), хотя их уровень постепенно падает благодаря достижениям в диагностике и лечении.

Цель: оценить уровень распространения сердечно-сосудистых осложнений и факторов риска у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Были проанализированы истории болезни 25 больных (возраст 58.4 ± 1.28 лет, из них 13 женщин) имеющих СД2 более 10 лет, из которых 9 пациентов принимали сахароснижающие таблетки, а 16 находились на инсулинотерапии. Были собраны данные об осложнениях и патологиях, связанных с диабетом. Психосоциальный стресс был изучен с помощью анкетирования по шкале Ридера.

Результаты: Мужчины имели больший вес тела, тогда как аритмии в истории болезни были явно более частыми среди женщин ($P < 0,05$).

Частота случаев инфаркта миокарда и инсульта была значительно выше у больных с высоким уровнем холестерина и соответственно HbA1c ($P < 0,02$). Высокие уровни холестерина были явно связаны с многочисленными сопутствующими заболеваниями ($P < 0,04$). Нерегулярный прием пищи был связан с высоким уровнем холестерина и уровнем стресса ($P < 0,05$).

Число эпизодов гипогликемии уменьшалось с возрастом, но для мужчин и пациентов, у которых диабет диагностировали в молодом возрасте, риск был выше ($P < 0,004$). Молодые пациенты особенно подвержены большому риску сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта ($P < 0,05$).

Корреляционные анализы показали отрицательную связь между уровнем стресса и весом, но положительную связь между стрессом и заболеваемостью инфарктом миокарда и инфекциями ($P < 0,05$).

Сердечно-сосудистые болезни и другие патологии возникали реже у больных с активным образом жизни ($P = 0,01$), а если и возникали, то симптомы были менее серьезными ($P = 0,001$), такие же, как и у пациентов, не имеющих вредных привычек ($P = 0,01$).

Заключение: Результаты нашего изучения свидетельствуют о том, что пациенты с сахарным диабетом 2 типа имеют больше заболеваний, связанных с диабетом и сопутствующие заболевания очень распространены в этой группе, а изменяющиеся факторы риска, включающие гипертонию, дислипидемию или диабет должны приниматься во внимание, чтобы обеспечить правильное клиническое лечение и предотвратить ишемические явления, ишемический инсульт и коронарную болезнь сердца.

0231

ВКЛАД МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АТЕРОГЕННОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Донцов А. В.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»
Минздрава России, Воронеж

Цель: изучить особенности липидного профиля больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) при наличии метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: В исследование было включено 127 больных стабильной ИБС (средний возраст $59,7 \pm 6,3$ года). Из них у 63 имелись признаки МС согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению МС (2009), а у 84 – отсутствовали. Уровень общего холестерина (ХС) оценивали энзиматическим колориметрическим тестом (CHOD PAP) на биохимическом анализаторе Flexor E (Vital Scientific, Голландия) с помощью реагентов Bioscon (Германия). Холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) определяли ферментативным методом с использованием полимера и детергента фирмы «Гален». Триглицериды (ТГ) измеряли энзиматическим методом на биохимическом анализаторе Flexor E (Biosystems, Испания). Окисленные липопротеины низкой плотности (ок-ЛПНП) определяли на иммуноферментном ридере «Униплан» (Россия) с использованием реактивов фирмы Biomedica (Германия). Статистическая обработка результатов проведена с использованием пакета программ STATISTICA 7.0. Количественные данные приведены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты: У больных ИБС, не имевших признаков МС, отмечалось умеренное повышение общего ХС – до $5,61 (5,0;5,87)$ ммоль/л. Уровень ХС ЛПВП составил $1,12 (1,00;1,18)$ ммоль/л, ТГ – $1,61 (1,54;1,70)$ ммоль/л. Липидный спектр больных ИБС с МС характеризовался достоверно более высокими значениями концентраций в крови общего ХС, достигавшего $6,72 (6,44;7,04)$ ммоль/л ($p < 0,001$), и ТГ – $2,7 (2,58;2,8)$ ммоль/л ($p < 0,001$). Кроме того, у данной категории больных ИБС отмечен более низкий уровень антиатерогенной фракции ХС ЛПВП – $0,87 (0,75;0,95)$ ммоль/л по сравнению с пациентами, не имеющими диагностических признаков МС ($p < 0,001$). При оценке содержания в крови наиболее атерогенных липопротеиновых частиц ок-ЛПНП было установлено, что у больных ИБС с МС их уровень был достоверно выше, чем при отсутствии МС – $137,5 (117,1;158,9)$ против $101,6 (94,4;125,2)$ нг/мл ($p < 0,001$). При детальном изучении содержания в крови общего ХС и ТГ у мужчин и женщин статистически значимых различий в сравниваемых группах установлено не было. Обратило на себя внимание, что у женщин с ИБС уровень ХС ЛПВП превышал его значения у мужчин – $1,14 (1,06;1,18)$ против $1,09 (1,00;1,16)$ ммоль/л ($p = 0,002$), а в группе больных ИБС с МС, напротив, этот показатель оказался более низким у женщин – $0,82 (0,75;0,89)$ против $0,91 (0,86;0,95)$ ммоль/л ($p = 0,02$).

Выводы: Для больных ИБС, у которых заболевание протекает на фоне МС, были характерны более выраженные атерогенные изменения, заключающиеся в повышении концентрации в крови общего ХС, ТГ, окисленных ЛПНП и снижении ХС ЛПВП в сравнении с пациентами без МС. При этом присутствие МС в клинической картине ИБС у лиц женского пола ассоциировалось с дополнительным усилением атерогенного потенциала, обусловленным снижением концентрации в крови ХС ЛПВП.

0232

ОЦЕНКА УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕПТИДА ПРОКОЛЛАГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Драпкина О. М., Зятенкова Е. В.

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

Актуальность проблемы: Развитие и прогрессирование ХСН ускоряют ожирение, нарушения углеводного и липидного обмена. Данные состояния объединены термином «метаболический синдром». Ключевым звеном патогенеза и фактором прогрессирования ХСН служит ремоделирование миокарда. Продукты метаболизма коллагена (N-терминальный пропептид коллагена III типа) рассматриваются в качестве перспективных кандидатов на роль маркёров процессов ремоделирования миокарда и развития ХСН.

Цель: изучить взаимосвязь между уровнем N-терминального пептида проколлагена III (PIIINP) и клинической картиной сердечной недостаточности, структурно-функциональным состоянием миокарда и состоянием печени у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса (ХСН-СФВ) и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: У всех пациентов диагноз ХСН подтверждался качественным измерением NT-proBNP. В основную группу было включено 39 пациентов с ХСН-СФВ и МС. В контрольную группу вошли 38 пациентов с ХСН-СФВ без метаболического синдрома. Оценивались тяжесть клинических проявлений ХСН, функциональный статус пациента. Оценивались размеры камер сердца, толщина стенок миокарда и эпикардиального жира по данным эхокардиографии. Всем больным рассчитывался NAFLD Fibrosis Score (NFS) для оценки вероятности фиброза печени. Уровень PIIINP оценивался с помощью твердофазного иммуноферментного анализа («USCN Life Science», Китай).

Результаты: уровень PIIINP в основной группе $3,3 \pm 1,5$ мкг/л, в контрольной группе – $2,3 \pm 1,3$ мкг/л ($p=0,00046$). При статистическом анализе выявлены достоверные взаимосвязи между лабораторными данными и PIIINP: уровень мочевого кислоты ($r=0,37$; $p=0,001$); уровень глюкозы ($r=0,29$; $p=0,011$). СКФ ($r=-0,37$; $p=0,002$); между данными ЭХОКГ и PIIINP: толщина эпикардиального жира ($r=0,33$; $p=0,004$); толщиной МЖП ($r=0,33$; $p=0,003$); масса миокарда ЛЖ ($r=0,36$; $p=0,002$); размеры ПП ($r=0,34$; $p=0,043$); ЛП ($r=0,35$; $p=0,034$); КСР ЛЖ ($r=0,31$; $p=0,006$); отношение E/A ($r=0,28$; $p=0,013$); отношение E/e ($r=0,24$; $p=0,038$); NFS ($r=0,31$; $p=0,007$).

Выводы: Использование PIIINP в клинической практике позволит выявить пациентов с ХСН и МС со структурными и функциональными изменениями миокарда уже на ранних этапах заболевания. Также определение уровня PIIINP у пациентов с ХСН и МС, позволит выявить пациентов с патологией печени и отобрать больных для дальнейшего обследования и подбора терапии, учитывая сопутствующую патологию.

0233

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Драпкина О. М., Зятенкова Е. В.

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

Актуальность: Сочетание ХСН и метаболического синдрома (МС) ускоряют развитие и прогрессирование сердечной недостаточности. Печеночной манифестацией метаболического синдрома служит неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). Сочетание НАЖБП и сердечно-сосудистых заболеваний приводит к нарастанию риска сердечно-сосудистых осложнений и оказывает значимое влияние на прогноз и исход ХСН.

Цель: изучить состояние печени с помощью Fatty Liver Index, NAFLD Fibrosis Score, выявить взаимосвязь между полученными результатами и клинической картиной сердечной недостаточности, структурно-функциональным состоянием миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса (ХСН-СФВ) и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: У всех пациентов диагноз ХСН подтверждался качественным измерением NT-proBNP. В основную группу было включено 39 пациентов с ХСН-СФВ и МС. В контрольную группу вошли 38 пациентов с ХСН-СФВ без МС. Оценивались размеры камер сердца, толщина стенок мио-

карда и эпикардиального жира по данным эхокардиографии. Всем больным рассчитывались Fatty Liver Index (FLI) NAFLD Fibrosis Score (NFS) и для оценки вероятности стеатоза и фиброза печени.

FLI рассчитывается по формуле: $e^{0,953 \times \log_e(\text{TГ}) + 0,139 \times \text{ИМТ} + 0,718 \times \log_e(\text{ГГТ}) + 0,053 \times \text{ОТ} - 15,745} / 1 + (e^{0,953 \times \log_e(\text{TГ}) + 0,139 \times \text{ИМТ} + 0,718 \times \log_e(\text{ГГТ}) + 0,053 \times \text{ОТ} - 15,745}) \times 100$

NFS: $- 1,675 + 0,037 \times \text{В} + 0,094 \times \text{ИМТ} + \text{АСТ/АЛТ} - 0,013 \times \text{ТР} - 0,66 \times \text{А}$

ТГ – триглицериды, мг/дл; ИМТ – индекс массы тела, кг/м²; ГГТ – гамма глутамилтранспептидаза, ед/л; ОТ – окружность талии, см. В – возраст, годы; АСТ – аспартатаминотрансфераза, ед/л; ТР – тромбоциты, 10⁹/л; АЛТ – аланинаминотрансфераза, ед/л; А – альбумин, г/дл.

Результаты: В основной группе значение FLI составило 73,3±20,1, что соответствует высокой вероятности наличия стеатоза, в контрольной группе – 27,5±18,8, что свидетельствует об отсутствии стеатоза (p=0,00001). В основной группе значение NFS составило 0,45±1,1, в контрольной – 0,46±0,7 (p=0,00001). Данные показатели соответствуют «серой зоне». Несмотря на то, что значения обеих групп находятся в «серой зоне», в основной группе значение NFS больше и стремится к значению, которое соответствует высокой вероятности фиброза у данных пациентов.

При статистическом анализе выявлены достоверные взаимосвязи между лабораторными, инструментальными данными и FLI, NFS. FLI: уровнем глюкозы (r=0,42; p=0,009) и гликозилированного гемоглобина (r=0,41; p=0,011); толщиной ЭЖ (r=0,52; p=0,0001); показателями ЭХОКГ (ЗСЛЖ, ММЛЖ, КДРЛЖ, МЖП, ЛП, ПП, p<0,05). NFS с : толщиной ЭЖ (r=0,29; p=0,014), данными ЭХОКГ (КДРЛЖ, КСРЛЖ, КДОЛЖ, КСОЛЖ, ММЛЖ, ПП, ЛП, p<0,05).

Выводы: Использование данным индексов в клинической практике у пациентов с ХСН-СФВ и МС позволит выявить пациентов с патологией печени и отобрать больных для дальнейшего обследования и подбора терапии, учитывая сопутствующую патологию.

0234

ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕРДЕЧНОЙ ФОРМЫ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩИЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Драпкина О. М., Зятенкова Е. В.

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

Актуальность: При ХСН в кардиомиоцитах (КМЦ) возникают изменения, приводящие к прогрессирующему дисфункции и ремоделированию ЛЖ. В работах отечественных и иностранных ученых были получены данные о существовании персистирующего некроза КМЦ у пациентов с ХСН. Сердечная форма белка, связывающего жирные кислоты (Н-FABP), рассматриваются в качестве перспективного кандидата на роль маркера процесса ремоделирования миокарда и развития ХСН.

Цель: изучить взаимосвязь между Н-FABP и клинической картиной сердечной недостаточности, структурно-функциональным состоянием миокарда и состоянием печени у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохранной фракцией выброса (ХСН-СФВ) и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: У всех пациентов диагноз ХСН подтверждался качественным измерением NT-proBNP. В основную группу было включено 39 пациентов с ХСН-СФВ и МС. В контрольную группу вошли 38 пациентов с ХСН-СФВ без метаболического синдрома. Оценивались тяжесть клинических проявлений ХСН, функциональный статус пациента. Оценивались размеры камер сердца, толщина стенок миокарда и эпикардиального жира по данным эхокардиографии. Всем больным рассчитывался Fatty Liver Index (FLI) для оценки вероятности статоза печени. Уровень Н-FABP оценивался с помощью твердофазного иммуноферментного анализа («Hycult biotech», Голландия).

Результаты: уровень Н-FABP в основной группе составил 2,8±1,1 нг/мл, в контрольной группе – 3,8±2,6 нг/мл (p=0,048). Н-FABP, как маркер повреждения миокарда статистически коррелировал с кли-

ническими проявлениями ХСН, такие как ШОКС ($r=0,48$; $p=0,006$), ТШМХ ($r=-0,67$; $p=0,0001$) и стадиями ХСН NYHA ($p=0,006$ критерий Крускала-Уоллиса) вне зависимости от МС у пациентов с ХСН.

В основной группе уровень Н-FABP статистически коррелировал с уровнем мочевого кислоты ($r=0,32$; $p=0,004$), значением СКФ ($r=-0,27$; $p=0,034$), с пиком E ($r=0,42$; $p=0,016$), отношением E/A ($r=0,34$; $p=0,043$), толщиной МЖП ($r=0,24$; $p=0,031$), размерами ПЖ ($r=0,45$; $p=0,005$), маркером стеатоза печени (FLI) ($r=0,47$; $p=0,001$).

Выводы: Использование Н-FABP в клинической практике позволит выявить пациентов с ХСН и МС со структурными и функциональными изменениями миокарда уже на ранних этапах заболевания и своевременно назначить терапию. Взаимосвязь Н-FABP склиническими проявлениями ХСН вне зависимости от МС у пациентов с ХСН позволяет использовать данный маркер для оценки состояния тяжести ХСН у пациентов вне зависимости от наличия МС.

0235

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК

Дриль И. С., Муратов Г. Р., Пушкарь Е. М., Колибаева Т. Ф., Петренко Е. К., Забашта И. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Многочисленные исследования доказали влияние психических факторов на развитие и течение соматических заболеваний. К наиболее часто встречающимся психическим изменениям у детей можно отнести повышение уровня тревоги, депрессии, агрессии и гнева. Указанные изменения могут способствовать прогрессированию соматического заболевания и возникновению изменений со стороны сердечно сосудистой системы.

Цель: оценка психологического напряжения и его влияния на наличие у ребенка нарушений со стороны сердечно сосудистой системы.

Материалы и методы: Проведено обследование 49 детей от 7 до 17 лет (средний возраст $12,7\pm 3,1$ лет) с хроническим заболеванием почек. По полу преобладали девочки 37 ($75,5\pm 6,2\%$) против 12 ($24,4\pm 6,2$) мальчиков. Средняя длительность заболевания почек составила $4,5\pm 3,5$ года. Всем детям проведено нефро-урологическое обследование, анкетирование (вопросник Beck Youth) для определения психического напряжения. Согласно нозологических форм все дети распределены на 4 группы. К первой группе отнесены дети с хроническим пиелонефритом ($n=14$), II – с хроническим гломерулонефритом ($n=7$), III – с дисметаболической нефропатией ($n=12$), IV – с врожденными аномалиями развития органов мочевыделительной системы ($n=16$).

Результаты: При оценке уровня тревоги, агрессии, гнева и депрессии по всем группам преобладали дети со средними показателями от $73,1\pm 7\%$ до $87,8\pm 5,1\%$ детей в группе. У $24,3\pm 7\%$ детей выявлен повышенный уровень агрессии, с которых половина имела врожденную аномалию развития органов мочевыделительной системы. Средний возраст указанных детей $15,2\pm 1,09$ лет, патология почек диагностирована более 10 лет назад. У большинства детей 38 ($86,3\pm 5,2\%$) уровень депрессии был в пределах средних показателей. Установлены единичные случаи повышения уровня депрессии до незначительного у $6,8\pm 3,4\%$, умеренного у $4,5\pm 3,1$, и один случай значительного повышении депрессии $2,2\pm 2,2\%$. Все указанные $13,6\pm 5,2\%$ детей были девочками, средний возраст которых $13,5\pm 1,5$ лет. Нормальные характеристики ЕКГ имели только 9 детей ($18,3\pm 5,5\%$). Нарушения сердечного ритма в виде синусовой брадиаритмии были у 15 детей ($30,6\pm 6,6\%$), 5 ($10,2\pm 4,3\%$) детей имели синусовую тахикардию. Нарушения предсердной проводимости с укорочением интервала PQ ($<0,1$ с) выявлено у 1 ребенка ($2,2\pm 2,2\%$), его удлинение PQ ($>0,20$ с) у 5 детей ($10,2\pm 4,3\%$). У 14 детей ($28,5\pm 6,5\%$) установлены нарушения процессов реполяризации.

Выводы: Общее число детей ($48,8\pm 7,0\%$) у которых выявлено повышение показателей тревоги, агрессии, гнева и депрессии совпадает с общим количеством детей ($40,8\pm 7,0\%$) имеющих различные нарушения сердечного ритма. Возникает необходимость в проведении оценки психологического состояния и анализа ЕКГ у детей с хроническим заболеванием почек для дополнения программ реабилитации и профилактики прогрессирования заболевания.

0236

ВЗАИМОСВЯЗЬ РИГИДНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Дроздецкий С. И., Кучин К. В.

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель: Изучить состояние эластических свойств сосудистой стенки у пациентов мужского пола с артериальной гипертонией (АГ) с учетом индивидуального профиля подсознательных механизмов психологической защиты (МПЗ) и наличия расстройств аффективного спектра.

Материалы и методы: обследована группа пациентов мужского пола с АГ стабильного течения в возрасте от 20 до 75 лет без тяжелой соматической патологии общей численностью 100 человек. Обследование пациентов проводилось согласно рекомендациям Российского кардиологического общества. Дополнительно все пациенты были подвергнуты анкетному скринингу на выявление тревожно-депрессивных нарушений (госпитальная шкала тревоги и депрессии), а также актуализации основных МПЗ. Эластичность сосудистой стенки оценивали по среднесуточным показателям индекса аугментации (ИА(24)) и скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВао(24)). Количественные данные представлены как медиана с указанием 25-го и 75-го квартилей, качественные данные - как доля, выраженная в процентах. Для определения достоверности различий между двумя независимыми группами количественных признаков использовался критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (R). Нулевая гипотеза отвергалась при значении $p < 0,05$.

Результаты: СПВао(24) в обследованной когорте мужчин составила 9,29[8,7;9,8] м/с. При этом ее патологическое значение было зафиксировано у 19% обследованных пациентов. ИА(24) оказалось равным -11[-27;4]%, однако его любое положительное значение (характеризующее поражение сосудистой стенки) встречалось у 30% пациентов. Распространенность аффективных расстройств составила 45%. Тревожные расстройства были выявлены у 21% мужчин, депрессивные нарушения - у 12% обследованных пациентов, смешанные тревожно-депрессивные расстройства - у 12% респондентов. При исследовании индивидуального профиля МПЗ в избранной когорте пациентов преимущественными механизмами оказались «Проекция», «Отрицание» и «Интеллектуализация». Используя метод двухэтапного кластерного анализа (IBM SPSS Statistics 20) были получены две группы пациентов: с высоким и низким суммарным напряжением всех МПЗ. При анализе эластических свойств сосудистой стенки было выявлено, что у пациентов с высокой суммарной актуализацией всех МПЗ СПВао(24) равна 9,46[8,8;9,9] м/с, а у пациентов с низким суммарным напряжением МПЗ - 8,98[8,4;9,5] м/с при $p=0,046$. Кроме того, при проведении корреляционного анализа была найдена прямая взаимосвязь между степенью выраженности депрессивных нарушений и ИА(24) ($R=0,298$, $p=0,003$), что согласуется с выявленной прямой взаимосвязью степени выраженности депрессии с возрастом пациентов ($R=0,345$, $p=0,000$), стажем АГ ($R=0,229$, $p=0,024$) и концентрацией липопротеидов низкой плотности ($R=0,251$, $p=0,012$).

Выводы: Высокое напряжение системы подсознательных механизмов психологической защиты, а также степень выраженности депрессивных расстройств ассоциированы с ухудшением эластических свойств сосудистой стенки.

0237

«ВЫСОКИЕ» ЗНАЧЕНИЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В АОРТЕ КАК КРИТЕРИЙ ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРГАНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Дружилова О. Ю., Дружилов М. А., Отмахов В. В., Кузнецова Т. Ю.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Показатель окружности талии (ОТ), как критерий абдоминального ожирения (АО), имеет недостаточную чувствительность и специфичность в отношении выделения лиц с органическими поражениями и предположительно более высоким сердечно-сосудистым риском (ССР).

Цель: провести сравнительный анализ частоты выявления органических поражений у пациентов с АО в зависимости от наличия «высоких» значений скорости пульсовой волны (СПВ) в аорте.

Материалы и методы: Обследовано 132 нормотензивных, асимптомных в отношении сердечно-сосудистых заболеваний пациента (72,0% мужчин, средний возраст 45,0±5,3 года) с «невысоким» риском по шкале SCORE, с АО (ОТ > 94 см у мужчин, > 80 см у женщин). Анализировали липидный спектр, сахарный профиль, креатинин крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации, альбуминурию, выполняли бифункциональное суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с оценкой средней дневной СПВ в аорте (монитор ВРlab «МнСДП-3», ООО «Петр Телегин»), триплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эхокардиографию. «Высокими» значениями СПВ в аорте считали равные или превышающие величину 75-го перцентиля для соответствующего возрастного диапазона (31-45 лет и 46-55 лет). Сопоставимость сформированных групп по качественным показателям изучали с помощью критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера, по количественным показателям – с помощью двустороннего t-критерия, критическим уровнем значимости выбран $p < 0,05$.

Результаты: Средняя дневная СПВ в аорте у лиц 31-45 лет составила 7,6±0,7 м/с, у лиц 46-55 лет – 7,8±0,6 м/с ($p < 0,05$), величина 75-го перцентиля показателя – 8,0 м/с и 8,3 м/с соответственно. В целом по группе были выявлены следующие органические поражения: каротидный атеросклероз у 20 (15,2%), гипертрофия стенки сонной артерии у 43 (32,6%), микроальбуминурия (МАУ) у 11 (8,3%), гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) у 7 (5,3%), диастолическая дисфункция (ДД) ЛЖ у 18 (13,6%) пациентов. Подгруппа лиц с «высокими» значениями СПВ в аорте ($n=34$) отличалась достоверно более высокой частотой каротидного атеросклероза (44,1% против 15,2%, $p < 0,01$), МАУ (32,4% против 8,3%, $p < 0,01$), ДД ЛЖ (29,4% против 13,6%, $p < 0,05$). Кроме того, данных пациентов отличали более высокие значения гликемии натощак (5,4±1,2 ммоль/л против 5,0±1,0 ммоль/л, $p < 0,05$), максимальной толщины комплекса «интимедиа» сонных артерий (0,97±0,25 мм против 0,86±0,23 мм, $p < 0,05$).

Выводы: Пациенту с АО и исходно «невысоким» риском по шкале SCORE в случае выявления СПВ в аорте, равной или превышающей величину 75-го перцентиля для соответствующего возрастного диапазона (8,0 м/с для лиц 31-45 лет и 8,3 м/с для лиц 46-55 лет), целесообразно выполнение скрининга органических поражений, в первую очередь каротидного атеросклероза, для последующей реклассификации ССР и пересмотра объема необходимых профилактических мероприятий.

0238

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ОЖИРЕНИИ

Дружилов М. А., Дружилова О. Ю., Отмахов В. В., Кузнецова Т. Ю.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Ожирение является одним из основных факторов риска кардиоваскулярной патологии. Поскольку одна из задач профилактической кардиологии – выделение среди асимптомных в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) лиц с исходно «невысоким» по шкалам риском пациентов, нуждающихся в проведении профилактических мероприятий, визуализация каротидного атеросклероза является решающим аргументом в пользу отнесения их к лицам высокого риска.

Цель: оценить возможность использования показателей артериальной жесткости в качестве предикторов каротидного атеросклероза у пациентов с абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы: Обследовано 132 нормотензивных асимптомных пациента (72,0% мужчин, средний возраст 45,0±5,3 года) с риском по шкале SCORE < 5%, с АО (окружность талии >94 см у мужчин, >80 см у женщин). Оценивали липидный спектр, сахарный профиль, мочевую кислоту, креатинин крови с расчетом скорости клубочковой фильтрации, выполняли бифункциональное суточное монитори-

рование артериального давления (СМАД) (монитор ВРlab «МнСДП-3», ООО «Петр Телегин») с оценкой показателей ригидности артерий (средняя дневная скорость пульсовой волны (СПВ) в аорте, индекс аугментации, среднесуточное систолическое АД в аорте) и триплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Проводился бинарный логистический регрессионный анализ с пошаговым включением предикторов с уровнем значимости менее 0,05. Согласие модели и реальных данных оценивалось с помощью теста Хосмера-Лемешова, качество модели – с помощью ROC-анализа.

Результаты: Каротидный атеросклероз был выявлен у 20 (15,2%) пациентов. Наиболее значимой при его прогнозировании оказалась комбинация следующих факторов: средней дневной СПВ в аорте, среднесуточного систолического АД в аорте, уровней гликемии натощак и мочевой кислоты крови. Уравнение имело следующий вид: $-51,173 + 1,994 * \text{СПВ в аорте} + 0,248 * \text{САД в аорте} + 0,79 * \text{гликемия натощак} + 5,794 * \text{мочевая кислота крови}$. Уровень значимости теста согласия оказался равным 0,82, т.е. созданная модель является адекватной, а величина общего процента верных классификаций 91,7% говорит о ее высокой прогностической способности. Площадь под ROC-кривой составила 0,87, что указывает на высокое качество данной математической модели. При выбранной точке отсечения величины средней дневной СПВ в аорте в 8,1 м/с чувствительность и специфичность метода прогнозирования каротидного атеросклероза составили 85% и 76% соответственно.

Выводы: Оценка показателей артериальной жесткости у асимптомных в отношении ССЗ пациентов с АО и исходно «невысоким» риском по шкале SCORE может стать потенциально простым и воспроизводимым методом оценки вероятности субклинического каротидного атеросклероза и тем самым высокого риска. При наличии показаний к проведению СМАД бифункциональное СМАД с оценкой показателей сосудистой жесткости является более предпочтительным методом, позволяющим получить дополнительную информацию для последующей риск-стратификации.

0239

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА, ИМЕЮЩИХ ДИСЭЛЕМЕНТОЗ И ГИПОВИТАМИНОЗ

Дубовая А. В., Пшеничная Е. В., Бордюгова Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк

Цель: улучшить качество жизни (КЖ) детей с нарушениями ритма сердца (НРС) путем использования программы индивидуальной коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы: Обследованы 67 детей (35 девочек и 32 мальчика) от 6 до 18 лет с НРС (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, атриовентрикулярная блокада II степени), имеющие дисэлементоз и витаминную недостаточность: превышение допустимой концентрации токсичных и потенциально токсичных химических элементов (62,7%), дефицит эссенциальных химических элементов (92,5%), витамина D (74,6%), B12 (28,4%), B9 (13,4%). Дети группы «Стандартное лечение» (n=21) получали терапию согласно протоколам Министерства здравоохранения Украины, для больных группы «Стандартное лечение+коррекция дисэлементоза и витаминной недостаточности» (n=46) была дополнительно разработана программа индивидуальной коррекции, включающая использование энтеросорбента, затем применение пре- и пробиотиков, препаратов макро- и микроэлементов, витаминов и др. КЖ оценивали по собственной методике (патент на изобретение UA №15818 от 17.07.06) исходно, через 1 месяц после окончания курса лечения, затем 1 раз в 3 месяца в течение 3-летнего наблюдения. Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с расчетом показателя ранговой корреляции Спирмена.

Результаты: Проведенный корреляционный анализ установил наличие прямой сильной связи (отличие коэффициента корреляции от 0 на уровне $p < 0,05$) между показателями: КЖ и нарушение ритма сердца ($r = 0,94$), КЖ и дисэлементоз ($r = 0,92$), КЖ и вегетативные расстройства ($r = 0,92$), КЖ и тревога ($r = 0,90$), КЖ и дефицит витамина D ($r = 0,90$), КЖ и депрессия ($r = 0,86$). Дополнение комплекса лечения

ребенка с НРС программой индивидуальной коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности сопровождалось более выраженным, в сравнении с группой стандартного лечения, уменьшением частоты и степени выраженности жалоб (79,1% и 52,4%, $p < 0,05$), улучшением показателей психоэмоционального (76,1% и 42,9%, $p < 0,05$) и вегетативного (74,6% и 47,6%) статуса, положительной динамикой аритмического синдрома (61,2% и 42,9%), восстановлением витаминно-минерального статуса (79,1% и 19,0%, $p < 0,001$). Проведение по показаниям повторных курсов коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности в течение 3-летнего наблюдения позволило улучшить КЖ у 76,1% больных.

Выводы: Дополнение стандартного лечения пациентов с НРС программой индивидуальной коррекции дисэлементоза и витаминной недостаточности способствовало восстановлению витаминно-минерального статуса у 79,1% пациентов, что сопровождалось положительной динамикой аритмического синдрома у 61,2% детей, улучшением показателей психоэмоционального и вегетативного статуса у 74,6% пациентов, улучшением КЖ у 76,1% больных.

0240

ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ НА КОМПЕНСАТОРНО-АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Дубовик Т.А., Рачок Л.В.

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

Цель: изучение влияния прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) на компенсаторно-адаптационные возможности организма в комплексной предоперационной подготовке к кардиохирургическому лечению пациентов с ишемической кардиомиопатией (ИКМП).

Материалы и методы: В настоящее исследование были включены 70 пациентов мужского пола с установленным диагнозом ИКМП ($n=35$ в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах). Все пациенты имели фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $< 35\%$ и II-IV стадию хронической сердечной недостаточности по NYHA. Пациентам ОГ на этапе подготовки к кардиохирургическому лечению проводили курс ПНГ с использованием установки «Био-Нова-204G1». Показанием к хирургическому лечению служило наличие не менее 50% миокарда с накоплением РФП более 50% при наличии хорошо развитого дистального русла и отсутствии правожелудочковой недостаточности.

Результаты: Исходная тяжесть состояния исследуемых пациентов определялась нарушением контрактильной функции ЛЖ, а также дезадаптивным характером ремоделирования полости ЛЖ и значительным нарушением состояния перфузии миокарда на фоне множественного атеросклеротического поражения коронарных сосудов. После курса ПНГ в предоперационной подготовке к кардиохирургическому лечению пациентов ИКМП отмечалось снижение степени выраженности метаболического ацидоза и гипоксемии на фоне достоверного увеличения площади жизнеспособного миокарда с 84,62(76,47;99,82)% до 94,12(92,31;100,00)% ($p=0,000$). Улучшение общей физической работоспособности пациентов ИКМП ОГ после курса ПНГ подтверждалось данными спирометрии: ростом величины объема выполненной работы, а также пороговой нагрузки и % максимально достигнутой мощности нагрузки. Уровень максимального потребления кислорода увеличился с $11,89 \pm 0,59$ до $13,69 \pm 0,64$ мл/кг/мин ($p=0,009$). Для всех пациентов ОГ было характерно повышение активности метаболических процессов и адаптационных резервов на фоне курса ПНГ. У пациентов ОГ отмечалось более благоприятное течение интра- и раннего послеоперационного периода: достоверно реже зарегистрировано развитие синдрома низкого сердечного выброса, периоперационного инфаркта миокарда, жизнеугрожающих тахикардий, использования длительной инотропной поддержки симпатомиметиками, что позволило сократить длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и снизить количество периоперационных осложнений.

Заключение: Использование курса ПНГ в предоперационной подготовке к кардиохирургическому лечению пациентов с ИКМП повлияло на изменение основных параметров тканевого метаболизма и функциональных резервов кардио-респираторной системы, что отразилось на увеличении объема

жизнеспособного миокарда и улучшении компенсаторно-адаптационных возможностей организма, что позволило обеспечить более адекватную защиту от реперфузионных повреждений и более благоприятное течение периоперационного периода у этой категории пациентов.

0241

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Дудчак А. П., Бордюгова Е. В., Соколов В. Н., Марченко Е. Н.

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

Цель: Изучение анамнеза и клинической картины детей с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) и первичной артериальной гипертензией (ПАГ).

Объект исследования: обследовано 178 детей 12-17 лет: 61 ребенок с ВНАД, 82 пациента с ПАГ, группу контроля составили 35 здоровых сверстников.

Результаты: У 41,0±6,3% детей с ВНАД и у 23,2±4,7% с ПАГ выявлено бессимптомное течение патологического процесса. Частота жалоб у пациентов с ПАГ была достоверно выше, чем у детей с ВНАД (76,8±4,7% и 59,0±6,3%, $p<0,05$). У детей с ВНАД преобладали проявления вегетативного и психоневротического симптомокомплексов, а у детей с ПАГ – церебрального и сердечно-сосудистого. У матерей группы детей с ВНАД достоверно чаще, чем в контрольной, выявлено патологическое течение беременности и родов (78,7±5,2% и 14,3±5,9%; 73,8±5,6% и 17,1±6,4% соответственно, $p<0,01$). Аналогичные данные получены при сравнении изучаемых состояний у матерей пациентов с ПАГ по сравнению с группой контроля (86,6±3,8% и 14,3±5,9%; 85,4±3,9% и 17,1±6,4% соответственно, $p<0,001$). Достоверного различия в частоте патологического течения беременности и родов у матерей детей с ВНАД и ПАГ не выявлено. Наследственная отягощенность по гипертонической болезни и сердечно-сосудистым заболеваниям достоверно чаще констатирована у больных с ПАГ по сравнению с детьми, имеющими ВНАД (92,7±2,9 и 75,4±5,5, $p<0,05$). Сердечно-сосудистые катастрофы (инфаркт, инсульт) в молодом возрасте возникли у 4,8% родителей пациентов с ВНАД и у 11% с ПАГ. У детей с ПАГ по сравнению со здоровыми достоверно преобладали экзогенные факторы риска развития АГ (курение – 79,3±4,5 и 17,2±6,4; гиподинамия – 68,3±5,1 и 2,9±2,1; избыточное употребление соли – 52,4±5,5 и 8,6±3,1, $p<0,001$). У детей с ВНАД достоверно чаще, чем у здоровых, имело место табакокурение и гиподинамия (52,5±6,4 и 17,2±6,4, $p<0,01$; 57,4±6,3 и 2,9±2,1, $p<0,001$). Избыточная масса тела у пациентов с ВНАД и ПАГ выявлена достоверно чаще, чем у детей группы контроля (29,5±5,8% и 8,6±4,7%, $p<0,05$; 36,6±5,3% и 8,6±4,7%, $p<0,01$ соответственно). Исходная симпатикотоническая направленность имела тенденцию к увеличению по мере нарастания уровня артериального давления (АД) и имела место у 89,0±3,5% детей с ПАГ и у 67,2±6,0% детей с ВНАД (у здоровых детей она констатирована в 5,7±3,9% случаев, $p<0,001$). У 7,3±3,0% больных с ПАГ выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка, у 6,1±2,6% – гипертоническая ангиопатия сетчатки.

Выводы: У детей с ВНАД и ПАГ имеет место высокая концентрация факторов риска развития артериальной гипертензии, частое бессимптомное повышение АД, неблагоприятное течение ante- и перинатального периодов, дисбаланс вегетативной нервной системы. Результаты работы подтверждают необходимость динамического наблюдения детей с ВНАД в группе риска по развитию артериальной гипертензии с регулярным проведением контроля АД, мониторингом и своевременным устранением модифицируемых факторов риска с целью ранней диагностики ПАГ и профилактики развития гипертонической болезни.

0242

ВОЗМОЖНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ ПРИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Дунаева А. Р., Щербакова Е. С., Сафина Ю. Ф., Загидуллин Н. Ш., Хафизов Т. Н., Плечев В. В.,
Загидуллин Ш. З.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа

Ишемическое прекондиционирование (ИП) - это повторяющиеся эпизоды ишемии, которые через каскад адаптивных реакций защищают миокард от последующих периодов длительной ишемии. В ряде исследований было показано возможности нефропротекторного эффекта ИП при плановой коронароангиографии, что особенно актуально у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН).

Цель: Изучить нефропротективный эффект ИП при плановом КАГ у больных со ХПН I-II степени.

Материалы и методы: В слепом, рандомизированном, контролируемом, с имитацией ИП исследовании было обследовано 51 пациент с ИБС и ХПН I-II стадий у которых проводилась плановая КАГ. Средний возраст - $63,7 \pm 1,2$, индекс массы тела - $25,87 \text{ кг/м}^2$. ИП проводилось в виде 3 циклов по 5 мин путем пережатия предплечий манжеткой и 2-х циклов отдыха между ними. При рандомизации определялся порядок ИП или имитации ИП (иИП). При ИП давление в тонометре было $+50$ мм рт. ст. (25 пациентов) от актуального у больного и $+10$ мм рт.ст. от ДАД при имитации ИП (26 пациентов).

Результаты: До и через 3 дня после проведения КАГ оценивали уровень высокочувствительных биомаркеров поражения почек – цистатина-С и мочевого нейтрофильного желатенозно-ассоциированного липокалина (NGAL). В группе иИП отмечено повышение уровня цистатина-С с $8,3 \pm 2,7$ до $13,24 \pm 3,5$ мг/л ($p=0,045$, в 19 из 25) и NGAL с $3,2 \pm 0,3$ до $3,8 \pm 0,5$ мкг/л ($p=0,56$, у 12 из 25), а в группе с ИП – снижение цистатина-С с $15,25 \pm 4,1$ до $12,87 \pm 3,0$ мг/л (у 14 из 26) и NGAL – с $4,17 \pm 0,54$ до $3,2 \pm 0,32$ мкг/л (16 и 26). В настоящее время проводится анализ отдалённых последствий ИП.

Выводы: Показан нефропротективный эффект ишемического прекондиционирования у больных с плановой коронароангиографией и возможности его использования в клинической практике. Научное исследование было выполнено при поддержке гранта Президента РФ для докторов наук (Загидуллин Н.Ш.) МД-2459.2014.7.

0243

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Душина А. Г.¹, Иоаниди Х. В.², Либис Р. А.¹

¹ ГБОУ ВПО ОрГМУ МЗ РФ, Оренбург, Россия

² ГБУЗ «ОКБ», Оренбург, Россия

Цель: сравнить течение хронической сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (ХСН-СФВ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и без него.

Материалы и методы: Обследовано 67 пациентов в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст – $61,3 \pm 3,4$ года) с ХСН-СФВ (ФВ > 50%) I-IIА стадии, I-III ФК по NYHA. Сахарный диабет 2 типа был диагностирован у 14 пациентов (20,9%). Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, физикальный осмотр с оценкой тяжести ХСН по шкале оценки клинического состояния больных ХСН (R. Cody, 1993 в модификации В. Ю. Мареева, 2000), проведение эхокардиографии, выполнение теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), оценку качества жизни с помощью Миннесотского опросника качества жизни при сер-

дечной недостаточности (MLHFQ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.1.

Результаты: Пациенты с ХСН-СФВ и СД2 имели более высокий суммарный балл по ШОКС: 4,0 [3,0; 4,0] против 3,0 [3,0; 4,0] у пациентов без СД ($p=0,05$), а также хуже переносили физическую нагрузку – средняя дистанция, проходимая при проведении ТШХ, составила $348,1 \pm 56,6$ м против $396,7 \pm 80,2$ м ($p=0,04$) соответственно.

Были получены различия и для ряда структурно-функциональных показателей миокарда у пациентов с СД2 и без него. Так, продольный размер ЛП у пациентов с ХСН-СФВ, страдающих СД2, составил $55,1 \pm 7,9$ мм, для пациентов без СД – $50,3 \pm 6,1$ мм ($p=0,02$), ПП – $53,0 \pm 6,1$ и $49,3 \pm 4,5$ мм ($p=0,02$), толщина МЖП – $14,1 \pm 1,7$ и $13,2 \pm 1,2$ мм ($p=0,02$), ММЛЖ – $310,2 \pm 74,0$ и $267,0 \pm 5,8$ г ($p=0,02$) соответственно.

Уровень качества жизни в целом, определяемый по Миннесотскому опроснику, для пациентов с ХСН-СФВ и СД2 составил 59,0 [48,0; 65,0] баллов, для пациентов с ХСН-СФВ без СД – 37,0 [20,0; 55,0] баллов ($p<0,01$). Сходные различия получены и для компонентов качества жизни: для физического – медиана составила 30,0 [28,0; 31,0] и 19,0 [8,0; 27,0] баллов ($p<0,01$), социально-экономического – 17,0 [12,0; 21,0] и 11,0 [7,0; 15,0] баллов ($p<0,01$), психо-эмоционального – 12,0 [7,0; 16,0] и 8,0 [4,0; 14,0] баллов ($p=0,14$) соответственно.

Выводы: У пациентов с ХСН-СФВ и сахарным диабетом 2 типа клинический статус и толерантность к физической нагрузке хуже, чем у пациентов с ХСН-СФВ без сахарного диабета. Наличие сахарного диабета 2 типа оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов с ХСН-СФВ и затрагивает практически все его сферы. Структурно-функциональные изменения миокарда также наиболее выражены у пациентов с ХСН-СФВ и сахарным диабетом 2 типа.

0244

РОЛЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ КОМОРБИДНОЙ КАРДИО-ПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дьякова О. Н., Шварц Р. Н., Быкова Ю. Ю.

ГБОУ ВПО «Астраханский ГМУ» Минздрава России, Астрахань

Цель: оценить взаимосвязи между показателями эхокардиографии и спирографии у больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ)/ хроническим необструктивным бронхитом.

Материалы и методы: В исследование включено 200 пациентов ХИБС в сочетании с ХОБЛ 1-2 ст. или хроническим необструктивным бронхитом вне обострения, в том числе 101 женщина и 99 мужчин, средний возраст которых составил соответственно 62 [55;68] и 60 [52;66] лет. Пациенты распределены в 2 группы: 1-я–138 пациентов 55 лет и старше, 2-я–62 пациента моложе 55 лет. Исследовались показатели эхокардиографии и спирографии. Статистический анализ проводился при помощи пакета программ Statistika 7.

Результаты: Методами корреляционного анализа Спирмена, многофакторного регрессионного анализа обнаружены связи показателей эхокардиографии и спирографии. Выявлена достоверная слабая прямая связь ($r=+0,2$; $p<0,05$) между индексом Тиффно 91% [78;99] и отношением максимальных скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) 0,83 [0,7;1,1], ($\beta=0,2$; $p<0,02$); фракцией выброса 59% [57;60] и пиковой объемной скоростью форсированного выдоха 74% [57;90], ($\beta=0,2$; $p<0,02$). Обнаружена достоверная слабая обратная связь ($r=-0,2$; $p<0,05$) индекса Тиффно и диаметра аорты 35 мм [33,6;37], ($\beta=-0,3$; $p<0,02$); давления в легочной артерии 20,1 мм рт. ст. [17;25,5] и мгновенной объемной скорости после выдоха 50% форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) 55% [29;80], ($\beta=-0,8$; $p<0,01$), давления в легочной артерии 20,1 мм рт. ст. [17; 25,5] и средней объемной скорости форсированного выдоха в интервале 25-75% ФЖЕЛ 55% [31;82], ($\beta=0,6$; $p<0,05$). У пациентов с коморбидной патологией снижение индекса Тиффно связано с проявлениями диастолической дисфункции левого желудочка и увеличением диаметра аорты; нарушение систолической функции левого желудочка и появление легочной гипертензии связано с показателями, характеризующими обструктивный тип нарушений вентиляции. Выявлены достоверные различия только показателей ЭхоКГ между 1 и 2 группами: ФВ 59% [57; 60] – 60%

[59; 62], $p < 0,0001$; МЖП 10 мм [9,4; 10,6] – 9,7 мм [9,0; 10,2], $p < 0,01$; ЗСЛЖ 10мм [9,3; 10,7] – 9,8 мм [9,1; 10,3], $p < 0,05$; Ao 34 мм [31,4; 36,7] – 32,6 мм [31; 34,2], $p < 0,02$; ЛП 39,2 мм [37,1; 42,3] – 37 мм [35; 40], $p < 0,0005$; E/A 0,8 [0,7; 0,9] – 1,2 [0,9; 1,43], $p < 0,0001$; ИМ 103,4 г/м² [91,4; 112,5] – 90,1 г/м² [81,9; 97,8], $p < 0,0001$; иКДД 2,74 см/м² [2,59; 2,94] – 2,57 см/м² [2,43; 2,81], $p < 0,005$.

Выводы: У больных коморбидной кардио-пульмональной патологией выявлены взаимосвязи между показателями, отражающими функцию левого желудочка, диаметр аорты и показателями, характеризующими давление в легочной артерии, нарушения вентиляции по обструктивному типу. Старение указанных пациентов при отсутствии у них легочной гипертензии, сопровождается значимым ремоделированием левого желудочка и предсердия, увеличением диаметра аорты.

0245

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

Дядык А. И., Щукина Е. В., Курапов К. А., Цыба И. Н., Ефременко В. А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Цель: изучить распространенность анемии в целом и железодефицитной анемии (ЖДА) в частности среди постинфарктных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также оценить возможность коррекции ЖДА у данной категории больных пероральными препаратами железа.

Материалы и методы: Обследовано 158 постинфарктных больных (97 М: 61 Ж средний возраст 70,5 ± 14,6 лет) с ХСН II-III ФК по NYHA. Всем больным с анемией оценивались уровни в сыворотке крови железа, ферритина и трансферрина, проводился расчет коэффициента насыщения железом трансферрина (КНТ). Для подтверждения наличия ЖДА определялась также латентная железосвязывающая способность сыворотки (ЛЖСС). Наличие ЖДА устанавливалось при снижении КНТ менее 25,5 и повышении ЛЖСС более 62 мкмоль/л.

Результаты: У 70 (44,3%) из 158 больных имела место анемия различной степени тяжести: легкой – у 78,6%, умеренной – у 17,2% и тяжелой – у 4,2%. Среди 70 пациентов с ХСН и анемией: ЖДА выявлена в 55,7%, при этом уровни железа сыворотки варьировали от 1,8 мкмоль/л до 45,9 мкмоль/л, а содержание ферритина и трансферрина у подавляющего большинства больных были в пределах нормы; в 40,0% больных анемия была обусловлена сниженной функцией почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73м²) и у 4,3% пациентов анемия трактовалась как «анемия хронического заболевания».

Коррекцию ЖДА у 39 пациентов проводили заместительной терапией препаратами двухвалентного железа (суточная доза железа составляла в среднем 640 мг) в режиме перорального приема на протяжении не менее 3 месяцев. Нормализация уровней гемоглобина достигнута у 58,9% пациентов, у 30,8% больных уровни гемоглобина хотя и не достигли нормальных значений, однако по сравнению с исходными показателями увеличились статистически значимо ($p < 0,05$), в 10,3% наблюдениях сохранялись выраженные признаки железодефицита.

В целом по группе больных ЖДА при ХСН ишемического генеза после лечения на фоне увеличения концентрации гемоглобина имело место статистически достоверное увеличение железа сыворотки крови с одновременным увеличением ЛЖСС и КНТ (все $p < 0,05$). В тоже время показатели «депо» железа в организме (сывороточные уровни ферритина и трансферрина) имели незначительную статистически не достоверную тенденцию к повышению.

Следует отметить, что на фоне увеличения уровня гемоглобина в целом по группе отмечена позитивная тенденция показателей глобальной систолической функции, не достигшая статистической достоверности, что вероятно обусловлено не большим сроком наблюдения за пациентами (3 месяца). Аналогичная положительная динамика произошла и в изменениях ФК ХСН по данным теста толерантности к физической нагрузке. В целом по группе после лечения произошло статистически достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке по отношению к исходной величине, до лечения ($p < 0,05$).

ЦЕНТРАЛЬНОЕ АОРТАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В АСПЕКТЕ МАССОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЁЖИ: ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УНИВЕРСИТЕТСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Евсевьева М. Е., Ерёмин М. В., Сергеева О. В., Коновалова Н. М., Кошель В. И.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Цель: изучить на представительном контингенте молодёжи профиль факторов риска (ФР) ССЗ и оценить их влияние на центральное аортальное АД в процессе проведения внутривузовской диспансеризации с учётом пола обследованных.

Материалы и методы: Проведён скрининг основных ФР (избыточная масса тела, курение, гиподинамия, отягощённая наследственность, низкая стресс-устойчивость, очаги хронической инфекции) у 1350 студентов разных курсов на базе центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках проекта «Вуз – территория здоровья». На пилотной группе в составе 82 человек изучены параметры центрального аортального давления (ЦАД) осциллометрическим методом с помощью диагностического комплекса BPLab (компания ООО «Петр Телегин», Новосибирск) по технологии Vasotens Office. Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии, анализировались также систолическое АД аортальное (SYSao/САДао), диастолическое АД аортальное (DIAao/ДАДао), пульсовое АД аортальное (PPao/ПАДао), среднее АД аортальное (MBPao/СрДао), длительность периода изгнания левого желудочка (ED), индекс аугментации в аорте (AlXao), амплификация пульсового давления (PPA) и индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SEVR). Обследованных распределяли по двум группам наблюдения: 1гр. – факторов риска нет (контрольная группа); 2гр. – факторы риска есть (основная группа). Для автоматической тубуляции всех показателей измерения пульсовой волны использовалась операционная система BPStatверсия 05.00.04 (Petr Telegin). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 8».

Результаты: Указанные ФР присутствуют у 2/3 первокурсников, причём у выпускников их встречаемость неуклонно возрастает. Половина из всех носителей ФР имеют комбинацию этих факторов. Присутствие же этих факторов уже в молодом возрасте ассоциируется с повышением параметров не только периферического, но и аортального АД, особенно систолического и пульсового, а также индекса аугментации центрального АД. Выявлены гендерные особенности этих нарушений. Наличие у студентов факторов риска сочетается с преимущественным повышением аортального АД по типу изолированной центральной (маскированной) или системной гипертензии/прегипертензии, подразумевающей повышение как периферического, так и аортального АД. Изолированное же повышение периферического АД на плечевой артерии встречается среди студентов-носителей факторов риска с частотой, аналогичной для группы лиц без этих факторов.

Выводы: Офисный формат оценки показателей ЦАД с помощью диагностического комплекса BPLab отечественного производства весьма удобен при проведении массовых обследований организованных молодёжных коллективов. Методика контурного анализа центральной пульсовой волны у данного контингента позволяет определить участие различных механизмов в повышении давления на самых ранних стадиях формирования гипертензии/предгипертензии. Эти данные, в свою очередь, дают возможность осуществления дифференцированной донозологической диагностики изменений гемодинамического статуса у молодых представителей из группы риска. Такой подход будет способствовать осуществлению более индивидуализированных профилактических мероприятий среди молодого контингента.

БЕРЕМЕННОСТЬ И СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ В АСПЕКТЕ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ

Евсеева М. Е., Сергеева О. В., Маркова Е. Ю., Дервянникова Е. В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Цель: оценить влияние нормально протекающей беременности на показатели сосудистой ригидности

Материалы и методы: обследовано 85 здоровых женщин с физиологической одноплодной беременностью (средний возраст $23,2 \pm 1,7$). Сформированы три группы наблюдения: 1 группа – I триместр (20 человек), 2 группа – II триместр (40 человек), 3 группа – III триместр (25 человек). Группу сравнения составили 45 небеременных здоровых женщины, сопоставимых по возрасту и росту.

Исследование выполнялось с помощью аппарата суточного мониторинга АД ВРLab с дополнительными опциями определения ригидности сосудов (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород). Проводилось комплексное измерение эластичности сосудистой стенки в офисном формате, которое включало в себя определение таких показателей, как время распространения отраженной волны (RWTT, мс); скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao, м/с); индекс ригидности артерий (ASI, мм рт. ст.); индекс аугментации (AIx,%), максимальная скорость нарастания артериального давления ($dp/dt \max$, мм. рт. ст./сек); индекс аугментации артерий, приведенный к ЧСС = 75 в минуту (AIx ЧСС 75,%); сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), индекс эластичности (IE). Статистическая обработка производилась при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Результаты представлены в виде медиан и 25-75%. Различия считали достоверными при наличии $p \leq 0,05$

Результаты: Динамика уровней периферического АД в целом отражала физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины: снижение САД и ДАД в начале беременности, повышение в III триместре. Показатель RWTT у беременных достоверно отличался от контрольной группы – 142 мс среди всех беременных против 157 мс в контроле ($p < 0,05$). Наибольшие его значения зафиксированы в I триместре – 158 мс, затем происходило снижение во II и III триместрах до 145 и 142,5 мс соответственно. Это в значительной мере согласуется с динамикой PWVao: наименьшие его значения зафиксированы в I триместре – 7,9 м/с с последующим прогрессивным увеличением до 8,8 во 2-м и до 9,5 м/с в III триместре. Индекс ригидности у беременных имел более высокие значения по сравнению с контрольной группой: 125; 133, 134 у беременных в разные триместры и 116 мм рт. ст. у небеременных женщин. При этом отмечено его увеличение по мере роста срока гестации. Индекс прироста пульсовой волны характеризовался снижением у беременных женщин по сравнению с небеременными контрольной группы. Наименьшие значения этого показателя были зафиксированы у беременных в III триместре. Выводы: Физиологически протекающая беременность характеризуется увеличением скорости распространения пульсовой волны (PWVao) во второй половине беременности с максимальными значениями в 3-м триместре. Течение нормально протекающей беременности сочетается с изменением сосудистой стенки в виде повышения ригидности (ASI) и снижения эластичности (IE) по мере увеличения срока гестации.

Индекс прироста пульсовой волны (AIx) у беременных имел более низкие значения по сравнению с контрольной группой на протяжении всей беременности, достигнув максимума в III-м триместре. Достоверное повышение $dp/dt \max$ у беременных является отражением высокого сердечного индекса в ответ на увеличение ОЦК и ЧСС, свойственные физиологической беременности. У части беременных выявлены повышенные и очень повышенные показатели сосудистой ригидности, что диктует необходимость формирования групп женского сердечно-сосудистого риска в период беременности. А это, в свою очередь, предопределяет целесообразность на текущий момент накопления репрезентативной базы данных для формирования эффективной ранней диспансеризации указанного контингента.

0248

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Евсеева М. В., Каретникова В. Н., Калаева В. В., Осокина А. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: выявить особенности динамики концентрации фактора некроза опухоли- α , интерлейкинов-12 и -18 на госпитальном этапе лечения больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы: обследованы 107 (100%) пациентов с ИМпST, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Всем пациентам проведено стандартное клинико-анамнестическое обследование, а также оценено наличие структурных изменений почек, верифицированных инструментальными методами, и выявления снижения СКФ в анамнезе в течение, как минимум трех месяцев, согласно данным амбулаторной мед. документации. У всех пациентов оценена концентрация фактора некроза опухоли (ФНО)- α , интерлейкина (ИЛ)-12, -18 в сыворотке крови на 1-е и 12-е сутки госпитализации. Выборка разделена на две группы: I группа – больные ИМпST без ХБП - n= 65 (60,7%), II группа – с наличием ХБП – n= 42 (39,2%).

Результаты: группа II характеризовалась большим количеством женщин (p=0,000), более старшего возраста (p=0,000), с большей частотой случаев сахарного диабета 2 типа (p=0,000), артериальной гипертензии (p=0,000), перенесенных ранее ИМ (p=0,005). При межгрупповом сравнении среди пациентов с ХБП выявлены наибольшие значения изучаемых маркеров. Так, в группе II концентрация ФНО- α в первые сутки заболевания значительно превышала значение данного маркера в первой группе (0,73пг/мл и 0,57пг/мл, p=0,003), ИЛ-12 – на 12-е сутки (28,1пг/мл и 8,8пг/мл, p=0,000), ИЛ-18 на 1-е и 12-е сутки (288пг/мл и 112пг/мл, p=0,000; 367,2пг/мл и 141пг/мл, p=0,000). В обеих группах наблюдался значимое увеличение концентрации ИЛ-12 от первых суток к 12-м суткам заболевания. Так, среди пациентов с ХБП концентрация ИЛ-12 возросла от 8,27пг/мл до 28,12пг/мл, p=0,0001. В группе без ХБП концентрация ИЛ-12 увеличилась от 6,5пг/мл до 8,84пг/мл, p=0,00007. Исходная концентрация ИЛ-12 в первые сутки заболевания в группе пациентов с ХБП была несколько выше (8,27пг/мл и 6,5пг/мл), однако достоверные различия между имеющимися показателями отсутствовали (p=0,35). В обеих группах отмечался рост концентрации ФНО- α и ИЛ-18 в течение всей госпитализации, однако статистически значимых различий между полученными данными не выявлено.

Выводы: у пациентов с ИМпST и ХБП имеются достоверно наибольшие концентрации ФНО- α , ИЛ-12, -18 при сравнении с пациентами без патологии почек. Выявлено значимое увеличение концентрации ИЛ-12 к 12-м суткам заболевания по сравнению с первыми в обеих группах. Прирост концентрации ФНО- α и ИЛ-18 в течение всей госпитализации в каждой группе статистически не значим.

0249

СИНДРОМ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА - ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Евстигнеева А. Ю., Разин В. А.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г.Ульяновск, Россия

Цель: Изучить кардиологический статус у больных инфарктом миокарда (ИМ) с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДСН), осложнившимся синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), структуру СПОН, вклад известных факторов риска в его формирование.

Материалы и методы: Обследовано 76 больных с инфарктом миокарда, осложнившимся синдромом ОДСН, из которых у 48 развился СПОН (1 группа, средний возраст 64 ± 7 лет). Остальные 28 (без развития СПОН) составили 2-ю группу (59 ± 2 лет). Тяжесть кардиологического дефицита (КД) оценивалась по следующим шкалам: шкала "ШОКС", классификация "US", шкала Killip/Kimpball 1967 г., шкала Forrester/Stevenson 1977 г., модель пациента с ХСН "Seattle HF model", шкала "EFFECT". В обеих ОДСН был у 17 человек). Тяжесть стенозирования коронарного русла - по шкале "SYNTAX". Оценивались факторы риска (по шкале GRACE); СПОН - по шкалам MODS, SOFA. Выделен 2, 3, 4, 5-и компонентный СПОН. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ Statistica v. 8.0, Stat.Soft.Inc.

Результаты: Все больные имели хроническую экстрацеребральную патологию, предшествующую развитию тяжелых форм ИМ (у 75% больных – полипатия). Патология дыхательной системы при СПОН встречалась в 90% случаев. Чаще всего (37%) СПОН включал 2 компонента, реже всего (3%) – 5. КД более выражен у больных с СПОН ($p < 0,05$). Положительная динамика КД у больных 2 группы получена по всем шкалам ($p < 0,05$). Выявлена зависимость степени КД у больных с СПОН от степени поражения коронарного русла с наибольшей тяжестью при ИМ и ОДСН с наличием тяжелого стенозирования коронарного русла ("SYNTAX" ≥ 23 и наименьшей – при умеренной тяжести поражения коронарного русла ("SYNTAX" ≤ 22) ($p < 0,05$). При проведении дискриминантного анализа выявлены наиболее значимые для развития СПОН факторы риска: АГ, атеросклероз (АС), ревматизм, ишемическая болезнь сердца (ИБС), хронические интоксикации, хронические нарушения мозгового кровообращения. При проведении канонического анализа статистически значимой оказалась только АГ. При вычислении стандартизированных переменных для сравнения значимости факторов риска вычислено, что АГ определяет 78% изменчивости, следовательно, её вклад в развитие СПОН максимальный, причём, чем выше степень тяжести АГ, тем больше компонентов вовлечено в СПОН. Кроме того, обнаружен вклад АС в формирование 5-и компонентного СПОН.

Выводы: Наиболее часто встречающийся компонент СПОН – острая патология дыхательной системы вне зависимости от типа ИМ с развитием синдрома ОДСН. В большинстве случаев СПОН – 3-х компонентный. У пациентов со СПОН отмечается и более высокая степень кардиологического дефицита. В группе больных без СПОН отмечена статистически значимая положительная динамика КД. В развитии СПОН наибольший вклад вносит АГ, тяжесть которой прямо пропорциональна количеству компонентов СПОН.

0250

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С Q-ЗУБЦОМ И БЕЗ ЗУБЦА Q

Евстигнеева А. Ю., Разин В. А.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г.Ульяновск, Россия

Известно, что для развития когнитивного дефекта важное значение имеют совокупный объем ишемии мозговой ткани («критический объем поражения»). Сердечно-сосудистая патология, в частности инфаркт миокарда, приводя к снижению насосной функции сердца, на фоне имеющегося атеросклероза сосудов мозга, снижает перфузию мозга. Это ведет к ухудшению метаболизма клеток коры головного мозга, что и ведет к появлению когнитивного дефекта (дефицита) при инфаркте миокарда (ИМ).

Цель: Провести оценку когнитивных функций у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от размера перенесенного инфаркта.

Материалы и методы: Обследовано 72 пациента перенесших инфаркт миокарда 9-12 месяцев назад. Диагноз инфаркт миокарда был верифицирован на основании тропонинов крови, клиники, ЭКГ, ЭХО-КС. В зависимости от ЭКГ пациенты разделены на 2 группы, 1 группа – пациенты, перенесшие инфаркт миокарда с Q-зубцом ($n=40$), 2 группа - пациенты, перенесшие инфаркт миокарда без Q-зубца ($n=32$). Всем пациентам проведено исследование когнитивных функций при помощи шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE).

Результаты: В ходе проведенного исследования было выявлено, что нарушения когнитивных функций отсутствуют у 23 пациентов (58%) 1-ой группы (Q-ИМ) и у 26 пациентов (81%) 2-й группы (безQ-ИМ). Легкие когнитивные нарушения - у 12 пациентов (30%) 1-ой группы (Q-ИМ) и у 5 пациентов (16%) 2-й группы (безQ-ИМ). Легкие когнитивные нарушения - у 5 пациентов (12%) 1-ой группы (Q-ИМ) и у 1 пациента (3%) 2-й группы (безQ-ИМ). Таким образом, у пациентов с Q-ИМ когнитивные нарушения (42%) встречались чаще чем у пациентов безQ-ИМ (19%), различие было статистически значимо ($\chi^2 - 4,61$, $p=0,031$). Так же имелось статистически значимое различие в средних баллах шкалы MMSE. Так у пациентов с Q-ИМ количество баллов составило $27,8 \pm 1,7$, а у пациентов безQ-ИМ – $28,5 \pm 1,4$ ($p=0,04$). Следует отметить, что показатели насосной функции левого желудочка были сопоставимы в группах ($p=0,15$).

Выводы: У пациентов, перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q отмечается более выраженный когнитивный дефект, чем у пациентов с инфарктом миокарда без зубца Q. Что вероятно обусловлено острым повреждением коры головного мозга при крупноочаговом инфаркте миокарда (Q-ИМ).

0251

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДОКАЗАННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Елисеева И. В., Борисова Н. А., Шиндяпина К. А.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: поскольку наиболее распространенным психическим расстройством у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является депрессия, целью настоящего исследования явилась оценка тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с доказанной ИБС.

Материалы и методы: всего обследовано 40 пациентов с доказанной ИБС: 20 мужчин (группа 1) и 20 женщин (группа 2) в возрасте от 48 до 68 лет (средний возраст мужчин $56,2 \pm 5,4$ года, женщин $57,1 \pm 6,9$ лет). Верификацию диагноза ИБС проводили с помощью коронароангиографии. Для оценки депрессии и тревожности были выбраны шкала Бека и Занга, соответственно. Поскольку пациенты во время проведения исследования находились в стационаре, они получали лекарственную терапию в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Результаты: у пациентов обеих групп длительность ИБС достоверно не отличалась и составила, соответственно, у мужчин $9,3 \pm 2,4$ года, у женщин – $8,5 \pm 1,8$ лет. У всех пациентов были выявлены артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность 2 функционального класса. Гемодинамически значимые стенозы у мужчин были выявлены в передней нисходящей артерии (ПНА) в 7 случаях (35%), в правой коронарной (ПКА) – в 8 случаях (40%), в огибающей (ОА) – в 6 случаях (30%). У женщин поражение ПНА отмечалось у 8 человек (40%), ПКА – у 8 человек (40%), ОА – у 5 человек (25%). По одному человеку в каждой группе имели поражение двух сосудов. По шкале Бека сумма баллов у мужчин оказалась достоверно выше и составила $17,9 \pm 2,5$ (что соответствует умеренной депрессии), у женщин – $12,5 \pm 1,8$ (легкая депрессия). По опроснику Занга мужчины набрали $64,9 \pm 3,5$ (выраженное тревожное расстройство), женщины – $48,6 \pm 2,2$ (легкое тревожное расстройство) ($p < 0,01$).

Выводы: для мужчин с доказанной ишемической болезнью сердца (по сравнению с женщинами) характерны более высокие показатели тревожности и депрессии, что следует учитывать при оказании медицинской помощи данной категории больных.

ХАРАКТЕР НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Елисеева Л. Н., Ждамарова О. И., Бледнова А. Ю., Кулабухова И. С.

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Для изучения частоты бессимптомного атеросклероза было проанализировано 657 протоколов ультразвукового исследования экстракраниальных отделов сонных артерий (435 женщин и 222 мужчин) в возрасте от 25 до 84 лет. Исследование общих и доступных для осмотра участков внутренних и наружных сонных артерий было проведено на ультразвуковом сканере «PHILIPS» HD-11 XE. По данным обследования выделено 85 пациентов в возрасте до 70 лет с визуализируемыми атеросклеротическими бляшками (АСБ) в области сонных артерий ($M \pm m$ 57,16 \pm 7,61 лет, в т.ч. 49 женщин и 36 мужчин), они были разделены на три группы: 1-я - с одиночной АСБ в сонных артериях ($n=40$ чел, 56,15 \pm 8,99 лет); 2-я - у которых в сонных артериях были обнаружены 2 и более АСБ ($n=26$ чел, 57,77 \pm 6,29 лет); 3-я - у которых наряду с АСБ в сонных артериях обнаружены АСБ на стенках брюшного отдела аорты ($n=19$ чел., 58 \pm 5,98 лет, в т.ч у 9 в сонных артериях имелась одиночная АСБ, а у 10 - 2 и более АСБ). Проведено дальнейшее обследование, включающее определение индекса массы тела (ИМТ), эхокардиографию, ультразвуковое исследование печени, щитовидной железы. У больных 3-ей группы обнаружена достоверно большая величина толщины комплекса интима-медиа в сонных артериях - 0,99 \pm 0,09 мм (против 0,67 \pm 0,09 мм в 1-ой группе и 0,74 \pm 0,13 мм - во 2-ой группе). Различия по данному показателю между 1-ой и 2-ой группами также были достоверными. В 1-ой группе ИМТ - 32,04 \pm 4,3 кг/м², во 2-ой 31,05 \pm 2,83 кг/м², в 3-ей - 28,84 \pm 4,62 кг/м². Ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²) страдали 67,8% больных 1-ой группы, 55% - 2-ой группы и 52,6% - в 3-ей группе. Повышенная масса тела определена у 28,6% пациентов 1-ой группы, 45% - во 2-ой группе и 21,1% - в 3-ей группе (25 \leq ИМТ $<$ 30 кг/м²). Стеатогепатоз обнаружен у 52,9% больных 1-й группы, 65,2% - во 2-ой гр, 68,4% - в 3-ей группе. Сахарным диабетом 2 типа страдали 10% больных 1-ой группы, 19,3% 2-ой группы и 31,6% - в 3-ей группе. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 28% 1-ой группы, 52,9% - 2-ой группы и 42% - в 3-ей группе. Патология щитовидной железы (ЩЖ) обнаружена у 83% больных 1-ой группы (25,7% - аутоиммунный тиреоидит (АИТ), 54,3% - диффузно-узловые изменения ЩЖ, 5,7% - солитарные узлы ЩЖ); 75% пациентов 2-ой группы (30% - АИТ 40% - диффузно-узловые изменения ЩЖ, 5% - солитарные узлы ЩЖ); 50% пациентов 3-ей группы (18,75% - АИТ, 31,25% - диффузно-узловые изменения ЩЖ).

Таким образом, в 1-ой и 2-ой группах, с одиночными и множественными АСБ в сонных артериях доминировала патология ЩЖ. Во 2-ой группе в 1,89 раза чаще выявлялась ГЛЖ и в 1,93 раза было больше больных с сахарным диабетом, чем в 1-ой группе. В 3-ей группе, при сочетанном атеросклеротическом поражении сонных артерий и брюшного отдела аорты, при достоверно меньшем числе пациентов с ожирением (по сравнению с 1-ой группой) и повышенной массой тела (с 1-ой и 2-ой группами) обнаружено значимо большее число больных со стеатогепатозом (с 1-ой и 2-ой группами), сахарным диабетом (в 3,26 раза чаще, чем в 1-ой группе и 1,64 раза чаще, чем во 2-ой группе), а патология ЩЖ встречалась достоверно реже, чем в первых двух группах пациентов.

0253

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРЕННОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ ST, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Енисеева Е. С., Ладор Т. В.

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет,
ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия

Цель: Оценить факторы, влияющие на прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ), осложненным острой сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Проведен анализ историй болезни 330 пациентов с ОКСПСТ, госпитализированных в областную больницу, являющуюся инвазивным стационаром, в период с января 2011г. по декабрь 2012г. 1 группу составили 76 больных с сердечной недостаточностью 3-4 классов по классификации Killip, из них 19 пациентов 3 класса, 57 – 4 класса. Во 2 группу вошли 254 больных с сердечной недостаточностью 1-2 классов по Killip.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6. Применялись критерий Манна-Уитни, χ^2 , анализ выживаемости Каплана-Мейера, регрессионная модель Кокса.

Результаты: В 1 группе умерло 58 больных (76,3%), летальность во 2 группе - 4,72% ($P < 0,0001$). Больные 1 группы были старше: медиана возраста 72 года [61; 79] против 61 [54; 71] ($P < 0,0001$); доля больных старше 75 лет в 1 и 2 группах составила соответственно 39,5% и 15,4% ($P < 0,0001$). В 1 группе было больше женщин (55,3% и 30,7%; $P < 0,001$). У больных с 3-4 классами сердечной недостаточности чаще отмечался инфаркт в анамнезе (46,7% и 22,1%; $P < 0,001$). Передняя локализация ЭКГ изменений несколько чаще наблюдалась в 1 группе (67,1% и 54,3%; $P < 0,05$). Время от симптомов до двери не отличалось в двух группах ($P > 0,05$).

Экстренное чрескожное коронарное вмешательство проведено у 26 пациентов 1 группы (34,2%) и у 210 (82,7%) во 2 группе ($P < 0,0001$). Летальность в группе больных с 3-4 классами сердечной недостаточности и проведенным чрескожным вмешательством составила 53,9%; среди больных без вмешательства умерло 88% ($P < 0,001$).

По данным регрессионного анализа Кокса проведение чрескожного вмешательства при сердечной недостаточности 3-4 классов является независимым фактором, влияющим на прогноз ($\beta = 0,95$; $P = 0,002$).

Выводы: Сердечная недостаточность 3-4 классов по Киллип чаще развивалась у больных старческого возраста, с передней локализацией, инфарктом в анамнезе. Госпитальная летальность составила 76%. Экстренное чрескожное вмешательство у больных с 3-4 классом сердечной недостаточности проводится редко. Проведение чрескожного вмешательства у этих больных является независимым фактором, влияющим на прогноз.

0254

НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА УДАРНОГО ОБЪЕМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕДАТОЧНЫХ ФУНКЦИЙ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Еркудов В. О.¹, Пуговкин А. П.^{1,3}, Верлов Н. А.².

¹ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России

²ФГБУ «Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова»

Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН

Цель: установление возможности использования неинвазивного метода артериоритмографии по способу Пеназа для количественной оценки ударного объема левого желудочка (УОЛЖ). Для этого использовали передаточные функции (ПФ), рассчитанные на основании анализа пульсовых кривых артериального давления (АД), зарегистрированных в сосудах пальцев у здоровых лиц молодого возраста.

У 14 здоровых испытуемых, мужчин в возрасте от 18 до 23 лет, производили синхронную регистрацию М-модальной эхокардиограммы с расчетом УОЛЖ по методу Тейхольца с помощью эхокардиографа Samsung-9900 в сочетании с регистрацией пульсовых кривых АД в сосудах пальцев неинвазивно методом сфигмоартериоритмографии по способу Пеназа с применением спирокардиоартериоритографа САКР-2. Данный прибор разрешен к применению Комитетом по новой медицинской технике Министерства здравоохранения РФ. Производили также регистрацию пульсовых кривых АД в сонных артериях, используя аппланационный датчик прибора Sphygmocor производства AtCor Medical. Основываясь на полученных данных, рассчитывали две ПФ. Первая связывала пульсовые кривые АД в сосудах пальцев и пульсовые кривые АД в сонных артериях, вторая (обобщенный сосудистый импеданс), выражала связь между АД в сонных артериях и УОЛЖ. Значения УОЛЖ, рассчитанные на основании пульсовых кривых АД в сосудах пальцев с применением ПФ и измеренные с применением эхокардиографии и способа Тейхольца сравнивали, используя однофакторный дисперсионный анализ ANOVA.

Анализ данных показал, что величины УОЛЖ, полученные в результате расчета по способу Тейхольца на основании М-модальной эхокардиограммы и вычисленных с применением ПФ не имеют статистически значимых отличий друг от друга.

Таким образом, в условиях стабильной гемодинамики у здоровых испытуемых неинвазивный метод артериоритмографии по способу Пеназа в сочетании с ПФ пригоден для оценки УОЛЖ с погрешностью, не превышающей погрешность технически более сложных и дорогостоящих общепринятых методов диагностической оценки.

0255

ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ

Ермакова Е. А., Аметов А. С., Черникова Н. А.

ГБОУ ДПО Российская Медицинская Академия Последипломного Образования, Россия, Москва

Цель: оценить влияние параметров гликемии на желудочковые нарушения ритма и вариабельность ритма сердца.

Материалы и методы: было проведено совместное мониторирование гликемии (CGMS) и холтеровское мониторирование 80 больным с диагнозом сахарный диабет 2 типа и ИБС: средний возраст больных 63 ± 7 , длительность заболевания от 1 до 15 лет.

Результаты: была установлена достоверная обратная связь между уровнем гликемии и частотными показателями вариабельности ритма сердца: низкочастотным компонентом ($r = -0,49, p = 0,02$), высокочастотным компонентом (HF) ($r = -0,67, p = 0,0029$), общей мощностью спектра ($r = -0,65, p = 0,039$), отношением низкочастотного к высокочастотному компоненту ($r = 0,42, p = 0,032$). При гликемии более 10 ммоль/л отмечалось снижение параметров вариабельности ритма сердца с увеличением ЧСС, что повышает риск развития аритмии. Наиболее опасным уровнем является гипергликемия более 15 ммоль/л, при которой наряду с тенденцией к снижению низкочастотного компонента ($p > 0,05$) отмечается снижение высокочастотного компонента ($p = 0,044$) с ростом их отношения ($p = 0,043$), то есть развивается относительная симпатикотония, что значительно увеличивает риск развития аритмий. Также при гликемии более 15 ммоль/л любые перепады гликемии приводили к достоверному снижению уровня высокочастотного компонента ($r = -0,71, p = 0,01$), общей мощности спектра ($r = -0,87, p = 0,02$) и повышению ЧСС ($r = 0,74, p = 0,036$). У пациентов с гипогликемиями в анамнезе при развитии гипогликемии менее 3,9 ммоль/л отсутствовало достоверно значимое снижение вариабельности ритма сердца (HF120,7 \pm 71,9

ms² против HF 254,48±170,4 ms²). У пациентов без гипогликемического анамнеза отмечалось выраженное, значимое снижение вариабельности ритма сердца (HF 89±94ms² против 329±263ms² p=0,03). Была выявлена линейная связь между уровнем вариабельности гликемии, оцененными по стандартному отклонению (r=0,53, p=0,05) и количеством желудочковых экстрасистол. Прямая корреляционная связь между индексом гипогликемии и количеством желудочковых нарушений ритма (r= 0,38 p=0,01)

Выводы: выявлено, что на вариабельность ритма сердца влияет уровень гипергликемия с уровнем глюкозы более 10 ммоль/л. Влияние перепада гликемии на параметры вариабельности ритма сердца зависят от среднего уровня гликемии, при котором происходит перепад. Показатели суточной вариабельности гликемии имеют достоверную прямую корреляцию с количеством желудочковых нарушений ритма. У пациентов с СД 2 типа без предшествующих гипогликемий в анамнезе, регистрируется резкое снижение вариабельности ритма сердца в ответ на наступившую гипогликемию с выраженной симптоматикой, что опасно в отношении развития жизнеугрожающих аритмий, но предотвратимо медикаментозно. Повторные гипогликемии приводят к развитию вегетативного провала, что проявляется отсутствием реакции вариабельности ритма сердца и клинических симптомов, но повышает риск развития тяжелой гипогликемии. Установлено, что любые гипогликемии увеличивают количество желудочковых нарушений ритма.

0256

ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИАПФ И ИНГИБИТОРАМИ ГМГ-КОА-РЕДУКТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Ермолаева А. С., Дралова О. В., Сереброва С. Ю., Максимов М. Л.

ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский Университет
имени И. М. Сеченова Минздрава России

Цель: оценить влияние фармакотерапии ИАПФ и ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы на изменение ССР у пациентов с АГ I-II степени и ДЛП и динамику САД, ДАД, биохимических параметров липидного профиля, воспалительного ответа и маркеров дисфункции эндотелия в качестве ранних маркеров эффективности терапии.

Материалы и методы: нами было обследовано 79 пациентов с артериальной гипертензией I-II степени и дислипидемией. Пациенты были рандомизированы в 4 группы, группу, получавшую периндоприл 4 мг и индапамид 1,5 мг (n=22) и группу, получавшую периндоприл 4 мг, индапамид 1,5 мг и розувастатин 10 мг (n=20), фозиноприл 10 мг и индапамид 1,5 мг (n=18) и группу, получавшую фозиноприл 10 мг, индапамид 1,5 мг и симvastатин 20 мг (n=19) с периодом наблюдения 12 недель. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД) проводили на системе Meditech АВРМ-05 (Венгрия) оценивали средние значения САД и ДАД за сутки. Биохимическое исследование крови (альбумин, креатинин, глюкоза, калий, холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП, вчСРБ, МАУ, АДМА), вазодилатационные пробы (ЭЗВД ЭНВД) проводились по методике, предложенной D.S.Celermajer, 1992.

Результаты: Препараты фозиноприл, периндоприл, симvastатин, розувастатин и индапамид в составе комбинированной терапии хорошо переносились пациентами во всех группах, и являлись эффективными и безопасными при лечении АГ I-II и ДЛП. При этом наиболее эффективно в отношении снижения ССР назначение комбинации периндоприла, индапамида и розувастатина. С целью выявления признаков, в наибольшей степени сопряженных с клинической эффективностью проводимой терапии ИАПФ и терапии ИАПФ в комбинации с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы у пациентов с АГ и ДЛП, был применен дискриминантный анализ. Во всех группах терапии наибольшую значимость продемонстрировали такие показатели как САД, ДАД, ХС, МАУ, ЭЗВД, а при добавлении к терапии ИАПФ ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы также значительно изменяются ЛПНП, ЛПВП и АДМА. Динамические изменения вчСРБ, ЭНВД не могут являться ранними критериями эффективности терапии ИАПФ и терапии ИАПФ в комбинации с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы у пациентов с АГ и ДЛП.

Выводы: В качестве ранних маркеров эффективности терапии ИАПФ пациентам с АГ I-II степени и дислипидемией следует использовать динамику САД, ДАД, ХС, МАУ, ЭЗВД, а при добавлении к терапии ИАПФ ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы – ЛПНП, ЛПВП и АДМА.

0257

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ: СУБИССЛЕДОВАНИЕ ЭССЕ-РФ

Ершова А. И.¹, Мешков А. Н.¹, Сторожак М. А.², Ефанов А. Ю.², Индукаева Е. В.³, Данильченко Я. В.³, Кузьмина О. К.³, Медведева И. В.², Барбараш О. Л.³, Шальнова С. А.¹, Бойцов С. А.¹

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

²ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Тюмень

³ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Минздрава РФ, Кемерово

Цель: Семейная гиперхолестеринемия (СГХС) – аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся значительным повышением уровня холестерина и ранним развитием ишемической болезни сердца. Общепринято, что СГХС встречается в популяции с частотой 1:500. Однако последние исследования показывают, что распространенность СГХС недооценена. Согласно датскому исследованию (The Copenhagen General Population Study) частота больных с определенным или вероятным диагнозом СГХС составляет 1:137. Распространенность СГХС в России ранее не оценивалась. Целью нашего исследования было изучить распространенность СГХС в российской популяции в рамках эпидемиологического исследования на примере двух регионов.

Материалы и методы: Исследование было проведено в Тюменской (1630 чел, 53 (43-59) лет) и Кемеровской областях (1624 чел., 48 (36-56) лет) на основании данных, полученных в эпидемиологическом исследовании «Эпидемиология Сердечно-Сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ). Из баз данных ЭССЕ-Тюмень и ЭССЕ-Кемерово были отобраны пациенты с уровнем ХС-ЛПНП более 4,9 ммоль/л и пациенты, принимающие статины с уровнем ХС-ЛПНП менее 4,9 ммоль/л. Диагноз СГХС устанавливали на основании голландских критериев СГХС (DLCN) при прямом контакте с пациентом с учетом данных семейного анамнеза, наличия у пациента ранних сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, данных осмотра (наличие сухожильных ксантом, липоидной дуги роговицы).

Результаты: В Тюменской области критериям включения соответствовали 153 чел., из них были обследованы 137 чел. (87%). Распространенность больных с определенным, вероятным и возможным диагнозом СГХС в Тюменской области составила 0,31% (1:323), 0,67% (1:149) и 6,87% (1:15). Частота больных с определенным или вероятным диагнозом составила 0,98% (1:102).

В Кемеровской области критериям включения соответствовали 209 чел., из них были обследованы 186 чел. (89%). Распространенность больных с определенным, вероятным и возможным диагнозом СГХС в Кемеровской области составила 0,18% (1:541), 0,68% (1:148) и 7,27% (1:14). Частота больных с определенным или вероятным диагнозом составила 0,86% (1:116).

Распространенность больных с определенным или вероятным диагнозом в двух исследуемых регионах составила 0,92% (1:108).

Выводы: Распространенность СГХС в Тюменской и Кемеровской областях сопоставима. Распространенность СГХС в России выше, чем ожидаемая расчетная частота СГХС, и составляет 1:108.

0258

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ КЛАССА САРТАНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТОВ Г. СУРГУТА

Ефимова Л. П., Литвишкова А. Ю.

ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет» Сургут, Российская Федерация

Цель: Определить частоту назначений препаратов класса сартанов и информированность о новых препаратах этого класса при лечении артериальной гипертонии врачами-терапевтами в г. Сургуте.

Материалы и методы: Проведен опрос-анкетирование по специально разработанной анкете среди врачей-терапевтов, ведущих амбулаторный прием и диспансерное наблюдение больных артериальной гипертонией в г. Сургуте. Всего в апреле-мае 2015 года опрошено 53 терапевта (50% от общего количества врачей амбулаторной практики). Возраст респондентов был от 24 до 63 лет, стаж работы от 0,5 до 40 лет. Вопросы анкеты включали информацию о возрасте, стаже работы врачей, частоте назначений гипотензивных препаратов различных классов, информированности о новых лекарственных препаратах. Все респонденты дали информированное согласие на статистическую обработку данных. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Статистическую обработку данных проводили методами описательной статистики, корреляционного анализа по Спирмену. Использовали пакет статистических программ Statistica 6.0.

Результаты: Частота назначения сартанов составила 60,4%. Наиболее часто врачи указали на назначение лозартана (50%), валсартана (25%), реже указали на назначение азилсартана и кандесартана (6,25%). Лозартан и валсартан врачи используют в основном в виде дженериков (95%), азилсартан и кандесартан – в виде оригинальных препаратов. Фиксированные комбинации гипотензивных препаратов, включающих сартаны, используют 31% опрошенных. Все эти препараты являются комбинацией сартанов с гидрохлортиазидом. Частота назначения сартанов не была статистически значимо связана с возрастом и стажем работы терапевтов. Большинство терапевтов (58%) указали на информированность о новых лекарственных препаратах класса сартанов для лечения больных артериальной гипертонией. Наибольшей была информированность об азилсартане (45%), олмесартане и телмисартане (3,8%), 3 респондента указали на лозартан, как новый для себя представитель класса сартанов. Новые лекарственные препараты в виде фиксированной комбинации сартанов с гипотиазидом знают 19%, о комбинацию валсартана с амлодипином – 9,4% опрошенных терапевтов. При этом 84% врачей указали на трудности в лечении артериальной гипертонии. Эти трудности в большинстве случаев они связывают с низкой приверженностью к лечению и самоконтролю самих пациентов (62%), на втором месте – экономические проблемы лечения (9,4%).

Выводы: 1. Класс сартанов для гипотензивной терапии в г. Сургуте применяют большинство опрошенных терапевтов, значительную долю этих препаратов составляют дженерики лозартана и валсартана в виде монотерапии и фиксированной комбинации с гидрохлортиазидом. 2) Врачи-терапевты информированы о новых представителях класса сартанов для гипотензивной терапии, в том числе в составе фиксированных комбинаций с амлодипином. 3)

Трудности в лечении врачи связывают в первую очередь с низкой приверженностью к терапии больных артериальной гипертонией, экономические проблемы на втором плане.

0259

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С УЧЕТОМ КОМОРБИДНОСТИ

Ефремова Е. В., Шутов А. М., Мензоров М. В.

ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Проблема лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из актуальных в терапевтической практике. При изучении факторов, определяющих приверженность к лечению ХСН, влияние личностных характеристик больных и коморбидности, исследовано недостаточно.

Цель: изучить приверженность к лечению больных с ХСН на фоне коморбидности.

Материалы и методы: обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 9,6$ лет) с ХСН I – III стадии, I – IV ФК. Срок наблюдения – 12 месяцев. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%), II ФК – у 108 (53,2%), III ФК – у 75 (36,9%) и IV ФК – у 2 (1%) больных. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности (ИК) Чарлсона. В исследовании использовались психологические методики: Личностный Опросник Бехтеревского института; опросник Мини-Мульт; опросник акцентуации личности по К.Леонгарду. Для оценки приверженности к лечению использовался тест Мориски–Грина, а также анкетирование и интервьюирование.

Результаты: ИК Чарлсона с учетом возраста составил $5,0 \pm 2,1$ балла. Соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни составило от 7,9% (ежедневный контроль массы тела) до 37,9% (ограничение приема поваренной соли). По основным классам препаратов больные с ХСН наиболее привержены к приему блокаторов β -адренергических рецепторов (63,1% больных принимают препарат постоянно); наименее – к приему диуретиков (только 28,2% пациентов следуют рекомендациям врача). В целом, удовлетворительная приверженность больных к лечению ХСН (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни и приему лекарственных препаратов) наблюдалась у 31 (15,3%) больных. Выявлено, что больные с низкой приверженностью к лечению характеризуются дезадаптивным обсессивно-фобическим типом отношения к заболеванию ($\chi^2=6,22$; $p=0,01$), у больных с высокой приверженностью к лечению преобладает эмотивный тип акцентуации характера ($p<0,001$). За время наблюдения установлено, что среднее количество госпитализаций и среднегодовая длительность стационарного лечения выше у больных с неудовлетворительной приверженностью к лечению, чем у больных с удовлетворительной приверженностью к терапии, как по любым причинам: $1,4 \pm 0,56$ и $1,1 \pm 0,36$, соотв., $p=0,002$; $17,4 \pm 6,5$ и $13,9 \pm 4,8$ дней соотв., $p=0,01$; так и вследствие обострения сердечно-сосудистых заболеваний: $1,3 \pm 0,58$ и $1,0 \pm 0,35$, соотв., $p=0,004$; $15,4 \pm 4,5$ и $11,7 \pm 3,6$ дней соотв., $p=0,02$.

Выводы: Приверженность к лечению (немедикаментозному и медикаментозному) больных с ХСН недостаточная. Личностные особенности больных с ХСН, обусловленные, в том числе, коморбидностью, являются определяющим фактором наличия удовлетворительной приверженности к лечению больных с ХСН. Высокая коморбидность и неудовлетворительная приверженность к лечению негативно влияют на прогноз больных с ХСН, что должно учитываться при выборе тактики лечения данной группы больных.

0260

АЛГОРИТМ ПОШАГОВОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА УШИРЕННОГО И ДИСКОРДАНТНОГО КОМПЛЕКСА QRS

Жангелова Ш. Б., Альмухамбетова Р. К., Куралбаева А.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

В основе большинства нарушений ЭКГ могут быть несколько причин, поэтому при анализе и интерпретации ЭКГ необходимо проводить дифференциальную диагностику. Синдром уширения и деформации желудочкового комплекса QRS наблюдается при: внутрижелудочковой блокаде; желудочковой форме пароксизмальной тахикардии; желудочковой экстрасистолии; наличии электрокардиостимулятора (ЭКС); WPW синдроме.

Цель: оптимизация анализа ЭКГ.

Материалы и методы: интерпретация пятидесяти ЭКГ с уширенным дискордантным комплексом QRS.

Результаты: первым шагом может быть подсчет числа сердечных сокращений – при пароксизмальной тахикардии он будет в пределах 200 в минуту, тогда как при всех остальных изменениях он будет нормальным. Далее анализируем во всех ли отведениях наблюдается уширение и дискордантность комплекса QRS. Если эти изменения зарегистрированы только в одном комплексе, а во всех остальных комплексах в пределах данного отведения уширения и дискордантности QRS нет, то речь идет о желудочковой экстрасистолии. Последующим шагом должно быть измерение интервала RR, только при желудочковой экстрасистолии наблюдается укорочение предэкстрасистолического и удлинение постэкстрасистолического интервала, наличие полной компенсаторной паузы ($RR1 + R1R = 2 N RR$). Следующим шагом будет определение наличия или отсутствия зубца Р. Именно при желудочковой экстрасистолии, желудочковой форме пароксизмальной тахикардии и ЭКС его не будет, тогда как при блокаде ножек пучка Гиса и синдроме WPW зубец Р присутствует. Если перед каждым комплексом имеется «спайка», можно говорить о наличии у больного ЭКС. Далее необходимо измерить интервал PQ. При его укорочении возможен синдром WPW. Также при этом синдроме наблюдается дополнительная дельта волна на восходящем или нисходящем колене зубца R. И последнее – необходимо проанализировать: есть ли дискордантность I и III; AVL и AVF; V 5-6 и V 1-2 отведений. При блокаде ножек пучка Гиса имеется такая закономерность. Используя данный алгоритм, мы выявили блокаду ножек пучка Гиса в двадцати четырех, желудочковую форму пароксизмальной тахикардии в четырнадцати, желудочковую экстрасистолию в восьми, ЭКС в трех и WPW синдром в одном случае.

Правильная и своевременная диагностика каждого из этих нарушений определяет не только лечебную тактику, но может оказать существенное влияние на прогноз. Предлагаемый алгоритм пошаговой дифференциальной диагностики синдрома уширенного и дискордантного комплекса QRS позволит грамотно оценить и сопоставив с клиническими данными, определить дальнейшую тактику в каждом конкретном случае.

Выводы: пошаговая интерпретация синдрома уширенного и дискордантного комплекса QRS важна для проведения диагностического поиска практикующему врачу.

0261

БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ

Жангелова Ш. Б., Альмухамбетова Р. К., Алтынбекова А.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

В последнее время проблеме ко- и полиморбидности в терапии стали уделять большое внимание. Изучение проблемы полиморбидности особенно актуально по отношению к наиболее распространенным и социально значимым заболеваниям. Частота развития ИБС у пациентов с АГ, патогенетическое родство между ними позволило рассматривать их в рамках единого сердечно-сосудистого континуума. Общеизвестно, что артериальная гипертония (АГ) является одним из основных факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний. Повышенное АД является предрасполагающим фактором развития деменции и расстройства когнитивных функций у пожилых пациентов, в возрасте 65 лет и старше примерно 15% пациентов страдают когнитивными расстройствами и 5% — деменцией.

Цель: изучение влияния антигипертензивной терапии на выраженность и частоту постинсультной деменции у больных ИБС, перенесших ишемический инсульт.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением и лечением находились 128 больных ИБС, в возрасте от 47 до 84 лет (средний возраст – 71.5 ± 1.3), имевших в анамнезе АГ и ОНМК давностью свыше 1 года. Нитресан (нитрендипин - БКК дигидропиридинового ряда) назначали в дозе по 20 - 40 мг 1 раз в сутки ежедневно в течение 30 дней. Критериями включения были верифицированный диагноз первичной АГ, наличие синдрома умеренных когнитивных нарушений (количество баллов по шкале MMSE не менее 25), согласие пациента участвовать в клиническом исследовании. Об эффективности судили по балльной оценке субъективной выраженности неврологических симптомов с использованием краткой шкалы оценки психических функций MMSE, а также достижение целевого уровня АД или

снижение АД на 10% и более от исходного. Безопасность оценивали по лабораторному и ЭКГ контролю и наличию побочных эффектов.

Результаты: Все наши больные поступали с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, шаткость походки, утомляемость, слабость, депрессию, нарушение сна. В результате проведенного лечения уже к концу 1-ой недели от начала лечения больные отмечали существенное улучшение самочувствия, что подтверждают результаты анкетирования по шкале MMSE, улучшились суммарные показатели когнитивных функций больных: регрессировали общая слабость, депрессивный фон настроения, снизились соматовегетативные проявления-головная боль, головокружение, астенический синдром, тревожность. В процессе лечения нитресаном снизились уровни как САД (145,3 против исходного 168,6; снижение на 16%), так и ДАД (91,6 против 97,5 исходных; снижение на 6%). Целевого уровня АД достигли 87 пациентов (67,9%).

Выводы: применение блокатора кальциевых каналов дигидропиридинового ряда – нитресана фирмы Промед Прага в дозе по 20-40 мг/сутки в течение 4 недель наряду с антигипертензивным действием способствует улучшению когнитивных свойств у больных АГ и ОНМК в анамнезе. Побочного эффекта препарата не зарегистрировано.

0262

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ИНСУЛИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Жданкина Н. В.

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

Цель: выявить взаимосвязь показателей суточного профиля артериального давления (АД) и уровня инсулина при артериальной гипертензии (АГ) у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП).

Материалы и методы: обследовано 68 юношей (средний возраст 18 [18;21] лет), страдающих ГСПП с АГ. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), а также исследование уровня С-пептида в сыворотке венозной крови хемилюминесцентным методом. Для оценки суточного профиля АД использовали среднеарифметические значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) за сутки, в дневные и ночные часы. Для количественной оценки величины «нагрузки давлением» использовали показатели индекса времени САД и ДАД (ИВ САД, ИВ ДАД), а также индекса площади САД и ДАД (ИП САД, ИП ДАД). Кроме того, оценивалась вариабельность САД и ДАД днем и ночью.

Результаты: у обследованных пациентов при проведении СМАД в дневные часы выявлена стойкая (ИВ САД днем 52[37;77]%, ИП САД за сутки – 44,6[9,7;137] мм рт ст) преимущественно систолическая АГ первой степени (среднее САД 142[136;149] мм рт ст) с высокой вариабельностью САД (13[11;17] мм рт ст). В ночные часы отмечалось повышение ИВ САД до 35[14;69]% при нормальных значениях среднего САД (121[114;133] мм рт ст), что свидетельствует о транзиторных подъемах САД в этот временной промежуток. При исследовании гормонального профиля выявлена гиперинсулинемия, подтверждаемая высоким уровнем С-пептида (1470[867;1980] мкМЕ/мл). Для оценки взаимосвязи между показателями СМАД и гормональным профилем больных был проведен корреляционный анализ. При этом была установлена обратная связь между вариабельностью как систолического, так и диастолического АД с повышенным уровнем С – пептида ($r=-0,47$, $p=0,01$; $r=-0,36$, $p=0,04$). Данным влиянием С-пептида на вариабельность АД, вероятно, можно объяснить возникновение стойкой АГ при гиперинсулинемии.

Выводы: для больных ГСПП характерна стойкая систолическая АГ первой степени в дневные часы, а также транзиторные подъемы систолического АД ночью. Гиперинсулинемия, выявленная у данной группы пациентов, снижает вариабельность АД, тем самым способствуя стабилизации АГ.

0263

ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Жексембаева С. О.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

Цель: оценка влияния фиксированной комбинации лизиноприла и амлодипина на уровень артериального давления и качество жизни у пожилых пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: В исследование включено 50 больных в возрасте с 55 до 75 лет (27 мужчин и 23 женщин) с уровнем артериального давления (АД) соответствующим II и III степени. В зависимости от уровня АД и проводимой медикаментозной терапии пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ю группу были включены 26 больных, получавших амлодипин 5 мг и лизиноприл 10 мг в дозе 1 таблетка в сутки. Во 2-ю группу составили 24 пациента принимавшие эналаприл 10 мг в комбинации с гидрохлоротиазидом 12,5 мг в сутки. Оценка эффективности проводили по достижению целевого уровня АД (систолического АД (САД) <150 мм.рт.ст., диастолического АД (ДАД) < 90 мм.рт.ст.) и динамике показателей суточного мониторирования АД (СМАД).

До включения в исследование антигипертензивную терапию не получали 6 (12%) пациентов. Монотерапию получали 40 (80%) пациентов, двухкомпонентную гипотензивную терапию получали 4 (8%) больных. Исходно и через 8 недель терапии всем пациентам проводили СМАД портативным аппаратом «BPLab» (Россия). Показатели СМАД регистрировали в дневное время (с периодами бодрствования с 7 до 23 часов) каждые 15 минут, в ночное время (с периодами сна с 23 до 7 часов) каждые 30 минут. За ориентировочно нормальные значения АД днем принимался уровень <135\85 мм.рт.ст., ночью - 120\70 мм.рт.ст. со степенью снижения АД в ночные часы 15-20%. Эхокардиографию проводили с помощью аппарата «Aloka SSL-1100». При необходимости проводилось ангиографическое исследование почек. Оценка качества жизни проведена с использованием опросника, адаптированный с GQI.

Результаты: За период терапии больных артериальной гипертензией экватором достигнуто значимое снижение среднесуточных значений САД и ДАД, а также индекса времени, вариабельности и величины утреннего подъема САД и ДАД. На фоне лечения эналаприлом в комбинации с гидрохлоротиазидом также по данным СМАД наблюдалось снижение АД, как в дневные, так и ночные часы.

Достижение целевого уровня АД сочеталось с улучшением показателей, отражающих качество жизни пациентов. Однако применение лизиноприла в комбинации с амлодипином способствует улучшение гемодинамики, выражающееся в уменьшении размеров левого желудочка, значительном увеличении фракции выброса, снижении давления наполнения желудочков (по данным ЭхоКГ). Наряду с антигипертензивной эффективностью и кардиопротективным эффектом экватор показал хорошую переносимость и метаболическую нейтральность.

Таким образом, фиксированная комбинация амлодипина с лизиноприлом (экватор) у пожилых пациентов с артериальной гипертензией эффективно снижает артериальное давление, обеспечивает защиту органов-мишеней и характеризуется хорошей переносимостью.

0264

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Желтова И. Н., Сукманова И. А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Актуальность: Общеизвестно, что инфаркт миокарда (ИМ) остается одной из самых распространенных причин в структуре смертности в России. Возможность прогнозирования развития ИМ у пациентов является актуальным для дифференцированного подхода к лечению и профилактике ИМ.

Цель: прогнозирование риска развития ИМ у пациентов среднего и пожилого возраста с помощью современных статистических методов.

Материалы и методы: Обследовано 188 пациентов среднего и пожилого возраста с ИМ, разделенных на 4 группы, их средний возраст составил $60,8 \pm 0,6$ лет, а также группа контроля (55 пациентов без доказанной ИБС). Среди пациентов с ИМ преобладали мужчины среднего возраста - 66 (35,1%), пожилых мужчин было 46 (24,5%), женщин пожилого возраста было 44 (23,4%), пациенток среднего возраста - 32 (17%). Оценивались показатели липидного, углеводного обмена с расчетом индекса HOMO-IR. С помощью метода многофакторной логистической регрессии был разработан калькулятор для расчета риска развития ИМ в программе Excel 2007. Для создания калькулятора нами были отобраны такие параметры, как пол пациента, его возраст, наличие гипертонической болезни (ГБ) и степень артериальной гипертензии (АГ), параметры липидного и углеводного обмена, уровень СРБ и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанной с помощью формулы MDRD.

Результаты: ГБ диагностирована у 40 (60,6%) мужчин среднего возраста и у 40 (87%) пожилых, $p=0,005$. Среди женщин ГБ выявлена у 27 (84,4%) пациенток среднего возраста и у 40 (90,9%) пожилого, $p=0,6$. Показатель гликемии у мужчин среднего возраста составил $5,1 \pm 0,1$ ммоль, у пожилых - $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л, ($p=0,03$). У женщин среднего возраста уровень глюкозы был $5,7 \pm 0,1$ ммоль/л, у пожилых - $6,0 \pm 0,1$, $p=0,1$. Нарушения липидного обмена выявлены у 57 (86,4%) мужчин среднего возраста и 43 (93,5%) пожилых, за счет повышения уровня ЛПНП до $2,52 \pm 0,1$ и $2,84 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно, ($p=0,1$) и снижения уровня ЛПВП (у мужчин среднего возраста) до $0,96 \pm 0,2$ ммоль/л ($p=0,2$). У 31 (96,9%) пациентки среднего возраста и 42 (95,5%) пожилых диагностированы нарушения липидного обмена, за счет повышения уровня ЛПНП до $2,8 \pm 0,2$ и $2,75 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно, ($p=0,7$) и повышения уровня ТГ до $2,56 \pm 0,1$ и $2,0 \pm 0,1$ ммоль/л соответственно, ($p=0,01$). Уровень СРБ у мужчин среднего возраста составил $25,3 \pm 3,3$ мг/л, у пожилых - $29,8 \pm 3,8$ мг/л ($p=0,37$). Среди женщин среднего возраста уровень СРБ составил $71,4 \pm 2,7$ мг/л, у пожилых - $54,4 \pm 3,3$ мг/л ($p=0,0001$). СКФ среди мужчин составила $69,9 \pm 1,8$ мл/мин у пациентов среднего возраста и $67,8 \pm 2,6$ мл/мин - у пожилых ($p=0,6$); у женщин среднего возраста СКФ была на уровне $71,4 \pm 2,7$ мл/мин, у пожилых - $54,4 \pm 3,3$ мл/мин ($p=0,0001$).

Выводы: Таким образом, используя такие параметры, как пол, возраст пациентов, наличие ГБ и степень АГ, параметры липидного и углеводного обмена, уровень СРБ и СКФ, создан калькулятор прогнозирования развития инфаркта миокарда у пациентов каждой возрастной группы, что является актуальным и важным для разработки индивидуальных программ первичной и вторичной профилактики у учетом пола, возраста пациента и имеющихся у него факторов риска.

0265

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА

Желтова И. Н., Сукманова И. А.

КГБУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и, в частности, острый инфаркт миокарда (ИМ) остаются одними из ведущих причинами заболеваемости и смертности в России среди социально значимых групп населения. Изучение предикторов ИМ у данной группы пациентов является актуальным для дифференцированного подхода к лечению и профилактике ИМ.

Цель: изучить основные предикторы развития инфаркта миокарда у мужчин и женщин среднего возраста.

Материалы и методы: Обследовано 98 пациентов среднего возраста с ИМ, средний возраст которых составил $54,2 \pm 0,5$ лет. Преобладали мужчины - 66 (67,3%), женщин среднего возраста было 32 (32,7%). У всех пациентов оценивались показатели липидного, углеводного обмена с расчетом индекса инсулинорезистентности HOMO-IR.

Результаты: Среди обследованных мужчин среднего возраста с ИМ были курящими 54 (81,8%), среди женщин - у 7 (21,9%) пациенток, $p=0,001$. Средний показатель ИМТ у мужчин среднего возраста составил $26,6\pm 0,4$ кг/м², у женщин - $31,3\pm 0,9$ кг/м², $p=0,0001$. Гипертоническая болезнь (ГБ) диагностирована у 40 (60,6%) мужчин среднего возраста и у 27 (84,4%) пациенток данной возрастной группы, $p=0,03$. Среди всех обследованных лиц, 18 (18,4%) пациентов имели нарушения углеводного обмена, преимущественно за счет сахарного диабета (СД) 2 типа. Среди госпитализированных мужчин СД 2 типа диагностирован у 7 (10,6%) пациентов среднего возраста, среди женщин - у 11 (34,4%), $p=0,01$. Средний уровень глюкозы натощак у мужчин среднего возраста составил $5,10\pm 0,11$ ммоль/л, у женщин - $5,74\pm 0,16$ ммоль/л, $p=0,001$. Средний уровень инсулина среди мужчин среднего возраста составил $13,9\pm 1,9$, у женщин - $8,75\pm 1,26$, $p=0,07$. Индекс HOMO-IR у мужчин среднего был выше нормы и составил $3,17\pm 0,46$, у женщин с ИМ - $2,29\pm 0,35$, $p=0,22$. Нарушения липидного обмена были выявлены у 57 (86,4%) мужчин среднего возраста, преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП до $2,52\pm 0,1$ ммоль/л, снижения уровня ЛПВП до $0,96\pm 0,3$ ммоль, тогда как уровень ОХС составил $4,45\pm 0,14$ ммоль/л, а ТГ - $1,75\pm 0,1$ ммоль/л. У женщин с ИМ нарушения липидного обмена выявлены у 31 (96,9%) пациентки среднего возраста, ($p=0,2$), преимущественно за счет повышения уровня ОХС до $5,18\pm 0,2$ ммоль/л, $p=0,009$, повышением уровня ЛПНП до $2,85\pm 0,2$ ммоль/л, $p=0,2$, а также повышением уровня ТГ до $2,56\pm 0,16$ ммоль/л, $p=0,0001$.

Выводы: Таким образом, для мужчин наиболее значимыми факторами риска развития ИМ являются: курение, дислипидемия, преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП и снижением уровня ЛПВП, нарушения углеводного обмена с развитием инсулинорезистентности. Для женщин таковыми факторами риска явились: ожирение с формированием его абдоминального типа, нарушения углеводного обмена, преимущественно за счет развития СД 2 типа, неконтролируемое течение ГБ, а также нарушения липидного обмена, преимущественно за счет повышения уровня ЛПНП и ТГ.

0266

БИОМАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДВУСТВОРЧАТОГО И ТРЕХСТВОРЧАТОГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Жидулева Е. В., Иртюга О. Б., Казакова Е. Е., Моисеева О. М.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр», Санкт-Петербург

Аортальный стеноз (АС) является наиболее распространенным приобретенным клапанным пороком сердца. Предполагается, что кальцификация створок аортального клапана (АК) может иметь сходные пути патогенеза с процессами остеогенеза.

Цель: оценить уровень циркулирующих маркеров метаболизма костной ткани у пациентов со стенозом бicuspidального (БАК) и трикуспидального (ТАК) аортального клапана.

Материалы и методы: В исследование включены 129 пациентов с АС и пиковой скоростью на АК более 4 м/с: 78 пациентов с БАК ($56,14 \pm 1,0$ лет; м:ж 1.2:1) и 51 пациент с ТАК ($62,17 \pm 0,9$ лет; м:ж 1:1,2). В качестве группы контроля обследован 31 пациент без патологии сердечно-сосудистой системы ($57,6 \pm 0,8$ лет; м:ж 1,1:1). Исследование концентраций остеопротегерина (ОПГ), sRANKL, 25-ОН витамина D, остеопонтинина (ОПН), С-терминального телопептида проколлагена I типа (СТх), С-терминального пропептида проколлагена I типа (PICP) проводилось с помощью ИФА. Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

Результаты: Пациенты с БАК и ТАК были сопоставимы по полу и ЭХОКГ-параметрам, однако пациенты с ТАК были старше ($p<0,001$). У больных с АС выявлено повышение концентрации ОПГ (БАК: $6,64\pm 0,4$; ТАК: $6,59\pm 0,73$ пмоль/л) и sRANKL (БАК: $0,43\pm 0,02$; ТАК: $0,45\pm 0,05$ пмоль/л) в сыворотке крови в сравнении с контролем ($4,84\pm 0,32$; $0,36\pm 0,02$ соответственно). Несмотря на тесную связь ОПГ с возрастом ($r=0,27$, $p=0,01$), его уровень в группах БАК и ТАК был сопоставим. Между ОПГ/sRANKL и МПКТ не выявлено корреляционной связи. Концентрация 25-ОН витамина D в группах была в пределах нор-

мативных значений (БАК: 34.67 ± 2.72 ; ТАК: 40.62 ± 3.68 нг/мл), однако установлена ее обратная корреляционная связь с содержанием ОПН (БАК: 46.67 ± 3.86 ; ТАК 45.82 ± 4.98 нг/мл) ($r = -0,47$, $p = 0,002$). Выявлена ассоциация МПКТ, Т-критерия и градиента на АК ($r = -0,28$, $p = 0,04$; $r = -0,3$, $p = 0,02$ соответственно). Кроме того, установлена взаимосвязь между градиентом на АК и концентрацией СТх (БАК: 0.36 ± 0.03 ; ТАК: 0.28 ± 0.02 нг/мл) в сыворотке крови ($r = 0,56$, $p < 0,001$).

Выводы: не выявлено принципиальных различий в содержании биомаркеров у больных с БАК и ТАК, несмотря на различие в возрасте, что свидетельствует об общих путях патогенеза клапанной кальцификации. Взаимосвязь кальциноза АК и резорбции костной ткани может быть потенциальной мишенью для терапевтического воздействия.

0267

СОПРЯЖЕННОСТЬ ЭКСПРЕССИИ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ FGF-2 И TGF- β 1 И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА В МЕДИАЛЬНОМ СЛОЕ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДРЕНЕРГИЧЕСКОМ СТРЕССЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

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

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

Цель: изучить сопряженность экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2), трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β 1) и структурных изменений во внеклеточном матриксе медиального слоя стенки брюшной аорты крыс линии Вистар при хроническом адренергическом стрессе (ХАС) в эксперименте.

Материалы и методы: Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар. Моделирование ХАС — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям.

Кусочки стенки брюшной аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась планиметрическим методом с помощью сетки Г.Г.Автандилова (1990). Относительный объем эластина в средней оболочке брюшной аорты оценивался в объемных процентах (об.%) в препаратах, окрашенных орсеином по Шиката, подсчет объема внеклеточного пространства (ВКП) и коллагена в об.% проводился в препаратах, окрашенных по Ван-Гизону. Для иммуногистохимического исследования использовались мышинные моноклональные антитела к TGF- β 1 (TB21) в разведении 1/100, кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400. TGF- β 1 и FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание, учитывали клетки с сильной и средней экспрессией.

Результаты: при моделировании ХАС отмечалось уменьшение на 13,3% объемной плотности эластиновых волокон (с $49,87 \pm 1,25$ об.% в контрольной серии до $43,25 \pm 1,51$ об.% через 2 недели введения адреналина; $p < 0,05$), увеличение объемной плотности коллагена на 60,4% (с $10,17 \pm 0,92$ об.% до $16,31 \pm 1,22$ об.%; $p < 0,05$) и значительное, на 109,2%, увеличение объема ВКП (с $7,17 \pm 0,87$ об.% до $15,0 \pm 0,64$ об.%; $p < 0,05$). Таким образом, при ХАС через 2 недели развиваются выраженные структурные изменения в меди брюшного отдела аорты. Прежде всего они касаются уменьшения содержания эластина и значительного повышения плотности коллагена и ВКП. Эти структурные изменения сочетались с изменениями соотношения экспрессии факторов роста фибробластов - FGF-2 и TGF- β 1 по сравнению с контрольной серией. При ХАС в меди отмечалось уменьшение выработки FGF-2 и увеличение экспрессии TGF- β 1, что привело к уменьшению показателя отношения FGF-2/TGF- β 1 на 31,4%.

Таким образом, можно предположить, что локальные эффекты факторов роста фибробластов, зависят не только от уровня их экспрессии, но и от соотношения.

0268

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУТАЦИИ КАРДИОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Жукушева Ш. Т., Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Капакова М. А.

Кафедра интернатуры по терапии государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан

Цель: Оценить частоту встречаемости генотипов при анализах полиморфизмов Leu33Pro, C786T, H1/H2 у больных ИБС, мутации которых определяет повышение риска развития тромбозов.

Материалы и методы: Проведено клинико-генетическое обследование 100 больных ИБС (80 – мужчин, 20 – женщин; средний возраст $57,6 \pm 2,8$ лет). Контрольную группу составили 100 практически здоровых лиц (доноры), сопоставимые по полу и по возрасту с группой исследования. Генетические исследования проводились для определения полиморфизма Leu33Pro гена $\beta 3$ интегрина (ITGB3), мутации C786T гена синтазы окиси азота 3 (NOS3), мутации АДФ-рецептора тромбоцитов (P2RY12, H1/H2). Для определения полиморфизма генов были использованы тест-системы компании Литех, Москва (Россия) для амплификации ПЦР с последующей детекцией продуктов амплификации фрагментов ДНК в 1-1,5% агарозном геле (Gel Doc. BioRad, США). Результат оценивался как нормальная гомозигота, гетерозигота, мутантная гомозигота.

Результаты: Частота встречаемости и анализ ассоциации частоты генотипов и аллелей ITGB3, NOS3, P2RY12 в группе больных ИБС и в контрольной группе с учетом статистической значимости по критерию Пирсона составили: наличия мутантной аллели Leu33Pro было выявлено 23 (гетерозиготы) среди 100 здоровых лиц и 46 среди 100 больных ИБС (32 гетерозиготы и 14 мутантных гомозигот), различия между группами по примененным статистическим критериям были значимыми ($\chi^2=19,5$; $p<0,001$); наличия мутантной аллели C786T было выявлено 67 (гетерозиготная и гомозиготная мутация) среди 100 здоровых лиц и 85 среди 100 больных ИБС (42 гетерозиготы и 43 мутантных гомозигот), различия между группами по критерию Пирсона были статистически значимы ($\chi^2= 19,9$; $p<0,001$). По наличию мутантной аллели H1/H2 различия между группами больных ИБС и здоровыми лицами оказались высоко значимыми ($\chi^2=30,3$, $p<0,05$).

Выводы: Выявленные очень высокие показатели статистической значимости при исследовании свидетельствует о преимущественной клинической значимости мутантного гена в гомозиготном состоянии полиморфизмов Leu33Pro, C786T, H1/H2 у больных ИБС.

0269

АНАЛИЗ МУТАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА THR145MET В ГЕНЕ GP1BA У БОЛЬНЫХ ИБС С АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Жукушева Ш. Т., Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И., Капакова М. А., Сабербеков С. О.

Кафедра интернатуры по терапии ГМУ г. Семей, Республика Казахстан

Цель: Оценить частоту встречаемости мутации Thr145Met в гене GP1BA у больных ИБС, наличие которой ассоциированы с нарушениями в системе с аспиринорезистенгемостаза, т.е. присутствие данного гена как в гомозиготном, так и в гетерозиготном состоянии определяет повышение риска развития тромбозов. Полиморфизмы T145M и 5T>C в гене GP1BA (альфа-глобула) были ассоциированы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы: Проведено клинико-генетико-гемостазиологическое обследование 40 больных с верифицированным диагнозом острых нарушений коронарного кровообращения, включая нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда (21 и 19 пациентов соответственно). Наличие аспиринорезистентности оценивали путем проведения теста агрегации тромбоцитов *in vitro*. В качестве основного комплекса гемостазиологических обследований *in vivo* использовали тест агрегации тромбоцитов, АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов, скрининг нарушений в системе протеина С и определение резистентности фактора-5 к протеину С. Был осуществлен анализ частоты мутации генов-кандидатов у обследованных больных и предварительное сравнение показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у больных с наличием мутантных аллелей генов-кандидатов.

Результаты: В нашем исследовании у больных ИБС частота мутантной аллели в гомозиготном состоянии составила 32,5%, в гетерозиготном – 15,0%. Наличие мутации гена GP1BA как в гомо-, так и в гетерозиготной форме было ассоциировано с относительным превышением показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза в группе обследованных больных. Так, степень превышения АДФ-индуцированной агрегации по ИАТ составила 21,5%, СИАТ – 18,5%. Напротив, индекс дезагрегации тромбоцитов у обследованных с мутантным генотипом имел тенденцию к снижению. Для выявления аспиринорезистентности использовалась агрегация тромбоцитов, индуцированная адреналином. В отношении контрольной группы её показатели были значительно увеличены (СИАТ – на 22,3%, $p < 0,05$), однако обращало на себя внимание отсутствие существенных различий между группами больных с гомозиготным и гетерозиготным мутантным фенотипом. Показатели Парус-теста и определение фактора V-PC также продемонстрировали наличие статистически значимых различий в зависимости от выявленной мутации гена GP1BA. Несколько более выраженными они были при гомозиготном мутантном фенотипе (на 28,9% и 25,6% по отношению к группе с гомозиготным нормальным фенотипом, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Выводы: В обследованной группе были выявлены статистически значимые различия показателей системы гемостаза у больных казахской национальности, связанные с наличием мутации Thr145Met в гене GP1BA, причем степень нарушений адреналин-зависимой агрегации несколько превосходила нарушения АДФ-зависимой. Таким образом, предварительные данные дают некоторые основания связывать данную мутацию с развитием аспиринорезистентности.

0270

КОМПЛЕКС ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ В СТЕНКЕ СОСУДОВ СЕРДЦА

Журавская Э. Я.¹, Савченко Т. И.², Чанкина О. В.², Рагино Ю. И.¹, Полонская Я. В.¹,
Чернявский А. М.³

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

²Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт химической кинетики и горения им. В.В. Воеводского СО РАН, Новосибирск, Россия

³Федеральное Государственное бюджетное учреждение «Новосибирский Научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Минздрава), Новосибирск, Россия

В последние годы активно исследуются новые патогенетические механизмы и нетрадиционные факторы риска развития атеросклеротического поражения сосудов, в том числе сердца. Известно, что химические элементы, такие как кальций, принимают непосредственное участие в атерогенезе, роль других элементов до конца неясна.

Цель: Определение современным высокотехнологичным методом - рентгенофлуоресцентным анализом с привлечением синхротронного излучения комплекса химических элементов в стенке сосудов сердца.

Материалы и методы: Образцы участков стенок коронарных сосудов с визуальными атеросклеротическими бляшками взяты во время оперативного вмешательства у мужчин 30 – 70 лет в клинике

института патологии кровообращения им.А.Н. Мешалкина Министерства Здравоохранения РФ. Полученные образцы использовали для получения гомогената с применением роторного диспергатора. 25 мкл гомогената равномерно наносили на бумажный фильтр (Whatman grade 41) площадью 1 квадратный сантиметр.

Результаты: Стабильные результаты получены для 5 следующих элементов: Ca, Fe, Cu, Zn и Vg. Кроме них зафиксировано наличие концентрации элементов: K, Ti, Cr, Co, Se, Ni, Ga, Rb, Sr, Pb, значения которых ниже предела обнаружения и отличается достаточно большой вариабильностью.

Полученные результаты по комплексу химических элементов в стенке сосудов сердца подтверждают дисбаланс химических элементов в крови больных с атеросклерозом, обнаруженный нами ранее и в миокарде. Особо обращает на себя внимание резкое (в 3 – 4 раза) увеличение концентрации Ca в стенке сосудов сердца по сравнению с содержанием его в крови. Доклиническая диагностика атеросклероза в последние годы является количественное определение выраженности кальциноза сосудов с помощью с электронно – лучевой или мультиспиральной компьютерной томографии.

Выводы: Определение химического состава стенки сосудов сердца является перспективным направлением, где возможно выявление новых патогенетических механизмов атерогенеза с вероятной профилактикой выявленного дисбаланса химических элементов на ранних этапах атерогенеза.

0271

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРВАЛЬНЫХ ГИПОКСИЧЕСКИХ-ГИПЕРОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Загайная Е. Э., Быкова А. А., Копылов Ф. Ю., Глазачев О. С., Сыркин А. Л.

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Цель: оценить динамику качества жизни у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения 2-3 ФК), получающие оптимальную медикаментозную терапию, после прохождения курса интервальных гипоксических-гипероксических тренировок (ИГГТ).

Материалы и методы: в исследование включено 46 пациентов со стабильной стенокардией напряжения 2 и 3 функционального класса. Пациенты были разделены на две группы: 27 пациентам проводились ИГГТ, 19 пациентам были проведены плацебо-процедуры, имитирующие ИГГТ. Пациентам в опытной группе течение 3-х недель проводились ИГГТ по 1 процедуре в день, 5 дней с перерывами на 2 дня (15 тренировок). Суть метода заключается в следующем: пациент вдыхает через маску воздух с пониженным содержанием кислорода при нормальном атмосферном давлении в интервальном режиме, когда периоды гипоксии (10-14%) чередуются с периодами гипероксии (до 35%). Каждая процедура состоит из 7-10 циклов гипоксии-гипероксии. В исследовании использовался прибор ReOxy Cardio (Aimediq S.A., Luxemburg). Качество жизни оценивалось с помощью оценочных шкал сиэтловского опросника по стенокардии SAQ, опросника качества жизни SF-36, госпитального опросника тревоги и депрессии HADS. В статистический анализ включались оценочные шкалы представленных опросников. Оценка этих шкал всем пациентам осуществлялась перед проведением тренировок и непосредственно после окончания курса. Пациентам из группы ИГГТ дополнительно проводилось тестирование через 1 месяц после завершения процедур.

Результаты: В группе пациентов, получивших курс интервальных гипоксических-гипероксических тренировок, при анализе опросника SAQ по шкале ограничения физических отмечалось улучшение с $43,27 \pm 17,69\%$ до $51,57 \pm 13,11\%$ ($p=0,0006$) и достоверно сохранялось в течение месяца $53,75 \pm 17,78$ ($p=0,0008$), по шкале стабильности приступов отмечалось достоверное улучшение с $56,48 \pm 27,38\%$ до $78,33 \pm 23,33\%$ ($p=0,001$) и сохранялось по истечению месяца $79,63 \pm 22,74$ ($p=0,0003$), по шкале частоты приступов увеличение показателя с $59,63 \pm 27,66\%$ до $78,33 \pm 23,33\%$ ($p=0,00004$) и через месяц после ИГГТ $80,93 \pm 18,24\%$ ($p=0,00006$), по шкале удовлетворенности лечением улучшение значений с $60,69 \pm 16,19\%$ до $77,37 \pm 16,77\%$ ($p=0,00008$), и сохранялось в группе тренировок $80,49 \pm 17,67\%$ ($p=0,0001$), по

шкале отношения к болезни отмечалось улучшалось с $47,19 \pm 18,92\%$ до $60,78 \pm 17,86\%$ ($p=0,0005$) и оставалось достоверно выше после ИГГТ $63,37 \pm 17,38\%$ ($p=0,0002$). В группе пациентов, которым проводились плацебо процедуры достоверных изменений не наблюдалось.

Достоверное улучшение в группе ИГГТ получено при анализе данных опросника SF-36. По шкале физическое равновесие увеличение значений с $49,52 \pm 4,6$ до $60,48 \pm 4,6$ ($p=0,03$) и через месяц $58,81 \pm 4,6$ ($p=0,007$), по шкале ролевая деятельность – с $22,62 \pm 8,3$ до $48,81 \pm 9,4$ ($p=0,02$) и нарастала через месяц – до $57,14 \pm 7,7$ ($p=0,06$), что говорит о повышении качества жизни в подгруппе физического компонента здоровья. В шкалах, отражающих психологический компонент здоровья, отмечалось улучшение по шкале жизнеспособность после курса ИГГТ и через месяц с $51,67 \pm 3,8$ до $58,33 \pm 3,0$ ($p=0,03$) и до $60,95 \pm 3,0$ ($p=0,003$) соответственно и по шкале психическое здоровье достоверно улучшилось качество жизни через месяц поле тренировок с $59,23 \pm 4,08$ до $67,23 \pm 3,0$ ($p=0,02$). В группе контроля достоверных результатов по улучшению качества жизни не получено.

При анализе опросника HADS в группе ИГГТ отмечалось достоверное снижение депрессии после тренировок с $6,52 \pm 2,86$ до $5,14 \pm 2,76$ ($p=0,02$) и через месяц до $4,85 \pm 2,53$ ($p=0,002$). По шкале тревога в группе ИГГТ отмечалось достоверное снижение с $8,6 \pm 2,3$ до $6,2 \pm 3,14$ ($p=0,08$) после тренировок и до $3,78 \pm 2,14$ ($p=0,02$) через месяц. В группе контроля достоверных изменений не было.

Выводы: у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца проведение интервальных гипоксических-гипероксических тренировок позволяет улучшить качество жизни.

0272

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

¹Загидуллин Н. Ш., ¹Травникова Е. О., ¹Загидуллин Ш. З., ²Белан Л. Н.

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Уфа,
²ГБУЗ РБ ГКБ№21 г.Уфа

В последнее время было показано, что частота сердечных сокращений (ЧСС) является независимым прогностическим фактором в отношении выживаемости, однако для острого коронарного синдрома (ОКС) и инфаркта миокарда (ИМ) детальный анализ проведен не был.

Цель: исследование значимости ЧСС у больных с ОКС. Материалы и методы: ретроспективное исследование историй болезни 1000 пациентов, поступивших в ГКБ №21 г.Уфа с ОКС с учетом следующих параметров (по электрокардиограммам, реанимационным картам и записям в дневниках истории болезни): ЧСС при поступлении, в отделениях интенсивной терапии и кардиологии, исход ОКС, наличие осложнений, стаж ИБС, наличие ИМ в анамнезе, исходов ОКС и развившихся осложнений в группах «умерших» (1-я группа) и «выживших» (2-я группа) больных. При статистической обработке использовался метод линейных регрессий.

Результаты: из 1000 пациентов с ОКС умерло – 72, выжило – 928, из них женщин – 409, мужчин – 519. Средний возраст больных составил $64,3 \pm 0,5$ лет ($64,9 \pm 1,4$ в 1-й группе и $69,5 \pm 2$ – во 2-й). Средняя продолжительность ИБС в анамнезе составила $6,93 \pm 0,3$ лет. ИМ в анамнезе установлен у 423 больных. Осложнения имелись у 64 человек, из них кардиогенный шок – у 50 больных, отек легких – у 13 больных и у 1 больного – разрыв сердца. Исходы ОКС: ИМ развился у 515 больных, из них у 280 – без зубца Q, у 235 – ИМ с зубцом Q, у 485 больных ОКС перешел в стабильную стенокардию. У мужчин ИМ с зубцом Q отмечен в 143 случаях, у женщин – в 92. Средняя ЧСС при поступлении в стационар оказалась равной $81,5 \pm 0,7$ уд/мин, при поступлении в отделение интенсивной терапии – $86,7 \pm 0,6$. В течение всей госпитализации в стационаре в 1-й группе больных ЧСС резко снижалась на 2-й день (с $81,5 \pm 0,6$ до $71,8 \pm 0,5$ уд/мин, $p < 0,05$), затем имела тенденцию к снижению до $66,9 \pm 0,5$ на 23-й день. Динамика ЧСС за время госпитализации в 1-й группе лучше всего описывалась логарифмической функцией $y = -3,35 \ln(x) + 76,68$ ($R^2 = 0,734$). В первой группе при поступлении ЧСС была недостоверно меньше, чем во второй ($81,3 \pm 0,7$ против $81,5 \pm 0,6$, $p > 0,05$). В то же время, ЧСС в первой группе достоверно снижалась

при выписке ($66,9 \pm 0,5$ против $81,5 \pm 0,6$; $p < 0,001$), а во второй – недостоверно увеличивалась в момент смерти ($81,3 \pm 0,7$ против $90,8 \pm 3,9$, $p > 0,05$)

Выводы: Частота сердечных сокращений при поступлении у больных, поступивших интенсивную терапию коррелировала со смертностью; в первые 4 дня снижение частоты свидетельствовало о достоверно благоприятном прогнозе, отсутствие снижения – о неблагоприятном.

Исследование было выполнено при поддержке гранта РГНФ №№15-36-01255/1.

0273

ЗНАЧИМОСТЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

¹Загидуллин Н. Ш., ¹Травникова Е. О., ¹Загидуллин Ш. З., ²Белан Л. Н.

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа,
²ГБУЗ РБ ГКБ№21 г.Уфа

В последнее время было показано, что частота сердечных сокращений (ЧСС) является независимым прогностическим фактором в отношении выживаемости, однако для острого коронарного синдрома (ОКС) и инфаркта миокарда (ИМ) детальный анализ проведён не был. Цель: исследование значимости ЧСС у больных с ОКС с помощью кластерного анализа. Материалы и методы: ретроспективное исследование историй болезни 1000 пациентов, поступивших в ГКБ №21 г.Уфа с ОКС с учетом следующих параметров (по электрокардиограммам, реанимационным картам и записям в дневниках истории болезни): ЧСС при поступлении, в отделениях интенсивной терапии и кардиологии, исход ОКС, наличие осложнений, стаж ИБС, наличие ИМ в анамнезе, исходов ОКС и развившихся осложнений в группах «умерших» (1-я группа) и «выживших» (2-я группа) больных. При статистической обработке использовался метод линейных регрессий.

Результаты: при проведении исследования использовался метод бинарной регрессии. При создании бинарной модели регрессии проводилась кластеризация по частоте сердечных сокращений (ЧСС) при поступлении: первый кластер с ЧСС < 90 уд/мин, второй – от 90 до 99, третий – 100–109, четвертый – 110–129 и пятый – > 130 , и в каждом кластере определялся его маргинальный эффект по влиянию на летальный исход, то есть степень влияния каждого кластера на выживаемость больных, а точнее насколько изменялся риск летального исхода при изменении фактора риска на единицу. Для ЧСС наибольший маргинальный эффект имел кластер 2 (ЧСС 90-100) - в данном диапазоне увеличение ЧСС на 1 уд/мин увеличивало риск смерти на 1,25%, в кластере 3 – на 1,02%, 4 – на 0,97%, 5 – на 0,6% и меньше всего – в кластере 1 – на 0,1%.

Выводы: У больных с острым коронарным синдромом в кластере 90-100 уд/мин при учащении частоты сердечных сокращений на один удар риск летального исхода увеличивается на 1,25%.

Исследование было выполнено при поддержке гранта РГНФ №№15-36-01255/1.

0274

ПРЕДИКТОРНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИАТОРОВ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИК РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Задорожная М. П., Разумов В. В.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей» МЗ России, Новокузнецк

Цель: выявление предикторов ремоделирования ЛЖ среди медиаторов межклеточных взаимодействий (ММВ) и показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Материал и методы. Обследованы 71 человек (женщин – 38, мужчин – 33; 14 лиц – группа контроля и 57 пациентов ГБ I–III ст.). Выполнены эхокардиография (ЭХОКГ) с выделением типов ремоделирования левого желудочка (ТРЛЖ) в соответствии с рекомендациями A.Ganau и P.Verdecchia, непропорционально высокой массы миокарда ЛЖ (НВММЛЖ) по рекомендациям de Simone G. et al; СМАД и определение в плазме крови методом твердофазного ИФА фактора роста эндотелиоцитов, трансформирующего фактора роста бета-1, основного фактора роста фибробластов (bFGF), эндотелина (ЭТ-1), ангиотензина-2, матричной металлопротеиназы-3 (ММР-3). Проведен пошаговый дискриминантный анализ прогнозирующей способности изучаемых параметров в отношении гипертрофии миокарда ЛЖ (ГЛЖ), НВММЛЖ и ТРЛЖ. За достоверное значение коэффициента результативности (КФР) принимали значение $\geq 75\%$, при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов проводилась программой SPSS (лицензия № 20101223-1). Результаты. Предикторностью развития ГЛЖ из всех ММВ обладало значение ММР-3 (КФР=86,8%, $p=0,001$; $3,33 \pm 0,74$ и $3,94 \pm 1,1$ в группе без и с ГЛЖ соответственно) при сочетании его с дневной вариабельностью диастолического АД (ДАД) и средненочным систолическим АД (САД). В отношении ТРЛЖ среди ММВ обнаружена предиктивность ЭТ-1 при сравнении группы изолированной гипертрофии межжелудочковой перегородки (ИГМЖП) с эксцентрической ГЛЖ (ЭГЛЖ) (КФР=76,2%, $p=0,001$, $1,93 \pm 0,45$ и $2,73 \pm 0,7$ соответственно), а при объединении ММВ с параметрами СМАД – значимость данной связи возрастала (КФР=100%, $p=0,001$) и выявлялась между ИГМЖП и концентрической ГЛЖ (КГЛЖ) (КФР=100%, $p=0,001$, ЭТ-1= $2,87 \pm 0,83$ при КГЛЖ), работая однонаправленно с повышенной вариабельностью АД и снижением его суточного индекса. При исследовании НВММЛЖ предикторностью обладал bFGF, как изолированно среди ММВ в сопоставлении пропорциональной ММЛЖ (прММЛЖ) с выраженной НВММЛЖ (вырНВММЛЖ) (КФР=76%, $p=0,001$, $4,05 \pm 1,51$ и $14,04 \pm 14,41$ соответственно), так и при сочетании ММВ с параметрами СМАД (КФР=95,8%, $p=0,001$), из которых значимы оказались индексы нагрузки САД и высокая скорость его утреннего повышения. Выводы. Из исследованных ММВ в отношении ремоделирования ЛЖ предиктивны и достоверно повышены оказались ММР-3 при ГЛЖ, но только совместно с характеристиками СМАД, ЭТ-1 – при ЭГЛЖ и КГЛЖ, а bFGF – при выраженной НВММЛЖ. Предиктивность последних двух значимо возрастала при объединении с параметрами суточного АД, обнаруживая синергизм с увеличением средненочного САД, индексов нагрузки АД, его вариабельности и снижением суточного ритма.

0275

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ С Q-ВОЛНОВЫМ ИМ.

Закиров Н.У., Кеворкова Ю.Г., Фазилбекова З.Н.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучение взаимосвязи временных параметров ВРС с показателями липидного спектра крови у больных с Q-волновым ИМ, оцененных на 10-14 сутки заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 104 пациента мужского пола в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст $52,08 \pm 8,5$), перенесших Q-ИМ. Первичное обследование проводилось на 10-14 сутки ИМ на фоне стандартной терапии, включавшей антиагреганты, β -блокаторы, иАПФ или АРА II и, при необходимости, нитраты в индивидуально подобранных дозах. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) с определением временных показателей ВРС: SDNN, SDNNi, SDANN и RMSSD. Интерпретация показателей ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г). Кроме того, у всех больных оценивался уровень показателей липидного спектра крови: ОХ, ТГ, ЛПВП, ЛПОНП, ЛПНП с расчетом КАхс.

Результаты: При оценке взаимосвязи временных показателей ВРС с показателями липидного спектра крови отмечается обратная корреляционная зависимость показателя SDNNi с уровнем ОХ ($r = -0,105$, $p = 0,29$) и ЛПНП ($r = -0,156$, $p = 0,12$), прямая корреляционная зависимость показателя SDANN со всеми оцениваемыми показателями липидного спектра, но не имеющая достоверных значений. Взаимосвязь уровня RMSSD находилась в обратной пропорциональной зависимости с уровнем ОХ ($r = -0,16$, $p = 0,11$) и ЛПНП ($r = -0,21$, $p = 0,035$). Значения КАхс находились в обратной пропорциональной зависимости с показателями SDNN ($r = -0,31$, $p = 0,76$), SDNNi ($r = -0,07$, $p = 0,48$) и RMSSD ($r = -0,12$, $p = 0,22$) и прямой зависимости с показателем SDANN ($r = 0,0025$, $p = 0,98$).

Выводы: Наличие достоверных значений взаимосвязи уровня ЛПОНП и показателя RMSSD еще раз подтверждают взаимосвязь активности вегетативной нервной системы с процессом атерогенеза, а именно наличие более низкого уровня наиболее атерогенной фракции холестерина при преобладающем влиянии парасимпатической нервной системы.

0276

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Закиров Н.У., Кеворкова Ю.Г., Фазилбекова З.Н.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

Цель: Изучение взаимосвязи процессов постинфарктного ремоделирования (ПИР) и вариабельности ритма сердца (ВРС) в течение 6 месяцев у больных с потенциально опасными желудочковыми нарушениями ритма (ПОЖНРС), зарегистрированными на 10-14 сутки заболевания.

Материалы и методы: В исследование включено 105 пациентов мужского пола в возрасте от 29 до 73 лет (средний возраст $51,6 \pm 9,3$), перенесших Q-ИМ. Первичное обследование проводилось на 10-14 сутки ИМ на фоне стандартной терапии, включавшей антиагреганты, β -блокаторы, иАПФ или АРА II, статины в индивидуально подобранных дозах, нитраты (при необходимости), а также амиодарон (у больных с ПОЖНРС). Всем больным проводилось ЭхоКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) на 10-14 сутки заболевания и через 6 месяцев лечения. Оценка ПИР проводилась по динамике эхо-показателей ЛЖ: КДР, КСР, МЖП, ЗСЛЖ, ОТС, ФВ, ММЛЖ, КДО, КСО, а также их индексированных значений (иММЛЖ, иКДО, иКСО). В качестве ПОЖНРС расценивались желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) II-V градаций (Lown-Wolf), а также ЖЭ в количестве 10 и более в час (Bigger). Оценивались временные показатели ВРС: SDNN, SDNNi, SDANN, RMSSD и pNN50. Интерпретация показателей ВРС проводилась согласно рекомендациям рабочей группы Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1996 г). Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: В зависимости от наличия или отсутствия ПОЖНРС при исходном обследовании все больные были разделены на 2 группы. I группу ($n = 73$) составили пациенты без ПОЖНРС, II группу ($n = 32$) – больные с ПОЖНРС. При исходном обследовании у пациентов II группы отмечалось достоверно меньшая толщина МЖП, чем в I группе ($1,12 \pm 0,3$ vs $0,9 \pm 0,23$). К 6 месяцу лечения эти отличия сохранялись ($1,04 \pm 0,23$ vs $0,95 \pm 0,16$). Помимо этого при этапном обследовании у пациентов II группы отмечались

достоверно большие значения КДО ($167,21 \pm 47,86$ vs $140,69 \pm 52,32$), иКДО ($87,06 \pm 23,24$ vs $71,53 \pm 26,28$), иКСО ($44,87 \pm 17,69$ vs $35,77 \pm 20,16$) при достоверно меньшей ОТС ($0,35 \pm 0,06$ vs $0,39 \pm 0,09$), чем у пациентов I группы. Систолическая функция к 6 месяцу терапии у пациентов II группы была меньше, чем у больных I группы, однако различия по показателю ФВ не достигали достоверных значений ($49,23 \pm 10,51$ vs $52,22 \pm 11,45$). Несмотря на увеличение средних значений оцениваемых показателей ВРС к 6 месяцу лечения в обеих группах межгрупповых различий как при исходном, так и при этапном обследовании отмечено не было.

Выводы: Выявлена взаимосвязь между патологическим постинфарктным ремоделированием к 6 месяцу лечения на фоне стандартной базисной терапии и наличием ПОЖНРС на 10-14 сутки Q-ИМ независимо от приема амиодарона.

0277

ОСОБЕННОСТИ ТИРОВАНИЯ ДОЗ ВАРФАРИНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С УЧЕТОМ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ VKORC1 У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Закиров Н.У., Ирисов Д.Б., Ганиев Т.З.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: Изучить влияние полиморфизма G(-1639)A гена VKORC1 на терапевтические дозы варфарина (Вф) и частоту гипокоагуляции у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) узбекской национальности.

Материалы и методы: Обследовано 92 пациента (63.1% мужчин) с длительно существующей (в среднем $5,2 \pm 6,1$ лет) ФП, имевшие не менее 2х факторов риска по шкале CHA2DS2-VASc и ранее не принимавшие Вф. Вф назначался в стартовой дозе 2,5 мг/сут, под контролем международного нормализованного отношения (МНО) дополнительно к базисной терапии основного заболевания. Чрезмерную гипокоагуляцию (ЧГ) констатировали при МНО более 3. Определение аллельных вариантов гена проводили методом ПЦР-ПДРФ (полимеразной цепной реакции с последующим изучением полиморфизма длин рестрикционных фрагментов). Для оценки собственного вклада полиморфного маркера G(-1639)A гена VKORC1 на развитие ЧГ. Из исследования исключены 8 пациентов имевшие дефектные аллели гена CYP2C9. У оставшихся 84 пациентов генотип G/G «дикий тип» имели 32,1% больных, генотипы A/G и A/A выявлены у 39,3% и 28,6% пациентов.

Результаты: За период исследования состояние ЧГ отмечено всего у 60.7% больных. У пациентов с генотипом A/G по сравнению с генотипом G/G не было значимых различий в частоте возникшей ЧГ 54.5% против 44.4%, соответственно ($\chi^2 = 0.269$; $p = 0.604$). Однако, у пациентов с генотипом A/A по сравнению с генотипом G/G достоверно чаще развивалась ЧГ 87.5% против 44.4%, соответственно ($\chi^2 = 0.815$; $p = 0.004$). При этом, дозы Вф, вызвавшие ЧГ были достоверно ниже у пациентов с генотипами A/A (3.51 ± 1.23 мг, $p = 0.008$) и A/G (3.65 ± 1.10 мг, $p = 0.012$), чем у лиц с генотипом G/G (4.31 ± 0.82). Среднее значение МНО, в момент развития ЧГ, оказались достоверно ниже 3.5 ± 0.5 ЕД у пациентов с генотипом G/G при сравнении с лицами с A/G и G/G генотипом 4.10 ± 0.99 ЕД ($p = 0.006$) и 3.51 ± 1.23 ЕД ($p = 0.008$), соответственно. Поддерживающая доза Вф, обеспечивающая терапевтическую гипокоагуляцию (МНО 2-3) у пациентов с генотипом A/A 2.59 ± 1.08 оказалась достоверно ниже, чем у лиц с носительством дикого аллеля G/G 3.75 ± 1.01 ($p = 0.000$), и даже у лиц с носительством генотипа A/G 3.34 ± 1.15 ($p = 0.016$).

Выводы: У больных с ФП узбекской национальности с носительством AA генотипа гена VKORC1 случаи ЧГ встречались чаще, а поддерживающая доза Вф была наименьшей, чем в группе сравнения.

0278

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ БОЛЬНЫМИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Хамидуллина Р. М., Закирова Н. Э., Фахретдинова Е. Р., Нуртдинова Э. Г.

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Цель: Изучить влияние особенностей питания на распространенность гипертонической болезни (ГБ). Среди общепринятых факторов риска ГБ одно из важных мест занимает характер питания пациентов.

Материалы и методы: В процессе выполнения эпидемиологической программы было обследовано 138 мужчин, изучены их рацион питания методом его «суточного воспроизведения». Была проведена 10% случайная выборка мужчин, состоящих на диспансерном учете с ГБ в одной из поликлиник города. Комплексное обследование включало опрос по стандартной анкете, антропометрию, определение общего холестерина, ЛПНП.

Результаты: Лица с артериальной гипертонией 1 степени потребляли меньше килокалорий на 1 кг массы тела и на индекс Кетле, а также меньше растительных белков и крахмала, что свидетельствует о меньшем потреблении лицами с АГ продуктов растительного происхождения. У лиц с артериальной гипертонией было менее калорийное питание, они потребляли меньше белков, углеводов, жиров и холестерина. Среди мужчин с гиперхолестеринемией отмечено меньшее потребление растительных белков и крахмала, что свидетельствует о дефиците продуктов растительного происхождения и избытке животных продуктов в их рационе. На популяционном уровне достоверные различия у мужчин с гипертриглицеридемией (ГТГ) выявлены только в отношении потребления алкоголя, который лица с ГТГ потребляли меньше, чем лица без нее. Лица с низким содержанием в крови липопротеидов высокой плотности потребляли меньше растительных, белков, клетчатки, крахмала, что является показателем дефицита в их рационе продуктов растительного происхождения. Большее потребление жиров за счет ненасыщенных и мононенасыщенных кислот отражает преобладание в их рационе животных жиров. У мужчин с избыточной массой тела установлено меньшее потребление килокалорий на 1 кг и на индекс Кетле, белков на 1 кг массы тела, но большее - общих жиров и мононенасыщенных жирных кислот. Меньшее потребление клетчатки свидетельствует о дефиците продуктов растительного происхождения.

Выводы: Изучение характера питания, с выявлением количественных и качественных особенностей потребления пищи больными гипертонической болезнью позволило разработать дифференцированные популяционные и индивидуальные рекомендации по коррекции питания среди мужского населения г. Уфы.

0279

СОСТОЯНИЕ АДГЕЗИВНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Закирова А. Н., Абдюкова Э. Р., Закирова Н. Э.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель: оценить роль нарушений адгезивной функции эндотелия в развитии фибрилляции предсердий (ФП) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: обследованы 111 больных ХСН I-IV функционального класса (ФК) ишемической этиологии, которые в зависимости от наличия ФП и ФК ХСН разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 26 больных ХСН I-II ФК без ФП, 2-ю группу составили 28 больных ХСН I-II ФК с ФП, в 3-ю группу вошли 27 пациентов ХСН III-IV ФК без ФП, 4-ю группу составили 30 больных ХСН III-IV ФК с ФП. В контрольную группу вошли 25 здоровых лиц. Об адгезивной функции эндотелия судили по концентрации растворимых молекул межклеточной адгезии sVCAM-1 и sE-селектина, которые определили иммуноферментным методом. Исследование внутрисердечной гемодинамики проводили методом эхокардиографии с оценкой линейных и объемных показателей левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП).

Результаты: у больных ХСН I-II ФК без ФП содержание sVCAM-1 и sE-селектина не отличалось от контроля, а при сочетании с ФП отмечено значимое повышение их значений.

По мере прогрессирования заболевания у пациентов ХСН III-IV ФК как с ФП, так и без нарушений ритма сердца существенно возросли уровни молекул межклеточной адгезии. Максимальные показатели sVCAM-1 и sE-селектина зарегистрированы у больных ХСН III-IV ФК при наличии ФП. При корреляционном анализе, проведенном у больных ХСН III-IV ФК, установлена взаимосвязь между параметрами sVCAM-1 и sE-селектина, определены их взаимосвязи с показателями индекса объема ЛП и объемными параметрами ЛЖ. Выявлены зависимости между содержанием молекул адгезии и показателями индекса массы миокарда ЛЖ и ФК ХСН.

Выводы: нарушения адгезивной функции эндотелия с повышенной экспрессией sVCAM-1 и sE-селектина ассоциируются с тяжестью течения ХСН и наличием ФП, что свидетельствует о важной роли нарушений адгезивной функции эндотелия в развитии ФП у больных ИБС, осложненной ХСН.

0280

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Закирова А. Н., Абдюкова Э. Р., Закирова Н. Э., Николаева И. Е.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель: оценить выраженность ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия (ЛП) у больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы: обследованы 111 больных ХСН I-IV функционального класса (ФК) ишемической этиологии, которые в зависимости от наличия ФП и ФК ХСН разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошли 26 больных ХСН I-II ФК без ФП, 2-ю группу составили 28 больных ХСН I-II ФК с ФП, в 3-ю группу вошли 27 пациентов ХСН III-IV ФК без ФП, 4-ю группу составили 30 больных ХСН III-IV ФК с ФП. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Состояние внутрисердечной гемодинамики исследовали по данным эхокардиографии с оценкой линейных и объемных показателей левого желудочка и левого предсердия, индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ и индекса объема ЛП (ИОЛП), изучали параметры ремоделирования ЛЖ и ЛП.

Результаты: установлено, что объемные параметры ИММЛЖ у больных ХСН I-II ФК без ФП имели тенденцию к повышению по сравнению с контролем. По мере увеличения ФК ХСН и присоединения ФП отмечено значимое возрастание объемных показателей и ИММЛЖ, снижение фракция выброса ЛЖ на фоне уменьшения относительной толщины стенки, увеличения миокардиального стресса и индекса сферичности (ИС) ЛЖ.

Наиболее существенная геометрическая перестройка ЛЖ, характеризующаяся снижением сократительной функции и дилатацией ЛЖ, развитием сферификации ЛЖ, зарегистрирована у пациентов ХСН III-IV ФК при наличии ФП.

Одновременно выявлено, что при наличии ФП даже у больных с начальными проявлениями ХСН (I-II ФК) имеется значимое возрастание переднезаднего, поперечного и продольного размеров ЛП. Максимальные значения морфометрических параметров ЛП достигнуты у пациентов ХСН III-IV ФК с ФП. Показатель ИС ЛП у больных ХСН независимо от ФК ХСН при отсутствии нарушений ритма имел

лишь тенденцию к его снижению, а присоединение ФП способствовало значимому возрастанию его значений и выраженной сферификации ЛП у пациентов ХСН III-IVФК. Показатель индекса объема ЛП значимо увеличивался у пациентов с ФП как при наличии I-II, так и III-IVФК ХСН. Максимальные значения ИОЛП выявлены у больных ХСН III-IVФК при наличии ФП.

Выводы: процессы ремоделирования ЛЖ и ЛП у больных ИБС сопряжены с тяжестью течения ХСН и наличием ФП. Наиболее существенная структурно-геометрическая перестройка левых отделов сердца установлена у больных ИБС, осложненной ХСН III-IVФК с ФП.

0281

МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Ермолаев Е. Н., Жамалов Л. М., Бузаев И. В.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа
ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, Уфа

Цель: Оценить уровни матриксной металлопротеиназы -9 (ММП-9) и тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ-1 (ТИМП-1) у больных стабильной стенокардией.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 58 пациентов мужчин, с ишемической болезнью сердца. Пациенты с клиническими признаками нестабильной стенокардии и острым инфарктом миокарда в исследование не включались. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от тяжести течения стенокардии. В первую группу вошли пациенты со стенокардией 1 и 2 функционального класса, во вторую пациенты с 3 и 4 функциональными классами, группу контроля составили 16 здоровых мужчин добровольцев. Всем пациентам было проведено электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, вэлэргометрия, мультиспиральная компьютерная томография, селективная коронарная ангиография. Исследование содержания ММП-9 и ТИМП-1 проводили иммуноферментным методом.

Результаты: В первой группе пациентов наблюдалось увеличение уровня ММП-9 на 21,3% по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). Уровень ТИМП-1 снизился на 26,8% ($p < 0,05$). Во второй группе наблюдалось достоверное увеличение уровня ММП-9 на 31,2% ($p < 0,05$). А уровень ТИМП-1 снизился на 28,4% ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля.

Выводы: Изменения в системе ММП-9 и ТИМП-1 ассоциируются с тяжестью течения стенокардии и наиболее выражены у больных со стенокардией III-IV функциональных классов.

0282

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Фахретдинова Е. Р., Нуртдинова Э. Г., Хамидуллина Р. М.

Башкирский государственный медицинский университет Республиканский кардиологический центр, г.Уфа

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) часто проявляется пролапсом митрального клапана и аномально расположенными хордами, которые являются классическим проявлением дисплазии соединительной ткани (ДСТ)

Цель: оценить клиническую значимость малых аномалий сердца.

Материалы и методы: Нами было исследовано 32 пациента, находившихся на обследовании в Республиканском кардиологическом диспансере, из них (мужчин – 26, женщин 6) в возрасте от 18 до 30

лет. Клинические диагнозы были выставлены 19 больным – расстройство вегетативной нервной системы различных типов, 4 - миокардитический кардиосклероз, 9 – пролапс митрального клапана. Все пациенты проходили эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) суточное мониторирование ЭКГ, толерантность к физической нагрузке определялась на велоэргометре по методике Аронова. Кроме того, по показаниям проводилась чрезпищеводная электростимуляция (ЧПЭС), УЗИ-исследования внутренних органов, изотопная ренография. Пациенты со стойким повышением артериального давления, с расширением конечного систолического размера, с зонами гипокинеза, снижением фракции выброса в исследование не включались.

Результаты: При проведении ЭХОКГ было выявлено: ПМК 1 ст. без митральной регургитации (МР) – 15 человек, ПМК 1 ст. и МР 1 – 13, ПМК 2 ст. без МР – 1, ПМК 2 ст. с МР – 2, ПМК 3 ст. с МР – 1. Дополнительные хорды левого желудочка (ДХЛЖ) обнаружены у 22 больных. Левое предсердие было увеличено у 6 человек. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у 27 пациентов (84%) были выявлены различные нарушения ритма, в том числе у 11 (33%) – желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну, у 1 больного – пробежки наджелудочковой тахикардии, у 14 – зарегистрированы нарушения проводимости. Кроме того, были выявлены и другие проявления ДСТ: у 2 пациентов диагностирован нефроптоз, у одного дисплазия почек. Варикозная болезнь различной степени выявлена у 6 больных

Полученные нами данные показали, что сочетание ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивает частоту встречаемости желудочковых нарушений ритма, в т. ч. высоких градаций. При ЧПЭС у 3 больных с сочетанием ПМК и ДХЛЖ выявлены АВ блокада 2 ст 1 тип. В той же группе больных чаще встречались внесердечные проявления ДСТ такие как нефроптоз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Выводы: Таким образом, наличие у пациентов сочетания ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивают риск желудочковых нарушений ритма, нарушений проводимости. Полученные данные позволяют предложить использовать ЭХОКГ для оценки риска при несиндромных формах ДСТ.

0283

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЛЬЦИНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ПОМОЩИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Закирова А. Н., Закирова Н. Э., Николаева И. Е., Жамалов Л. М., Яманаева И. Е.

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, Уфа

Цель: Оценить выраженность атеросклеротического процесса в зависимости от кальциноза коронарных артерий (КА) по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материалы и методы: В исследовании включены 30 пациентов в возрасте от 44 до 80 лет, из них 50% мужчин и 50% женщин со стабильной стенокардией II и III функционального класса в сочетании с артериальной гипертензией. При обследовании пациентов изучали жалобы, анамнез, наличие факторов риска, проводили физикальное обследование, определяли показатели роста и веса, оценивали липидный спектр. Выраженность кальциноза КА определяли с помощью МСКТ по методу Agatston с определением кальциевого индекса (КИ). Все больные были разделены на 5 групп (гр.) в зависимости от величины КИ.

Результаты: Было выявлено, что частота обызвествления КА нарастает с возрастом. Ожирение наблюдались у 22 обследуемых (73%), преимущественно у женщин. Отягощенная наследственность отмечена у больных всех групп и установлена у 70% пациентов (21 человек). Курящие больные составили 10% от общего количества обследуемых; показатели холестерина и его атерогенных фракций у них были сопоставимы с группой некурящих пациентов. По мере прогрессирования степени коронарного кальциноза отмечено возрастание средних уровней общего холестерина (от $5,32 \pm 1,01$ ммоль/л в гр. очень низкого КИ, до $5,73 \pm 0,29$ ммоль/л в гр. очень высокого КИ) и средних уровней холестерина липопротеидов низкой плотности (от $2,63 \pm 0,89$ ммоль/л в гр. очень низкого КИ, до $2,93 \pm 0,98$ ммоль/л в гр. очень высокого КИ). При оценке состояния коронарного русла установлено, что реже всего стено-

зы КА встречались в группе пациентов с низким и очень низким КИ (в 4-х случаях из 12, из них гемодинамически значимые стенозы были у 2-х больных). Максимальное количество стенозированных КА выявили в группах высокого и очень высокого КИ, при этом гемодинамически значимые сужения КА наблюдались у всех больных. Наибольшее количество сегментов КА, пораженных атеросклеротическим процессом, зарегистрировано у пациентов с высоким КИ (от 4 до 6 сегментов у каждого больного). В группе пациентов с очень высоким КИ количество стенозированных сегментов КА было меньше (от 2 до 4 у каждого больного). Вероятно, это связано с тем, что средний возраст больных с высоким КИ был выше, чем у пациентов с очень высоким КИ ($68 \pm 5,6$ лет и $63 \pm 7,4$ года соответственно).

Выводы: Выраженность коронарного кальциноза ассоциируется с увеличением степени стенозирующего поражения коронарного русла и зависит от возраста. МСКТ как информативный метод оценки коронарного атеросклероза может быть использован в скрининге ишемической болезни сердца в амбулаторной практике.

0284

ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Фахретдинова Е. Р., Мухамедрахимова А. Р., Кутдусов Р. Ф.,
Кильмаматова В. В.,

Башкирский государственный медицинский университет
Республиканский кардиологический центр, Уфа

Цель: выявить особенности развития, клиники, диагностики острого инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста.

Материалы и методы: Нами обследовано 30 мужчин моложе 45 лет (средний возраст $39 \pm 4,8$ года), у кого был выявлен острый инфаркт миокарда (ИМ) и которые проходили лечение в Республиканском кардиологическом центре. В группу сравнения вошли 30 мужчин с ИМ, но старше 45 лет (средний возраст $49 \pm 6,3$ года). Среди молодых больных на учете с гипертонической болезнью состояло 3 человек. Среди пациентов старшего возраста на учете с ИБС состояло 7 человек, с гипертонической болезнью - 21, с сахарным диабетом - 5 (в том числе впервые выявленным двое).

Результаты: При анализе данных анамнеза было выявлено, что инфаркт у 28 молодых пациентов представлял собой первый признак атеросклероза, у двоих до ИМ отмечались ангинозные боли. В то же время у лиц пожилого возраста развитию инфаркта миокарда чаще предшествовала прогрессирующая стенокардия и усиление проявлений сердечной недостаточности. Надо отметить, что среди молодых чаще встречались такие факторы риска как курение - 24 человека против 19 среди немолодых; ожирение - 11 пациентов против 7 среди немолодых; отягощенная по ИБС наследственность - 28 против 21. Нами было выявлено, у молодых пациентов тяжелые осложнения встречались реже лишь у 8 больных (27%). В то время как течение ИМ у 17 лиц пожилого возраста (56%) было тяжелое, сопровождалось развитием острой сердечной недостаточности, тяжелых аритмий, тромбоэмболий, кардиогенного шока. Установить диагноз ИМ у молодых помогали характерные изменения на ЭКГ, выявление повышенного уровня тропонина, МВ-фракции креатинфосфокиназы и лактатдегидрогеназы -1, которые выступают критериями диагностики у большинства (83%). В контрольной группе чаще встречается поздняя динамика ЭКГ, диагноз опирается на лабораторные методы. На КАГ у подавляющего большинства молодых больных (27 чел., 90%) наблюдается стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов сердца и лишь у 2 больных атеросклероз незначителен. У немолодых пациентов у 4 выявлен незначительный атеросклероз.

В лечении лиц молодого возраста применялись те же препараты, что и у старших: ацетилсалициловая кислота, клопедогрель, тикагрелор, гепарины, β -блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, статины, верошпирон.

Выводы: Таким образом, течение ИМ у молодых имеет ряд особенностей: как правило, ИМ первое клиническое проявление ИБС, у большинства при обследовании выявляется стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Диспансерное наблюдение и ранняя диагностика молодых лиц с фак-

торами риска, такими как курение, ожирение и отягощенная наследственность, может предотвратить развития кардиологических заболеваний и способствовать увеличению продолжительности жизни.

0285

ПРИМЕНЕНИЕ РАНОЛАЗИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА.

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Фахретдинова Е. Р., Прудько Е. Л., Мухамедрахимова А. Р.
Исмагилова Э. Ф.

Республиканский кардиологический центр,
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Цель: оценить эффективность ранолазина в комплексном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы исследования.

В исследование были включены 42 мужчины, перенесших острый инфаркт миокарда и находившихся на лечении в республиканском кардиологическом центре г. Уфы. Средний возраст пациентов $49 \pm 6,7$ лет. Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 21 больного (53,4%). Повторный инфаркт миокарда перенесли 16 больных (38,0%). Всем больным проведены ЭХО КГ, динамика и мониторинг ЭКГ. Схема лечения кроме аспирина, клопидогреля, β -блокаторов, ингибиторов АПФ или сартанов, статинов, включала в себя ранолазин в дозе 500 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту и полу, перенесшие острый инфаркт миокарда, в схему лечения которых ранолазин не входил. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

Результаты: У всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. По данным Холтеровского мониторирования ЭКГ средняя частота сердечных сокращений достигала в среднем 70 ударов в минуту (в том числе у больных с фибрилляцией предсердий). Выявлено уменьшение эпизодов депрессии сегмента ST. Увеличения интервала QT не регистрировалось. По сравнению с контрольной группой достоверно реже выявлялись нарушения ритма такие, как желудочковая экстрасистолия, синусовая тахикардия. В отличие от контрольной группы не требовалось назначение дополнительных антиангинальных препаратов. Достоверных изменений показателей АД, ЧСС и уровня глюкозы не выявлено. Нами была выявлена хорошая переносимость ранолазина. Побочных действий, требующих отмены препараты, в нашем исследовании выявлено не было.

Выводы: Таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда ранолазин улучшает самочувствие больных после инфаркта миокарда, снижает частоту ангинозных приступов, а также уменьшает частоту желудочковой экстрасистолии у больных, перенесших инфаркт миокарда.

0286

ПРИМЕНЕНИЕ ИВАБРАДИНА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Закирова А. Н., Николаева И. Е., Хамидуллина Р. М., Фахретдинова Е. Р., Фаткулина З. С.,
Мамлеева Н. А.

Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканский кардиологический центр, г.Уфа.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения ивабрадина у пациентов ишемической болезнью сердца с систолической дисфункцией левого желудочка, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы: в исследование включено 44 пациента, том числе мужчин -39 человек, женщин – 5, страдавших ишемической болезнью и находящихся на стационарном лечении в отделении долечивания после операции аортокоронарного шунтирования. Средний возраст больных составил $52,7 \pm 8,1$ лет, у 38 пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, что было подтверждено данными ЭхоКГ и коронароангиографии. Все включенные в исследование пациенты после проведения коронароангиографии были прооперированы в плановом порядке. Послеоперационный период протекал без особенностей. Признаки ХСН II стадии (отеки на ногах, увеличение печени, застойные изменения в легких, снижение глобальной сократимости) имелись у всех пациентов после хирургического лечения. При электрокардиографическом исследовании были выявлены синусовая тахикардия со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) $84 \pm 6,8$ ударов в мин., критерием исключения были нарушения ритма такие как парные желудочковые и предсердные экстрасистолы, короткие пробежки наджелудочковой и желудочковой тахикардии. По данным эхокардиографического исследования обнаружено увеличение полости левого желудочка, снижение сократительной способности его миокарда (выброса левого желудочка (ФВ) составила в среднем $40 \pm 1,7\%$). Все пациенты получали лечение, в которое были включены ацетилсалициловую кислоту, статины, ингибиторы АПФ или сартаны, β -блокаторы в рекомендованных дозах и ивабрадин 5 мг 2 раза в день. У 7 пациентов (15%) дозировка ивабрадина была увеличена до 7,5 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и клинической переносимости. Через 3 недели и после санаторного этапа реабилитации всем пациентам были проведены холтеровское мониторирование ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты: Через 3 недели у пациентов выявлены достоверное снижение ЧСС на $8,5 \pm 4,1$ уд/мин, не регистрировалось учащение уже имевшихся нарушений ритма и имелась тенденция к увеличению ФВ на $1,3 \pm 0,56\%$. Через 2 месяца после хирургического лечения у всех пациентов по данным холтеровского мониторирования были достигнута ЧСС ниже 70 уд./мин, снизилось число желудочковых экстрасистол на 50%, в том числе на 90% высоких градаций. На эхокардиографическом исследовании выявлены увеличение ФВ на $1,9 \pm 0,78\%$. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, повышение толерантности к физической нагрузке. Побочных эффектов, требовавших отмены ивабрадина, в исследовании не зарегистрированы.

Выводы: Назначение ивабрадина в терапевтической дозировке от 5,0 до 7,5 мг 2 раза в день в комбинации с β -блокаторами и другими препаратами, рекомендованными для лечения ХСН, хорошо переносится и приводит к достоверному снижению ЧСС, уменьшению проявлений ХСН и улучшению функции левого желудочка. Ивабрадин целесообразно включать в медикаментозную реабилитацию пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования.

0287

ВКЛАД ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В РАЗВИТИЕ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА И ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова Н. Э. Закирова А. Н.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель: установить роль иммунновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в развитии ремоделирования миокарда и прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследованы 458 больных ИБС, из них 251 - со стабильной стенокардией (СС), 162- с нестабильной стенокардией (НС) и 45 - с инфарктом миокарда (ИМ). В контрольную группу вошли 55 здоровых лиц. Исследовали состояние систолической и диастолической функции, определяли типы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). Для оценки иммунновоспалительных реакций

изучали уровни первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), активность антиоксидантных ферментов (АОФ) и витамина Е, про- (ИЛ-1В, ИЛ-6, ФНО-а) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов. Функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и уровню эндотелина -1 (ЭТ-1) и концентрации молекул межклеточной адгезии (JСAM-1, VCAM-I, E-селектин).

Результаты: установлено, что развитие процессов ремоделирования миокарда с нарушениями систолической и диастолической функции ЛЖ ассоциируется с тяжестью течения стенокардии и наиболее существенно при прогрессирующем течении ИБС. Дестабилизация течения ИБС характеризуется развитием эксцентрического типа ремоделирования и рестриктивного типа диастолической дисфункции ЛЖ. Выявлено, что интенсивность процессов ПОЛ и состояние антиоксидантной системы (АОС) у больных ИБС сопряжены с тяжестью течения заболевания. При СС повышается уровень продуктов ПОЛ, но активность глутатиопероксидазы, АОФ и витамина Е сохранена. Прогрессирующее течение ИБС с развитием НС и ИМ сопровождается повышением первичных и вторичных продуктов ПОЛ при низкой активности АОФ и витамина Е. При СС легкого течения отмечен подъем уровня противовоспалительных цитокинов при умеренных значениях провоспалительных цитокинов, а дестабилизация течения ИБС характеризуется гиперэкспрессией ИЛ-1В, ИЛ-6 и ФНО-а на фоне снижения активности ИЛ-4 и ИЛ-10. Установлено, что формирование клинического течения ИБС взаимосвязано с нарушениями вазодилатирующей, вазоконстрикторной и адгезивной функций эндотелия, которые выявляются уже при СС. Прогрессирующее течение ИБС характеризуется гиперэкспрессией JСAM-I, VCAM-1, E-селектина, повышенным синтезом ЭТ-1 и ингибированием ЭЗВД сосудов. При корреляционном анализе, определены взаимосвязи между показателями, характеризующими иммуновоспалительные реакции и функцию эндотелия, установлены их зависимости от выраженности ишемии миокарда и процессов ремоделирования ЛЖ.

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о важной роли иммуновоспалительных реакций и дисфункции эндотелия в развитии процессов ремоделирования миокарда и прогрессировании ИБС.

0288

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ И НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Закирова Н. Э., Закирова А. Н.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

Цель: оценить состояние внутрисердечной гемодинамики и особенности ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с осложненным и неосложненным течением заболевания.

Материалы и методы: обследованы 114 мужчин, больных ОИМ, которые в зависимости от тяжести течения разделены на 2 группы.

Неосложненное течение ОИМ зарегистрированы у 78 пациентов ОИМ, из них у 38 был не Q-ИМ, а у 40 – Q-ИМ. Осложненное течение ИМ установлено у 36 человек. В контрольную группу вошли 25 здоровых мужчин. При оценке внутрисердечной гемодинамики методом эхокардиографии определяли фракцию выброса (ФВ), индексированные объемные показатели и массу миокарда (ММИ) ЛЖ. Рассчитывали параметры ремоделирования ЛЖ: индекс сферичности (ИС), относительную толщину стенки (ОТС), миокардиальный стресс (МС), интегральный систолический индекс ремоделирования (ИСИР), устанавливали геометрические типы ремоделирования ЛЖ.

Результаты: исследование внутрисердечной гемодинамики установило, что объемные показатели ЛЖ, ММИ, ФВ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ у всех больных острым ИМ, независимо от глубины поражения и тяжести течения заболевания, существенно отличались от контроля. При оценке функционального состояния миокарда у больных ОИМ в зависимости от

глубины поражения миокарда выявлено, что у больных Q-ИМ отмечено значимое возрастание конечного систолического объема (КСО) ЛЖ, имелась тенденция к увеличению конечного диастолического объема (КДО) и ММИ ЛЖ по сравнению с данными не Q-ИМ. Выраженная дилатация ЛЖ зарегистрирована при осложненном течении ОИМ, параметры КДО, КСО и ММИ значительно превышали эти показатели у больных как с не Q-ИМ, так и Q-ИМ. У пациентов с осложненным течением ОИМ существенно снижалась сократительная функция миокарда, проявляющаяся уменьшением величины ФВ ЛЖ. Выраженные нарушения гемодинамики при осложненном течении ОИМ развивались на фоне значимого уменьшения ОТС и возрастания ИС, сопровождалась повышением МС ЛЖ. Показатели МС ЛЖ у больных с осложненным ОИМ были на 59,7% больше данных не Q-ИМ и на 35,1% превышали значения Q-ИМ. Информативным показателем оценки тяжести течения ИМ и выраженности ремоделирования ЛЖ у больных ОИМ является ИСИР, его параметры при осложненном ОИМ были значимо ниже данных не Q-ИМ и О-ИМ.

Заключение: осложненное течение ОИМ характеризуется дезадаптивной формой ремоделирования ЛЖ, проявляется нарушением сократительной функции и дилатацией ЛЖ, уменьшением ОТС, возрастанием МС и выраженной сферификацией ЛЖ.

0289

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ШКАЛЫ CHADS2 И HATCH В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Закиров Н. У., Курбанов Р. Д., Ганиев Т. З., Ирисов Д. Б.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент

Цель: определить сравнительную прогностическую ценность шкалы CHADS2 и HATCH для оценки риска прогрессирования фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: Мы ретроспективно изучили данные 137 больных (средний возраст 55 ± 13 лет; 68% мужчин) с пароксизмальной ФП (> 2 приступов за 3 месяца) после восстановления синусового ритма. Перенесенный в анамнезе инсульт был выявлен у 4% больных, ХСН (классы I-III по NYHA) у 31%, артериальная гипертензия у 69% и ХОБЛ у 21%, СД у 12%. Еще 6% больных были старше 75 лет. С профилактической целью дополнительно к базисной терапии 82% больных принимали амиодарон или пропафенон. Прогрессирование ФП устанавливалось при переходе пароксизмальной в постоянную форму. Первичной конечной точкой было сохранение ритма в течение 1 года (средний период наблюдения составил 24 ± 15 месяцев). Для оценки предсказывающей точности обеих шкал была использована ROC кривая и рассчитана площадь под кривой для прогнозирования прогрессирования ФП.

Результаты: исходный общий средний показатель по шкале HATCH составил $1,67 \pm 1,5$ баллов а по шкале CHADS2 $1,3 \pm 1,2$ балла. В целом, за период наблюдения только у 12 (8,8%) больных наблюдался переход пароксизмальной ФП в постоянную форму (1-я группа). В 1-й группе исходный средний балл по шкале HATCH был значительно выше, чем у пациентов без прогрессирования ФП (2-ая группа), составив $3,8 \pm 1,6$ против $1,5 \pm 1,4$, $P < 0,0001$. Средний балл по шкале CHADS2 исходно был также значительно выше в 1-ой группе ($3,0 \pm 1,9$ против $1,1 \pm 0,99$, $P < 0,0001$). В 1-ой группе, пациенты с прогрессированием ФП, в 33% случаях имели исходный высокий риск по обеим шкалам. При этом, по шкале HATCH только 8 (6%) из 137 пациентов исходно имели более 5 баллов (высокий риск), при этом у 50% из этих пациентов наблюдалось прогрессирование ФП, что в 8.3 раза больше (6%) в сравнении с пациентами 2-группы, имевших низкий или умеренный риск ($p < 0,0001$). В то же время, по шкале CHADS2 больные с исходным высоким риском прогрессирования ФП составили 3%(n=4), и во всех случаях (100%) наблюдалось прогрессирование ФП; тогда как у лиц с исходным значением CHADS2 <5 баллов лишь в 7% случаях отмечались прогрессирование ФП ($p < 0,0001$). Площадь под ROC кривой для HATCH шкалы составлял 0,820 (95% CI, 0.701-0.939, $p < 0,0001$) и 0,798 (95% CI, 0.687-0.910, $p < 0,001$) для CHADS2 шкалы. Существенных различий между шкалами не выявлено.

Выводы: Пациенты соответственно с исходным показателем > 5 баллов по шкалам CHADS2 и HATSH имеют 14,2 и 8,3 -кратное увеличение риска прогрессирования фибрилляции предсердий. В нашем исследовании прогностическая ценность CHADS2 в предсказании прогрессирования ФП не уступала соответствующему показателю эталонной шкалы HATSH.

0290

НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Заковряшина И. Н., Орехова Ю. Н., Иванченко Д. Н., Дорофеева Н. П., Машталова О. Г.,
Куликова И. Е., Чибинева С. А.

ГБОУ ВПО «Ростовский Государственный Медицинский Университет» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону

В настоящее время интерес кардиологов к проблеме когнитивных расстройств значительно увеличился. Поскольку заболевания сердечно-сосудистой системы, являются фактором риска развития когнитивных нарушений, начальные этапы когнитивного снижения нередко проходят «на глазах» интерниста.

Цель: определение распространенности когнитивных нарушений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, оценка взаимосвязи когнитивной функции (КФ) и приверженности к терапии, а также коморбидной патологией.

Материалы и методы: В исследование после предварительного получения информированного письменного согласия были включены 50 пациентов, проходящих лечение в кардиологическом отделении. Средний возраст пациентов 58 ± 7 лет; 76% опрошенных составили мужчины, 24% - женщины. Критериями исключения считались отказ от участия в исследовании, онкологические и тяжелые психические заболевания, заболевания органов зрения и слуха, не позволяющие заполнить предложенные опросники, инсульт, черепно-мозговая травма в анамнезе, нарушение углеводного обмена. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) была диагностирована у 60% больных (30 человек), гипертоническая болезнь (ГБ) II стадия - у 40% (20 человек).

Для оценки когнитивных функций была использована Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA), разработанная для быстрого скрининга умеренной когнитивной дисфункции сосудистого генеза. Приверженность к терапии оценивалась с использованием опросника Мориски-Грина. При этом учитывали не только текущее стационарное лечение, но и амбулаторное выполнение рекомендаций. Коморбидность определялась путем вычисления индекса коморбидности Чарлсона. Статистическая обработка данных проводилась при помощи электронных таблиц Microsoft Excel 2013.

Результаты: Когнитивные нарушения встречались у 80% пациентов (40 человек). На группу с ИБС пришлось 65% (26 человек), с ГБ - 35% (14 человек). Средний балл по шкале MoCA в группе с ИБС составил $20,7 \pm 2,9$, у пациентов с ГБ $22,8 \pm 3$. Когнитивный дефицит в группе с ИБС выявили в 92% случаев (у 24 пациентов), с ГБ у 70% опрошенных (14 пациентов).

В целом высоко приверженными к лечению оказались 44% опрошенных, 56% вошли в группу неприверженных. В группе пациентов с ИБС у 69% обнаружена низкая комплаентность, а также выявлена умеренная взаимосвязь между уровнем КФ и приверженностью к терапии ($r = 0,26$). Среди больных с ГБ 50% оказались низко приверженными, и уровень приверженности также был умеренно связан КФ ($r = 0,28$).

При оценке коморбидности 16,6% опрошенных набрали 4 балла по Чарлсону, а каждый четвертый (25%) - 5 и более баллов. Таким образом, вероятность 10-летней выживаемости у 41,6% исследуемых оказалась менее 53%. Очевидно, эта категория больных нуждается в тщательном выполнении рекомендаций лечащего врача. Несмотря на это, высокая коморбидность чаще сочеталась с низкой приверженностью к терапии ($r = -0,25$), а также с нарушениями когнитивных функций ($r = -0,49$).

Выводы: Для пациентов находящихся на лечении в кардиологическом стационаре, характерна высокая распространенность нарушений когнитивных функций. Во всех выделенных нами нозологических группах была выявлена слабая положительная связь комплаентности и когнитивного дефицита. В группе лиц с высокой коморбидностью имеется тенденция к снижению КФ и приверженности к терапии.

0291

АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ

Залетова Т. С., Богданов А. Р., Сенцова Т. Б., Ворожко И. В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт питания», Москва

Цель: изучение нейрогормональной активации при формировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с ожирением.

Материалы и методы: было обследовано 152 пациента с ожирением и ХСН в возрасте от 30 до 79 лет. Критерием включения было наличие хронической сердечной недостаточности по данным эхокардиографии и теста оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы (тест с 6-минутной ходьбой). Группа была разделена на 3 подгруппы в зависимости от степени ожирения: I ст. (ИМТ = 30-34,9 кг/м²) - 18 человек, II ст. (ИМТ = 35-39,9 кг/м²) - 23, ожирение III ст. (ИМТ ≥ 40 кг/м²) - 111. Часть пациентов с ожирением III ст. и ХСН была разделена на подгруппы в зависимости от тяжести течения ХСН: 1) 1 функциональный класс (ФК) - 17 пациентов; 2) 2 ФК - 50; 3) 3 ФК - 35. Всем обследуемым был проведен анализ следующих показателей: уровень альдостерона, ренина, ангиотензина II.

Результаты: при анализе биомаркеров ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) нами было выявлено, что у пациентов с ожирением и ХСН отмечалось повышение уровня альдостерона плазмы крови, причем по мере прогрессирования ожирения его концентрация возрастала. Уровень альдостерона (при норме 10 - 60 пг/мл) у больных ожирением I и II ст. составил 77,3±4,47 пг/мл и 59,1±6,43 пг/мл, соотв.; в то время как аналогичный показатель у больных с ожирением III ст. был равен 147,3±6,27 пг/мл (p<0,01). Гиперальдостеронизм имел место на фоне нормального содержания ренина, уровень которого у больных ожирением не менялся в зависимости от ИМТ. При анализе зависимости концентрации биомаркеров РААС в плазме крови от ФК ХСН нами было выявлено, что пациенты с 3 ФК ХСН характеризуются более высоким уровнем альдостерона и ренина плазмы крови по сравнению с 1 ФК ХСН (уровень альдостерона - 135,1±10,41 пг/мл и 68,1±5,76 пг/мл, соотв. p<0,01; уровень ренина 41,2±3,49 пг/мл, 26,0±3,08 пг/мл, соотв. (p<0,05). Значимых изменений ангиотензина II в различных группах пациентов не было выявлено.

Выводы: у пациентов с ХСН и ожирением диагностируется повышение уровня альдостерона плазмы крови, находящееся в прямой зависимости от степени ожирения и ФК ХСН. По мере прогрессирования ожирения развивается вторичный гиперальдостеронизм. При выборе тактики лечения больных ожирением необходимо учитывать уровень альдостерона и ренина плазмы крови и, в случае их повышения, назначать соответствующую лекарственную терапию. Селективная блокада альдостерона может иметь особую привлекательность в терапевтической стратегии у пациентов с ожирением с позиции снижения риска развития ХСН.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ОЖИРЕНИЯ

¹Замахина О. В., ¹Бунова С. С., ¹Усачева Е. В., ¹Нелидова А. В., ²Тютюева С. П.

¹ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2БУЗ00 «Городская поликлиника №6», Омск, Россия.

Цель: Оценить особенности гемодинамики и вегетативный статус у пациентов с коронарным атеросклерозом в зависимости от наличия ожирения.

Материалы и методы: В исследование включены 120 пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС) в возрасте 54,9 (31;67) года, из них 103 (85,8%) мужчины и 17 (14,2%) женщин. Коронарный атеросклероз был верифицирован по наличию в анамнезе сосудистого события (инфаркт миокарда (ИМ) или коронарного вмешательства (КВ)) и/или по данным коронарографии. Исследуемых пациентов разделили на 2 группы: 1 группа с ожирением, (ИМТ>30 кг/м²), n=54; 2 группа без ожирения (ИМТ<30 кг/м²), n=66. При проведении ЭхоКГ оценивали гемодинамические параметры. Исследование вегетативного статуса проводилось с помощью вариабельности сердечного ритма путем регистрации коротких 5-минутных интервалов ЭКГ в фоновой пробе с использованием «ВНС-микро» («НейроСофт»).

Результаты: Группы были сопоставимы по полу и возрасту, наличию сопутствующей артериальной гипертензии, курению в анамнезе. В 1 группе было больше работников умственного труда 33 человека (50%), в то время как во 2 группе их количество 25 человек (45,3%), при p=0,04. Достоверные различия между группами получены по количеству случаев сопутствующего сахарного диабета: 35 случаев (64,8%) в 1 группе, и 19 случаев (35,2%) во 2 группе, при p=0,02. По данным ЭхоКГ минутный объем крови, мл был больше у пациентов с ожирением- 5807мл (3900;10218), по сравнению с пациентами без ожирения 5188мл (2834;10466), p=0,049. Индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) так же больше в 1 группе- 107,4 (63,5;215,1), тогда как во 2-й- 99,1 (62,2;195,9), p=0,046; что связано не только с ожирением, но и с более тяжелым течением АГ- количество больных с 3 степенью АГ в 1-й группе-40 (75,1%), во 2-й- 37 (56,1%), при p=0,03. ОПСС достоверно больше в 1-й группе- 1731,3 дин·с·см-5/м² (712,3;2074,5), по сравнению со 2-й группой- 1567,2 дин·с·см-5/м² (784,0;2449,5), при p=0,049. Данные гемодинамические изменения подтверждают наличие гиперсимпатикотонии у пациентов с ожирением. При анализе показателей ВСР выявлена меньшая общая мощность спектра ТР – в 1-й группе 840,8 мс²(300,4;4076,3), во 2-й- 1040 мс²(407,3;5086,2), p=0,02; увеличение мобилизующего влияния симпатического отдела ВНС, которое отражает амплитуда моды АМо, %: в 1 группе-68,0% (17,1;100,0), во 2-й группе 60,7% (27,6;87,6), p<0,003. Данный факт так же подтверждает гиперсимпатикотонию в 1 группе.

Выводы: У пациентов с коронарным атеросклерозом, имеющих ожирение выявляются признаки гиперкинетического типа гемодинамики и более высокий иММЛЖ по ЭхоКГ, что так же подтверждается более высокой степенью АГ и большим мобилизующим влиянием симпатического отдела ВНС у данной категории пациентов. Более низкая ТР у лиц с ожирением свидетельствует о снижении адаптационных возможностей и худшим прогнозом у них.

Работа выполнена в рамках гранта РГНФ (заявка № 15-16-55006).

0293

ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ С РАМИПРИЛОМ

Запесочная И. Л., Автандилов А. Г.

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, город Москва

Цель: оценить влияние 6-ти месячной комбинированной антигипертензивной терапии антагонистом кальция – амлодипином (А) с ингибитором ангиотензинпревращающего фермента – рамиприлом (Р) на показатели церебрального кровотока у больных артериальной гипертензией (АГ), работающих на Крайнем Севере с различными трудовыми графиками.

Материалы и методы: Исследовано 130 больных АГ 2–3-й степени, которые были разделены на две группы в зависимости от трудового графика их работы: 1-я группа – 67 лиц, работающих только в дневную смену; 2-я – 63 человека, работающих посменно, то есть в дневную и ночную смены. Была назначена терапия со старта (А) с (Р). Титрование препаратов до конечной эффективной дозы осуществлялось до 4-х–6-ти недель. Конечные суточные дозы (А)/(Р) составили: в 1-й группе – 8,3±1,3/16,5±2,9 мг/сут., во 2-й – 9,5±1,5/26,8±1,5 мг/сут. Исследовали ультразвуковую доплерографию общей сонной, внутренней сонной и позвоночной артерий (ОСА, ВСА и ПА, соответственно) исходно, через 12 недель и через 6 месяцев терапии.

Результаты: В 1-й группе 6-ти месячная терапия (А) с (Р) способствовала улучшению церебрального кровотока по сравнению с исходными данными: пиковая систолическая скорость кровотока (Vps) не достигая достоверности в ОСА повысилась на 4,79% (p=0,15); в ВСА и ПА – достоверно увеличилась на 6,78% и 6,42%. Отмечалось значимое увеличение максимальной конечной диастолической скорости кровотока (Ved) в ОСА, ВСА и ПА (на 6,31%, 11,30% и 8,14%, соответственно), что связано с уменьшением кровотока, так как данный показатель имеет обратно пропорциональную зависимость от индекса циркуляторного сопротивления (RI). Выявлено достоверное снижение RI в ОСА, ВСА и ПА – на 7,90%, 9,45% и 8,22%, соответственно. Отмечалось значимое увеличение усредненной по времени максимальной скорости кровотока в ОСА, ВСА и ПА, более выражено в ВСА, (на 7,31%, 7,80% и 6,45%, соответственно).

Во 2-й группе на фоне 6-ти месячной терапии (А) с (Р) отмечалось улучшение церебрального кровотока, о чем свидетельствует положительная динамика в виде достоверного снижения показателя RI в ОСА, ВСА и ПА (на 7,90%, 11,85% и 8,22%, соответственно); увеличения Vps в ОСА, ВСА и ПА (на 6,06%, 9,34% и 7,63%, соответственно) и Ved в ВСА (на 14,77%). Исходно у больных АГ отмечалось умеренное увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) (в 1-й группе – до 0,97±0,03 мм, во 2-й – до 1,01±0,02 мм). К 6-му месяцу терапии выявлено достоверное снижение ТКИМ: в 1-й группе – до 0,87±0,04 мм (на 10,3%), во 2-й – до 0,92±0,03 мм (на 10,0%) (p<0,05).

Выводы: 6-ти месячная терапия (А) с (Р) оказывала положительное действие на церебральную гемодинамику у больных АГ, выраженное в приросте скоростных показателей кровотока и снижении индексов сопротивления. Улучшение показателей может быть связано с уменьшением артериального давления. Отмечалось значимое уменьшение ТКИМ в обеих группах наблюдения, но не достигнув нормативного значения у больных АГ, работающих в ночную смену.

0294

НОВЫЕ СКРИНИНГОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ ЭКГ

Зарубина Т. В.¹, Щелькалина С. П.¹, Стручков П. В.²

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2- ФГБУЗ КБ №85 ФМБА России

На этапе массовых медицинских осмотров единственным инструментальным методом оценки состояния сердца является электрокардиография, поэтому расширение диагностического применения ЭКГ представляется актуальной задачей.

Цель: предложить параметры, получаемые при стандартной электрокардиографии, пригодные для скрининговой диагностики.

Материалом для настоящего исследования послужили цифровые записи ЭКГ в 12 стандартных отведениях (800 Гц) 170 пациентов отделения функциональной диагностики ФГБУЗ «Клиническая больница № 85» ФМБА России.

Всем пациентам были проведены исследования на компьютерном электрокардиографе «Поли-Спектр-8» (ООО «Нейрософт», г. Иваново) и эхокардиографе «Vivid 7 Dimension» («General Electric»). Обработка цифровых записей ЭКГ проводилась с помощью специально разработанного программного обеспечения с использованием языков программирования Ruby и R.

По результатам ЭхоКГ была выделена группа пациентов (52 человека) с хотя бы одним из прогностически значимых вариантов ремоделирования: дилатация левого желудочка, снижение фракции выброса <60%, нарушение регионарной сократимости, аневризма левого желудочка, утолщение межжелудочковой перегородки, утолщение задней стенки левого желудочка.

Результаты: Анализировались 990 параметров ЭКГ в 12 отведениях, представляющих собой временной сдвиг (в единицах отсчёта – 1 ед.от. = 1/800 с) положения максимумов одноименных зубцов (P, Q, R, S, T) одного и того же кардиоцикла в разных отведениях. Определяли минимальное, среднее и максимальное значение для каждой пары отведений ЭКГ. Эти параметры отражают разницу в моментах достижения максимума амплитуды концом вектора электродвижущей силы сердца на двух проекциях. Изменения значения временного сдвига свидетельствуют об изменении поведения вектора ЭДС и, следовательно, об изменении проведения и/или морфологической структуры. Статистически значимые различия по критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$) между группой с прогностически значимыми вариантами ремоделирования сердца и группой пациентов с прогностически незначимыми состояниями сердца были обнаружены по 182 параметрам. Наиболее сильными различия ($p < 0,001$) были по сдвигу между отведениями II и V6: медиана максимального значения сдвига положения R зубца у группы без прогностически значимых находок на ЭХО-КГ составила 5 ед.от. [25% - 3; 75% - 8], у группы с прогностически значимыми находками – 10 [5; 17] ед.от., или 6,25 [3,75; 10,00] и 12,50 [6,25; 21,25] мс соответственно. Поскольку параметры, рассчитанные на основании любого из зубцов, имеют идентичные, с учётом погрешности, значения, для расчёта временного сдвига можно использовать наиболее качественно определяющийся в данном кардиокомплексе зубец.

Выводы: 1. Значения временного сдвига между отведениями могут быть использованы для построения диагностических критериев при скрининге. 2. Параметры, рассчитываемые на основании положения разных зубцов, являются идентичными и взаимозаменяемыми, что позволяет использовать подход даже в случае выпадения отдельных элементов ЭКГ вследствие патологических изменений и артефактов.

0295

РОЛЬ ТРИМЕТАЗИДИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ X

Захарова О. В., Болдуева С. А., Леонова И. А.

ГБОУ ВПО Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И.И.Мечникова, кафедра факультетской терапии, г. Санкт-Петербург

Введение: Кардиальный синдром X (КСХ) – это одна из форм ишемической болезни сердца (ИБС). Критериями диагностики данного заболевания являются: наличие стенокардитических болей, положительный нагрузочный тест, ангиографически неизмененные коронарные артерии (КА) при доказанном отсутствии спазма эпикардиальных КА. Среди теорий патогенеза КСХ многие авторы выделяют нарушение эндотелий – зависимой вазодилатации мелких миокардиальных артерий.

Медикаментозная терапия таких пациентов, согласно европейским рекомендациям (ESC, 2013), включает препараты, используемые при ИБС – бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, статины, дезагреганты. Однако, как показывают данные литературы, эта терапия мало эффективна, качество жизни у таких пациентов низкое, а физическая активность значительно ограничена.

Цель: оценить эффективность терапии триметазидином у больных с КСХ

Материалы и методы: в исследование было включено 60 пациентов, которым на основании клинической картины, отсутствия изменений в КА при диагностической коронарографии, положительного нагрузочного теста (тредмил), позитронно – эмиссионной томографии миокарда с функциональными пробами (холодовая проба, проба с дипиридамолом), наличия дисфункции эндотелия по данным периферийной артериальной тонометрии (PAT), был диагностирован КСХ. Дисфункция эндотелия определялась с помощью периферийной артериальной тонометрии (PAT) на приборе Endo-PAT 2000 при индексе реактивной гиперемии (RHI) менее 1,67. Для оценки качества жизни пациентов использовался Сизтлский опросник качества жизни (SAQ). Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа пациентов (контрольная) (всего 30 человек) получала базисную медикаментозную терапию, включающую дезагреганты, бета-блокаторы, статины. 2 группа (всего 30 человек) также получала базисную терапию, а в качестве дополнительной терапии был назначен Триметазидин 35 мг 2 раза в день. Через 3 месяца наблюдения пациентам повторно был выполнен нагрузочный тест (тредмил), определена дисфункция эндотелия по данным PAT и проведена оценка качества жизни с помощью SAQ.

Результаты: Положительный нагрузочный тест после лечения в 1 группе наблюдался у 90% больных. Во 2 группе у пациентов, получающих триметазидин, положительный нагрузочный тест регистрировался у 53,3% больных ($p < 0,05$). Кроме того, изменились и другие показатели нагрузочного теста. Во второй группе общее время проведения нагрузочного теста увеличилось с $5,15 \pm 1,41$ до $10,5 [9,7; 11,9]$ ($p < 0,05$). В то время как в первой группе оно осталось без изменений. Количество метаболических единиц (METS) у пациентов контрольной группы недостоверно возросло с $5,02 \pm 0,76$ до $6,96 \pm 1,05$. У пациентов, получающих триметазидин, данные значения стали выше: с $4,45 \pm 0,87$ до $8,15 \pm 0,64$ ($p < 0,05$).

Индекс реактивной гиперемии (RHI менее 1,7) в первой группе после лечения составил $1,44 [1,37; 1,57]$, а во второй группе – $1,79 [1,43; 1,88]$ ($p < 0,05$).

По данным SAQ: значение по шкале PL (ограничение физических нагрузок) после лечения в 1-ой группе составило 51,4%, во 2-ой группе – 80% ($p < 0,05$); значение по шкале AS (стабильность стенокардии) после лечения в 1-ой группе составило 68,1%, во 2-ой группе – 94% ($p < 0,05$); значение по шкале AF (частота приступов стенокардии) после лечения в 1-ой группе составило 72,1%, во 2-ой группе – 93% ($p < 0,05$); значение по шкале TS (удовлетворенность лечением) после лечения в 1-ой группе составило 73,2%, во 2-ой группе – 90%; значение по шкале DP (отношение к болезни) после лечения в 1-ой группе составило 62,3%, во 2-ой группе – 88% ($p < 0,05$).

Выводы: На основании проведенного исследования можно говорить о том, что добавление триметазидина к базисной терапии у больных с КСХ значительно улучшает качество жизни, показатели нагрузочной пробы и функцию эндотелия.

0296

ПРОФИЛАКТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Захарова О. В.

Межрегиональное общественное движение «Сахаджа Йога», Москва, Россия

Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний является важной составной частью совместного проекта ВОЗ и Минздрава России. Установлено, что наличие коморбидной аффективной патологии в значительной мере отягощает клиническое течение и прогноз заболевания. Симптомы расстройств депрессивного спектра выявляются до 65% пациентов, госпитализированных по поводу острого инфаркта миокарда (ИМ).

Цель: оценить влияние медитативной техники саморегуляции на психоэмоциональное и физическое состояние у пациентов с ССЗ, обосновать применение данного метода в базовых программах профилактики и реабилитации.

Материалы и методы: на базе кардиологического санатория было проведено исследование по оценке позитивного действия регулярной практики медитации на психо-функциональный статус пациентов кардиологического профиля. В исследовании приняли участие 44 человека в возрасте от 40 до 65 лет, из них 23 - составили группу контрольных испытуемых, не практикующих медитацию либо другие техники психической саморегуляции, а 21 - экспериментальную группу медитаторов, которые были ознакомлены с данной методикой и начали регулярно практиковать Сахадж-медитации. Характерными клиническими эффектами медитативной практики являются: регресс тревожно-депрессивной симптоматики, восстановление интегративных процессов ЦНС, повышение адаптационных реакций организма. Немаловажен факт положительной терапевтической динамики - происходит постепенное снижение уровня симпатикотонии.

Перед началом и в конце исследования (спустя 3 недели) у испытуемых обеих групп оценивали уровни личностной тревожности (STAI-t), алекситимии (TAS-20), депрессии (BDI), а также экстротверсии/интроверсии, нейротизма и психотизма (EPQ).

Результаты: по данным психометрии пациенты, практикующие медитацию, не смотря на большую интровертированность, обладают более высокой психоэмоциональной стабильностью. В сравнении с контрольными испытуемыми, характеризуются более низкими значениями нейротизма, психотизма, личностной тревожности и депрессивности, а так же обнаруживают лучшие способности к идентификации и выражению эмоций. Эти данные согласуются с результатами других авторов о более низких уровнях тревоги, нейротизма, расширенном спектре положительных эмоциональных переживаний и общем повышении качества жизни у лиц, практикующих медитацию на регулярной основе.

Выводы: медитация нивелирует нарушения ментально-эмоциональной сферы - тревожные и депрессивные расстройства, оказывает влияние на соматическое состояние и является эффективным методом в повышении резистентности организма к воздействию психосоциального стресса.

0297

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ЭТАПАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Землянская Н. А., Ященко С. Г., Шишко Е. Ю., Мирошниченко Е. П., Драненко Н. Ю..

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Российская Федерация

Цель: Оптимизация адаптационного периода на санаторном этапе реабилитации больных артериальной гипертензией (АГ) посредством применения мелатонин-содержащего препарата «Вита-мелатонин».

Материалы и методы: Исследования проводились на базе клинического санатория «Украина» (г. Ялта, Крым) и отделения лабораторных исследований государственного учебно-научно-лечебного комплекса клиники ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского». Были сформированы 2 группы обследуемых: I и II группы составили пациенты мужского и женского пола в возрасте $52 \pm 6,24$ и $51 \pm 6,15$ лет соответственно, с АГ II стадии. Контрольную группу составили 15 здоровых мужчин, в возрасте $24 \pm 3,11$ года. Для оценки уровня функционирования системы кровообращения определялся ее адаптационный потенциал (АП) в условных баллах. Мелатонин исследовали в моче собранной в ночное время суток (с 21.00 до 6.00) путем определения 6-гидроксимелатонинсульфата (6-ГМС). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи прикладного пакета Medstat.

Результаты: Адаптация больных АГ к условиям курорта сопровождалась напряжением регуляторных систем организма, что проявлялось достоверными значениями ($p < 0,001$) отличием расчетного значения АП сердечно-сосудистой системы у больных в I ($3,076 \pm 0,136$) и во II ($3,268 \pm 0,122$) группах относительно величин, полученных в контрольной группе ($2,258 \pm 0,122$). Исследовав ночную экскре-

цию 6-ГМС у больных после прибытия в санаторий, получили следующие результаты: $37,62 \pm 3,32$ в I и $23,01 \pm 5,41$ во II группах (в нг/мл). Достоверность различий между группами составила $p < 0,05$, а с группой контроля на уровне $p < 0,001$. После 14-ти дневного курса приема препарата Вита-мелатонин обнаружено улучшение АП на 16,35% и 16,07% по группам соответственно, однако различие с контрольной группой осталось достоверным. Показатель 6-ГМС в моче в это же время составил в I ($60,89 \pm 5,81$), во II ($45,14 \pm 4,74$) и $52,22 \pm 4,44$ нг/мл в контрольной группах. Одновременно с повышением уровня мелатонина у больных АГ наблюдалось улучшение самочувствия вплоть до нормализации процесса «сон-бодрствование» и в целом циркадианной регуляции с оптимизацией уровня АД.

Выводы: Снижение адаптивных возможностей у больных АГ мужского пола сопровождается низкой ночной экскрецией 6-ГМС ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля. У женщин наблюдаются еще более существенные различия ($p < 0,001$). После приема Вита-мелатонина разница показателей экскреции 6-ГМС в контрольных и опытных группах нивелировалась ($p > 0,05$). Целесообразно включение Вита-мелатонина в схему санаторно-курортной реабилитации больных АГ II стадии с учетом гендерных различий и увеличением курсовой дозы для женщин.

0298

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА И МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЮНОШЕЙ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА И МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Земцовский Э. В.^{1,2}, Белоусова Т. И.¹, Тимофеев Е. В.^{1,2}, Зарипов Б. И.^{1,2}

¹СПбГПМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней СПб, РФ

²СЗФМИЦ, НИЛ соединительнотканых дисплазий СПб, РФ

Актуальность: Принято считать, что дефицит массы тела (ДМТ) снижает уровень здоровья настолько, что является даже поводом для признания негодности к воинской службе. Роль марфаноидной внешности (МВ) как диспластического фенотипа в развитии нарушений здоровья и состояния сердца ранее не изучалась. Вопрос о взаимосвязи изменений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) с ДМТ и МВ ранее не рассматривался.

Цель: Изучить морфофункциональные особенности сердца и минеральную плотность костной ткани у юношей с дефицитом массы тела и МВ.

Материалы и методы: Всего обследовано 240 лиц мужского пола от 18 до 25 лет (ср. возраст $20,4 \pm 1,4$ лет). Всем обследованным проведено антропометрическое и фенотипическое обследование. Были сформированы группы лиц с ДМТ ($n=140$) и лиц с нормальной массой тела ($n=100$). Юношам с ДМТ были проведены эхокардиография (ЭхоКГ) и денситометрия (ДМ). При оценке ДМ рассчитывался Z-критерий L1-L4. Из числа лиц с ДМТ (средние значения ИМТ $17,38 \pm 1,3$) были выделены лица с МВ (21 наблюдение), группу контроля составили 7 юношей, имевших не более 2 костных признаков (КП) дизэмбриогенеза.

Результаты: При сравнении ЭхоКГ у лиц с ДМТ по сравнению с контрольной группой достоверно чаще выявляли пролапс трикуспидального клапана (46 и 20%, соответственно, $p < 0,05$). Среднее количество выявленных малых аномалий сердца (МАС) так же чаще выявляли у лиц с ДМТ ($2,3 \pm 1$ и $1,4 \pm 1$, соответственно, $p = 0,05$). При оценки морфофункциональных особенностей сердца оказалось, что у лиц с ДМТ меньше индекс массы миокарда по сравнению с группой контроля (76 ± 19 и 87 ± 27 соответственно, $p < 0,05$).

При сравнении ДМ показателей у юношей с ДМТ выявлена тенденция к снижению Z-критерия по сравнению с группой контроля ($-0,9 \pm 0,9$ и $-0,2 \pm 1,3$ соответственно, $p = 0,11$). Эта тенденция становится высоко достоверным различием резкого снижения МПКТ у лиц с МВ по сравнению с группой контроля ($-1,3 \pm 0,8$ и $-0,05 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,00001$). При сравнении ЭхоКГ параметров у лиц с МВ и контрольной группы оказалось, что среднее количество выявленных МАС при МВ было существенно больше (3 ± 1 и 2 ± 1 , соответственно, $p < 0,05$). У лиц с МВ конечно-систолический объем левого желудоч-

ка больше (43 ± 19 и 25 ± 5 мм соответственно, $p < 0,05$), а фракция выброса (ФВ) достоверно ниже (66 ± 5 и $69 \pm 4\%$, соответственно, $p < 0,05$).

Неслучайность установленных взаимосвязей подтверждается результатами корреляционного анализа, при котором выявлены достоверные слабые обратные связи между МПКТ, долихостеномелией, арахнодактилией и вальгусной деформацией стопы.

Выводы: У лиц с ДМТ и, особенно у лиц с МВ имеет место низкая МПКТ, сниженная ФВ миокарда, чаще встречаются МАС.

0299

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Зимницкая О. В., Петрова М. М.

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

Цель: установить, существует ли связь между показателями центральной гемодинамики (центрального систолическим артериальным давлением (САД), центральным пульсовым артериальным давлением (ПАД)) и показателями доплер-эхокардиографии.

Материалы и методы: было обследовано 27 больных, страдающих ГБ II-III стадии в возрасте 40-71 года. Среди обследуемых было 14 (51,9%) мужчин и 13 (48,1%) женщин. Всеми обследуемыми было подписано информированное согласие. В исследование не включались пациенты с бронхиальной астмой, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, системными заболеваниями, с нарушениями ритма. Все пациенты были разделены на 2 группы: пациенты с ГБ II стадии (29,6%) и пациенты с ГБ III стадии (70,4%). Пациентам проводилась оценка артериальной ригидности методом неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic, Tensio Med, Венгрия). Также проводилась трансторакальная доплер-эхокардиография. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS 17. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: Средний возраст обследованных пациентов с ГБ II стадии составил $58,5 [54,00; 62,75]$ лет, в группе пациентов с ГБ III стадии – $61 [57; 64]$ год. Стаж ГБ в группе пациентов с ГБ II составил $10 [5; 15]$ лет, в группе с ГБ III – $12 [5; 22]$ лет. Повышенная артериальная ригидность выявлена у 62,5% пациентов с ГБ II, у 73,7% пациентов с ГБ III. Центральное САД $117,09 [108,37; 155,29]$ мм. рт. ст. в группе пациентов с ГБ II, $147,04 [128,10; 162,75]$ мм. рт. ст. в группе пациентов с ГБ III. Центральное ПАД $47,59 [34,28; 65,16]$ мм. рт. ст. в группе пациентов с ГБ II, $61,45 [48,43; 70,15]$ мм. рт. ст. в группе пациентов с ГБ III. В результате корреляционного анализа выявлена умеренная положительная корреляция между центральным САД и КДР ($r=0,600$; $p=0,03$) у женщин, центральным САД и КДО ($r=0,681$; $p=0,01$) у женщин. Установлено, что существует умеренная положительная корреляция между центральным ПАД и КДР ($r=0,589$; $p=0,034$) у женщин, между центральным ПАД и КДО ($r=0,648$; $p=0,017$) у женщин. Таким образом, у женщин увеличение КДР и КДО указывает на повышение центрального САД и центрального ПАД. С другими показателями доплер-эхокардиографии статистически значимых связей не выявлено.

Выводы: При гипертонической болезни отмечается повышенная артериальная ригидность, повышение центрального систолического и центрального пульсового артериального давления. У женщин увеличение КДР и КДО указывает на повышение центрального систолического артериального давления и центрального пульсового артериального давления.

0300

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСЧЕТА СКФ ПО УРОВНЮ ЦИСТАТИНА С И ФОРМУЛЕ КОКРОФТА-ГОУЛТА У ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕФРАКТЕРНУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ

Золотенкова О. М., Урванцева И. А., Горьков А. И., Сеитов А. А., Левченко Е. В., Сехович Д. М.
БУ Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», г. Сургут, Россия

Цель: Сравнить СКФ по методу Кокрофта-Гоулта и определение Цистатина С у лиц с подозрением на рефрактерную АГ.

Материалы и методы: Всего обследовано 32 пациента в возрасте от 45 до 75 лет с подозрением на рефрактерную АГ. Все пациенты не имели первичного поражения почек в анамнезе. Всем пациентам проводилось определение уровня креатинина и мочевины крови, общего анализа мочи (ОАМ), общего анализа крови (ОАК), рассчитывалась СКФ по формуле Кокрофта-Гоулта и Цистатина С, выполнялось УЗИ почек, ЦДК почечных артерий. Обследование проводилось в амбулаторных условиях. Обязательным критерием отбора было отсутствие изменений в ОАК, ОАМ, а также изменение показателей мочевины и креатинина в предыдущих обследованиях.

Результаты: При обследовании пациентов нарушение функции почек выявилось у 18 пациентов (56,25%). В ОАМ альбуминурия определялась лишь у 6 человек (18,75%). Повышение уровня креатинина выявлено у 1 человека (3,1%), а мочевины у 2 человек (6,25%), тогда как уровень цистатина С был повышен у 11 человек (34,4%). Расчет СКФ по методике Кокрофта-Гоулта указал на нарушение функции почек лишь у 2 человек (6,25%). Тогда как расчет СКФ по уровню цистатина С у 10 человек (31,25%). При этом результаты исследования показали, что изменений в ОАК и ОАМ, а также по результатам УЗИ почек и определении скоростных показателей по данным ЦДК почечных артерий у данной группы пациентов не было.

Заключение: По данным обследования пациентов с подозрением на рефрактерную АГ функциональное нарушение состояния почек по методике Кокрофта-Гоулта выявлено у 2 человек (6,25%), тогда как по определению цистатина С у 10 человек (31,25%). Таким образом, полученные данные позволяют предполагать, что определение цистатина С в совокупности с определением уровня креатинина и мочевины выявляют нарушения функции почек на более раннем этапе и дают возможность своевременно диагностировать ренальную патологию.

0301

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Золотовская И. А., Давыдкин И. Л.

ГБУЗ СО «Самарская городская поликлиника №9», ГБОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский Университет Минздрава России», Самара

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении инсульта, распространенность и смертность от этой патологии в Российской Федерации (РФ), как и во всем мире, остаются высокими. Требуется современные технологии, направленные на реализацию механизмов, способствующих предотвращению, как первичного, так и повторного, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Достижение результата возможно в том числе на уровне выбора методов коррекции с учетом типа ишемического инсульта (ИИ). Чрезвычайно актуальным является определение тактики антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших кардиоэмболический

инсульт (КЭИ) с учетом изменений реологических свойств крови и показателей гемостаза в остром и раннем восстановительном периодах.

Цель: изучить особенности показателей гемостаза у пациентов с ФП, перенесших КЭИ.

Материалы и методы: В исследование включено 350 больных (227 женщин и 123 мужчины), перенесших КЭИ в каротидном бассейне с ФП неклапанного генеза. Пациенты разделены на 3 группы в соответствии с показателями критерия тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование на момент включения, через 3, 6 месяцев и через 1 год наблюдения, в том числе оценивались показатели плазменного гемостаза (фибриноген, Д-димер, РФМК, антитромбин III) и показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (фактор Виллебранта, агрегация тромбоцитов). Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартной программы Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica for Windows. Достоверность различий рассчитывали с помощью t-критерия Стьюдента, коэффициенты корреляции — по методу Спирмена. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: У всех больных в анамнезе АГ, 96% имеют сопутствующую патологию: сахарный диабет – 77%, ревматоидный артрит – 7,1%, хроническая болезнь почек – 16,6%. Длительность анамнеза ФП у 252 человек (72,0%) составляла от 1 года до 10 лет ($6,7 \pm 3,4$), в 28,0% случаях ФП была диагностирована впервые в остром периоде ОНМК. На момент включения установлена гиперфибриногемия во всех группах (фибриноген $5,3 \pm 1,54$ г/л) вне зависимости от степени тяжести неврологического дефицита и объема очага ИИ. В III группе показатель фибриногена – $5,6 \pm 1,72$ г/л, показатель по шкале NIHSS – $14,5 \pm 1,8$ баллов, в неврологическом статусе выраженный двигательный дефицит, 34,6% пациентов с баллом ≥ 3 по HAS-BLED, что ограничивало назначение антикоагулянтов. В этой группе через 3 мес достоверно ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами I и II групп ухудшались все показатели гемостаза: РФМК – $22,3 \pm 2,9$ мг%; антитромбин III – $90,2 \pm 3,7$ %; Д-димер – $0,44 \pm 0,21$; обращает внимание высокие значения спонтанной агрегации тромбоцитов – $1,80 \pm 0,83$? Что так же может являться неблагоприятным прогностическим маркером.

Выводы: У пациентов с ФП в течение 3х месяцев после перенесенного КЭИ отмечаются выраженные изменения в системе коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, особенно у пациентов с тяжелыми двигательными и афатическими нарушениями. Требуются дальнейшие исследования в части изучения взаимосвязи маркеров гемостаза с тяжестью неврологического дефицита, риском развития кровотечений и возможностями рационального использования антикоагулянтов в восстановительном периоде инсульта на фоне ФП.

0302

ГЕНОТИП AA ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА RS1800630 ГЕНА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-A АССОЦИИРОВАН С РАЗВИТИЕМ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Зотова И. В., Волчкова Е. А., Бровкин А. Н., Фаттахова Э. Н., Шаврин И. В., Сорокина А. Г., Колосова Т. Н., Никитин А. Н., Затейщиков Д. А..

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва

ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗ г. Москвы», Москва

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов клинической помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва

Цель: выявление наследственных особенностей ряда факторов системы воспаления, ассоциированных с риском развития тромботических осложнений у больных мерцательной аритмией.

Материалы и методы: в исследование включено 292 больных с «неклапанной» мерцательной аритмией, средний возраст составил $70,6 \pm 0,58$ лет, 46,6% женщин, индекс CHA2DS2-VASc ≥ 2 – 93,5%. Определялись частоты полиморфных маркеров генов факторов системы воспаления: интерлейкина-2 (rs2069762), интерлейкина-8 (A-252T, rs2227306, rs2227307), интерлейкина-10 (A-1082G, C-592A, C-819T),

интерлейкина-6 (G-174C, G-572C), фактора некроза опухоли-α (G-238A, G-308A, rs1800630). При длительном проспективном наблюдении (570,3±23,79 дней) регистрировалась суммарная частота развития тромботических осложнений (фатальные и нефатальные ишемические инсульты, инфаркты миокарда, венозные и артериальные тромбозы).

Результаты: За время наблюдения тромботические осложнения развились у 16,8% (n=49) пациентов. Среди больных с неблагоприятным прогнозом чаще встречался генотип AA полиморфного маркера rs1800630 гена фактора некроза опухоли-α (32,7% по сравнению с 9,8%, p=0,003). По другим изученным полиморфным маркерам достоверной связи с неблагоприятным прогнозом не выявлено. 45,2% (n=132) больных не получали адекватную антикоагулянтную терапию (в основном в связи с невозможностью контроля МНО или высокой стоимостью лечения). У пациентов из этой группы, носительство генотипа AA полиморфного маркера rs1800630 гена фактора некроза опухоли-α оказалось независимым от клинических факторов риска и величины индекса CHADS-VASc предиктором развития тромботических осложнений – ОШ 4,2, ДИ 1,69-10,22, p=0,002. У пациентов, получающих адекватную антикоагулянтную терапию (n=160), достоверной ассоциации полиморфизма гена фактора некроза опухоли-α с развитием неблагоприятных исходов не выявлено.

Выводы: генотип AA полиморфного маркера rs1800630 гена фактора некроза опухоли-α является потенциально независимым предиктором риска неблагоприятного прогноза у больных с «неклапанной» мерцательной аритмией. Антикоагулянтное лечение нивелирует негативный эффект данного фактора. Исследование генетических факторов риска целесообразно продолжить у больных с индексом CHA₂DS₂-VASc=0, для выявления потенциальных кандидатов на раннее назначение антикоагулянтов.

0303

РОЛЬ ТОРАСЕМИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Ибрагимова И. Б., Исламова У. А., Абдуллаев А. А.

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

Цель: определить эффективность использования торасемида в сочетании со стандартной терапией в раннем постинфарктном периоде в предупреждении развития электрической нестабильности сердца и обусловленных этим аритмий сердца.

Материалы и методы: В данное открытое, рандомизированное исследование включили 95 пациентов с митральной регургитацией 1-2 ст в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин – 71, женщин – 24), выписанных из клиники после Q-инфаркта миокарда (Q-ИМ). Суточное мониторирование ЭКГ проводили с помощью компьютерной программы DiaCard (ЗАО «Медиком», г. Москва) 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 (контрольная) из 49 пациентов, получала стандартную терапию: ацетилсалициловую кислоту (Аспирин-кардио фирмы Bayer, Германия), клопидогрел (Клопидекс фирмы Belupo, Хорватия), небиволол (Бинелол фирмы Belupo, Хорватия) и по показаниям – нитраты и другие препараты), 2-я группа (основная) из 46 больных, адекватная для сравнения с контрольной группой

По возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – торасемид (Бритомар фирмы Takeda, Япония) в дозе 5 мг/сут в сочетании со стандартной терапией. Лечение в обеих группах проводили в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа.

Результаты: После проведенного лечения в основной группе число ишемических эпизодов за сутки уменьшилось на 24%, средняя их продолжительность – на 19%, в контрольной группе – на 18% и

14% соответственно ($p < 0,05$). В основной группе регистрировались нарушения ритма сердца – у 27,1% пациентов, в контрольной – у 34,5%. Угрожаемые для жизни аритмии (желудочковые экстрасистолы высоких градаций, пароксизмы желудочковой тахикардии) зарегистрированы у 17,3% пациентов контрольной и у 12,5% основной групп наблюдения, пароксизмы наджелудочковой тахикардии и фибрилляции предсердий – у 18,2% и 10,9% – соответственно ($p > 0,05$).

Выводы: Применение торасемида в сочетании со стандартной терапией в раннем постинфарктном периоде способно препятствовать развитию электрической нестабильности и нарушений ритма сердца, что, по-видимому, связано с профилактикой прогрессирования дисфункции митрального клапана и ремоделирования сердца.

0304

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ТОРАСЕМИДОМ У ПАЦИЕНТОВ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ НА ФОНЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА

Ибрагимова И. Б., Гафурова Р. М., Исламова У. А., Абдуллаев А. А.

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

Цель: оценить эффективность торасемида в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца у пациентов с митральной регургитацией

В постинфарктном периоде.

Материалы и методы: В данное исследование включили 95 пациентов с митральной регургитацией 1-2 ст. в возрасте от 40 до 70 лет (мужчин – 71, женщин – 24), перенесших Q-ИМ. Не включали в исследование пациентов

с повторным инфарктом миокарда. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я группа (контрольная) из 49 пациентов, получала стандартную терапию: ацетилсалициловую кислоту (Аспирин-кардио фирмы Bayer, Германия), клопидогрел (Клопидекс фирмы Veluro, Хорватия), небиволол (Бинелол фирмы Veluro, Хорватия) и по показаниям – нитраты

и другие препараты), 2-я группа (основная) из 46 больных, адекватная

Для сравнения с контрольной группой по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – торасемид (Бритомар фирмы Takeda, Япония) в дозе 5 мг/сут

В сочетании со стандартной терапией. Лечение в обеих группах проводили амбулаторно в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру поражения сердца. Процессы ремоделирования сердца, состояние систолической и диастолической функций изучали методом эхокардиографии аппаратом «Aloka SSD 2200» по стандартной методике в динамике – исходно и через три месяца лечения.

Результаты: В обеих группах через три месяца наблюдения происходило увеличение размеров левого желудочка: в 1-й группе – на 3,5%,

Во 2-й группе – на 2,1% – конечный диастолический размер (КДР) и на 5,9%

и 4,0% соответственно – конечный систолический размер (КСР). Митральная регургитация прогрессировала в 1-й группе у 27,8%, во 2-й – у 13,6% пациентов.

Выводы: Торасемид эффективен в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца и митральной регургитации у пациентов, перенесших

Q-ИМ, что, по-видимому, связано с уменьшением объемов полостей сердца на фоне лечения им.

0305

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМ И БЕССИМПТОМНЫМ СТЕНОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Ибрагимов М. С., Бузиашвили Ю. И., Мацкеплишвили С. Т., Амбатьелло С. Г., Алпенидзе В. А., Степанов М. М.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии» им. А.Н. Бакулева (Москва, Россия);

Широкая доступность ультразвуковых методов исследования, в частности ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) привела к тому, что в настоящее время наиболее часто выявляемой патологией сердечно-сосудистой системы является стеноз сонной артерии. Дифференциация между симптомным и бессимптомным течением этого состояния имеет решающее значение для выбора необходимой терапии. Антиагрегантная терапия, своевременное лечение, предупреждение и устранение факторов риска являются основой медицинской терапии. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является методом выбора хирургической коррекции стенозов БЦА от 70% до 99% у пациентов с симптомным течением заболевания. Под динамическим наблюдением должны находиться пациенты с симптомным стенозом БЦА от 50% до 69%, с возможной последующей КЭАЭ в случае прогрессирования стеноза. Данная операция может быть также рекомендована отдельной группе пациентов с бессимптомным течением, но критическим стенозом БЦА. Операция стентирования является реальной альтернативой КЭАЭ у пациентов с бессимптомным течением болезни, а также пациентам с симптомным течением, при наличии тяжелых сопутствующих патологий.

Цель: Провести дифференциацию пациентов с симптомным и бессимптомным течением атеросклероза брахицефальных артерий (БЦА).

Материалы и методы: За период 2010 – 2014гг. в отделении КДО ФГБНУ «НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» дуплексное сканирование БЦА было проведено 1536 пациентам, средний возраст пациентов составил 59,8±7,2 года, не предъявляющих жалобы неврологического характера.

Результаты: У 62 пациентов был выявлен стеноз БЦА более 60%, то есть имело место бессимптомное течение стеноза сонных артерий. При этом все пациенты в анамнезе страдали артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией; у трети пациентов в анамнезе сахарный диабет 2 типа, 60% пациентов не принимали статинов, 40% из общего числа не принимали гипотензивных препаратов, и 93% пациентов ранее ничего не знали о возможных осложнениях атеросклеротического поражения магистральных сосудов шеи и головы.

Заключение: Атеросклеротическое поражение БЦА является часто встречающимся состоянием в клинической практике. Дифференциация между симптомным и бессимптомным течением стеноза сонных артерий очень важна для проведения своевременной терапии и предупреждения развития осложнений факторов риска. Антиагрегантная лекарственная терапия и предупреждение факторов риска являются основой консервативной терапии.

0306

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ КАРОТИДНОГО БАССЕЙНА И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СТЕНОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Ибрагимов М. С., Амбатьелло С. Г., Мацкеплишвили С. Т., Алпенидзе В. А., Бузиашвили Ю. И.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» (Москва, Россия)

Пациенты с гемодинамически выраженным стенозирующим сочетанным атеросклеротическим поражением брахицефальных и коронарных артерий относят к группе высокого риска как развития ишемического инсульта, так и инфаркта миокарда.

Цель: выявить взаимосвязь между степенью поражения брахицефальных артерий (БЦА) и коронарных артерий (КА).

Материалы и методы: В исследование включено 66 пациентов мужского пола (57,6 ± 6,4 лет). Группы были рандомизированы по возрасту (50-70 лет). Средний возраст пациентов между 2 группами достоверно не различался ($p > 0,05$). В зависимости от степени атеросклеротического поражения БЦА пациенты были разделены на группы: 1) гемодинамически значимые стенозы (65% и более) – 34 пациента (60,7%); 2) гемодинамически незначимые стенозы БЦА (до 60%) – 22 пациента (39,3%). Всем пациентам выполнялась коронарография (КГ), степень стеноза коронарных артерий (КА) выражалась в процентах. Все пациенты страдали ИБС и артериальной гипертензией (АГ). В 1 гр. пациенты относились преимущественно к 3 – 4 ФК стенокардии ($p > 0,05$), во 2 гр. пациенты относились ко 2 ФК стенокардии ($p < 0,05$). Результаты: при ежедневном измерении АД были получены следующие данные: систол. АД в 1 гр. – 148±7,8 мм Нг; во 2 гр. – 136±4,7 мм Нг ($p > 0,05$). Диастол. АД в 1 гр. – 88±4,8 мм Нг; во 2 гр. – 82±3,7 мм Нг. ($p > 0,05$). В 1 гр.: L) у 18 пациентов (52,9%) отмечали стенозы КА слева 75±3,9% (справа не гемодинамически значимые 50±5,6%), LR) у 7 пациентов (20,6%) двусторонние гемодинамически значимые стенозы БЦА (слева 77±3,4%, справа 73±2,8%), R) у 9 пациентов (26,5%) стенозы КА справа 76±4,1% (слева не гемодинамически значимые 48±6,2%). В 1 гр. по данным АКГ у 28 пациентов (82,4%) были выявлены гемодинамически значимые стенозы в КА, у 6 пациентов (17,6%) стенозы КА менее 50%. В 1 гр. со стенозом более 70% КА – 16 пациентов относятся к подгруппе L (88,9%), 7 пациентов к подгруппе LR (100%), 5 пациентов к подгруппе R (55,5%). Во 2 гр. по данным АКГ у 4 пациентов (18,2%) были выявлены гемодинамически значимые стенозы в КА, у 13 пациентов (81,8%) стенозы КА менее 50%.

Выводы: У пациентов с признаками хронического нарушения мозгового кровообращения (82,4%) были выявлены гемодинамически значимые стенозы КА, в то время как у пациентов со стенозом менее 60% в БЦА наблюдалась обратно пропорциональная картина – признаки атеросклеротического поражения КА были в 4-х случаях (18,2%). Анализ результатов ультразвуковой доплерографии сосудов каротидного бассейна и коронарографии свидетельствуют о закономерной взаимосвязи между степенью поражения брахицефальных артерий и выраженностью стенотического процесса в КА.

0307

АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ, ФУНКЦИЙ И ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Иваненко Л. Р., Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Бубёнов А. С.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: Оценка объемов, функций и показателей деформации правого предсердия (ПП) при эхокардиографии (ЭхоКГ) в режиме отслеживания движения пятен (speckle tracking) у здоровых лиц и больных с впервые выявленной эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).

Материалы и методы: В исследование включен 61 человек. Сформированы две группы. I группа – 25 больных с АГ; из них 15 (60%) мужчин; средний возраст – 50±14 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 141±11 мм рт.ст., диастолическое АД – 92±9 мм рт.ст. II группа – 36 здоровых лиц; из них 16 (44%) мужчин; средний возраст – 45±13 лет; систолическое АД – 121±15 мм рт.ст., диастолическое АД – 73±10 мм рт.ст. Критерии включения: впервые выявленная ЭАГ первой степени, отсутствие медикаментозного лечения. Исследование выполнено на эхокардиографе экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 с модулем векторной визуализации VVI (Velocity Vector Imaging) программного пакета syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions, USA). В апикальной четырехкамерной позиции регистрировались: скорость деформации (Strain Rate – SR) и пиковая продольная скорость (Velocity – V) в трех фазах сердечного цикла (S – систола желудочков; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), максимальная продольная деформация (Strain – S) и максимальное смещение миокарда ПП (Displacement – D), а также объёмы ПП: максимальный (MaxVL), минимальный (MinVL), в

начале зубца Р ЭКГ(PrePVL). Рассчитывались индексы, отражающие три фазы механической функции предсердия: накопления (объем наполнения – $FVL=MaxVL-MinVL$), протекания (индекс пассивного опорожнения – $PEi=((MaxVL - PrePVL) / MaxVL) \times 100\%$), сокращения (отношение активного компонента опорожнения к общему $AEpTE=((PrePVL-MinVL)/(MaxVL-MinVL)) \times 100\%$). Проводилось попарное сравнение всех показателей в двух группах. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 8,0 (StatSoft Inc., USA). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: MaxVL, MinVL и PrePVL ПП в I группе составили $35,8 \pm 9,6$ мл, $17,3 \pm 6,8$ мл и $23,2 \pm 6,5$ мл, во II группе – $31,4 \pm 10,1$ мл, $15,1 \pm 6,0$ мл и $22,0 \pm 7,6$ мл ($p=0,012$). FVL был равен $37,3 \pm 14,1$ мл в I группе и $30,1 \pm 13,7$ мл во II группе ($p=0,083$). PEi составил $32,1 \pm 10,5\%$ для I группы и $29,2 \pm 14,3\%$ для II группы ($p=0,061$). AEpTE составлял $39,9 \pm 18,2\%$ для I группы и $45,3 \pm 17,1\%$ для II группы ($p=0,078$). В I группе S составил $51,6 \pm 17,1\%$, во II – $60,1 \pm 15,2\%$ ($p=0,018$). SRS и SRA составили соответственно $1,91 \pm 0,43$ с-1 и $-1,51 \pm 0,57$ с-1 для I группы и $2,15 \pm 0,53$ с-1 и $-1,71 \pm 0,64$ с-1 для II группы ($p=0,029$). D в I группе был равен $-10,0 \pm 2,5$ мм, во II – $-10,8 \pm 2,4$ мм ($p=0,033$). VE составила соответственно в I группе $3,84 \pm 1,24$ см/с, и во II группе $4,51 \pm 1,65$ см/с ($p=0,02$).

Выводы: Все показатели деформации ПП оказались значимо снижены у больных ЭАГ по сравнению с контрольной группой. Полученные данные демонстрируют, что использование оценки деформационных свойств миокарда ПП с помощью методики speckle tracking позволяет расширить возможности стандартного ЭхоКГ исследования функции предсердий и нуждается в дальнейшем изучении.

0308

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И СОДЕРЖАНИЕ ОКСИПРОЛИНА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Иванова Ю. И., Чижов П. А., Беляев Д. В.

ГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России, Ярославль, Россия

Цель: Оценить состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и уровень оксипролина при остеопорозе (ОП) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне артериальной гипертензии (АГ) и ИБС.

Материалы и методы: Обследованы 201 пациент с признаками ХСН 1 – 4 функциональных классов на фоне АГ и ИБС (101 мужчина в возрасте от 50 до 78 лет и 100 женщин в возрасте от 40 до 65 лет). 77 человек без сердечно-сосудистой патологии составили контрольную группу (37 мужчин в возрасте от 50 до 66 лет и 40 женщин в возрасте от 41 до 65 лет). Всем больным проводилось клиническое обследование, рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, определение содержания в крови продуктов ПОЛ – диеновых (ДК) и триеновых (ТК) конъюгат, свободного (СОП) и белково-связанного (БСОП) оксипролина.

Результаты: Проведенное исследование показало, что среди мужчин с ХСН по данным рентгенодиагностического исследования ОП выявлен у $34,65\%$ пациентов, а в контрольной группе только у $10,81\%$ обследованных ($p < 0,05$). Среди женщин с ХСН по данным рентгенодиагностического исследования ОП выявлен у 39% , а в контрольной группе только у $2,5\%$ обследованных ($p < 0,05$). Нарастание степени тяжести ХСН сопровождалось значительным увеличением распространенности ОП как у мужчин, так и у женщин. Как среди мужчин, так и среди женщин в основной группе чаще встречались более выраженные деформационные изменения позвонков, свойственные ОП, со снижением одного из исследуемых индексов на $3 - 4 SD$ ($p < 0,05$). В контрольной группе чаще встречались менее выраженные деформации позвонков со снижением одного из исследуемых индексов на $2 SD$ ($p < 0,05$). При нарастании тяжести ХСН также увеличивалась и выраженность остеопенических и остеопоротических изменений.

При исследовании биохимических показателей как среди мужчин, так и среди женщин установлено, что у больных основной группы активность ПОЛ и содержание оксипролина в крови достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Сопоставление биохимических показателей в основной группе у больных с ОП и без него показало, что при ОП достоверно выше активность ПОЛ и уровень в

крови оксипролина. Установлено, что при утяжелении ФК ХСН, происходит большая активация ПОЛ, возрастает уровень оксипролина. Так, у мужчин установлены достоверные положительные корреляции между ФК ХСН и уровнем СОП (0,23), БСОП (0,28), ДК (0,45), ТК (0,41).

Заключение: Таким образом, проведенное исследование показало, что ХСН у больных с АГ и ИБС способствует развитию ОП. Нарастание степени тяжести ХСН сопровождается значительным увеличением распространенности ОП и его тяжести, что требует проведения профилактических мероприятий, своевременной диагностики и лечения остеопенического синдрома у данной категории пациентов. При ОП у пациентов с признаками ХСН происходит активация ПОЛ и повышаются в крови уровни СОП и БСОП, которые могут использоваться в качестве дополнительных лабораторных тестов для диагностики ОП.

0309

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Иванов С. И., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Осокин Я. А., Дмитриева И. Е., Матвеев В. В.
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России, Москва

Цель: оценить взаимосвязь деформационных свойств правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочка при эхокардиографии в режиме «отслеживания движения пятен» (speckle tracking) у больных с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) I степени.

Материалы и методы: В исследование были включены 28 больных с АГ I степени; из них 16 (57%) мужчин и 12 (43%) женщин; средний возраст – 56±13 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 147±18 мм рт.ст., диастолическое АД – 92±10 мм рт.ст. Критерии включения: впервые выявленная эссенциальная АГ I степени, отсутствие медикаментозного лечения. Для анализа функции ПЖ и ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуль векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging) программного пакета SIEMENS syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальной четырехкамерной позиции регистрировались: скорость деформации миокарда желудочков (Strain Rate – SR) и пиковая продольная скорость (Velocity – V) в трех фазах сердечного цикла (S – систола; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), а также максимальные значения деформации (Strain – S) и смещения миокарда (Displacement – D). Использовались усредненные данные для базальных и средних сегментов правого и левого желудочка. Статистическая обработка данных и корреляционный анализ проводились с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и среднего квадратического отклонения ($S \pm \sigma$), непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r), при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: В апикальной четырехкамерной позиции у больных АГ были получены следующие данные: $S_{пж} -18,91 \pm 6,46\%$; $VS_{пж} 4,24 \pm 1,57$ см/с; $VE_{пж} -3,42 \pm 1,52$ см/с; $VA_{пж} -3,33 \pm 1,56$ см/с; $SRS_{пж} 4,24 \pm 1,57$ с-1; $SRE_{пж} 0,91 \pm 0,38$ с-1; $SRA_{пж} -1,39 \pm 0,55$ с-1; $D_{пж} 7,63 \pm 3,32$ мм; $S_{лж} -14,77 \pm 3,93\%$; $VS_{лж} 2,57 \pm 0,68$ см/с; $VE_{лж} -2,22 \pm 1,02$ см/с; $VA_{лж} -1,81 \pm 0,72$ см/с; $SRS_{лж} -0,91 \pm 0,23$ с-1; $SRE_{лж} 0,82 \pm 0,28$ с-1; $SRA_{лж} 0,54 \pm 0,27$ с-1; $D_{лж} 4,64 \pm 1,61$ мм. Была выявлена корреляционная связь между следующими показателями ПЖ и ЛЖ: $S_{пж}$ и $S_{лж}$ ($p < 0,05$, $r = 0,56$); $VS_{пж}$ и $VS_{лж}$ ($p = 0,23$, $r = 0,31$); $VE_{пж}$ и $VE_{лж}$ ($p < 0,05$, $r = 0,67$); $VA_{пж}$ и $VA_{лж}$ ($p = 0,78$, $r = -0,07$); $SRS_{пж}$ и $SRS_{лж}$ ($p = 0,09$, $r = -0,41$); $SRE_{пж}$ и $SRE_{лж}$ ($p = 0,47$, $r = -0,17$); $SRA_{пж}$ и $SRA_{лж}$ ($p = 0,22$, $r = -0,31$); $D_{пж}$ и $D_{лж}$ ($p = 0,35$, $r = 0,24$).

Выводы: Выявлена значимая корреляционная связь средней силы между параметрами систолической деформации (Strain) и скорости движения миокарда в фазу раннего диастолического наполнения правого и левого желудочка, что может указывать на особую значимость функционального сопряжения этих камер сердца именно в эти фазы сердечного цикла у больных с впервые выявленной эссенциальной АГ I степени.

ВЕРОЯТНОСТЬ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОСТИМПЛАНТАЦИОННОЙ ФИБРИЛЛЯЦЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Игнатенко Г.А.¹, Мухин И.В.¹, Узун Д.Ю.²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк, Украина

Технический прогресс в области электрокардиофизиологии в последние годы позволил существенно расширить показания к двухкамерной стимуляции сердца у лиц старших возрастных категорий. Вместе с тем, примерно у 5-15% пациентов в постимплантационном периоде при двухкамерной стимуляции, возникают пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), что существенно увеличивает вероятность тромбоэмболических осложнений.

Цель: заключалась в анализе влияния липосомальных форм фосфатидилхолина и кверцетина на риск тромбоэмболических осложнений у такой категории больных.

Материалы и методы: В исследование включены 50 больных с имплантированным двухкамерным песмейкером и наличием приступов ФП в постимплантационном периоде. В исследование включали также больных с сопутствующей артериальной гипертензией 1-2 стадии, хронической сердечной недостаточностью I-III функциональных классов по NYHA (1964 г.), компенсированной сопутствующей патологией.

В 1-ю группу наблюдения включены 25(50,0%) больных, получавших стандартную антигипертензивную и дезагрегантную терапию, статины, а во 2-ю такое же количество пациентов, которым дополнительно внутривенно вводили «Липин» (липосомальный фосфатидилхолин) по 0,5 гр. на 50 мл физиологического раствора хлорида натрия внутривенно утром и «Липофлавор» (27,5 мг липосомального лецитина-стандарта и 0,75 мг кверцетина) внутривенно вечером (производственное объединение «Биолек», Харьков, Украина) в течение 10 дней. Группы наблюдения были статистически гомогенными по полу, возрасту, причине имплантации электрокардиостимулятора, наличию и тяжести течения сопутствующей терапевтической патологии. Определение вероятности тромбоэмболических осложнений проводили по Сердюкову Д.А. (2008 г.). Статистическую обработку фактического материала проводили при помощи пакета для статистического анализа «Statistica 6».

Для объективизации вероятности тромбозов, использовали категории низкого, умеренного и высокого риска после курса лечения. При анализе категорий риска в группах наблюдения, низкий риск был присущ 20,0 и 32,0% больных соответственно, умеренный – 48,0 и 40,0% соответственно, высокий – 32,0 и 28,0% соответственно.

Таким образом, на фоне липосомальной терапии во 2-ой группе пациентов уменьшилась частота высокого (на 4,0%) и умеренного риска (на 8,0%), а так же произошло перераспределение части больных из этих категорий в группу низкого риска (на 12,0%). Из изложенного следует, что липосомальный фосфатидилхолин и кверцетин как компоненты комплексной лечебной программы позволяют снизить частоту преимущественно низкого и умеренного риска тромбозов, что по-видимому можно рассматривать в качестве аддитивного эффекта антиагрегантов.

ВЛИЯНИЕ ЛИПОСОМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА МОРФО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Игнатенко Г. А., Дубовик А. В., Гончаров А. Н.

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

Цель: Изучить влияние липосомальных форм фосфатидилхолина и кверцетина на морфо-функциональное состояние сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) в процессе длительного наблюдения.

Материалы и методы: В исследование вошли 60 больных с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA при ДКМП в возрасте от 44 до 69 лет. Пациенты разделены на две группы: 1-ю – 32 человека (53,3%), которые получали стандартную терапию ХСН согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (2012 г.); 2-ю – 28 (46,7%), которые дополнительно к базисной терапии ХСН получали липосомальные препараты.

Липосомальная терапия включала ежедневные внутривенные инъекции препаратов: «Липофла-вон» (27,5 мг липосомального лецитина-стандарта и 0,75 мг кверцетина) утром и «Липин» (липосомальный фосфатидилхолин) по 0,5 гр вечером («Биолек», Харьков, Украина) на протяжении 10-14 дней. Дополнительно днем пациентам 2-й группы проводили ингаляции 0,5 гр. «Липина» 7-10 дней 3 раза в год.

Результаты: В 1-ой группе после первого курса терапии наблюдалась тенденция к уменьшению степени митральной регургитации, однако, в последующем, через год, выраженность ее вновь постепенно возросла, достигнув исходных значений. У представителей 2-ой группы степень тяжести митральной регургитации регрессировала более существенно и сохранялась относительно стабильной на протяжении последующего года наблюдения.

Сократительная функция ЛЖ в 1-ой группе после окончания стационарного лечения имела тенденцию к увеличению, но на протяжении года наблюдения постепенно снижалась. В 1-ой группе ΔS ЛЖ исходно составляла $16,2\% \pm 0,10$; через 3 недели $17,9\% \pm 0,18$; а через год – $14,1\% \pm 0,07$. У пациентов 2-ой группы лечение способствовало более активному увеличению сократительной способности ЛЖ после стационарного курса, а снижение ее в течение года было менее значимым, чем в 1-ой. Так, ΔS ЛЖ во 2-й группе до лечения составило $16,8\% \pm 0,05$; через 3 недели $18,3\% \pm 0,08$; а через год наблюдения – $16,1\% \pm 3,57$. Кроме того, у 14,3% больных 2-ой группы ухудшения сократительной способности ЛЖ вообще не наблюдалось.

У всех больных имела место умеренная легочная гипертензия, которая нарастала в течение года, однако, во 2-й группе пациентов темпы и степень прироста были ниже. Средний показатель давления в легочной артерии у пациентов 1-й группы до лечения и через 1 год составил $50,2 \pm 2,41$ мм рт.ст. и $61,4 \pm 0,97$ мм рт.ст.; у пациентов 2-й группы: $51,3 \pm 2,34$ мм рт.ст. и $52,4 \pm 1,90$ мм рт.ст. соответственно.

Выводы: Включение в комплексную программу лечения ХСН при ДКМП липосомальных форм кверцетина и фосфатидилхолина положительно воздействует как на метаболизм кардиомиоцитов, так и на процессы транспорта газов через альвеолярно-капиллярную мембрану, тем самым способствуя снижению темпов прогрессирования морфо-функциональных признаков ХСН и легочной гипертензии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Игнатенко Т. С., Макарчук О. В., Евтушенко И. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Выбор между медикаментозным или хирургическим лечением больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) во многом остается эмпирическим, базирующимся лишь на собственном опыте, что во многом обусловлено отсутствием результатов рандомизированных исследований и интернациональных рекомендаций.

Цель: заключалась в сравнительном анализе эффективности медикаментозного и хирургического лечения больных ГКМП.

Материалы и методы: В исследование включено 40 (29 мужчин и 11 женщин) больных ГКМП в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем $36,2 \pm 0,6$ лет). Диагноз базировался на рекомендациях экспертов Американского кардиологического колледжа и Европейского кардиологического общества (2011 г.) по диагностике и лечению ГКМП.

Пациенты рандомизированы в три группы наблюдения. Группы оказались статистически гомогенными по полу ($\chi^2=1,9$, $p=0,17$), возрасту ($t=0,9$, $p=0,32$), длительности заболевания ($t=1,1$, $p=0,20$), степени выраженности обструкции ($t=2,3$, $p=0,08$), толщине межжелудочковой перегородки (МЖП) ($t=0,61$, $p=0,33$), градиенту давления в выносящем тракте левого желудочка ($t=0,5$, $p=0,40$) и клиническим проявлениям ($\chi^2=0,4$, $p=0,52$).

В 1-ю группу включены 12 (30,0%) пациентов, которые получали только медикаментозное лечение: бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ. Пациентам с гемодинамической стенокардией дополнительно назначали амиодарон. Вторая группа состояла из 14 (35,0%) пациентов, которым проведена этиловая абляция МЖП. Третья группа включала 14 (35,0%) больных, которым выполнена имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора. Анализ эффективности проведен через год с момента старта исследования.

Результаты: Величина градиента давления через год наблюдения в группах больных составила: $42,6 \pm 2,9$; $36,1 \pm 2,2$; $48,9 \pm 3,0$ мм рт. ст. соответственно, а толщина МЖП равнялась: $2,27 \pm 0,09$; $1,87 \pm 0,12$; $2,30 \pm 0,18$ см соответственно.

Анализ эффективности, базирующийся на результатах комплексного клинического (наличия синкопальных состояний, одышки и приступов стенокардии) и инструментального исследований (толерантности к физической нагрузке, наличия ишемических изменений на ЭКГ, желудочковых нарушений ритма, толщины МЖП, степени обструкции выносящего тракта, градиента давления) показал, что у большинства пациентов 1-ой группы состояние расценивалось как «без перемен» (58,3%). У 33,3% из них состояние ухудшилось и лишь у 8,3% наблюдалось «незначительное улучшение». Во 2-ой группе наблюдения частота ухудшения была существенно меньше 1-ой (только 7,1%), но при этом увеличилось число пациентов, у которых наблюдались либо «незначительное улучшение» (35,7%), либо «значительное улучшение» (21,4%). Отметим, что в 1-ой группе пациентов с последним критерием не было вообще. 3-я группа наблюдения занимает условное промежуточное положение между 1-ой и 2-ей по всем оцениваемым критериям, поскольку частота соответствующих критериев составляет 21,4 («ухудшение»); 64,3 («без перемен»); 7,1 («улучшение») и 7,1% («значительное улучшение») соответственно.

Выводы: Алкогольная абляция МЖП является малоинвазивным хирургическим методом лечения ГКМП, позволяющим повысить общую эффективность, уменьшить, а в ряде случаев и устранить прогрессирующий характер обструкции и понизить градиент давления в выносящем тракте левого желудочка.

0313

**ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАЗВИТИЕ СТРУКТУРНО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНЫХ
СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

Иевская Е. В.¹, Соколова Л. А., Вавилова Т. В., Морошкин В. С.

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр», г. Санкт-Петербург

Цель: определить характер и степень структурно-функциональных изменений миокарда левого желудочка и артериальных сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ) с нормальной массой тела и инсулинорезистентностью (ИР).

Материалы и методы: обследовано 95 больных АГ 1-2 степени (гипертонической болезнью I-II стадии) с нормальной массой тела (ИМТ = 18,5-24,9 кг/м²) в возрасте 30-50 лет, без значимой сопутствующей патологии, отобранных методом случайной выборки на амбулаторном приеме. В программу обследования входило определение уровня офисного артериального давления (АД), суточное мониторирование АД (СМАД), дуплексное сканирование сосудов шеи и эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ). Всем пациентам исследовали уровень глюкозы (G) крови натощак и после нагрузки (тест толерантности к глюкозе), инсулин натощак с целью определения показателя ИР - коэффициента QUICKI. При QUICKI < 0,32 диагностировали ИР.

Результаты: по показателю QUICKI исследуемые пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 34 человека с ИР, 2 группа – 61 человек без ИР, т.е. частота регистрации ИР у обследуемых больных составила 36%. По возрастному составу, давности и степени АГ сравниваемые группы не отличались. Уровни офисного АД в 1 и во 2 группах были сопоставимы: систолическое АД (САД) в 1 группе составил – 145,2±2,6 ммрт.ст., во 2 группе – 143,0±1,3 ммрт.ст.; уровень диастолического АД (ДАД) – 87,2±1,0 и 88,9±0,7 ммрт.ст соответственно (p > 0,05). При проведении СМАД установлено, что показатели САД среднесуточного в 1 группе составил 152,4±2,1 ммрт.ст., во 2 группе 146,4±1,9 ммрт.ст. (p < 0,05). Различия остальных анализируемых показателей СМАД не достигало степени статистической достоверности. Частота регистрации ГЛЖ судя по индексу массы миокарда (ИММЛЖ) по ЭХО-КГ в 1-й и 2-й группах была соответственно у 27 пациентов (82%) и 47 больных (77%), (p < 0,05). ИММЛЖ составил в 1 группе 124,0±1,70, а во 2-й группе – 120,59±1,23 (p < 0,05). Утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) > 0,9 мм в 1 и во 2 группах определялось у 54 и 33 человек (62% и 55% соответственно) (p < 0,05).

Выводы: у обследованных больных АГ и ИР с нормальной массой тела на фоне более высокой степени АГ отмечены достоверно чаще встречающиеся и более выраженные проявления поражения органов-мишеней – ГЛЖ и утолщение КИМ артериальных сосудов по сравнению с пациентами с АГ без ИР.

0314

**К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Иевская Е. В.*, Сергеев М. Н.*, Соколова Л. А., Вавилова Т. В.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», г. Санкт-Петербург*

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр», г. Санкт-Петербург

Синдром инсулинорезистентности (ИР) ассоциируют с наличием ожирения, чаще андроидного типа, что обуславливает развитие гемодинамических и метаболических нарушений у этой категории пациентов («метаболический синдром»). Однако ИР распространена и у больных артериальной гипертензией (АГ) с нормальной массой тела. При этом частота регистрации ИР у этого контингента больных остается неуточненным.

Цель: сравнительная оценка распространенности синдрома инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией с нормальной массой тела и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 226 больных с артериальной гипертензией 1-2 ст. (гипертонической болезнью I-II ст), из них – 95 человек (1 гр.) с нормальной массой тела (ИМТ = 18,5 – 24,9 кг/м²) и 131 человек (2 гр.) – с ожирением (ИМТ = 30,45 – 42,65 кг/м²) без значимой сопутствующей патологии в возрасте 30-50 лет, отобранных методом случайной выборки на амбулаторном приеме. Среди больных 2 группы I степень ожирения была у 44% (58 чел.), II степень – у 36% (47 чел.), и III степень – у 20% (26 чел.). Андроидный тип ожирения определялся у 72% пациентов (94 чел.), гиноидный – у 28% (37 чел.). Всем пациентам исследовали уровень глюкозы (G) крови натощак и после нагрузки (тест толерантности к глюкозе), инсулин натощак с целью определения показателя ИР – коэффициента QUICKI. При QUICKI < 0,32 диагностировали ИР.

Результаты: у больных АГ с нормальной массой тела частота регистрации синдрома ИР составила 36% (34 чел.). У больных АГ с ожирением в целом по группе ИР отмечалась в 78% (102 чел.). При этом у больных АГ с I степенью ожирения ИР была зарегистрирована в 65% (38 чел.), II степенью – 77% (36 чел.),

III степенью – 92% (24 чел.). При андроидном типе ожирения частота регистрации ИР составила 62% (58 чел.), при гиноидном – 38% (14 чел.).

Выводы: синдром инсулинорезистентности распространен среди больных артериальной гипертензией. В группе обследованных пациентов с нормальной массой тела он был определен в 36% случаев. У больных АГ с ожирением частота регистрации ИР зависела от степени ожирения и его типа. Так, при III степени ожирения ИР у больных с АГ встречалась в 92% случаев. При андроидном типе ожирения этот синдром определялся в 62%.

0315

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Ильченко И. А., Колесникова Е. В., Бобронникова Л. Р., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии им.Л.Т. Малой АМНУ», Харьков, Украина

Цель: определить влияние эстрогенов и абдоминального ожирения на уровень иммунновоспалительных цитокинов и метаболические факторы у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в перименопаузе.

Материалы и методы: Обследовано 49 женщин в перименопаузе (средний возраст 43,6±1,8 года) с АГ 1-2 степени и абдоминальным ожирением. Оценивались уровни цитокинов: фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α), интерлейкины (IL) 1-бета (IL-1β), IL-4; гликемия, липидограмма, инсулинорезистентность (ИР) по индексу HOMA, уровень эстрогенов. Контрольная группа – 12 здоровых женщин аналогичного возраста.

Результаты: В зависимости от уровня эстрогенов было выделено 2 группы: 1-я – 26 пациенток без существенных нарушений уровня эстрогенов; 2-я группа – 23 пациентки с дефицитом эстрогенов. У пациенток 1-й группы абдоминальное ожирение (индекс массы тела (ИМТ) – 32,4±0,63 кг/м²; окружность талии (ОТ) – 95,6±1,8 см, отношение окружности талии и бедер (ОТ/ОБ) – 0,94±0,06) сочетались с изо-

лированной гипертриглицеридемией ($3,12 \pm 0,58$ ммоль/л; контроль $1,02 \pm 0,04$ ммоль/л; ($p < 0,05$)). Во 2-й группе признаки абдоминального ожирения (ИМТ – $33,6 \pm 0,52$ кг/м²; ОТ – $96,8 \pm 1,5$ см, ОТ/ОБ – $0,96 \pm 0,08$) сочетались с гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией (соответственно: $6,28 \pm 0,32$ ммоль/л; контроль $4,04 \pm 0,6$ ммоль/л; ($p < 0,05$)) и $4,18 \pm 0,76$ ммоль/л; контроль $1,02 \pm 0,04$ ммоль/л; ($p < 0,05$)), увеличением ИР (НОМА – $5,62 \pm 0,38$; контроль $2,64 \pm 0,11$; ($p < 0,05$)). Уровни цитокинов прогрессивно повышались по мере снижения уровня эстрогенов, достоверно отличались у пациенток 2 группы (соответственно в 1 и 2 группах): ФНО- α – $56,4 \pm 4,2$ пг/мл; $69,7 \pm 4,5$ пг/мл; контроль $49,8 \pm 3,7$ пг/мл ($p < 0,05$); IL-1 β – $37,5 \pm 3,2$ пг/мл; $45,3 \pm 4,4$ пг/мл; контроль $28,6 \pm 2,2$ пг/мл ($p < 0,05$); IL-4 – $51,5 \pm 4,3$ пг/мл; $62,9 \pm 4,4$ пг/мл; контроль $43,1 \pm 3,2$ пг/мл ($p < 0,05$).

Выводы: У женщин с АГ в перименопаузе именно гормональный статус, в частности дефицит эстрогенов, а не абдоминальное ожирение является доминирующим фактором прогрессирования метаболических нарушений и повышения провоспалительных цитокинов, что необходимо учитывать для профилактики кардиоваскулярных осложнений.

0316

ВЛИЯНИЕ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ И МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ильченко И. А., Колесникова Е. В., Бобронникова Л. Р., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет,
ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т. Малой АМНУ», Харьков, Украина

Цель: оценить влияние пульсового артериального давления (ПАД), степени митральной регургитации (МР) на ремоделирование левых отделов сердца (ЛОС) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и безболевого ишемией миокарда (ББИМ) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Материалы и методы: Обследовано 52 больных, из них 28 женщин, с АГ 2 степени, ББИМ и субкомпенсированным СД-2 (HbA1c – $7,4 \pm 0,6\%$), возраст – $54,3 \pm 2,6$ года; длительность АГ – $6,8 \pm 1,2$ года, длительность СД-2 – $4,8 \pm 0,6$ года; индекс массы тела – $28,2 \pm 1,6$ кг/м². Оценивались данные суточного мониторирования артериального давления (СМАД), электрокардиограммы (СЭКГ), коронарорентрикулографии (КВГ), эхокардиографии (ЭхоКГ).

В зависимости от величины ПАД были выделены 3 группы: 1-я: (18 больных) ПАД до 45 мм рт ст; 2-я группа (19 больных) ПАД от 45 до 65 мм рт ст; 3-я группа (15 больных) ПАД более 65 мм рт ст.

Результаты: При ПАД до 45 мм рт ст характеристики потока МР не изменялись, сократительная способность миокарда не нарушалась, структурно-функциональные изменения ЛОС были минимальными. При ПАД от 45 до 65 мм рт ст отмечались признаки снижения сократительной способности левого предсердия, структурно-функциональные изменения ЛОС носили компенсаторный характер. При ПАД более 65 мм рт ст отмечались достоверные изменения МР, что свидетельствовало о систолической дисфункции левого желудочка, определялись признаки систолической и диастолической дилатации ЛОС.

Выводы: ПАД является самостоятельным маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза. При АГ и ББИМ у больных с СД-2 уровень ПАД влияет на степень МР и ремоделирование ЛОС: ПАД до 45 мм рт ст не сопровождается увеличением МР и нарушением сократительной способности миокарда; при ПАД от 45 до 65 мм рт ст снижается сократительная способность левого предсердия, происходят структурно-функциональные изменения ЛОС имеющие компенсаторный характер; при ПАД выше 65 мм рт ст увеличивается степень МР и развивается систолическая и диастолическая дилатация ЛОС. Выявленные изменения необходимо учитывать при проведении лечения данной категории больных.

0317

РОЛЬ ГЕНА APOA1 В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ, ПРОГНОЗА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Иноземцева А. А., Кашталап В. В., Гордеева Л. А.¹, Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, г. Кемерово, Россия

¹Институт экологии человека, г. Кемерово, Россия

Цель: изучить клиническую и прогностическую значимость генетического полиморфизма rs670 APOA1 у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, а также изменения показателей липидограммы у этих пациентов в зависимости от различных генотипов.

Материалы и методы: в исследование были включены 358 пациентов, поступивших в Кемеровский кардиологический диспансер с диагнозом инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Из них 242 (67,2%) мужчин и 116 (32,8%) женщин. Средний возраст составил 61,8±11,1 лет. У всех больных на 2-14 сутки была забрана кровь с последующим генотипированием. Оценивались клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные показатели, а также наличие «конечных» точек (смерть, повторный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, декомпенсация хронической сердечной недостаточности, нестабильная стенокардия), принимаемая терапия через 1 и 3 года. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft), а также с использованием генетических калькуляторов (ГЕНЭКСПЕРТ).

Результаты: нами найдено, что генотип GG гена APOA1 ассоциируется с более тяжелой категорией пациентов исходно, так, наличие тяжелой сердечной недостаточности в анамнезе у таких пациентов наблюдалось в 3,1 раза чаще (OR=3,11, 95%CI=1,37-7,05, p=0,005), чем у пациентов с генотипом AA и GA. А также носители генотипа GG имеют неблагоприятный прогноз течения инфаркта миокарда. Рецидив инфаркта миокарда у них развивается чаще в 3 раза (OR=2,99, 95%CI=1,33-6,73, p=0,006), а риск развития других госпитальных осложнений, например, таких как ранняя постинфарктная стенокардия, отек легких, госпитальная смерть, выше в 2,12 раз (OR=2,12, 95%CI=1,14-3,94, p=0,02). Генотип GG также ассоциировался с неблагоприятными изменениями липидного спектра крови. У носителей этого генотипа уровень триглицеридов крови был достоверно выше и составил 2,11 ммоль/л [1,6; 2,74], p=0,02 против 1,74 ммоль/л [1,44; 2,22] у носителей генотипа AA. Нарушения липидного обмена у пациентов с генотипом GG наблюдались и в отдаленном периоде. Так, через 3 года, генотип GG показал достоверную связь с более высоким уровнем триглицеридов (Me=1,74 ммоль/л [1,08; 1,7] p=0,0001) против (Me=0,84 ммоль/л [0,62; 1,16] для генотипа AA, а также с более высоким уровнем индекса атерогенности (p=0,02). Для генотипа GG он составил 4,0 [3,1; 4,9], а для генотипа AA 2,85 [2,3; 3,65]. Концентрация ЛПВП у пациентов-носителей генотипа GG через три года после инфаркта миокарда была ниже и составила 1,00 ммоль/л [0,79; 1,18], чем у носителей генотипа GA (Me=1,16 ммоль/л [0,87; 1,46], p=0,01), а уровень жирных кислот выше 0,65 [0,56; 0,82] против 0,40 [0,23; 0,59], p=0,03.

Закключение: выявлено, что генетический полиморфизм APOA1 может быть использован для уточнения клинической тяжести и ближайшего прогноза у пациентов с инфарктом миокарда.

0318

ГАЛЕКТИН 3 И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ионин В. А.¹, Заславская Е. Л.¹, Соболева А. В.^{1,2}, Баранова Е. И.^{1,2}, Шляхто Е. В.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики имени Г.Ф. Ланга, Санкт-Петербург, Россия.

²ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия.

Метаболический синдром (МС) увеличивает риск развития фибрилляции предсердий (ФП). Уровень маркера фиброза галектина 3 повышен у больных с ФП в сочетании с МС и, вероятно, влияет на прогрессирование данной аритмии.

Цель: Определить уровень галектина 3 в сыворотке крови у больных с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий и метаболическим синдромом. Оценить роль галектина 3 в прогнозировании эффективности медикаментозной антиаритмической терапии (ААТ).

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов с МС (IDF, 2005), имеющих в анамнезе пароксизмальную (n=28) или персистирующую (n=22) формы ФП. Всем больным проводилась оценка клинических, антропометрических и эхокардиографических данных. Уровень галектина 3 в сыворотке крови определен методом ИФА. Повторно через 16,7±6,9 месяцев проведен анализ клинических данных пациентов с оценкой эффективности медикаментозной ААТ. Фармакотерапия считалась эффективной в случае, если не было зарегистрировано пароксизмов и/или симптомов ФП в течение всего периода наблюдения.

Результаты: Уровень галектина 3 у больных с персистирующей формой ФП выше, чем у пациентов с пароксизмальной формой данной аритмии (1,02 [0,52;3,14] и 0,54 [0,41;1,31] нг/мл, соответственно; p=0,03). Исходный уровень галектина 3 в сыворотке крови пациентов с ФП, у которых медикаментозная ААТ оказалась недостаточно эффективной, был выше, чем у больных с эффектом от ААТ (1,31 [0,75;2,49] и 0,50 [0,41;0,72] нг/мл, соответственно; p<0,001). В группе больных ФП, получавших амиодарон (n=16), галектин 3 в сыворотке крови, также был выше у пациентов с отсутствием эффекта от ААТ. Многофакторный биномиальный регрессионный анализ установил, что галектин 3 - независимый фактор, повышающий вероятность отсутствия эффективности ААТ (ОШ=2,38, 95%ДИ 1,12-5,04, p=0,024). У больных с ФП и МС, имеющих уровень галектина 3 в сыворотке крови выше 0,77 нг/мл – пороговое значение, определенное по данным ROC-анализа, риск отсутствия эффекта от ААТ в 3,6 раза выше, чем у больных с более низким значением галектина 3 (ОР=3,6, 95%ДИ 1,6-7,9, p=0,002).

Выводы: Уровень галектина 3 в сыворотке крови у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий выше, чем у больных с пароксизмальной формой. Пациенты с повышенным уровнем галектина 3 имеют более высокий риск недостаточной эффективности медикаментозной антиаритмической терапии. Мы полагаем, что определение маркера фиброза галектин 3 может быть дополнительным показанием для своевременного выполнения радиочастотной аблации пациентам с фибрилляцией предсердий и метаболическим синдромом.

0319

ТОЛЩИНА ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И ГАЛЕКТИН 3 У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ионин В. А.¹, Листопад О. В.¹, Соболева А. В.^{1,2}, Баранова Е. И.^{1,2}, Шляхто Е. В.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики имени Г.Ф. Ланга, Санкт-Петербург, Россия.

²ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия.

Висцеральная жировая ткань оказывает профиброгенное и провоспалительное влияние на сердечно-сосудистую систему. Эпикардиальный жир прилежит непосредственно к кардиомиоцитам и может оказывать влияние на ремоделирование сердца и способствовать развитию фибрилляции предсердий (ФП).

Цель: Определить уровень маркера фиброза миокарда галектина 3 в сыворотке крови, толщину эпикардиального жира (ТЭЖ) и сопоставить эти параметры у пациентов с метаболическим синдромом (МС), в том числе с ФП.

Материалы и методы: Обследовано 100 пациентов с МС (IDF, 2005), в том числе 50 с ФП, из них 28 больных с пароксизмальной и 22 – с персистирующей формами ФП. Группу контроля составили 50 практически здоровых обследованных. Выполнена оценка клинических, антропометрических и эхокардиографических данных. ТЭЖ была измерена над свободной стенкой правого желудочка. Уровень галектина 3 в сыворотке крови определен методом ИФА.

Результаты: Уровень галектина 3 в сыворотке крови у больных с МС и ФП выше, чем у пациентов с МС без ФП и выше, чем у здоровых (0,72 [0,44;1,36], 0,44 [0,42;1,22] и 0,32 [0,28;0,42] нг/мл, соотв.; $p < 0,01$). ТЭЖ в 2 раза больше у пациентов с МС, чем у здоровых ($4,7 \pm 1,3$ и $2,4 \pm 0,9$ мм, соотв.; $p < 0,001$). У пациентов с персистирующей формой ФП установлен более высокий уровень галектина 3 в сравнении с больными с пароксизмальной формой (1,02 [0,52;3,14] и 0,54 [0,41;1,31] нг/мл, соотв.; $p = 0,03$). ТЭЖ у больных с персистирующей формой ФП также больше, чем у пациентов с пароксизмальной формой ($5,2 \pm 1,5$ и $4,2 \pm 1,1$ мм, соотв.; $p = 0,02$). Установлена сильная положительная корреляция между уровнем галектина 3 и ТЭЖ ($r = 0,719$, $p < 0,001$). Многофакторный регрессионный анализ определил, что ТЭЖ - независимый фактор, влияющий на галектин 3 ($\beta = 0,656$, $p < 0,001$). У больных с МС и ФП, имеющих уровень ТЭЖ более 3,5 мм – пороговое значение, определенное по данным ROC-анализа, вероятность ФП в 3,9 раза выше, чем у лиц с меньшим значением данного показателя (OR=3,92, 95%ДИ 1,98-7,78, $p < 0,001$).

Выводы: Толщина эпикардиального жира – показатель, характеризующий висцеральное ожирение сердца, у пациентов с метаболическим синдромом больше, чем у здоровых. У пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий уровень галектина 3 в сыворотке крови и ТЭЖ больше, чем у больных с пароксизмальной формой. Мы полагаем, что установленная связь ТЭЖ с маркером фиброза миокарда галектином 3 может объяснять патогенетическую роль эпикардиальной жировой ткани в структурном ремоделировании миокарда, что является одной из причин развития ФП у больных с МС.

0320

А603G ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ТКАНЕВОГО ФАКТОРА И СОДЕРЖАНИЕ ТКАНЕВОГО ФАКТОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ионова Ж. И., Сергеева Е. Г., Беркович О. А., Алексеева Г. В., Костарева А. А., Русу М. И.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени акад. И.П. Павлова»

Цель: Исследовать уровни тканевого фактора в плазме крови и особенности течения заболевания у больных ишемической болезнью сердца (ИБС)- носителей различных генотипов гена тканевого фактора.

Материалы и методы: Обследовано 329 больных ИБС и 258 человек без клинических и ангиографических признаков ИБС, которые составили группу сравнения. А603А, А603G и G603G генотипы гена тканевого фактора определены методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом. Исследование уровней тканевого фактора в плазме крови производилось методом иммуноферментного анализа (ELISA).

Результаты: Встречаемость G603G генотипа и G аллеля была выше у больных ИБС, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Носительство G аллеля данного гена ассоциировалось с увеличением риска возникновения ИБС (OR=2.016, CI:1.61÷2,52, $p < 0,0001$). G аллель и G603G генотип гена тканевого фактора чаще встречались у больных с дебютом заболевания в возрасте до 45 лет, чем с дебютом заболевания

в более старшем возрасте ($p=0,05$ и $p=0,03$, соответственно). Среди больных ИБС с дебютом заболевания с инфаркта миокарда (ИМ), значительно чаще выявлялись носители G603G генотипа гена тканевого фактора ($OR=1.8441$, $CI:1.1574-2.9384$; $p=0,01$). Содержание тканевого фактора плазмы крови было достоверно выше у больных ИБС, чем в группе сравнения ($197,3\pm 9,2$ пг/мл и $132,4\pm 7,6$ пг/мл, соответственно, $p=0,000004$). У больных ИБС - носителей G603G генотипа гена тканевого фактора содержание тканевого фактора плазмы крови было выше, чем у носителей A603A генотипа ($217,9\pm 15,2$ пг/мл и $152,6\pm 30,4$ пг/мл, соответственно, $p=0,04$). Уровни тканевого фактора плазмы крови у носителей различных генотипов гена тканевого фактора в группе сравнения достоверно не различались.

Выводы: Носительство G аллеля гена тканевого фактора ассоциируется с увеличением риска развития ИБС в молодом возрасте, у больных ИБС носителей G603G генотипа гена тканевого фактора заболевание чаще дебютирует с развития инфаркта миокарда, а не со стенокардии. Для больных ИБС - носителей G603G генотипа гена тканевого фактора характерны более высокие значения самого тканевого фактора плазмы крови.

0321

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Ионов М. В., Юдина Ю. С., Авдоница Н. Г., Емельянов И. В., Звартау Н. Э., Курапеев Д. И., Конради А. О.

ФГБУ «Северо-Западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: оценить эффективность дистанционного мониторинга артериального давления (ДМАД) у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (НКАГ), наблюдаемых специалистами отдела по лечению АГ, учитывая показатели тревожности и выраженность депрессии.

Материалы и методы: в наше исследование были приглашены 62 пациента с известным диагнозом НКАГ, наблюдающихся амбулаторно. Предварительно была разработана платформа для общения пациента врачом — веб-сайт с защитой личных данных пациентов. Все приглашенные в исследование подписали информированное согласие и заполнили стандартный опросник «Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии» (HADS). 37 пациентов (27 мужчин и 10 женщин 45±9 лет) были отобраны в группу ДМАД сроком на 3 месяца. Группу контроля составили 25 пациентов (15 мужчин и 10 женщин 48±8 лет) наблюдавшиеся такой же период по обычной схеме очных амбулаторных визитов. Уровни АД оценивались по офисным показателям вначале исследования, на 8 неделе и на завершающем визите. Изменения подтверждались суточным мониторингом АД (СМАД).

Результаты: спустя 3 месяца наблюдения в группе ДМАД средний уровень офисного АД снизился с $158\pm 8/89\pm 9$ мм.рт.ст. до $134\pm 6/78\pm 7$ мм.рт.ст. ($p<0,05$). Целевых уровней АД удалось достичь у 35 пациентов (95%) к концу наблюдения. Более того, у 21 пациента (57%) целевые уровни АД были достигнуты уже через 8 недель, у 14 (38%) пациентов нормализация цифр АД была зарегистрирована к концу наблюдения. Резистентная АГ была выявлена у 2 (5%) пациентов. Значимое снижение систолического АД ассоциировалось с мужским полом ($OR=1,6$; $p<0,05$), возрастом ($r=-0,37$; $p<0,05$), а также с повышенной тревожностью (≥ 8 баллов по HADS — $r=0,4$; $p<0,05$), выраженной депрессией (≥ 8 баллов по HADS — $r=0,5$; $p<0,05$). В группе контроля у пациентов к концу наблюдения не наблюдалось столь значимого снижения АД (с $157\pm 9/90\pm 7$ мм.рт.ст. до $148\pm 9/85\pm 8$ мм.рт.ст.). Уровни тревожности и выраженность депрессии в группе контроля были также ниже субклинических (< 8 баллов по HADS).

Выводы: ДМАД — это эффективный метод, который может улучшить клиническую ситуацию в отношении пациентов с НКАГ.

Нами было показано, что ДМАД эффективен в отношении мужчин молодого возраста, а также у пациентов с повышенными уровнями тревоги и депрессии.

0322

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Искендеров Б. Г., Сисина О. Н., Иванчукова М. Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей;
Пензенская ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель: оценить эффективность радиочастотной абляции (РЧА) легочных вен, выполненной в ходе аортокоронарного шунтирования (АКШ), у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) и сопутствующей хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы: Обследовано 318 больных (208 мужчин и 110 женщин) в возрасте от 42 до 68 лет (средний возраст – 59,4±7,3 года) с персистирующей ФП через 3 месяца после выполнения АКШ в сочетании с РЧА. Давность персистирующей ФП составила от 1 года до 8 лет и в среднем – 5,6±1,1 года. Из 318 больных у 75 (23,6%) диагностировалась ХБП (1-я группа) с величиной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 45 мл/мин/1,73 м² и у 243 больных (76,4%) СКФ была выше 60 мл/мин/1,73 м² (2-я группа). Критериями исключения из исследования являлись: первичные заболевания почек и постоянная ФП. Величину СКФ вычисляли по формуле MDRD. Острое повреждение почек (ОПП) диагностировали по критериям AKIN с учетом содержания сывороточного креатинина (sCr). Всем больным проводили мониторинг ЭКГ по Холтеру. Больные наблюдались в течение 18 месяцев после операции.

Результаты: К концу года после операции поздние рецидивы ФП в 1-й группе отмечались у 30 больных (40,0%) и во 2-й группе – у 65 больных (26,7%). Различие достоверно: $\chi^2 = 5,46$ ($p=0,016$). Кроме того, в 1-й группе эффективность РЧА в сочетании с антиаритмической терапией составила 72,0% и во 2-й группе – 81,5% ($p=0,014$). Больных 1-й группы, в зависимости от динамики СКФ через 12 месяцев после операции, разделили на 2 подгруппы: у 18 больных (24,0%) СКФ увеличилась в среднем на 22,5% ($p=0,011$), то есть наблюдался регресс ХБП, а у 57 больных изменения СКФ были незначительными ($p>0,05$). Необходимо отметить, что риск возникновения поздних рецидивов ФП и частота рецидивов ФП обратно коррелировали с показателями СКФ после АКШ и процедуры РЧА. Эффективность РЧА ассоциировалась с тяжестью (стадией) ХБП. Так, в 1-й группе у больных с величиной СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м² эффективность РЧА через 12 месяцев составила 54,2% и во 2-й группе со СКФ выше 60 мл/мин/1,73 м² – 65,3% ($p=0,023$), в том числе в комбинации с антиаритмической терапией – 64,1 и 72,8% соответственно ($p=0,034$). Кроме того, в 1-й группе частота госпитализаций по поводу рецидивов ФП за год составила 3,2±0,5 и во 2-й группе – 1,4±0,3 ($p=0,005$). Выявлена обратная корреляция показателей СКФ с индексом объема левого предсердия и давностью ФП.

Выводы: Выявлено, что сниженная фильтрационная функция почек у больных, перенесших РЧА легочных вен в сочетании с АКШ, ассоциируется с повышенным риском рецидивов ФП и относительно низкой эффективностью РЧА, в том числе в комбинации с антиаритмической терапией.

0323

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ФАКТОР РИСКА ПОЗДНИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Искендеров Б. Г., Лазарева Э. Н., Иванчукова М. Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей; ЛПУ «Санаторий им. В.В. Володарского»;
Пензенская ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель: определить роль тревожно-депрессивных расстройств в возникновении поздних рецидивов фибрилляции предсердий (ФП) у больных, подвергшихся аортокоронарному шунтированию (АКШ) в сочетании с радиочастотной аблацией (РЧА) легочных вен.

Материалы и методы: Обследовано 287 больных (191 мужчина и 96 женщин) в возрасте от 52 до 67 лет (средний $60,8 \pm 5,7$ лет), которым выполнялось АКШ и/или маммарно-коронарное шунтирование. Из них 85 больных (29,6%) в анамнезе имели инфаркт миокарда, 66 больных (23,0%) – сахарный диабет 2 типа, 42 больных (14,6%) – цереброваскулярную болезнь. Психологическое тестирование проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до и через 2, 6 и 12 месяцев после операции. По данным шкалы HADS, тревожно-депрессивные расстройства до операции выявлялись у 114 больных (39,7%). Больным также проводили холтеровское мониторирование ЭКГ, доплер-эхокардиографию и велоэргометрическую пробу. Динамические наблюдения больных проводили в течение 12 месяцев после операции.

Результаты: В общей группе госпитальная летальность составила 2,4% (умерло 7 больных). Через 2 месяца после операции субклинические или клинически выраженные тревожно-депрессивные расстройства выявлялись у 188 больных (67,1%), через 6 месяцев – у 125 больных (44,6%) и через 12 месяцев – у 92 больных (32,9%). Поздние рецидивы ФП через 12 месяцев после операции отмечались у 96 больных (34,3%). Выявлено, что в группе больных с поздними рецидивами ФП (1-я группа) тревожно-депрессивные расстройства наблюдались чаще, чем у больных, не имевших рецидивов ФП (2-я группа): 50 больных (54,3%) против 42 больных (22,3%). Кроме того, клинически выраженная тревога в 1-й группе была у 37 больных (40,2%) и клинически выраженная депрессия – у 25 больных (27,2%), а во 2-й группе – у 13,3% и 9,6% больных соответственно. По данным шкалы HADS, в 1-й группе уровень тревоги составил в среднем $13,2 \pm 1,0$ балла и уровень депрессии – $12,4 \pm 0,8$ балла, во 2-й группе – $10,1 \pm 2,6$ и $9,6 \pm 2,3$ балла соответственно. Также выявлено, что частота рецидивов ФП в течение 12 месяцев наблюдения у больных 1-й группы и с тревожно-депрессивными расстройствами, достоверно выше, чем у больных, не имевших данных расстройств: $4,3 \pm 1,2$ и $1,4 \pm 0,5$ соответственно ($p < 0,001$). Показано, что у больных в возрасте старше 65 лет и с поздними рецидивами ФП уровень тревоги/депрессии достоверно выше, чем у больных моложе 50 лет ($p < 0,01$). Кроме того, у больных с поздними рецидивами ФП при наличии тревожно-депрессивных расстройств индекс объема левого предсердия и давность ФП оказались достоверно больше ($37,2 \pm 5,6$ мл/м² и $8,3 \pm 1,7$ лет), чем у больных, не имевших тревоги/депрессии ($26,1 \pm 4,0$ мл/м² и $4,6 \pm 1,5$ лет).

Выводы: Установлено, что наличие тревожно-депрессивных расстройств у больных с персистирующей ФП, перенесших процедуру РЧА, ассоциируется с высоким риском возникновения поздних рецидивов аритмии.

0324

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Искендеров Б. Г., Иванчукова М. Г., Лазарева Э. Н.

Пензенский институт усовершенствования врачей;

Пензенская ГKB СМП им. Г.А. Захарьина; ЛПУ «Санаторий им. В.В. Володарского», Пенза, Россия

Цель: сравнить клиническую эффективность хирургической радиочастотной аблации (РЧА) устьев легочных вен, выполненной в ходе коррекции клапанных пороков сердца, и ритмурежающей медикаментозной терапии у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: В исследование были включены 376 больных (165 мужчин и 211 женщин) в возрасте от 43 до 66 лет (средний возраст – $55,2 \pm 6,9$ лет) с постоянной тахиаритмией при ФП. Давность ФП составила от 2,5 до 11 лет, в том числе период хронизации ФП – от 10 до 42 месяцев ($21,0 \pm 3,5$

месяцев). Из 376 больных у 249 интраоперационно выполнялась РЧА (1-я группа) и у 127 больных осуществлялась ритмурежающая терапия (2-я группа). Важно отметить, что сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, количеству и видам клапанных пороков, давности ФП и сопутствующим заболеваниям. По выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) группы отличались незначительно: в 1-й группе усредненный функциональный класс (ФК) ХСН составил $2,5 \pm 0,3$ ФК и во 2-й группе – $2,6 \pm 0,4$ ФК ($p > 0,05$). Период наблюдения за больными составил 12 месяцев. Больным проводили эхокардиографию, тест с 6-минутной ходьбой, холтеровское мониторирование ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки.

Результаты: В 1-й группе первичный эффект РЧА в виде купирования ФП с восстановлением синусового ритма составил 74,7%. Ранние рецидивы наджелудочковых тахикардий отмечались у 82 больных (44,1%), из них у 35 больных после успешной медикаментозной кардиоверсии назначалась антиаритмическая терапия. Кроме того, в 1-й группе ранний послеоперационный период осложнился отказом синусового ритма с эпизодами замещающего атриовентрикулярного (АВ) ритма и/или АВ блокадой 2-3 степени у 19 больных (7,6%) и в результате, в 15 случаях выполнялась имплантация электрокардиостимулятора. По данным мониторинга ЭКГ в течение 24-56 часов, спустя 12 месяцев после операции в 1-й группе поздние рецидивы ФП отмечены у 47,3% больных с первичным положительным результатом РЧА. В 1-й группе в случае возобновления пароксизмов ФП назначали ритмурежающие препараты. Прогрессирование ХСН за 12 месяцев наблюдения в 1-й группе выявлено у 4 больных (4,1%) со стабильным синусовым ритмом и у 10 больных (6,6%) – при наличии рецидивов ФП ($p > 0,05$). Во 2-й группе, прогрессирование ХСН выявлено у 10 больных (7,9%). Различия между группами определяется не только наличием стабильного синусового ритма после РЧА, но и гемодинамической эффективностью коррекции клапанных пороков.

Выводы: Выявлено, что у больных с постоянной формой ФП клапанного генеза эффективность медикаментозного контроля ЧСС не уступает таковой при коррекции клапанных пороков в сочетании с РЧА.

0325

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ, УРОВНЯ ТРАНСАМИНАЗ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ НА ФОНЕ ПРИЕМА РОЗУВАСТАТИНА

Исламова С. В., Бабушкина Г. В., Булатова О. И., Хайрутдинова Г. И., Колледина А. С., Гибадуллина Э. А., Жуманиязова А. А.

ГБУЗ РБ ГКБ №13 г. Уфа, Россия

Цель: оценить состояние липидного профиля, уровня трансаминаз, систолической функции левого желудочка у больных, перенесших Q - инфаркт миокарда (ИМ) в течение 3 месяцев на фоне приема розувастатина.

Материалы и методы: обследованы 54 пациента мужского пола в возрасте от 38 до 70 лет (средний возраст I группы — $54,2 \pm 6,39$, II группы — $55,43 \pm 6,94$ лет) с первичным острым Q-ИМ. I группа пациентов (24 человека) получали розувастатин (роксеру) в дозировке 20 мг, II группа (30 человек) – в дозировке 40 мг. Больные обеих групп получали стандартную терапию острого ИМ. В момент поступления пациента в стационар, через 3 недели и 3 месяца оценивались следующие биохимические показатели крови: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), АЛТ, АСТ, показатели ЭХО-кардиографии (ЭХО): толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), ударный объем (УО), фракция выброса (ФВ).

Результаты: в I группе показатели ОХ снизились с $5,18 \pm 1,2$ ммоль/л при поступлении до $3,98 \pm 0,81$ ммоль/л через 3 недели ($p < 0,01$) и $3,96 \pm 0,79$ через 3 месяца ($p < 0,01$); ЛПНП – с $3,27 \pm 0,69$ ммоль/л до $1,93 \pm 0,94$ ммоль/л ($p < 0,01$) через 3 недели и $2,32 \pm 0,84$ ммоль/л ($p < 0,01$) через 3 месяца; ТГ – с $1,77 \pm 0,82$ ммоль/л до $1,51 \pm 0,92$ ммоль/л ($p > 0,05$) через 3 недели. Во II группе отмечалось уменьшение ОХ с

4,98 + 0,66 ммоль/л до 3,61 + 0,68 ммоль/л ($p < 0,01$) через 3 недели и 3,64 + 0,85 ммоль/л ($p < 0,01$) через 3 месяца; ЛПНП – с 3,26 + 1,4 ммоль/л до 1,58 + 0,71 ммоль/л ($p < 0,01$) через 3 недели и 1,82 + 0,82 ммоль/л ($p < 0,05$) через 3 месяца; ТГ – с 1,82 + 0,82 ммоль/л до 1,21 + 0,42 ммоль/л через 3 недели ($p < 0,05$). В течение 3 месяцев наблюдения побочных эффектов приема розувастатина выявлено не было в обеих группах, что коррелировало со статистически значимым ($p < 0,01$) снижением уровня трансминаз.

По данным ЭХО имелась тенденция к уменьшению толщины МЖП с 1,15 + 0,16 см до 1,1 + 0,17 см в I группе, с 1,17 + 0,16 см до 1,14 + 0,1 см ($p > 0,05$) во II группе. Наблюдалась тенденция к увеличению УО соответственно с 68 + 17,2 до 70,64 + 18,5 и с 68,03 + 16,44 до 76,01 + 12,02 ($p > 0,05$). Уровень ФВ практически не изменился в I группе (с 49,87 + 6,4% до 50,1 + 4,5%) и статистически значимо ($p < 0,05$) вырос во II группе (с 50,1 + 8,2% до 55,26 + 8,11%).

Выводы: таким образом на фоне приема розувастатина в дозировке 20 и 40 мг в течение 3 месяцев лечения у больных, перенесших Q-ИМ, наблюдалось нормализация липидов через 3 недели и сохранение целевых уровней ЛПНП в течение 3 месяцев у 100% больных, принимавших 40 мг розувастатина, что коррелировало с увеличением ФВ ($p < 0,05$) по данным ЭХО. В обеих группах побочных эффектов выявлено не было, что сопровождалось значимым снижением уровня трансминаз ($p < 0,01$).

0326

ИЗУЧЕНИЕ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Кавешников В. С., Серебрякова В. Н.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости каротидного атеросклероза (КАС) в организованной женской популяции г. Томска.

Материалы и методы: Исследование выполнено в коллективах педагогов 11 средних общеобразовательных школ (СОШ) г. Томска, отобранных случайным образом, в рамках стандартизованного кардиологического обследования проведено скрининговое ультразвуковое исследование сонных артерий (СА) на ультразвуковой системе Samsung Medison MySono U6 у 403 человек, средний возраст 47,5±9,5 лет. Атеросклеротическая бляшка (АСБ) определялась как фокальное образование на внутренней стенке сосуда, выступающее в просвет более чем на 50% по сравнению с окружающими участками стенки сосуда или как фокальное утолщение комплекса «интима-медиа», выступающее в просвет сосуда более чем на 1,5 мм. Сканирование проводилось по стандартной методике. На предмет наличия 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 из всех исследованных сегментов. Статистический анализ выполнен в пакете SPSS 12. Сравнение частот проводили методом χ^2 Пирсона и точным тестом Фишера. Вероятность ошибки (p) менее 5% считали статистически значимой. Стандартизацию проводили прямым методом с использованием Европейского стандарта населения в возрастном диапазоне 25–64 лет.

Результаты: В целом частота встречаемости КАС в обследованной популяции составила 20,6%, стандартизованный показатель (СП) – 17,8%. Анализ показал, что у лиц до 35 лет АСБ в СА выявлены не были. Встречаемость КАС в более старших возрастных группах варьировала в значительных пределах – от 3,8% в возрасте 35–39 лет до 45,0% в группе 60–64 лет, $p < 0,001$. В возрастном сегменте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост данного показателя в среднем на 6% каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост частоты КАС в обследованной популяции наблюдался в возрасте 55–59 лет, в котором по сравнению с предыдущей возрастной группой (50–54 лет), частота данного показателя увеличилась в 1,9 раз, составляя 43,8 и 23,7%, соответственно, $p = 0,012$. После 60 лет дальнейший рост частоты КАС не наблюдался. Гемодинамически значимые каротидные стенозы ($\geq 50\%$) в об-

следованной популяции не встречались, в то время как сужения <30% выявлены в 18,4%, а 30-49% - в 2,2% случаев, соответственно.

Выводы: В популяции женщин педагогов СОШ г. Томска КАС выявлен у каждого пятого обследованного участника скрининга. Атеросклероз СА не встречался до 35 лет. В возрасте от 35 до 54 лет наблюдался линейный рост частоты КАС в среднем на 6% каждые 5 лет. Наиболее интенсивный прирост данного показателя выявлен в возрасте 55–59 лет по сравнению с группой 50-54 лет (+20,1%). Сужения СА ³ 30% в структуре выявленных случаев КАС составили 10,8%, при этом каротидных стенозов (³ 50%) в обследованной женской популяции выявлено не было.

0327

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Каладзе Н. Н., Ревенко Н. А., Янина Т. Ю., Крадинова Е. А.

«Крымский федеральный университети имени В.И. Вернадского», г.Симферополь

В настоящее время не получен ответ на вопрос, играют ли изменения структуры артериальной стенки первичную роль в возникновении артериальной гипертензии (АГ) или же они являются ее следствием. Поэтому в случае АГ с метаболическими нарушениями у детей лечение должно быть направлено на все возможные звенья патогенеза с несколькими механизмами влияния на метаболизм и кровотока.

Цель: изучение эффективности комбинированной реабилитационной терапии на эластические свойства сосудистой стенки у детей с АГ и метаболическими нарушениями. Обследовано 80 детей с АГ и признаками метаболического синдрома (МС) в возрасте от 10 до 17 лет ($13,39 \pm 0,14$) (46 мальчиков и 34 девочки). Функциональное состояние эндотелия оценивали при помощи пробы с реактивной гиперемией на плечевой артерии с помощью УЗ аппарата «SSA-580 A Nemio XG» с линейным датчиком частотой 7-11 Мгц. Определяли изменения диаметра плечевой артерии (D), скорость кровотока (V_{ps} – пиковая систолическая скорость кровотока, V_{ed} – максимальная диастолическая скорость кровотока), индекс периферического сопротивления (RI), индекс пульсации (PI), эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) - отношение разницы в D до и после окклюзии к D покоя. В зависимости от проводимого лечения дети с АГ (n=80) были разделены на 3 группы (методом простой рандомизации): 1 группа (n=46) – традиционный реабилитационный комплекс (ТРК), 2 группа (n=20) – ТРК с применением бальнеотерапии (хлоридные натриевые ванны - ХНВ) и метаболической терапии (мельдоний), 3 группа (n=14) – ТРК и плацебо и группа контроля (КГ) (n=20). Пациенты 2 группы принимали мельдоний по 1 капсуле 250 мг per os за 15-20 минут до еды, 2 раза в сутки. Длительность курса метаболической терапии составляла 3 недели. Для проведения хлоридных натриевых ванн использовали воду с минерализацией NaCl 20 г/л, температурой - 36-37 °С, длительность процедуры составляла 10-12 минут, №8-10. Увеличение эндотелий-зависимой реакции происходило во всех группах. К концу первого месяца в 1 и 3 группе отмечается тенденция к росту показателя ($11,06 \pm 1,09\%$), а во 2 группе расширение плечевой артерии составило $14,29 \pm 1,01\%$ ($p < 0,05$ к исходному). Достоверное снижение скоростных показателей кровотока произошло во всех группах: V_{ps} и V_{ed} в 1 и 3 группе в 1,3 раза ($p > 0,05$) и снизилась более достоверно у больных, получавших мельдоний и ХНВ в 1,7 раза ($p > 0,05$). Индексы резистентности артерий практически не изменились. Подобная динамика говорит о нормализации типа кровотока у детей с АГ в виде снижения гиперкинетического типа кровообращения у 37% детей и нормализации гипертонического типа кровообращения у 12% детей. Более выраженные изменения показателей сосудистого кровотока выявлены в группе детей с применением кардиопротекторной терапии ($p < 0,05$). Таким образом, хлоридные натриевые ванны за счет системного воздействия на организм влияют на периферические регуляторные механизмы гемодинамики, вызывая более глубокий и стойкий гипотензивный эффект. Мельдоний обладает мягким вазодилатирующим эффектом посредством индукции синтеза оксида азота. Применение ТРК с включением препарата мельдоний и ХНВ является эффективной комбинацией для восстановления функции эндотелия у детей с АГ и метаболическими нарушениями, что препятствует дальнейшему развитию заболевания и имеет органопротекторный эффект.

0328

ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Калаева В. В., Каретникова В. Н., Осокина А. В., Евсеева М. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: проанализировать частоту развития летальных исходов у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и хронической болезнью почек (ХБП) на госпитальном этапе.

Материалы и методы: В исследование включены 954 (100%) больных ИМпST, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Все пациенты были подвергнуты стандартному клинико-anamnestическому обследованию. Выявление структурных изменений почек включало в себя верификацию инструментальными методами обследования и выявление снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в анамнезе в течение, как минимум трех месяцев, согласно данным амбулаторной мед. документации. Конечной точкой считали наступление летального исхода за период госпитализации. Вся выборка разделена на две группы: I группа – пациенты с ИМпST без ХБП – n=616 (64,5%), II группа – с ХБП – n=338 (35,4%).

Результаты: Пациенты группы II представлены наибольшим числом женщин (45,8% и 29%, p=0,000), старшего возраста (66лет и 61год, p=0,000) с сахарным диабетом 2 типа (25% и 14,6%, p=0,000). Эти же пациенты достоверно чаще имели в анамнезе артериальную гипертензию (p=0,000), перенесенный ранее ИМ (p=0,005), клинику стенокардии (p=0,000) и имели достоверно более низкую фракцию выброса левого желудочка (p=0,008). Коронарография (КГ), чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) и тромболитическая терапия (ТЛТ) при поступлении чаще проводились в группе I (78,7% и 70,1%, p=0,003; 61,3% и 52,6%, p=0,009; 14,6% и 11,8%, p=0,231). Развитие контрастиндуцированной нефропатии (КИН) чаще наблюдалось у пациентов с ХБП (7,69% и 4,22%, p=0,023). Частота наступления летальных исходов в группе I составила n=79 (12,82%), а в группе II – n=35 (10,36%), p=0,26. В группе пациентов с ХБП между фактом наступления летального исхода и некоторыми клинико-anamnestическими данными были выявлены следующие корреляционные связи: возраст $r=0,39$, p=0,001, курение $r=0,27$, p=0,025; класс Killip >II $r=0,42$, p=0,000; скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле СКD-EPI < 59,9 мл/мин/1,73 м², при поступлении $r=0,68$, p=0,000, КИН $r=0,67$, p=0,000.

Выводы: Пациенты с ИМпST и наличием ХБП имели наибольший процент сопутствующей патологии в сравнении с пациентами без ХБП. Интервенционные методы обследования и лечения чаще применялись у пациентов без ХБП. Отсутствовали различия в частоте наступления летальных исходов в период госпитализации между пациентами обеих групп. Корреляционный анализ продемонстрировал наличие связей между фактом наступления летального исхода у больных ИМпST и ХБП в течение госпитализации и следующими факторами: возрастом, курением, классом OCH >II Killip, СКФ при поступлении (рассчитанной по формуле СКD-EPI) < 59,9 мл/мин/1,73 м² и КИН.

0329

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ. ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА

Калев О. Ф., Калева Н. Г., Яшин Д. А.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

Проблема сверхсмертности населения России от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) остается нерешенной, что свидетельствует о низкой эффективности профилактики.

Цель: оценить качество профилактики ССЗ и других неинфекционных заболеваний (НИЗ) на региональном уровне.

Материалы и методы: Проведены: клинический аудит (Wilhelmsen L., Strasser T., 1993) качества медицинской помощи (КМП) 42998 детям и 61860 взрослым в первичном звене здравоохранения в 36 муниципальных районах (2001-2010гг.); изучена распространенность полипатий (три и более заболевания) и их факторов риска (ФР) у 424 сельских школьников; мониторинг групп здоровья и ФР у 389 дошкольников и 1225 школьников (1992-2010гг.). Обследование детей, подростков и взрослых проводилось по протоколу программы ЕРБ ВОЗ «СИНДИ». У 1402 мужчин сельской популяции определен уровень популяционной энтропии по параметрам, характеризующим основные ФР ССЗ (артериальное давление, общий холестерин, индекс массы тела, глюкоза). Значение энтропии рассчитывали по методике, предложенной Тырсиным А.Н. с соавт. (2014г.).

Результаты: Частота дефектов КМП статистически значимо увеличивается от областного центра, далее в городских округах с населением от 100 тыс. до 500 тыс., затем с населением менее 100 тыс. и в сельских муниципальных районах, что показывает нарушение принципа справедливости в отношении здоровья детей и взрослых в малых городах и сельских районах. Факторами риска полипатий являются дислипидемии, гипергликемия, патологическая ЭКГ. Распространенность полипатий среди сельских школьников увеличилась: девочки - с 50% до 62,0%, мальчики с 28,6% до 63,0%, что ассоциировалось также с ростом распространенности курения, потребления алкоголя. За период обучения у дошкольников и школьников достоверно увеличивается доля лиц с III группой здоровья. В дошкольном возрасте увеличилась доля лиц с феноменом жирового рикошета (Adiposity Rebound), ожирения, дислипидемий, переходящей АГ. У школьников выявлен рост активного и пассивного курения, употребления алкоголя, нездорового питания. Эпидемия факторов риска у детей и подростков усугубляется нездоровым образом жизни взрослых. На долю ССЗ, в группах обследованных, приходится не менее 50% за счет преобладания дисплазии соединительной ткани сердца и дисфункции вегетативной нервной системы у детей и подростков, АГ и ИБС - у взрослых. У мужчин в возрасте 18-24 лет уровень энтропии по ФР у "здоровых" - 6,63, "практически здоровых" - 7,19, "больных" НИЗ - 7,77; в возрасте 25-34 г. уровни энтропии составили 5,22; 7,37; 8,08 соответственно.

Выводы: Рост распространенности поведенческих и биологических ФР ССЗ и других НИЗ во всех возрастных группах представляет собой серьезную угрозу для здоровья нации в целом, что подтверждается ростом энтропии по ФР. Нами разработана система аудита качества, и впервые обоснована необходимость применения системно-энтропийного подхода в профилактической медицине и кардиологии, что позволит повысить эффективность профилактических мер.

0330

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭБРАНТИЛА И ЭНАПА ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Калинина С. Г., Романова К. В., Габинский Я. Л.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», г. Екатеринбург

Остро возникающее повышение артериального давления (АД) при остром коронарном синдроме (ОКС) может сопровождаться жизнеугрожающими осложнениями и требует экстренного снижения АД.

Цель: Оценить степень и скорость снижения АД у больных с ОКС при применении различных групп гипотензивных препаратов.

Материалы и методы: Обследовано 386 пациентов с ОКС, которым потребовалось проведение экстренной гипотензивной терапии. У 228 больных был диагностирован ОКС с подъемом сегмента ST(ОКСсПST)(I группа), у 158 больных- ОКС без подъема сегмента ST(ОКСБПST) (II группа). Экстренная гипотензивная терапия проводилась или эбрантилом (25 мг в/венно струйно), или энапом Р (1,25 мг в/в струйно). Группа больных с ОКСсПST, которые получили терапию эбрантилом (IA группа) включала 17 больных, из них 10 женщин, 7 мужчин, средний возраст которых был 66,4года. Группа больных с ОКСсПST, которые получили терапию энапом Р (IB группа) включала 211 больных, из них 111 женщин, 100 мужчин, средний возраст которых был 67,2 года. Группа больных с ОКСБПST, которые получили терапию эбрантилом (IIA группа) включала 31 пациента, из них 18 женщин, 13 мужчин, средний возраст которых был 68,8 лет. Группа больных с ОКСБПST, которые получили терапию энапом Р (II B груп-

па) включала 127 больных, из них 73 женщины, 53 мужчины, средний возраст - 69,9 лет. Измерение АД проводилось через 15 минут и через 30 минут после введения препарата.

Результаты: До начала терапии среднее систолическое АД(САД) в IA группе составило 176 мм рт ст, диастолическое АД(ДАД) -94 мм рт ст. Через 15 мин среднее САД было 158,8 мм рт (снижение на 9,8%), через 30 мин-137,8 мм рт ст (снижение на 21,7%). Среднее ДАД в IA группе через 15 мин составило 84,5 мм рт ст (снижение на 10,1%), а через 30 мин -80,9 мм рт ст (на 14%). До начала терапии среднее САД в IB группе составило 178,2 мм рт ст, ДАД -101,3 мм рт ст. Через 15 мин среднее САД было 159,7 мм рт (снижение на 10,4%), через 30 мин-144,6 мм рт ст (на 18,9%). Среднее ДАД в IB группе через 15 мин составило 91,7 мм рт ст (снижение на 9,5%), а через 30 мин -84,1 мм рт ст (на 17%). До начала терапии среднее САД в IIA группе составило 184,1 мм рт ст, ДАД составило-99,2 мм рт ст. Через 15 мин среднее САД было 157,9 мм рт (снижение на 14,2%), через 30 мин-136,5 мм рт ст (снижение на 25,9%). Среднее ДАД в IIA группе через 15 мин составило 84,8 мм рт ст (снижение на 14,5%), а через 30 мин -78,1 мм рт ст (на 21% от исходного). До начала терапии среднее САД во IIB группе составило 178,2 мм рт ст, ДАД -97,6 мм рт ст. Через 15 мин среднее САД было 159,8 мм рт (снижение на 10,3%), через 30 мин-146,3 мм рт ст (снижение на 17,9%). Среднее ДАД во IIB группе через 15 мин составило 89,7 мм рт ст (снижение на 8%), а через 30 мин -85,7 мм рт ст (на 12,2%).

Выводы: Оба препарата эффективно снижают АД при различных видах ОКС, могут использоваться в разных возрастных группах. К 30 минуте эбрантил более активно снижает систолическое АД в обеих группах.

0331

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Калинина С. Г., Белов А. И., Габинский Я. Л.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», г. Екатеринбург

Сердечно-сосудистые заболевания(ССЗ)- основная причина смертности взрослого населения развитых стран. В развитии и прогрессировании ССЗ, в возникновении острого коронарного синдрома (ОКС) ведущую роль играют факторы риска(ФР).

Цель: Определить распространенность факторов риска у молодых пациентов, госпитализированных в клинику с диагнозом ОКС.

Материалы и методы: Проведено обследование 71 пациента молодого возраста, до 44 лет включительно, с ОКС. ОКС с подъемом сегмента ST(ОКСсПST) был диагностирован у 58 больных (81,6% всех пациентов), ОКС без подъема сегмента ST (ОКСБПST) - у 13 больных (18,3%). Средний возраст пациентов составил 37,6 лет (min-17 лет). Мужчины с ОКС составили 68 больных (95,8% от всех больных с ОКС), женщины -3 человека (4,2%). У 55 мужчин диагностирован ОКСсПST (80,9% от всех мужчин), у 13(19,1%)- ОКСБПST. У всех женщин диагностирован ОКСсПST. Умерло 3 пациента, всем выставлен ОКСсПST, общая летальность составила 4,2%. Проанализированы следующие факторы риска развития ИМ в данной группе пациентов: наследственность, артериальная гипертония (АГ), гиперхолестеринемия (ГХС), ожирение/избыточная масса тела, сахарный диабет (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), курение, злоупотребление алкоголем. Проанализированы также служба в армии и занятия спортом данной группы больных.

Результаты: 24 пациента имели отягощенную наследственность по ИБС (33,8%), причем со стороны матери - 9 пациентов (12,6%), со стороны отца- 15 пациентов (21,1%). АГ была диагностирована у 40 пациентов (56,3%). У 29 пациентов была ГХС (40,8%), только 2 пациента (2,8%) знали о высоком уровне общего холестерина (ОХС). Среднее значение ОХС в данной группе пациентов составило 5,02 ммоль/л, среднее значение липопротеидов низкой плотности (ЛПНП)- 2,9 2 ммоль/л. У 29 пациентов (40,8%) имелось ожирение 1-3 стадии по ВОЗ, 26 пациентов (36,6%) имели предожирение (избыточную массу тела). СД был у 4 пациентов (5,6%), у 4 пациентов (5,6%) СД выставлен впервые в клинике. У

7 пациентов (9,8%) в клинике выявлено НТГ. СД и НТГ встретились у 15 пациентов (21,1%). 61 пациент курил от 1 до 2 пачек в сутки (85,9%). 5 пациентов (7%) злоупотребляли алкоголем. 19 человек (26,7%) ранее профессио-нально занимались спортом. 12 пациентов (16,9%), являлись кандидатами в мастера спорта по различным видам. 2 пациента были мастерами спорта (2,8%). 27 мужчин (39,7%) проходили службу в армии в различных войсках. У многих пациентов имелось несколько ФР ССЗ. 3 пациентов (4,2%) имели 1 ФР, у 23 (32,3%) было 2 ФР. У 20 пациентов (28,1%) было 3 ФР, у 17 пациентов (23,9%) – 4 ФР. У 6 пациентов (8,4%) встретилось 5 ФР. У 2 пациентов (2,8%) было 6 ФР.

Выводы: Наиболее часто у молодых больных с ОКС встречается ОКСсПСТ. Подавляюще большинство молодых больных с ОКС (95,8%) – мужчины. Из факторов риска наиболее часто встречаются курение (85,5%), АГ (56,3%), ожирение (40,8%), гиперхолестеринемия (40,8%). Наиболее часто молодые больные с ОКС имеют 2-4 фактора риска ССЗ одновременно.

0332

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА(ЛЖ) У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОКАРДИИ ПОКОЯ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

Каллаева А. Н., Гаджиева Т. А., Османова А. В., Магомедов А. З., Гагиева П. А.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» г. Махачкала, Россия

Цель: изучить особенности электрической активности сердца у пациентов со стенокардией покоя IIA и IIIA классов по Е.Браунвальду на фоне стандартной терапии.

Материалы и методы: 54 больных со стенокардией покоя. Из них 30-стенокардия покоя IIA класса, 24-стенокардия покоя IIIA класса, средний возраст $65,2 \pm 2,3$ года. Контрольная группа 40 практически здоровых лиц, средний возраст $60,1 \pm 2,1$ года. Проводилось ЭКГ-картографическое обследование электрической активности сердца, с помощью методики многополюсного прекардиального ЭКГ-картирования сердца. Рассчитывали интегральные и изоинтегральные карты разности потенциалов за весь период QRS-возбуждение желудочков.

Результаты: У пациентов стенокардией покоя IIA класса наблюдалось увеличение электрической активности ЛЖ, происходила задержка охвата возбуждения стенки ЛЖ, выявлялось достоверное локальное уменьшение электрического потенциала в области межжелудочковой перегородки(МЖП). А у пациентов стенокардией покоя IIIA класса отмечались локальные зоны ограниченного снижения сократимости миокарда ЛЖ на протяжении всего периода деполяризации желудочков.

Выводы: 1. У больных стенокардией покоя IIA класса наблюдается увеличение электрической активности миокарда ЛЖ, выявляется локальное уменьшение электрического потенциала и замедление охвата возбуждения ЛЖ, что указывает на наличие гибернирующего миокарда. 2. Основным критерием диагностики стенокардии покоя IIIA класса с использованием данной методики является обнаружение на изоинтегральных картах разности потенциалов ограниченной зоны отрицательного электрического потенциала, что указывает на наличие интрамуральных участков фиброза.

0333

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА(ЛЖ) НА ФОНЕ ПРОВЕДЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КАРВЕДИГАММОЙ, МЕРТЕНИЛОМ, ЛОРИСТОЙ В СОЧЕТАНИИ С ПРИЕМОМ КЛОПИДОГРЕЛЯ

Каллаева А. Н., Газиева П. А., Гаджиева Т. А., Османова А. В., Магомедов А. З.

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» г. Махачкала, Россия

Цель: изучить влияние клопидогреля на ишемическое ремоделирование левого желудочка(ЛЖ) и эффективность лечения карведигаммой и мертенилом у пациентов стенокардией покоя IIA и IIIA классов(по E. Браунвальду).

Материалы и методы: динамику эхокардиографических(ЭХОКГ) показателей в течении трех месяцев наблюдали у 39 больных, которым в составе комплексной терапии назначались карведигамма с аспирином(100-200мг)(1 группа). 30 пациентов лечившихся карведигаммой, мертенилом в сочетании с плавиксом(75-150мг) и лористой(25-50мг)(2 группа). Контрольную группу составляли 40 пациентов получавших традиционную терапию по месту жительства. Исследование проводилось после выписки из стационара через один месяц и после трех месяцев: ЭХОКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ЭКГ в 12 стандартных отведениях.

Результаты: У пациентов 1 группы(лечение аспирином) происходило уменьшение частоты выявления локальной гипокинезии, однако через 3 месяца изменения были схожими с пациентами контрольной группы, т.е. выявлялись ЭХОКГ критерии продолжающегося процесса ишемического ремоделирования ЛЖ. У пациентов 2 группы локальная гипокинезия стенки ЛЖ претерпевала значительную положительную динамику, которая была заметна уже через 1 месяц на фоне проводимой комплексной терапии. Через 3 месяца лечения число больных у которых выявлялась локальная гипокинезия ЛЖ, составила 29,5%, у пациентов контрольной группы 51,7%.

Выводы: 1. Пациентам, перенесшим подострую и острую форму стенокардии покоя, включение в состав комплексной терапии длительного приема клопидогреля и блокаторов рецепторов ангиотензина II(БРА)(Лориста) сопровождается стабилизацией процесса ишемического ремоделирования ЛЖ. 2. При назначении пациентам перенесшим тяжелые формы стенокардии покоя комплексного лечения, целесообразно в течении первые 3-6 месяцев применения в качестве антитромбоцитарного средства клопидогреля(75-150мг) и БРА для замедления процессов ишемического ремоделирования ЛЖ.

0334

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА NOS-3 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

Ташкентская медицинская академия, НИИ гематологии и переливания крови, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить ассоциацию полиморфизма гена NOS-3 с показателями эндотелиальной дисфункции у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: У 114 больных ХСН узбекской национальности были изучены генетические детерминанты развитию ДЭ – аллели и генотипы T786C гена NOS-3. Контрольную группу составили 75 здоровых лиц – мужчин узбекской национальности. Группы по возрасту были сопоставимы. Исследование полиморфизмов C786T гена эндотелиальной синтазы азота проводилась с использованием по-

лимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах CG-1-96 «Corbett Research» (Австралия) и 2720 «Applied Biosystems» (США), с использованием наборов ООО «Медлаб» (г.Санкт-Петербург), согласно инструкциям производителей. Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета электронных таблиц EXCEL 6.0 Windows-95. Прогностическая эффективность (AUC-классификатор) изученных нами генетических маркеров определялась стандартной формулой: $AUC = (Se + Sp)/2$.

Результаты: Анализ распределения генотипов T786C гена NOS-3 у больных ХСН распределились следующим образом: Т/Т - у больных I ФК ХСН составил 66,6%, у больных II ФК – 50% и III ФК – 56,4%. Т/С генотипы составили у больных I ФК – 33,3%, II ФК – 46,6% и III ФК ХСН – 43,6%. У больных контрольной группы данный показатель составил – Т/Т – 70,7% и Т/С – 29,3%. При этом у обследованных больных частота аллелей характеризовалось следующим образом: Т аллели встречались в 83,3% случаях у больных I ФК ХСН, в 73,3% у больных II ФК и 78,2% у больных III ФК ХСН. В группе здоровых лиц данный параметр составил 85,3%. Изучение функционально-гуморальных показателей дисфункции эндотелия у обследованных больных выявило, что наиболее выраженные нарушения ЭЗВД с парадоксальной вазоконстрикцией ассоциировались у больных ХСН с генотипом гетерозигот Т/С и Glu/Arg гена NOS-3. Анализ показателей агрегационной способности тромбоцитов показал, что увеличение скорости агрегации ассоциировалась с генотипом гетерозигот Т/С у больных с III ФК ХСН. Показатель ФВВ был выше в группе больных ХСН с гомозиготами у больных II ФК, а у больных III ФК ХСН с гетерозиготами.

Выводы: Таким образом, изучение распределения аллелей и генотипов T786C и гена NOS-3 показало, что как у больных ХСН, так и здоровых лиц узбекской популяции преобладали Т/Т генотипы и полиморфизм T786C гена NOS-3 является прогностически значимым маркером развития и прогрессирования ХСН, а выраженные нарушения эндотелиальной функции ассоциировались с генотипами Т/С гена NOS-3.

0335

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА НА ГЛОМЕРУЛО-ТУБУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У. К., Аликулов И. Т., Расулова З. Д.

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

Цель: Изучить эффективность лизиноприла на гломеруло-тубулярные маркеры дисфункции почек у больных с I-III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: Обследованы 45 больных с I-III ФК ХСН, которые принимали на фоне стандартной терапии – лизиноприл (Grindex, Латвия). Всем пациентам определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ MDRD) и уровень ферментов в моче: аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ). Статистическую обработку с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2012.

Результаты: Анализ результатов исследования показал, что у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН показатель ККр составил – $74,8 \pm 11,9$, $74,7 \pm 11,0$, $66,8 \pm 13,8$ мл/мин соответственно. СКФ по формуле MDRD у больных первой группы с I, II и III ФК ХСН составил – $65,08 \pm 9,06$, $64,53 \pm 9,06$, $60,6 \pm 10,3$ мл/мин/1,73 м², соответственно.

Результаты: СКФ (MDRD) < 60 мл/мин/1,73 м² наблюдалось у 17 (37,8%) больных. Анализ исходных показателей уровня ферментов в моче, характеризующих функциональное состояние канальцев почек выявил, что у больных с СКФ (MDRD) < 60 мл/мин отмечалось достоверное увеличение уровня АЛТ, АСТ, ЩФ в моче: у больных первой группы на 43,6% (p < 0,05), 33,58% (p < 0,05), 73,9% (p < 0,05), соответственно по сравнению с больными у которых показатели СКФ (MDRD) > 60 мл/мин/1,73 м². На фоне шестимесячного лечения с включением лизиноприла у больных с I и II ФК ХСН было только тенденция к уменьшению уровня ферментов в моче по сравнению с исходными значениями, с достоверными умень-

шением АЛТ, АСТ и ЩФ у больных с III ФК ХСН на 22,5%, 9,6%, 21,8% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с исходными значениями.

Выводы: Шестимесячное лечение с включением лизиноприла у больных ХСН с дисфункцией почек способствует увеличению СКФ и достоверно уменьшает уровень ферментурии и тем самым оказывает нефропротективный эффект.

0336

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В «ШКОЛЕ ГИПЕРТОНИКОВ»

Камилова У. К.

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

Цель: Изучить эффективности образовательной программы «школа гипертоников» на повышение информированности у больных артериальной гипертонией.

Материалы и методы: 204 больных – 101 больных с АГ I ст. и 103 больных с АГ II ст. обучались по образовательной программе «школа гипертоников». На проведенных 4-х занятиях больным была дана информация об основных понятиях АГ: факторы риска, клиническое течение заболевания, возможные осложнения, гипертонические кризы, немедикаментозные и медикаментозные подходы к лечению, профилактика. До обучения больные заполняли опросники, по которым была оценена их исходный уровень знаний по данной проблеме. и Больные через 3, 6 месяцев и через год после обучающей программы повторно заполняли анкеты по которым были оценены результаты. Приверженность к терапии оценивался по шкале Мориски-Грин, которая состоит из четырёх пунктов, касающихся отношения пациента к приёму препаратов. Шкала предназначена для заполнения самим пациентом. В оригинальной шкале каждый пункт оценивается по принципу «Да-Нет», при этом ответ «Да» оценивается в 0 баллов, а ответ «Нет» - в 1 балл.

Результаты: Анализ результатов исследования показал через 3 месяца после посещения образовательной программы «школа гипертоников» среди обследованных больных выросла доля больных регулярно принимающих антигипертензивную терапию, за счет снижения доли больных, не принимающих препараты регулярно. Увеличение данного показателя свидетельствует о повышении приверженности больных АГ к лечению. При этом важным фактором является самоконтроль АД. Результаты анализа через 3 месяца после посещения образовательной программы показали, что число больных регулярно проводящих самоконтроль АД составило 74% против 44% исходного. При этом доля больных АГ, не измеряющих АД, снизилась в 2 раза, составляя 7% против 18% исходного. Через 6 месяцев этот показатель составил 68%. Особо необходимо подчеркнуть, что пожилые пациенты были более активны в отношении соблюдения рекомендации по модификации образа жизни и контроля антигипертензивной терапии.

Выводы: Таким образом, у больных АГ проведение образовательной программы «школа-гипертоника» повышает их информированность, улучшает комплаенс.

0337

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Каныбекова Ж., Балакишев Р.

Кыргызско-Российский Славянский университет Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность: Коронарная болезнь сердца (КБС) остается ведущей причиной смерти сердечно-сосудистых заболеваний как у мужчин, так и у женщин. Как показали многочисленные исследования, острый коронарный синдром (ОКС) у женщин протекает на фоне сочетания нескольких факторов риска, характеризуется большим числом осложнений и неблагоприятных исходов.

Цель: Изучить особенности течения ОКС у лиц женского пола.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 101 историй болезни больных лиц женского пола, поступивших с января по декабрь 2014 года в Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова с острым коронарным синдромом. Оценивались факторы риска КБС, сопутствующие заболевания, течение и осложнения ОКС, а также диагностические методы вмешательства.

Результаты: Средний возраст больных составил $62,2 \pm 10,5$ лет (максимальный – 84, минимальный – 40 лет). «Преждевременная» КБС у женщин до 65 лет отмечалась в 55,4% случаях. Пациенты с нестабильной стенокардией составили 88,1% ($p < 0,05$), из них прогрессирующая стенокардия 80,9%, впервые возникшая – 18,0%, микроваскулярная – 1,0%. Больные с инфарктом миокарда (ИМ) составили 11,9%, из них не-Q-волновой ИМ (61,6%), Q-волновой (38,4%). Для женщин характерными ФР являлись артериальная гипертензия (91,1%), ожирение (38,6%), дислипидемия (33,7%), сахарный диабет (27,7%). Ранний климакс как фактор риска отмечался в 23,8% случаев, курение – в 7,9%, отягощенная наследственность – в 5,9% случаев. По данным электрокардиографического исследования (ЭКГ) ишемические изменения при поступлении в стационар наблюдались у 86,1%, из них депрессия сегмента ST отмечалась в 78,2% случаев, элевация – 21,8%. При анализе ЭКГ при выписке из стационара у 27,6% больных сохранялись ишемические изменения, при этом элевация отмечалась у 66,7%, а депрессия – 33,3%. Течение ОКС осложнилось развитием сердечной недостаточности функциональный класс (ФК) II (39,7%), III (44,8%) и IV (15,5%). Нарушения ритма отмечались у 14,6% больных, из них желудочковые экстрасистолы высоких градаций отмечались у 5,3% больных. Из нарушений проводимости (25,7%) отмечались блокада правой или левой ножки пучка Гиса (по 11,5% соответственно). Велоэргометрическая проба была проведена 1,0% больных. Мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий выполнена 5,0% больных. Коронароангиография (КАГ) проведена 5,6% больных, баллонная ангиопластика со стентированием – 1,0%.

Выводы: Основными ФР развития ОКС для женщин являются наличие артериальной гипертензии, дислипидемии, ожирения, сахарного диабета, а также возраст. Течение ОКС у женщин ассоциировано с развитием тяжелой сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости сердца. С целью ранней диагностики КБС и предупреждения развития тяжелых осложнений ОКС у женщин необходимо более широкое применение неинвазивных визуализирующих методов диагностики, таких как мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий, а также инвазивных – КАГ-исследование.

0338

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ NT-PROBNP С НАРУШЕНИЕМ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГКМП.

Каплунова В. Ю., Кожевникова М. В., Щендрыгина А. А., Шакарьянц Г. А., Хабарова Н. В.,
Тишман А. Н., Чекнева И. С., Привалова Е. В., Беленков Ю. Н.

ГБОУ ВПО «Первый Московский Государственный Медицинский Университет» им. И. М.
Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: оценить ассоциацию нейрогуморальных маркеров с нарушениями микроциркуляторного русла у больных ГКМП.

Материалы и методы: включены 19 больных (9 мужчин, 10 женщин) с неблагоприятными вариантами течения ГКМП (фибрилляция предсердий и прогрессирующее течение), средний возраст ($57,2 \pm 10,8$). Всем пациентам было проведено стандартное кардиологическое обследование, определение

уровня биологических маркеров (NT-proBNP) и оценивалась эндотелиальная функция методом капилляроскопии (плотность капиллярной сети ПКС, коэффициент ремоделирования мелких сосудов RI).

Результаты: Максимальные размеры ЛП и ПЖО отмечается у пациентов с неблагоприятными вариантами течения (ПЖО=1,205, ЛП=4,9 см), а при значении ПЖО \geq 1,12 возрастает риск присоединения ХСН. Повышение уровня нейрогуморального маркера NT-proBNP \Rightarrow 42,56 \pm 5,21 ($p < 0,001$) ассоциируется с высоким риском неблагоприятного прогноза ГКМП. Увеличение размера левого предсердия сопровождается повышением уровня NT-proBNP ($r= 0,3629$, $p= 0,045$) и ремоделированием состояния капиллярной сети (RI 33,14 \pm 21; $r=0,849$; $p=0,0002$). При этом отмечена положительная корреляция NT-proBNP с RI ($r= 0,563$; $p=0,09$). Повышение ПКС отмечено при увеличении концентрации NT-proBNP ($r=0,613$; $p=0,0596$) что может являться компенсаторным механизмом.

Выводы: 1. Выявлена связь с уровнем NT-proBNP и параметров ремоделирования микроциркуляторного русла (RI и ПКСв) и внутрисердечной гемодинамики (размер ЛП) у больных ГКМП. 2. Выявлена корреляция показателя RI с размером ЛП и NT-proBNP. 3. Установлена ассоциация ПКСв с уровнем маркеров NT-proBNP. 4. Выявленные взаимосвязи характерные для больных с неблагоприятным течением ГКМП.

0339

ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Каражанова Л. К., Капакова М. А.

Государственный медицинский университет г.Семей

Цель: изучить показатели системы гемостаза у больных сочетанной сосудистой патологией.

Материалы и методы: Всего обследованных составило 50 больных, из них 22 (44%) - мужчин, 28 (56%) - женщин. Средний возраст - 55,8 \pm 4,5. Контрольную группу составили 50 здоровых лиц. Для определения показателей системы гемостаза были использованы реактивы, материалы и диагностикумы фирмы «Технология- Стандарт» (Барнаул, РФ).

Показатели сосудисто-тромбоцитарного звена у больных сочетанной сосудистой патологией характеризовались гиперагрегацией и активацией тромбоцитов, о чем свидетельствует достоверное увеличение индекса максимальной агрегации тромбоцитов (ИАТ), при стимулировании АДФ (10-6), $p < 0,05$, достоверное повышение ИДТ (индекса дезагрегации тромбоцитов) 26,1 \pm 2,1% против 11,3 \pm 1,7% нормы ($p < 0,05$), указывающее на преобладание обратимой формы агрегации тромбоцитов. В 20 (7,5%) случаях нами была зарегистрирована крайняя степень активации тромбоцитов, появление циркуляции спонтанных агрегатов. Важным является обнаружение увеличения уровня фактора Виллебранда (ФВ) по сравнению с контролем ($p < 0,05$), что подтверждает наличие повреждения эндотелия. Обнаружено снижение активности АТШ, что свидетельствовало о дефиците противосвертывающих механизмов, ($p < 0,05$). Показатели системы фибринолиза, с точки зрения оценки общей фибринолитической активности, показали достоверное снижение фибринолиза ($p < 0,01$), повышение РПДФ и РФМК при сочетанной патологией было достоверным по сравнению с контролем.

Таким образом, ключевыми нарушениями системы гемостаза при сочетанной сосудистой патологией являются повреждение эндотелия, активация тромбоцитов, снижение уровня естественных антикоагулянтов и фибринолиза.

Данные лабораторного исследования маркеров АФС свидетельствуют, что у больных сочетанной сосудистой патологией они встречаются чаще, чем у здоровых лиц. Так, совокупная частота положительного составила 2,7%. Среди больных распространенность волчаночного антикоагулянта достигала 14%, АФС - 9%. На основании вышеизложенных клинико-лабораторных данных мы пришли к заключению, что у 24 больных имеет место первичный антифосфолипидный синдром. При сравнении возрастных данных больных сочетанной сосудистой патологией на фоне АФС и больных без АФС, выявлено, что у больных сочетанной сосудистой патологией на фоне АФС, происходит раннее развитие инсульта и инфаркта без сопутствующей патологии в более молодом возрасте, $p < 0,05$. Это свидетель-

ствует о значимости наличия АФС в патогенезе нарушений коронарного и мозгового кровообращения, и о выраженном вкладе АФС в развитие инсульта и инфаркта в молодом возрасте.

0340

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ, У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Каражанова Л. К., Токтарова Ж. Ж.

Государственный медицинский университет г. Семей

Цель: определение уровня нарушений эндотелиального синтеза NO у АГ с МС.

Материалы и методы: обследованы 56 больных с АГ (гипертоническая болезнь II ст.) в возрасте от 35 до 52 лет (средний возраст – 45,7±1,3 года). Мужчин было 15 (26,8%), женщин – 41 (73,2%). Средняя длительность АГ в анамнезе составила 5,3±0,3 года. В качестве контрольной группы обследованы 35 практически здоровых лиц в возрасте от 35 до 50 лет (в среднем 43,2±1,7 года), 16 мужчин и 19 женщин, не имевших в анамнезе эпизодов повышения АД и приступов ишемии миокарда. Определение уровня эндотелиального синтеза NO проводилось путем анализа концентрации его метаболитов (нитратов и нитритов) в крови обследованных. Обследование проводилось трехкратно с перерывом в 1 день, в качестве результата использовано среднее значение трех проб.

Результаты: Общим для всех обследованных больных было значительное снижение уровня метаболитов NO в крови. Содержание таковых в контрольной группе здоровых лиц колебалось от 0,19 до 0,28 мкг/мл (в среднем 0,25±0,01 мкг/мл). У больных АГ с МС уровень показателя находился в пределах от 0,11 до 0,19 мкг/мл, среднее значение составило 0,14±0,01 мкг/мл ($p < 0,001$).

Таким образом, в результате изучения содержания метаболитов NO в крови у больных АГ с МС, отражающего уровень его эндотелиального синтеза, имеет место снижение эндотелиального синтеза оксида азота, что является одним из патогенетических механизмов повышения АД. При артериальной гипертензии с метаболическим синдромом выявляются выраженные нарушения функционального состояния сосудистого эндотелия, отражающиеся снижением содержания в крови метаболитов оксида азота (на 44,0%), а также уменьшением показателя эндотелийзависимой вазодилатации (на 33,5%). Определяется наличие достоверной связи между степенью нарушений сосудистого эндотелия и повышения АД.

0341

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Каражанова Л. К., Есимбекова Э. И.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

Цель: Проведен сравнительный анализ клинического течения и исходов острого инфаркта миокарда при применении стандартной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии в зависимости от наличия АФС.

Материалы и методы: Клинические обследования больных осуществлено на клинической базе БСМП г. Семей. В рамках клинического скрининга частоты АФС обследовано 520 больных с инфарктом миокарда (98 больных с диагностированным АФС, из них 53 – с крупноочаговым инфарктом миокарда (КИМ), 45 – с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ).

Результаты: Отмечалось улучшение показателей системы гемостаза, заключающееся в динамике к нормализации всех исследованных показателей в группах больных КИМ, пролеченных с использованием традиционных подходов, т.е. применения гепарина с целью коррекции гиперкоагуляции и аспирина – повышения агрегации тромбоцитов. При этом данные изменения в целом были характерны как для пациентов без АФС, так и с АФС. Однако имелись определенные особенности динамики данных показателей, связанные с наличием АФС. Существенно различалась, например, динамика к снижению содержания в крови фактора Виллебранда (снижение на 12,3% в группе сравнения – ИМ без АФС, и только 3,7% - среднее значение у пациентов с АФС). Выраженное снижение характеризовало содержание в крови РПДФ и РФМК, однако и в данном случае при отсутствии сопутствующего АФС уменьшение показателя было более выраженным (на 70,0% и 78,5%), чем при АФС (на 53,2% и 64,2% соответственно), несмотря на больший уровень исходных нарушений данных показателей. Снижение продолжительности фибринолиза составляло соответственно по группам 28,4% и 19,3%, т.е. также было более значительным в подгруппе больных без АФС. Показатель АПТВ изменялся в обеих группах недостоверно, его повышение составило 14,5% и 11,5% соответственно. При этом в подгруппе с АФС имелось достоверное превышение контрольного показателя в ходе лечения. В подгруппе больных ИМ без АФС наблюдалось достоверное и весьма значительное относительно исходного уровня снижение содержания в крови РПДФ, степень которого составила 55,9% ($p < 0,01$). Во второй подгруппе, где отмечался исходно более высокий уровень данных продуктов, степень его снижения была, тем не менее, ниже (35,1%, $p < 0,05$). Динамика активности антитромбина III была направлена на ее снижение, что увеличило степень различий с контрольной группой в обеих подгруппах больных.

Обсуждение: Больные с острым инфарктом миокарда, развившимися на фоне АФС, имели не только более выраженные патологические изменения в системе гемостаза на момент развития заболевания, но и более медленную динамику к их коррекции в процессе традиционной терапии.

0342

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ, КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТРАЦИКЛИНОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каражанова Л. К., Абылхаирова А. К.

«Государственный медицинский университет г. Семей» Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Заболеваемость раком молочной железы в Семейском регионе восточно-казахстанской области имеет направленность на увеличение и высокий темп роста (в 1980г. – 11,6 на 100 тыс. населения, в 2006г. – 30,3 на 100 тыс. населения, т.е. наблюдается 3-х кратное увеличение за 25 лет, тогда как заболеваемость раком молочной железы в Республике Казахстан в 1980г. составляла 18,2, а в 2008г. – 20,7 на 100 тыс. населения). Анализ показателей смертности от рака молочной железы свидетельствуют, что отмечается более чем 2-х кратное увеличение за неполные 30 лет (в 1980г. – 6,1 на 100 тыс. населения, в 2008г. – 12,2, пиковое значение в 2002г. – 14,0 на 100 тыс. населения).

Химиотерапевтическое лечение наряду с хирургическим и лучевой терапией - один из компонентов, позволяющих значительно снизить смертность больных. Препараты антрациклинового ряда являются одними из наиболее эффективных для лечения рака молочной железы и входят в большинство стандартных схем химиотерапевтического лечения этого заболевания. Однако их активное клиническое применение ограничено кумулятивным и дозозависимым кардиотоксическим действием, которое может привести как к бессимптомной систолической дисфункции, так и к развернутой хронической сердечной недостаточности, сопровождающейся значительным снижением качества жизни и крайне неблагоприятным прогнозом. В связи с увеличением числа больных раком молочной железы, а также увеличением их выживаемости, воздействие противоракового лечения на сердечно-сосудистую систему становится все более важным.

Цель: Определить распространенность антрациклиновой кардиомиопатии в восточно-казахстанской области, как в экологически неблагоприятном регионе. Оптимизировать методы фармакологической коррекции.

Материалы и методы: Изучить молекулярно-генетические (путем изучения структурных особенностей ДНК генов апоптоза и оценить возможную роль полиморфных аллелей этих генов в развитии антрациклиновой кардиомиопатии), клинико-функциональные (по данным ЭКГ, ЭхоКГ) аспекты антрациклиновой кардиомиопатии с акцентом на раннюю диагностику.

Ожидаемые результаты: На основании разработанных критериев ранней диагностики и методов фармакологической коррекции кардиальных осложнений улучшить прогноз у данной группы пациентов.

0343

ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Карамнова Н. С., Измайлова О. В., Калинина А. М.

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

Цель: изучить характер питания пациентов с алиментарно-зависимыми факторами риска (избыточная масса тела, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия) сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: Обследовано 263 пациента (87 мужчин и 176 женщин), обратившихся по поводу коррекции алиментарно-зависимых ФР ССЗ в кабинет медицинской профилактики ФГБУ «ГНИЦ ПМ». Средний возраст мужчин - 47,8±12,4года, женщин - 52,9±13,5лет. Оценка фактического питания выполнена по программе «Анализ состояния питания человека» версия 1.2.4. Результаты исследования:

Суточная калорийность рациона питания оказалась более высокой среди мужчин - 2506,2±831,6ккал/сут в отличии от женщин (1958,9±528,5ккал/сут, $p<0,001$). Независимо от пола, отмечена отрицательная ассоциация суточной калорийности рациона с возрастом обследованных. Потребление пищевого белка у мужчин было достоверно ($p<0,001$) выше, чем у женщин - 84,4±25,0г/сут и 67,4±20,5г/сут соответственно, без возрастных различий. Также, среди мужчин достоверно ($p<0,001$) отмечено более высокое потребление общего жира, насыщенных жиров и пищевого холестерина (114,1±44,7г/сут., 37,9±15,7 г/сут. и 269,6±113,6мг/сут., соответственно), по сравнению с женщинами (92,8±25,2г/сут., 29,3±10,5г/сут. и 199,6±94,9мг/сут, соответственно). В потреблении полиненасыщенных жиров установлена положительная ассоциация только с возрастным цензом ($p<0,05$) без гендерных отличий: 24,5±10,1г/сут. - среди мужчин и 22,6±7,1г/сут.- среди женщин. Мужчины достоверно ($p<0,001$) отличались более высоким потреблением добавленного сахара, крахмала и общих углеводов (57,2±44,0г/сут, 121,4±78,3г/сут. и 248,8±8,3 г/сут.), в отличии от женщин (34,7±29,9г/сут., 85,3±45,7г/сут. и 184,3±71,9г/сут, соответственно). Независимо от пола, установлено снижение потребления свободного сахара с возрастом ($p<0,001$), в отношении потребления крахмала и общих углеводов достоверных изменений нет. Суточное потребление пищевых волокон, как и общих углеводов, составило меньше половины рекомендуемого без половых и возрастных отличий - 8,1±4,2г/сут. у мужчин и 8,4±4,2г/сут. у женщин. Отмечен адекватный профиль потребления К, Вит С и Fe (3362,9±1118,9мг/сут, 168,7±101,8мг/сут. и 350,1±111,5мг/сут., соответственно) и низкий профиль потребления Вит D, Са и Mg (4,4±3,5мкг/сут., 929,07±344,0мг/сут. и 350,1±111,5мг/сут, соответственно) с пищей как среди мужчин и так и среди женщин (3022,9±1040,8мг/сут, 198,3±120,0мг/сут., 15,0±4,7мг/сут., 3,7±2,6мкг/сут., 916,3±375,1мг/сут. и 301,1±91,0мг/сут., соответственно). Потребление Na, Mg, Fe с пищей у мужчин достоверно выше, чем у женщин ($p<0,001$), без возрастных различий. Выводы:

У пациентов с алиментарно-зависимыми ФР ССЗ отмечены: низкий профиль потребления общих углеводов, пищевых волокон, Вит D,Са и Mg и избыточный профиль потребления насыщенных жиров

и свободных сахаров, что обосновывает модификацию диетологических рекомендаций с учетом сегодняшних реалий.

0344

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНЫХ ПРИВЫЧЕК ПИТАНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ

Карамнова Н. С., Шальнова С. А., Деев А. Д., Бойцов С. А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ

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

Привычки питания, наряду с уровнем физической активности, курением и показателями артериального давления, общего холестерина и глюкозы крови, являются научно-обоснованным компонентом оценки сердечно-сосудистого здоровья в популяции. Цель – изучить привычки питания взрослого населения России имеющие протективный вклад в формирование сердечно-сосудистого здоровья.

Материалы и методы: Обследована представительная выборка 13-ти регионов России: 21922 человек (8373 мужчин и 13549 женщин в возрасте 25–64 лет) в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ (2012–2013гг). Привычки питания изучены частотным методом, оценка «питания для ССЗ» проведена по критериям «FINRISK study». Оценивалось «рекомендуемое питание для ССЗ», «промежуточный вариант» и «неблагоприятное питание для ССЗ». Результаты исследования:

Распространенность ежедневного потребления овощей и фруктов в общей популяции составила 58,9%: более высокая среди женщин – 63,4% и значительно ниже среди мужчин – 50,1%. Использование растительных масел в приготовлении блюд отмечено у 93,3% населения, среди женщин – 95,5% и 89,9% среди мужчин. Рекомендуемое потребление рыбы выявлено у 64,0% взрослого населения: 66,5% среди мужчин и 62,4% среди женщин. Используют в рационе питания молочные продукты низкой жирности только 26,0% населения: каждая четвертая женщина (24,4%) и почти каждый третий мужчина (29,0%). «Рекомендуемое питание для ССЗ» имели 14,8% общей популяции: 15,4% мужчин и 13,8% женщин. В отдельных регионах отмечены как более высокие показатели (гг. Владивосток и Вологда – 26,7% и 23,2% соответственно), так и более низкий – 5,5% в г. Оренбург. «Промежуточный вариант питания» отмечен у 85,4% взрослого населения: у 86,1% женщин и 84,1% мужчин. «Неблагоприятное питание для ССЗ» имеют лишь 0,4% населения: 0,6% мужчин и втрое меньше женщин – 0,2%. Независимо от пола, отмечены положительные ассоциации «рекомендуемого» и «промежуточного» вариантов питания с возрастом, статусом образования, проживанием в городе и отрицательные – с уровнем дохода. В оценочной комбинации «промежуточного варианта» питания чаще присутствовали: использование только растительных масел в приготовлении пищи (92,5%), ежедневное потребление фруктов и овощей (88,2%), реже – рекомендуемое потребление рыбы (59,3%) и молочных продуктов пониженной жирности (13,6%), что объективно демонстрирует резерв для популяционных образовательных профилактических программ, позволяя выделить конкретные акценты в формировании привычек питания у населения. В целом, оценка привычек питания в Российской популяции, проведенная по расширенным критериям соответствия «пирамиде питания ВОЗ» показала, что 7,0% взрослого населения имеет рацион, полностью соответствующий требованиям здорового питания.

0345

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ КОРРЕКЦИИ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗОВАННОГО КОЛЛЕКТИВА

Карамнова Н. С., Калинина А. М., Выгодин В. А.

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

Организованные коллективы – это оптимальная модель для реализации профилактических программ по коррекции алиментарно-зависимых факторов риска (АЗФР) сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: оценить эффективность профилактической технологии коррекции АЗФР, реализованной в коллективах педагогов 4-х общеобразовательных школ и медицинских работников (МР) 4-х поликлиник г. Москвы.

Проведено клиническое обследование с измерением АД, уровня общего холестерина и глюкозы крови, социологический опрос по стандартной методике. Адаптация информационно-образовательной технологии профилактики ССЗ «Школы Здоровья», реализация ее в условиях работающего коллектива с оценкой эффективности через 12 месяцев.

Результаты: Обследовано 190 педагогов, средний возраст 47,9 ± 12,2 лет; и 348 МР (159 врачей и 189 лиц среднего медицинского персонала), средний возраст 46,9 ± 11,3 лет. Отклик составил 90,4% и 86,4%. Курили 28% учителей и 30,7% МР. Избыточную МТ и ожирение имели 32,9% и 27,8% педагогов; 41,1% и 19,8% МР соответственно. Абдоминальное ожирение имели 45,3% педагогов и 28,1% МР. Гиперхолестеринемия выявлена у 64,2% учителей и 64,6% МР, нарушения углеводного обмена у 2,7% и 3,5% соответственно. Артериальная гипертония установлена у 36,3% педагогов и 43,7% МР. Частота сочетаний двух ФР составила 25% у педагогов и 23% у МР, более трех ФР – у 36% и 26,3% соответственно. Желание снизить МТ отметили 76,9% педагогов и 63,8% МР, помощь специалистов необходима 40% и 49,1% соответственно. Готовность к участию в групповой модели профилактики выявлена у 85% респондентов обоих коллективов. Через 12 месяцев отмечено снижение МТ на 5,3%; на 16,1% - уровня общего холестерина, диастолического и систолического АД на 10,7% и 11,5% соответственно. В обоих коллективах отмечено достоверное изменение привычек питания в сторону оздоровления: уменьшение потребления избыточного количества животных жиров с 58,2% до 13,5%; увеличение рекомендуемого потребления овощей и фруктов с 52,6% до 97,1%; ограничение потребления соли с 55% до 17,5%. Изменения привычек питания повлекли снижения частоты гиперхолестеринемии с 64,3% до 36,3%, и ожирения с 19,8% до 12,9% среди МР. В результате многофакторности влияния профилактического вмешательства отмечено снижение доли лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском с 21% до 13,5% среди учителей и с 17,6% до 12,1% среди МР.

0346

ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Кардаш О. Ф.¹, Рыбина Т. М.¹, Красько О. В.², Сушинская Т. М.¹, Кардаш Г. Ю.¹

¹Республиканское унитарное предприятие «Научно-практический центр гигиены», г. Минск, Республика Беларусь

²Объединенный институт проблем информатики Национальной академии наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Японскими исследователями предложен показатель жесткости сосудистой стенки – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс жесткости (CAVI), который позволяет оценить жесткость сосудистой стенки вне зависимости от уровня АД, действующего на стенку артерии в момент регистрации.

Цель: изучить возрастную динамику сердечно-лодыжечного индекса у трудоспособного населения Республики Беларусь.

Материалы и методы: В исследование включено 319 работников (141 мужчина и 178 женщин) в возрасте 20-74 лет (средний возраст – 42(30;55) лет). Исследование упруго-эластических свойств сосудов проводилось на аппарате VaSera VS-1500N (Fukuda Denshi, Япония) в положении пациента лежа на спине. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты: На момент опроса курят 46,1%, курили ранее – 21,9% опрошенных. Избыточный вес определялся у 30,0% работников. Артериальная гипертензия (АГ) I степени была выявлена у 89 (27,9%), II – у 30 (9,4%) и III – у 19 (6,0%) работников.

При оценке данных сфигмометрии у работников без АГ и некурящих, занятых вне воздействия вредных и опасных производственных факторов, наблюдалось статистически достоверное ($p < 0,05$) зависимое от возраста увеличение показателя CAVI и AI (индекс аугментации) на 0,6 ед. и на 0,08 ед., соответственно, каждые 10 лет. По данным корреляционного анализа установлена зависимость показателей CAVI и AI от возраста ($r=0,55$ и $r=0,61$ соответственно, $p < 0,05$).

Уравнение линейной регрессии для CAVI = $4,081 + 0,054 \times \text{возраст}$ у жителей Беларуси без АГ оказалось подобно таковому для корейцев и отличалось от зависимости, выявленной у японцев. При наличии АГ наклон линии регрессии для CAVI и возраста у белорусов (CAVI = $4,473 + 0,062 \times \text{возраст}$) был круче, чем у японцев и корейцев.

Выводы: У жителей Беларуси генетические факторы определяют различия в эластичности сосудистой стенки по сравнению с японцами. Однако у белорусов повышение CAVI происходит более быстрыми темпами при наличии артериальной гипертензии, и сердечно-сосудистый риск у них выше по сравнению с японцами и корейцами.

0347

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Каретникова В. Н., Калаева В. В., Осокина А. В., Евсеева М. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: провести анализ неблагоприятных исходов на госпитальном этапе у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от наличия/отсутствия хронической болезни почек (ХБП).

Материалы и методы: Выборка $n=954$ больных ИМпST, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Всем пациентам проведено стандартное клинико-anamnestическое обследование и обследование на предмет наличия структурных изменений почек, верифицированных инструментальными методами, и выявления снижения СКФ в анамнезе в течение, как минимум трех месяцев, согласно данным амбулаторной мед. документации. На госпитальном этапе проводилась оценка конечных точек – сердечно-сосудистых событий (летального исхода, ранней постинфарктной стенокардии (РПИС), рецидива ИМ, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)), степени острой сердечной недостаточности (по классификации Killip I–IV). Вся выборка разделена на две группы: I группа без ХБП – $n=616$ (64,5%), II группа – больные ИМпST с наличием ХБП – $n=338$ (35,4%).

Результаты: Среди пациентов с наличием ХБП чаще встречались женщины (45,8% и 29%, $p=0,000$), более старшего возраста (66лет и 61год, $p=0,000$), страдающие сахарным диабетом 2 типа (25% и 14,6%, $p=0,000$). Эти же пациенты достоверно чаще имели в анамнезе артериальную гипертензию ($p=0,000$), перенесенный ранее ИМ ($p=0,005$), клинику стенокардии ($p=0,000$) и характеризовались более низкой

фракцией выброса левого желудочка ($p=0,008$). Процент несмертельных осложнений был наибольшим в группе больных с ХБП (35,5% и 23,3%, $p=0,000$). Все зарегистрированные случаи ОНМК ($n=7$ (1,7%)) были зафиксированы в группе пациентов без ХБП. По частоте выявления летальных исходов, РПИС, рецидива ИМ, ОНМК и степени острой сердечной недостаточности по классификации Killip различий не выявлено. В группе пациентов с ХБП между фактом развития несмертельных осложнений и некоторыми клинико-анамнестическими данными были установлены следующие корреляционные связи: курение $r=0,31$, $p=0,012$; класс Killip >II - $r=0,30$, $p=0,014$; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) в течение госпитализации < 60 мл/мин/1,73 м² $r=0,78$, $p=0,000$.

Выводы: Пациенты с ИМпСТ и ХБП характеризовались более неблагоприятным коморбидным фоном в сравнении с больными без патологии почек. Не выявлено различий по частоте развития неблагоприятных исходов в течение госпитального периода между пациентами обеих групп. Установлено наличие корреляций между фактом развития неблагоприятных госпитальных исходов и курением, классом Killip >II и снижением СКФ в течение госпитализации (< 60 мл/мин/1,73 м²) у больных ИМпСТ и ХБП.

0348

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЕРОВ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Каретникова В. Н., Калаева В. В., Осокина А. В., Евсеева М. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: выявить особенности динамики концентрации цистатина С и липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL), у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) и хронической болезнью почек (ХБП) в течение госпитального этапа лечения.

Материалы и методы: обследованы 107 (100%) пациентов с ИМпСТ, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Всем пациентам проведено стандартное клинико-анамнестическое обследование, а также оценено наличие структурных изменений почек, верифицированных инструментальными методами, и выявления снижения СКФ в анамнезе в течение, как минимум трех месяцев, согласно данным амбулаторной медицинской документации. Всем пациентам забиралась кровь на 1-е и 12-е сутки госпитализации для определения концентрации цистатина С и NGAL. Выборка разделена на две группы: I группа – больные ИМпСТ без ХБП - $n=65$ (60,7%), II – с наличием ХБП - $n=42$ (39,2%).

Результаты: группа пациентов с ИМпСТ и ХБП отличалась большим количеством женщин ($p=0,000$), более старшего возраста ($p=0,000$), с большей частотой случаев сахарного диабета 2 типа ($p=0,000$), артериальной гипертензии ($p=0,000$), перенесенных ранее ИМ ($p=0,005$). При межгрупповом сравнении оказалось, что среди больных с наличием ХБП имеются наибольшие значения изучаемых маркеров. Так, в группе II концентрация цистатина С в первые сутки заболевания значимо превышала уровень данного маркера в первой группе (1,2 мг/л и 0,92 мг/л, $p=0,027$) и NGAL на 12-е сутки (2,27 нг/мл и 1,62 нг/мл, $p=0,0004$). В группе с ХБП выявлено увеличение концентрации изучаемых маркеров, однако статистической значимости полученные различия не достигали. Так, концентрация NGAL составила 1,69 нг/мл и 2,27 нг/мл, $p=0,87$; цистатина С – 1,2 мг/л и 1,47 мг/л, $p=0,44$. В группе без ХБП выявлены достоверные различия между концентрацией цистатина С в первые и на 12-е сутки заболевания (0,92 мг/л и 1,43 мг/л, $p=0,013$). Прирост концентрации NGAL не продемонстрировал достоверных различий и составил в первые сутки 1,42 нг/мл и на 12-е сутки – 1,62 нг/мл, $p=0,49$.

Выводы: у пациентов с ИМпСТ и ХБП имеется значимо большие концентрации цистатина С и NGAL по сравнению с больными без ХБП. В группе пациентов без ХБП выявлено достоверное увеличение концентрации цистатина С в течение госпитализации. У пациентов с ХБП отсутствовал значимый прирост концентрации цистатина С и NGAL с первых к 12-м суткам заболевания.

ОЦЕНКА ЖЕСТКОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Каримова Г. Ф., Мингазетдинова Л. Н., Кабилова А. В., Муталова Э. Г., Мусина Ф. С.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ России, Уфа, Россия

Цель: Оценить артериальную жесткость магистральных артерий и состояние эндотелия у больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: Обследовано 112 женщин РА (медиана возраста 36,9 (32 – 47) лет, 1-я группа – 16 больных с минимальной активностью РА, 2-я группа – 62 больных с умеренной активностью и 3-я группа – 34 пациента с высокой активностью РА. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование. Для оценки активности были валидированные индексы: DAS28; С-реактивный белок (СРБ), показатели провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-1 β), хемокины (MCP-1).

Определение эластических свойств крупных артерий: общей сонной (ОСА), общей бедренной (ОБА), магистральных почечных артерий (МПА) рассчитывалось по индексам эластичности – артериальный комплайнс (АС) и модуль упругости S_i на основании ультразвукового исследования геометрических параметров артерий; функцию эндотелия (ФЭ) оценивали по эндотелий – зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии по методу D. Celermajer et al. а также толщине интима-медиа (ТИМ).

Результаты: При изучении ТИМ у 30,7% (34) выявлено умеренное увеличение, у 50,2% (55) отмечено значимое повышение ТИМ, у 19,2% – нормальная толщина интима-медиа. Значимое увеличение ТИМ получено во 2 группе пациентов и высоко значимое в 3 группе больных РА ($1,08 \pm 0,04$ мм на ОСА и $0,63 \pm 0,04$ мм на ОБА, $p = 0,03$). Установлены взаимосвязи между ТИМ и СРБ ($r = 0,53$; $p = 0,032$), РФ ($r = 0,56$; $p = 0,02$). Показатели жесткости сосудистой стенки артерии проявились снижением АС и повышением индекса S_i . В 1 группе АС ОСА снижалось на 23,6% ($p = 0,046$), во 2 группе – на 49,5% ($p = 0,02$) и в 3 группе на 67,8% ($1,06 \pm 0,04$ мм/кПа, в сравнении – $1,78 \pm 0,05$; $p = 0,01$). На ОБА значимое снижение АС отмечено только в 3 группе с высокой активностью РА ($1,44 \pm 0,12$ мм/кПа, $p = 0,032$). На МПА АС также был значим во 2 и 3 группах ($0,46 \pm 0,08$ мм/кПа и $0,42 \pm 0,06$ мм/кПа, в сравнении – $0,74 \pm 0,03$ мм/кПа $p = 0,01$) или на 60,8% и 73,8% соответственно.

Индекс упругости S_i как показатель преатероматозных изменений значимо повышался на ОСА уже во 2 группе до $3,11 \pm 0,13$ (в сравнении $2,77 \pm 0,03$ $p = 0,046$) и высоко значим в 3 группе ($3,15 \pm 0,02$; $p = 0,02$); на ОБА и МПА S_i был значим только в 3 группе $3,68 \pm 0,38$ (в сравнении – $3,45 \pm 0,32$; $p = 0,046$ и $3,10 \pm 0,12$; в сравнении – $2,77 \pm 0,03$; $p = 0,38$) соответственно, что определяет развитие начальных атеросклеротических изменений, в сосудистой стенке артерий с нарастанием активности, подтверждая эффект значимости иммунного воспаления на ремоделирование сосудов. Это проявилось наличием корреляционных связей АС к РФ ($r = 0,58$; $p = 0,002$), S_i к MCP-1 ($r = 0,72$; $p = 0,001$) чаще и в наибольшей степени изменения эластических свойств сосудистой стенки выявились в развитии жесткости сосудистой стенки МПА. Определенную роль в развитии жесткости сосудистой стенки играют нарушения ФЭ, снижение вазореактивности выявлена во всех группах обследуемых. Так, ЭЗВД в 1 группе составила $11,62 \pm 1,16\%$ (в сравнении $14,30 \pm 2,24\%$, $p = 0,056$), во 2 и 3 группах выявлено значимое снижение до $2,48 \pm 1,06\%$ ($p = 0,046$) и $8,96 \pm 0,78\%$ ($p = 0,032$) соответственно, что 59,3% меньше величин сравнения, а также свидетельствует о влиянии активности на функцию эндотелия.

Выводы: Установлено значимое повышение артериальной жесткости крупных артерий у женщин с РА уже при минимальной активности на ОСА, на МПА – при умеренной активности и на ОБА только при высокой активности по сравнению с группой сравнения. Достоверно нарушение эндотелиальной функции вазодилатации выявлено у больных 2 и 3 групп.

0350

РОЛЬ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА И АТОРВАСТАТИНА ФИКСИРОВАННОЙ ДОЗЫ (ДУПЛЕКОР) В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИИ

Каримов О. О., Гайратова И. Б., Рахматуллоев Х. Ф.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОМК РТ Республиканский клинический центр кардиологии Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: сравнение эффективности, переносимости и надежности монотерапии амлодипина (5 мг в день) и аторвастатина (10 мг в день) с их комбинацией в тех же дозах.

Материалы и методы: исследования. Всего обследовано 96 человек (39 мужчин и 57 женщин) в возрасте от 45 до 75 лет. Средний возраст: 49.6(+8), индекс массы тела 27.5 кг/м² (+2.8). Больных рандомизировали на 2 группы: 1-я группа -5 мг в день амлодипина, 2-я группа -5 мг амлодипина в комбинации 10 мг Аторвастатина. У обоих препаратов в тех же дозах артериальное давление измерялось дважды с интервалом в одну минуту с помощью калиброванного ртутного манометра в соответствии с принятым методическим руководством. Для статистической обработки данных результаты двух измерений усреднялись. Подобным же образом, артериальное давление измеряли на 32-й день. Частоту пульса определяли пальпацией пульса на лучевой артерии в течение 1 минуты.

После измерения артериального давления, больные подвергались рутинному клиническому (определение веса и рост, ЭКГ в 12 отведениях) и лабораторному обследованию (почечная функция, ферменты печени, картина крови, анализ мочи, глюкоза крови, общий холестерин). Эффективность применяемой терапии оценивалась по изменению систолического и диастолического давления.

Результаты: в группе амлодипина давление уменьшилось: с 155.3 (+9.5)/97.8 (+4.2) до 136.5(+12.2)/86.2(+5.6), в группе комбинированной терапии: с 155.3(+9.6)/96.3(+5.2) до 131.5(+10.2)/82.4(+6.4) мм.рт.ст. Максимальный эффект препаратов на диагностическое давление не показал статически достоверных различий между тремя группами.

Систолическое давление в группе комбинированной терапии более выражено снижалось по сравнению с группой монотерапии амлодипином (22.4+-10.1 и 16.9+-10.5 мм.рт.ст.). Комбинированная терапия была более эффективной (90.1%), по сравнению с группой, получавшей амлодипин (79.1%, p=0.0333). Частота пульса во всех двух группах незначительно понизилась за период исследования. В группе, получавшей амлодипин: с 80.2(+9.1) до 77.5(+10.4), а в группе получавшей комбинированную терапию: с 80.0(+8.3) до 77.6(+10.6).

Выводы: Таким образом, препарат ДУПЛЕКОР (с фиксированной дозой в 5 мг амлодипина и 10 мг аторвастатина) может играть важную роль в современном комплексном подходе к анти гипертензивной терапии.

0351

ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ПРОЦЕССЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Каримов О. О., Гайратова И. Б., Рахматуллоев Х. Ф., Навджуанов Н. М.

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОМК РТ Республиканский клинический центр кардиологии Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: изучение эффективности и безопасности применения периндоприла 4 мг (Пренесса фирмы KRKA) и Спиринолактона 100 мг (верошпилона фирмы «Гедеон Рихтер») в терапии больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: исследования. Всего обследовано 49 больных в возрасте 54-74 лет: мужчин было 28, женщин – 21. Для исследования были отобраны больные с хронической недостаточностью кровообращения II-III функциональных классов (NYHA) с исходной фракцией выброса 40% и менее. Причины хронической сердечной недостаточности у 53% - ИБС, 12,5% – ревматические пороки, 23% - гипертоническая болезнь, 11,5% - дилатационная кардиомиопатия.

Всем больным до начала лечения проводили: ЭКГ, эхокардиографию, анализ биохимических показателей. В процессе лечения проводился динамический структурно-функциональный анализ сердечно-сосудистой системы, определялись показатели центральной гемодинамики, изучалась диастолическая и систолическая функция левого желудочка.

Больные были разделены на две группы: первая группа (контрольная) состояла из 25 человек. Им была назначена стандартная терапия (дигоксин + фуросемид + нитраты + препараты калия).

Вторая группа больных (группа сравнения) состояла из 24 человек. Им кроме стандартной терапии были дополнительно назначены ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающий фермент) в виде периндоприла (пренесса фирмы «KRKA») в дозе 4-8 мг в сутки и Спиринолактона (верошпирона фирмы «Гедеон Рихтер») в дозе 100 мг в сутки. Продолжительность наблюдения составляла от 3-х до 6-ти месяцев.

Результаты: под влиянием терапии начиная с 12-ой недели состояние больных существенно улучшилось, уменьшились размеры печени, сократились полости сердца, увеличилась фракция выброса (ФВ) левого желудочка, улучшилась его диастолическая функция. При этом у одного больного был выявлен побочный эффект периндоприла в виде сухого кашля, который не потребовал отмены препарата.

Выводы: Таким образом, периндоприл и спинолактон в составе комплексной терапии оказывают благоприятное влияние на центральную гемодинамику и обратное развитие ремоделирования миокарда, что способствует улучшению качества жизни больных, увеличению толерантности к физической нагрузке.

0352

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КАПИКОРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-IV ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Каримов О. О., Гайратова И. Б., Рахматуллоев Х. Ф.,

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ИПОМК РТ Республиканский клинический центр кардиологии Душанбе, Таджикистан

Цель: Оценить эффективность, безопасность и переносимость монотерапии препарата Капикор (мельдоний дигидрат 180 мг + гамма бутиробетоин дигидрат 60 мг) у больных с стабильной стенокардией II-IV функционального классов с признаками декомпенсации кровообращения.

Материалы и методы: В исследование включено 39 больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II-IV функциональных классов из них мужчин было 31, женщин 8. Возраст больных составлял 46-54лет. Все больные получали Капикор (Креатин фосфат натрия) в дозе 480 мг в сутки в течении 20 дней. Показатели гемодинамики и клиническое состояния больных изучалось до и после курса лечения Капикором.

Результаты: Капикор в сочетании с обычной терапией увеличивает показатель сердечной функции и улучшает клинический статус у пациентов с ишемической болезнью сердца. При этом ускоряется восстановление сердечной функции, предотвращается развитие сердечной аритмии и других осложнений. Уже на первой неделе лечения, на фоне приема Капикора, заметно улучшилось клиническое течение болезни. Из 39 больных у 38 (96.6%), среднее количество приступов стенокардии снизилось с 6.7 до 4.2 приступов в сутки параллельно среднее количество потребляемого нитроглицерина снизилось с 8.9 таблеток в день до 4.4. У 48.3% больных произошло повышение толерантности к физическим нагрузкам, т.е. переход с III-IV функционального класса на одну ступень ниже от исходного. По результатам велоэргометрических проб, выявлен прирост физической работы на 28.7%, а дистанция 6-ти минутной ходьбы увеличилась на 29.1% (307м) по сравнению с исходным (241м). У 1 больного

(3.4%), развилась общая слабость, которая самостоятельно прошла в течении первых суток. Аллергических осложнений в нашем исследовании не наблюдалось.

Выводы: Препарат Капикор (Олайн фарма) обладая кардиозащитным свойством и оптимизируя метаболизм миокарда в сочетании с стандартной терапией улучшает клинический статус больных стабильной стенокардией напряжения а также уменьшает среднее количество приступов стенокардии и параллельно снижает количество потребляемого нитроглицерина.

0353

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: СИСТЕМНЫЙ ГЕМОСТАЗ И РЕОЛОГИЯ КРОВИ

Карпова Н. Ю., Рашид М. А., Быкова А. Ю., Погонченкова И. В., Ядров М. Е., Казакова Т. В., Чипигина Н. С.

ГОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва; ГБУЗ ГБН[№] 56 ДЗМ, Москва

Цель: изучить показатели реологии крови и гемостаза при аортальном стенозе различной этиологии

Материалы и методы: включены пациенты с кальцинированным аортальным стенозом (КАС, n=50), ревматической болезнью сердца (РБС, n=17) и ишемической болезнью (ИБС, n=30), в возрасте от 65 до 85 лет. Исследовались следующие показатели: фибриноген, МНО, АЧТВ, РФМК, фибринолиз, агрегация тромбоцитов, фактор Виллебранда (ФВ), гематокрит, а также вязкость плазмы и цельной крови при различных скоростях сдвига.

Результаты: наличие аортального порока ассоциировалось с достоверным снижением уровня фибриногена в сравнении с группой ИБС. Повышение уровня фибриногена выше 4 г/л было отмечено у 21,6% больного КАС, у 15,4% с РБС, что оказалось достоверно ниже чем при ИБС (68,2%; p<0,03). Средние абсолютные значения уровня фибриногена составили: 3,5 (КАС), 3,5 (РБС) и 4,4 г/л (ИБС) соответственно.

Показатели АЧТВ (секунды) в группе КАС оказались максимальными - 29, против 27 (РБС) и 26 (ИБС; p<0,04).

Параметры фибринолиза, РФМК, АДФ-агрегации тромбоцитов достоверно не отличались в трех группах.

С учетом нерегулярного приема антикоагулянтов (преимущественно варфарина), повышение показателей МНО в группе РБС встречалось чаще и составило 64,3% против 12,5% (КАС) и 4,2% (ИБС; p<0,001). По той же причине абсолютное число тромбоцитов (Г/л) в группе РБС оказалось ниже и составило 176, против 216 при КАС (p<0,001) и 243 при ИБС (p<0,001).

В подавляющем большинстве случаев в пожилом возрасте отмечено повышение значений ФВ – КАС (81,6%), РБС (100%), ИБС (89,3%). Сходные значения получены при оценке вязкости плазмы и цельной крови, которые оказались повышенными в 100% случаев во всех группах.

Параметры гематокрита при КАС оказались ниже группы ИБС (11,1% и 42,1%; p<0,01) и РБС (33,3%), хотя показатели клеточного состава крови в трех группах не отличались.

Выводы: Полученные данные отражают повышение вязкостных свойств плазмы и крови, а также активацию эндотелий зависимого звена гемостаза в пожилом возрасте, что необходимо учитывать при комплексной оценке тромбогенного риска и назначения адекватной терапии указанной категории пациентов.

0354

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Каскулова А. Ф., Арамисова Р. М., Василенко В. М., Чаудхари П. К.

ГБУЗ «Городская поликлиника №1», г.Нальчик; ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик, Российская Федерация

Цель: анализ эффективности диспансерного наблюдения больных, перенесших ОИМ, а также реальной фармакотерапии, ее соответствие современным рекомендациям.

Материалы и методы: исследования: Был проведен ретроспективный анализ 46 амбулаторных карт больных, перенесших ОИМ (34 мужчин, 22 женщины), средний возраст мужчин 55 лет, женщин -75 лет. Лечение больных, перенесших острый инфаркт миокарда, проводилось в соответствии с федеральными стандартами.

Учитывая большой удельный вес больных с хронической сердечной недостаточностью среди лиц, перенесших острый инфаркт миокарда, была проанализирована и эта диспансерная группа. По функциональным классам больные распределились следующим образом: I ФК-51%, II ФК-30% и III ФК-19%. Отмечено, что формирование хронической сердечной недостаточности быстрее и чаще происходило у больных при сочетании ИБС с АГ (32%). В структуре причин формирования ХСН среди женщин преобладала АГ, среди мужчин - ИБС).

Анализ структуры антигипертензивных лекарственных средств, назначаемых в амбулаторной практике показал, что монотерапия проводилась у 29%, комбинированная терапия – у 71% пациентов. Наиболее часто использовались 4 группы препаратов: диуретики, ИАПФ, антагонисты кальция, бета-блокаторы. Диуретики применялись в 30% случаев, в сочетании с другими препаратами в составе комбинированной терапии. Нужно отметить высокую частоту назначения ИАПФ – в 67% случаев. Реже назначались антагонисты кальция (3%).

Выводы: Диспансерное наблюдение больных, перенесших ОИМ, проводится в соответствии с общепринятыми федеральными стандартами и рекомендациями. Применяются эффективные медикаментозные средства с учетом сопутствующей патологии и имеющихся осложнений.

0355

РОЛЬ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Каулина Е. М., Михайлова Е. В., Карпенко В. Я.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12», Нижний Новгород

Целью проведенного исследования стала разработка мероприятий по повышению качества лечебно-реабилитационных мероприятий (ЛРМ) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в амбулаторных условиях путем повышения приверженности врачей к назначению ЛРМ.

Материалы и методы: в исследование было включено 200 больных АГ и 20 врачей поликлинического звена. Оценивалась приверженность врачей к назначению мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) больным с ССЗ. Длительность исследования 10 лет. Участники исследования были разделены на 2 группы: группа исследования (ГИ) – 10 врачей и 100 амбулаторных карт (АК) больных артериальной гипертензией (АГ) для анализа реальной практической деятельности врачей и ГС – группа сравнения (10 врачей и 100 АК больных АГ). В ГИ проводились мероприятия по предложенной программе. В ГС проводилась традиционная методика повышения квалификации врачей в соответствии с планом конференций и семинаров лечебного учреждения.

Результаты: при изучении динамики приверженности врачей амбулаторной практики к назначению и оценке эффективности комплексных ЛРМ было выявлено, что уровень приверженности по данным опроса не соответствует реальным рекомендациям больным АГ, зафиксированным в АК. При проведении корреляционного анализа установлена тесная связь между теоретическим уровнем приверженности и уровнем приверженности в реальной практике у врачей ГИ к назначению мероприятий по ИОЖ ($r=0,84$, $p<0,05$). Определена слабая связь по данному параметру в ГС ($r=0,42$, $p>0,05$). В ходе исследования выявлены достоверные расхождения по назначению мероприятий ИОЖ врачами ГИ по сравнению с врачами ГС: по рекомендациям расширения двигательного режима ($p<0,05$), по рекомендации модификации диеты ($p<0,05$), по рекомендациям ограничения алкоголя ($p<0,05$), и увеличению частоты рекомендаций по отказу от курения ($p>0,05$). В ГИ была установлена тесная обратная связь между уровнем реального назначения врачами мероприятий по ИОЖ и уровнем систолического артериального давления (САД) у больных АГ ($r=-0,75$, $p<0,05$) и меньшая обратная связь с уровнем диастолического артериального давления (ДАД) ($r=-0,48$, $p>0,05$). В ГС была выявлена значимая обратная корреляция между уровнем реального назначения врачами мероприятий по ИОЖ и уровнем САД у больных АГ ($r=-0,87$, $p<0,05$) и обратная связь с уровнем ДАД ($r=-0,8$, $p>0,05$). Была выявлена в ГИ обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ и фатальными кардио-цереброваскулярными исходами (КЦИ) у больных АГ ($r=-0,61$, $p<0,05$). В ГС определена обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ и фатальными КЦИ у больных АГ ($r=-0,5$, $p>0,05$). При оценке клинической значимости в ГИ было отмечено снижение относительного риска (СОР) у больных АГ по всем фатальным сердечно-сосудистым конечным точкам на 50,7% ($p<0,05$); СОР фатальных цереброваскулярных осложнений на 45,9% ($p<0,05$), СОР фатальных кардиоваскулярных осложнений на 41,8% ($p<0,05$) (в сравнении с больными АГ группы ГС).

0356

БЕССИМПТОМНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У МАШИНИСТОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Качковская Т.А., Качковский М.А., Пешкова Л.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Россия; Медицинский университет «Реавиз», г.Самара

Длительные стрессовые воздействия, связанные с профессиональной деятельностью у машинистов железной дороги рассматриваются в качестве триггера сердечно-сосудистой патологии (Земцовский Э.В. и соавт., 2007; Бондарев С.А., Василенко В.С., 2011).

Цель: Изучить распространённость субклинического атеросклероза шейных артерий у машинистов железнодорожного транспорта.

Материалы и методы: Обследовано 44 машиниста железнодорожного транспорта в возрасте от 34 до 63 лет (средний возраст $50,1\pm 5,3$ лет), направленных на дополнительные исследования по возрастным требованиям, в связи с повышенным уровнем холестерина крови. Все пациенты прошли клиническое обследование, исследование липидного спектра крови (холестерин (ХС), липопротеиды низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицериды (ТГ)). Всем выполнялось дуплексное сканирование сосудов шеи на аппарате Aloka ProSound Alpha 10 по общепринятой методике. Коэффициент корреляции Спирмена определялся с использованием пакета программ статистической обработки данных SPSS 11.

Результаты: Среди обследованных машинистов железнодорожного транспорта, направленных на дополнительное обследование субклинический атеросклероз сосудов шеи выявлен у 31 человека (70,5%), при этом множественные стенозы выявлены у 26 человек (59,1%). Наличие стеноза сосудов шеи слабо коррелировало с возрастом обследованных $r=+0,32$ ($p=0,034$). Величина стенозов коррелировала с развитием множественного атеросклеротического поражения $r=+0,903$ ($p<0,001$). В возрасте до 40 лет стенозы сонных и подключичных артерий не выявлены. У обследованных в возрасте 40-44 лет стенозы установлены в 50% случаев и их величина была в пределах до 43%. У обследованных старше 45-56 лет стенозы выявлены у 26 человек (72,2%), а в возрасте 57 лет и старше у всех 3 человек

(100%). Наиболее часто поражения локализовались в левой и правой общих сонных артериях (24 и 20 человек или 54,5% и 45,5%), левой и правой внутренних сонных артериях (15 и 14 человек или 34,1% и 31,8%) и правой подключичной артерии (8 человек или 18,2%).

Нормальные показатели общего ХС были у 14 машинистов (31,8%), а у 30 (68,2%) он составлял от 5,1 до 8,2 ммоль/л. У больных с гиперхолестеринемией ЛПНП были выше нормы и составляли $3,9 \pm 0,7$ ммоль/л.

Выводы: У машинистов железнодорожного транспорта часто выявляется бессимптомный атеросклероз артерий шеи. У машинистов железнодорожного транспорта старше 45 лет и при наличии дислипидемии требуется проведение ультразвукового исследования артерий шеи и исключение ИБС.

0357

КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Качковский М. А., Повереннова И. Е., Черникова В. В., Кузаева Н. Г.

ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, г.Самара, Россия;

Медицинский университет «Ревиз», г.Самара, Россия

Частота наследственных мышечных дистрофий в Самарской области 11,2 на 100000 населения. По данным G.Nigro et al. (2012) миокардиальные причины смерти у больных прогрессирующей мышечной дистрофией составляет 66%.

Цель: Улучшение ранней диагностики кардиомиопатий у пациентов с наследственными ювенильными миодистрофиями.

Материалы и методы: Обследовано 32 человека с прогрессирующей мышечной дистрофией, из них 13 пациентов с миодистрофией Дюшенна в возрасте от 2,5 до 13 лет (средний возраст $7,67 \pm 3,25$) и 19 пациентов с конечностно-поясной мышечной дистрофией в возрасте от 15 до 34 лет (средний возраст $25,74 \pm 6,20$).

Всем пациентам проведено клиническое обследование, игольчатая электромиография (ЭМГ) с мышц конечностей, биохимический анализ крови на КФК и ЛДГ, ЭКГ и эхокардиографию.

Результаты: При проведении игольчатой ЭМГ с мышц рук и ног, у 32 человек (100%) зарегистрирован первично – мышечный характер процесса.

Нарушения на ЭКГ отмечены у 100% больных с миодистрофией Дюшенна. Выявлены следующие электрокардиографические нарушения: у 13 человек (100%) имеется синусовая тахикардия и аритмия (ЧСС от 89 до 130 уд в 1мин); удлинение интервала QT (колебания 0,32-0,34 с, при норме 0,28-0,29 с) – у 12 человек (92,3%); нарушение процессов реполяризации в миокарде (отрицательный зубец Т в II, III) – у 11 человек (84,6%); неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 11 детей (84,6%); гипертрофия левого желудочка у 1 человека (7,7%). По данным эхокардиографического исследования, грубых нарушений не выявлено. У 7 человек (53,8%) дополнительные хорды в полости левого желудочка. По данным биохимического анализа крови у всех больных с миодистрофией Дюшенна повышен уровень КФК и у 12 человек (92,3%) ЛДГ.

У больных с конечностно-поясной мышечной дистрофией по данным ЭКГ выявлены следующие изменения: синусовая тахикардия у 6 человек (31,6%); аритмия у 16 человек (84,2%); удлинение интервала QT – у 3 человек (15,8%); нарушение процессов реполяризации в миокарде – у 13 человек (68,4%); неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 10 детей (52,6%); гипертрофия левого желудочка у 7 человек (36,8%). У 7 человек (53,8%) дополнительные хорды в полости левого желудочка. У 17 человек (89,5%) повышен уровень КФК и у 5 человек (26,3%) ЛДГ. По данным эхокардиографического исследования нарушений не выявлено.

Наиболее частые изменения по данным ЭКГ исследования в двух группах обследованных: нарушения процессов реполяризации в миокарде 84,6% в первой группе и 68,4% во второй группе, аритмия 100% и 84,2%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 84,6% и 52,6%.

Выводы: Комплексное обследование больных с ювенильной миодистрофией позволяет выявить развитие вторичной кардиомиопатии, ассоциированной с нервно-мышечными заболеваниями.

0358

ОТНОШЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

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

Цель: изучение отношения к медицинской помощи в открытой популяции у мужчин 25-64 лет.

Исследование проводилось по алгоритмам стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 200 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет), респонс - 85,0%. Для сбора первичной научной информации использовали сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты «Знание и отношение к своему здоровью».

Доля лиц, проверяющих свое здоровье, в популяции в целом была довольно мала (8,6%). В момент сильного сердечного приступа обратились бы за медицинской помощью 57,1% населения и 6,1% не обратились бы к врачу даже при сильной боли. Около 70% лиц доверяли своему самочувствию или мнению врача о состоянии здоровья, 32,3% населения не согласились бы с мнением врача и выразили бы готовность к дальнейшим обследованиям. В целом в более чем в 50% случаев население испытывало приятные переживания, связанные с медицинским обслуживанием. Существенно чаще регулярно проверялись у врача, независимо от наличия боли или неприятных ощущений в области сердца, лица старшей возрастной группы 55-64 лет (15,0%). Напротив, при возникновении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца, потребность обратиться к врачу в возрастной категории 55-64 лет оказалась ниже (50,9%) сравнительно с лицами среднего возраста 35-44 (60,5%) и 45-54 лет (61,5%), $p > 0,05$. В старших возрастных группах отмечалось более высокое доверие врачу, причем уровень негативных тенденций оказался самым высоким в младшей возрастной группе, где более 40% населения не согласилось бы с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования. В двух младших возрастных группах (40,1% в возрасте 25-34 лет и 35,1% в возрасте 35-44 лет) сравнительно с возрастными категориями 45-54 (25,5%, $p < 0,05$) и 55-64 лет (24,8%, $p < 0,05$) респонденты достоверно чаще не согласилось бы с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования.

Заключение В открытой мужской популяции потребность в регулярном медицинском обслуживании чаще возникает у лиц старшего возраста. Лица молодого возраста серьезнее относятся к диагностике заболеваний при более негативном настрое на уровень медицинского обслуживания.

0359

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Кельмамбетова З. Р., Гагарина А. А., Корытько И. Н., Ушаков А. В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым

Цель: сравнительное изучение динамики уровней фактора Виллебранда (ФВ), ингибитора тканевого активатора плазминогена 1 (ИТАП-1) и С-реактивного белка (СРБ) в крови у больных с абдоминальным ожирением (АО) при развитии инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета (СД).

Материалы и методы: исследования. В исследование было включено 105 пациентов с ИМ с зубцом Q, из которых 55 больных имели АО (35 мужчин и 20 женщин, средний возраст $60,8 \pm 1,2$ года) и 50 больных без АО (42 мужчины и 8 женщин, средний возраст $63,5 \pm 1,6$ года). Контрольную группу составили 30 лиц без сердечно-сосудистой патологии и не имевшие избыточной массы тела, нарушений липидного и углеводного обменов (16 мужчин и 14 женщин, средний возраст $61,7 \pm 1,1$ года). Исследуемые были разделены на следующие подгруппы: больные с абдоминальным ожирением и с СД (подгруппа АО+СД+; 17 больных); больные с абдоминальным ожирением и без СД (подгруппа АО+СД-; 38 больных); больные без абдоминального ожирения и с СД (подгруппа АО-СД+; 4 больных); больные без абдоминального ожирения и без СД (подгруппа АО-СД-; 46 больных). Всем больным проводили стандартное клиническое, инструментальное и лабораторное обследование. Уровни ФВ и ИТАП-1 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Забор венозной крови проводился в первые сутки развития ИМ (через 12-24 часа с момента появления симптомов) и на 14-е сутки заболевания. Лечение пациентов проводилось согласно протоколу лечения больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

Результаты: У больных во всех обследованных группах в первые сутки ИМ уровни ФВ и ИТАП-1 достоверно превышали показатели контрольной группы. В группе больных АО+СД+, а также АО+СД- на 14-е сутки ИМ имело место достоверное снижение как ФВ так и ИТАП-1 ($p < 0,05$ во всех случаях). При этом указанные показатели оставались достоверно выше, чем в группе контроля. В подгруппах больных АО-СД+ и АО-СД- на 14-е сутки ИМ имело место снижение ФВ ($p < 0,05$). При наличии АО уровень ИТАП-1 прямо коррелировал с наличием артериальной ($r = 0,38$; $p = 0,004$), уровень ФВ с наличием СД ($r = 0,43$; $p = 0,001$), а также с уровнями атерогенных фракций липидного спектра. У больных с СД, имевших самые высокие показатели как ФВ так и ИТАП-1 независимо от наличия либо отсутствия АО, изучавшиеся показатели гемостаза не коррелировали ни с наличием и выраженностью АО, ни с показателями липидного обмена ни с наличием и выраженностью артериальной гипертензии.

Выводы: АО и СД способствуют повышению выработки ФВ и ИТАП-1 при остром ИМ. Влияние СД на указанные показатели является более выраженным и нивелирует дополнительное протромбогенное действие АО.

0360

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Килесса В. В.

ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Сердечная недостаточность часто осложняется венозным тромбозом. При этом не всегда удается выявить исходную патологию венозной системы, которая могла бы предшествовать венозным тромбозам, а широкое применение дезагрегантов, большей частью ориентировано на сосудисто-тромбоцитарный, но не коагуляционный гемостаз.

Цель: Выявить особенности состояния гемостаза у больных сердечной недостаточностью, которые могли бы предшествовать венозному тромбозу.

Материалы и методы: Обследовано 114 больных сердечной недостаточностью от ее первой стадии до терминальной дистрофической. Изучали состояние коагуляционного гемостаза, противосвертывающую и фибринолитическую системы.

Результаты: У больных сердечной недостаточностью I-III стадий наблюдается снижение уровня антитромбина III (АТ-III) в среднем до 80%, с латентно протекающим свертыванием крови и фибринолизом, с повышением уровня продуктов деградации фибриногена, но с уровнем фибриногена, как

правило, не выходящим за рамки общепринятой нормы, но «острые» ситуации вызывают гиперфибриногеномию, с очевидной циркуляцией фибрин-моно-димерных комплексов, с более резким снижением АТ-III, при этом, гепарин не способен предотвратить этот процесс, т.к. он является кофактором АТ-III. Критический момент возникает и при резком падении функции печени (застойная печень, вирусный гепатит, интоксикация, «кардиальный» цирроз печени). Развитие внутривенозного тромбообразования начинается от венул артериоло-венулярных сообщений, просвет которых свободен от действия тканевого активатора плазминогена, с последующим увеличением объемов тромбов, по мере их движения по венозной системе, но и частые эпизоды микротромбоэмболизма, в конечном итоге ведут и в т.ч. к «бурой» индукции легких; формирование же микротромбов в венах V.Vasorum церебральных и коронарных артерий особенно их липидных атеросклеротических образований, может обусловить фатальность нарушений артериального кровотока.

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день, наиболее оптимальным средством коррекции измененных параметров гемостаза у больных сердечной недостаточностью может выступать ингибитор Ха-фактора.

0361

ПОВЫШЕНИЕ ПОЛНОТЫ И КАЧЕСТВА ВЫЯВЛЕНИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПОМОЩЬЮ УНИФИЦИРОВАННОГО ОПРОСНИКА

Ким И. В.¹, Бочкарева Е. В.¹, Варакин Ю. Я.², Кокурина Е. В.¹

ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»

Минздрава России, Москва1

ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва2

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности взрослого населения России. Совершенствование организационных механизмов по своевременному выявлению, лечению и профилактике ЦВЗ является актуальной задачей практического здравоохранения.

Цель: Оценить эффективность применения унифицированного опросника для выявления различных форм ЦВЗ у больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях поликлиники.

Материалы и методы: Обследованы 257 чел. с АГ 1-3 степени, пришедших на прием к врачу-терапевту «по любому поводу». Проводился опрос с применением унифицированного опросника, включающего вопросы для выявления вероятности острых форм ЦВЗ в анамнезе и хронических форм на момент обследования, вопросы для выявления болей в грудной клетке при напряжении и перемежающейся хромоты, выполнялась регистрация электрокардиограммы с оценкой по Миннесотскому коду. Верификация диагноза осуществлялась независимыми врачами-специалистами – неврологом и кардиологом, с учетом результатов дополнительных методов обследования.

Результаты: Различные формы ЦВЗ диагностированы у 148 (57,6%) больных АГ, в том числе острые формы в анамнезе – у 21 (8,2%) чел., хронические формы на момент обследования – у 53 (20,6%) чел., острые в сочетании с хроническими формами – у 74 (28,8%) чел. Ранее не диагностированные ЦВЗ определены у 20,2% больных. Указание на перенесенный ранее гипертонический церебральный криз до начала исследования имелось в амбулаторной карте у 4 (1,6%) чел., в 72 (28,0%) случаях данный диагноз был установлен впервые с помощью унифицированного опросника.

Выводы: Применение унифицированного опросника у больных АГ в условиях поликлиники дает возможность не пропустить характерные «церебральные» жалобы, правильно оценить анамнез и повысить выявляемость начальных форм хронической цереброваскулярной патологии и гипертонического церебрального криза, наиболее перспективных с точки зрения профилактики развития инсульта. Опросник может быть использован в работе участкового врача-терапевта, а также на доврачебном этапе, в частности при диспансеризации взрослого населения.

0362

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В РЕГИОНАЛЬНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ: ИТОГИ РАБОТЫ ЗА 3 ГОДА И ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ

Киреев К. А., Фокин А. А., Сощенко Д. Г., Краснопеев А. В., Уткина С. В., Вдовин Е. В., Царёв А. П., Михайлов Е. В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (Челябинск, Российская Федерация)

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Челябинской области в 2007-11 гг. превышала общероссийское значение. Одно из ключевых направлений снижения этого показателя связано с совершенствованием медицинской помощи экстренным пациентам кардиологического профиля. С августа 2011 г. в Челябинской области работает специализированная рентгенэндоваскулярная служба, ориентированная на лечение острого коронарного синдрома (ОКС).

Цель: оценить результаты 3-летней работы (2012-14 гг.) регионального сосудистого центра НУЗ «ДКБ на ст. Челябинск ОАО «РЖД» (НУЗ ДКБ) по оказанию специализированной медицинской помощи при ОКС и определить пути дальнейшего улучшения показателей.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ годовых статистических отчётов отделений кардиологии и рентгенохирургии за 2012-2014 гг. Госпитализировано 2318 пациентов с диагнозом ОКС. Заключительные диагнозы: острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 1192 (51,4%), нестабильная стенокардия – 985 (42,5%), острая коронарная патология не подтвердилась – 141 (6,1%).

Результаты: Охват экстренными коронарографиями больных с ОИМ составил 80,0% (954 процедуры). Удельный вес пациентов с ОИМ, которым проведено экстренное стентирование коронарных артерий в общем количестве инфарктных пациентов – 65,1% (776 операций) Всего реперфузионные вмешательства получили 845 (70,9%) больных. Трёхлетняя летальность (2012-2014 гг.) среди пациентов с ОИМ составила 10,8% (2012 г. – 10,4%, 2013 г. – 12,5%, 2014 г. – 10,3%). Наилучший показатель летальности зарегистрирован среди больных с реперфузионной терапией – 7,5%. Летальность в подгруппах «только коронарное стентирование», «только тромболитическая терапия» и «стентирование+системный тромболитис» – 6,3%, 12,9% и 8,8% соответственно. Самая высокая летальность получена у больных без реперфузионной терапии – 18,5%.

Выводы: 1. Работа НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с острой коронарной патологией характеризуется значимым снижением летальности с 16% в 2007-2011 гг., когда не применялись эндоваскулярные технологии, до 10,8% в исследуемый период 2012-14 гг.

2. Дальнейшее улучшение показателей связано со снижением летальности за счёт увеличения доли экстренных коронарных стентирований среди инфарктных пациентов (от 70% и более), а также предоставление пациентам неотложной кардиохирургической помощи.

3. Для повышения эффективности лечебного процесса возможно объединение всех задействованных подразделений в Центр острой коронарной патологии.

0363

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Киселёва Г. И., Курпита А. Ю.

Самарский Государственный Медицинский Университет Минздрава РФ, Самара, Россия

Цель: Выявить особенности болевого синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), используя клинические и инструментальные методы исследования.

Материалы и методы: Обследованы 58 пациентов мужского пола, находившиеся на лечении в ДКБ на ст. Самара в кардиологическом отделении, в возрасте от 41 до 59 лет. Средний возраст составил – 52 года. Всем пациентам выполнялись следующие методы исследований: клинические методы (жалобы, анамнез), инструментальные методы (ЭКГ покоя, суточное мониторирование ЭКГ, нагрузочные функциональные тесты), коронарография. В зависимости от локализации поражения пациенты были разделены на три группы. Первую группу (28 человек) составили пациенты с поражением левой коронарной артерии (ЛКА). Вторую группу (18 человек) – пациенты с поражением правой коронарной артерии (ПКА). Третью группу (12 человек) – пациенты с поражением ЛКА и ПКА.

Результаты: При исследовании у пациентов выявлены следующие факторы риска по развитию ИБС: артериальная гипертония в анамнезе (у 82% пациентов), повышенный уровень ЛПНП (у 71% пациентов), гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) (у 62% пациентов), высокий уровень общего холестерина (у 65% пациентов), ИМТ >25 кг/м² (у 22% пациентов), курение (у 31% пациентов). Жалобы наблюдались у 44% пациентов первой группы, у 50% пациентов второй группы и у 49% пациентов третьей группы. Типичная стенокардия наблюдалась у 78% пациентов первой группы, у 22% пациентов регистрировалась изолированная кардиалгия; у пациентов второй группы наблюдалась типичная стенокардия – у 83.4% пациентов, у 16.6% пациентов отмечалась нетипичная стенокардия; у всех пациентов третьей группы отмечалась типичная стенокардия. По результатам ЭКГ у пациентов первой группы наблюдалось нарушение проводимости (у 17.8%), ГЛЖ – у 28.4%, снижение кровоснабжения сердечной мышцы – у 44.1%. Среди лиц второй группы наблюдалось нарушение проводимости – у 50.7% пациентов, ГЛЖ – у 17.1%, снижение кровоснабжения сердечной мышцы – у 17.7%. Среди пациентов третьей группы наблюдалось нарушение проводимости – у 50.3% пациентов, ГЛЖ – у 69.8%, снижение кровоснабжения сердечной мышцы – у 25.5%. По данным суточного мониторирования ЭКГ ишемические изменения наблюдались у 29.1% пациентов первой группы, у 21.4% и у 35.8% пациентов второй и третьей группы соответственно. Положительный результат нагрузочных проб наблюдался у 61% пациентов первой группы, у 66% и 75% пациентов второй и третьей группы соответственно.

Заключение Безболевого вариант ИБС имел место почти у 50% обследованных каждой группы. Лица, имеющие факторы риска по развитию ИБС, при наличии или отсутствии жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, должны быть подвергнуты комплексному обследованию, включающее нагрузочные функциональные тесты, ЭКГ покоя, суточное мониторирование ЭКГ, т.к. один метод может быть неинформативным, что затрудняет диагностический поиск ИБС.

0364

СОСТОЯНИЕ СИМПАТИЧЕСКОЙ ИННЕРВАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ДО И ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Кистенева И. В., Баталов Р. Е., Попов С. В., Саушкина Ю. В., Минин С. М., Ефимова И. Ю.,
Лишманов Ю. Б.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Оценить состояние симпатической иннервации сердца у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий (ФП) и артериальной гипертонией (АГ) до и после радиочастотной аблации (РЧА) фибрилляции предсердий.

Материалы и методы: В исследование были включены 27 больных АГ I-II стадии 1-3-й степени: 17 пациентов с персистирующей ФП, (средний возраст 57,2±7,6 лет; 10 мужчин) и 10 пациентов, не имеющие ФП (средний возраст 46,1±13,7 лет; 6 мужчин). Стаж АГ составил от 5 до 20 лет. Средняя продолжительность аритмического анамнеза у пациентов первой группы составила 3,2±2,0 года, частота пароксизмов ФП – от ежедневных до трех в неделю, продолжительность пароксизмов ФП – от 2 часов до 3х

суток. Пациентам первой группы проводилось интервенционное лечение ФП в объеме радиочастотной антральной изоляции легочных вен, задней стенки левого предсердия, левого истмуса сердца. Эффективность РЧА оценивалась через 12 месяцев. Для оценки симпатической активности миокарда всем пациентам проводили сцинтиграфию с ¹²³I-метайодбензилгуанидином (¹²³I-МИБГ). Общую симпатическую активность оценивали по соотношению «Сердце/Средостение» («С/Ср») и скорости вымывания индикатора. По данным эмиссионной томографии с ¹²³I-МИБГ оценивали региональную симпатическую активность.

Результаты: Выявлено, что индекс «С/Ср» был достоверно ниже у пациентов с ФП, в отличие от больных ее не имевших (ранний $1,70 \pm 0,14$ против $1,96 \pm 0,08$, $p=0,005$; отсроченный $1,68 \pm 0,12$ против $2,0 \pm 0,14$, $p=0,001$). Все пациенты с ФП через 12 мес после РЧА субъективно отметили улучшение самочувствия. При этом у 10 человек (58,8%) пароксизмы ФП полностью отсутствовали, а у 7 пациентов (41,2%) были выявлены эпизоды ФП. Однако пациенты с рецидивом ФП отмечали уменьшение частоты и продолжительности пароксизмов. У троих пациентов приступы аритмии стали купироваться спонтанно. После РЧА ФП наблюдалось достоверное увеличение индекса «С/Ср» (раннего с $1,70 \pm 0,14$ до $1,97 \pm 0,21$, $p=0,001$, отсроченного с $1,68 \pm 0,12$ до $1,96 \pm 0,12$, $p=0,003$). У пациентов с эффективной РЧА по сравнению с подгруппой с рецидивом ФП выявлено достоверное улучшение как общей, так и региональной симпатической функции сердца (ранний индекс «С/Ср» $2,0 \pm 0,17$ у пациентов с эффективной РЧА против $1,77 \pm 0,01$ с неэффективной, $p=0,021$; скорость вымывания индикатора $9,5 \pm 1,24\%$ против $17,9 \pm 1,05\%$, $p=0,004$; отсроченный дефект накопления ¹²³I-МИБГ $6,8 \pm 0,43\%$ против $13,5 \pm 0,75\%$, $p=0,001$, соответственно).

Выводы: Наличие ФП приводит к ухудшению общей симпатической активности сердца. После РЧА ФП наблюдается улучшение общей симпатической функции сердца у всех пациентов. У пациентов с эффективной РЧА по сравнению подгруппой с рецидивом ФП выявлено достоверное улучшение как общей, так и региональной симпатической функции сердца.

0365

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Китаева Е. Е., Миронов В. А., Черепенин С. М.

ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»; ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» Челябинск, Россия

Цель: Провести оценку клиничко-функционального статуса больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), через 1 год после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материалы и методы: В анализ включены материалы историй болезни больных с ОИМ, госпитализированных в Челябинскую областную клиническую больницу за период 01.01-30.03.14г. В основную группу вошли 69 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и высоким риском по шкале GRACE (> 108 баллов), которым была проведена коронароангиография (КАГ) со стентированием (52 мужчины и 17 женщин). Сформирована группа сравнения из пациентов со стабильной стенокардией (СИБС) и проведенной коронароангиографией (КАГ), без острого инфаркта миокарда (ОИМ) в анамнезе (n=69). Средний возраст больных основной группы составил $59,1 \pm 10,92$ года, (мужчин – $58,7 \pm 9,72$, женщин – $60,2 \pm 11,75$). Через 1 год пациенты обеих групп были приглашены на контрольный визит. Всем больным проводилось клиническое обследование, анализ медицинской документации за последний год. Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета прикладных программ SPSS 17.0.

Результаты: И у женщин (ж), и у мужчин (м) 1-ой группы по данным КАГ преобладало многососудистое поражение (29 м (55,76%), 11 ж (64,7%), в то время как у мужчин 2-ой группы – однососудистое (19 м (36,53%). Выявлено, что в большей степени на функциональный класс стенокардии влияет количество пораженных обструктивным атеросклерозом сосудов и наличие оставшихся стенозов (>50% обструкции просвета сосудов) ($p<0,05$) а также уровень АД ($p<0,05$), ЧСС ($p<0,05$), курения ($p<0,05$). Вы-

раженность поражения коронарных артерий имела связь с наличием АГ ($p < 0,05$), СД ($p < 0,05$), курения ($p < 0,05$). Пациенты с однососудистым поражением и его эндоваскулярной коррекцией не испытывали стенокардии напряжения при оптимальной медикаментозной терапии – ОМТ ($p < 0,05$).

Заключение. Наилучшее клиническое состояние на момент осмотра отмечалось у пациентов без остаточных стенозов, принимающих ОМТ в дозах, нормализующих показатели ЧСС, АД, липидного обмена, даже при наличии сахарного диабета, а также у пациентов с остаточными (до 60%) стенозами, принимающих ОМТ, но без СД, не курящих, соблюдающих диету и имеющих ИМТ < 29 . ЧКВ при многососудистом поражении в динамике наблюдения через год не снизило функциональный класс стенокардии при оптимальной медикаментозной терапии, но сохранило жизнь, отсрочило развитие осложнений. Выраженность ФР у пациентов с ОИМ достоверно отличалась от таковых у пациентов со стабильной стенокардией в нашей группе наблюдения.

0366

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЙ ПРИ НЕЧЕТКИХ ИСХОДНЫХ ОСНОВАНИЯХ

Кобринский Б. А.

ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии» ФГБОУ ВПО «Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова»
Минздрава России, Москва

Нечеткость как понятие, введенная Лотфи Заде (1965), предполагает, что нечеткие, расплывчатые категории возникают там, где представления человека о процессах и явлениях выражаются с помощью недостаточно определенных качественных оценок (цвет лица, состояние больного, динамика патологического процесса). Формальное представление понятий осуществляется с помощью нечетких множеств (с неточно определенными границами) или нечетких отношений и функций принадлежности. Нечеткость касается как самих используемых понятий (признаков), так и отнесения их к определенному классу. Это определяется наличием атипичных форм заболеваний, их гетерогенностью, полиморфизмом клинических проявлений, временной динамикой клинических проявлений. Интерпретация нечеткости в экспертных системах осуществляется путем введения фактора уверенности эксперта в предлагаемой им оценке. Стэнфордская модель фактора уверенности – это оценка на интервале $[-1; 1]$, которой можно поставить в соответствие неформальную характеристику, описывающую меру уверенности эксперта в своем решении. Нечеткость и вероятность моделируют разные типы неопределенности (uncertainty) и взаимно дополняют друг друга. Нечеткие логические выводы создают модель приближенных рассуждений человека.

В нечетких временных рядах состояниям динамического процесса сопоставляются нечеткие значения, моделируемые параметрическими функциями принадлежности, зависимости между которыми строятся по наблюдениям и представляются базой нечетких правил «Если – То», численно выражаемых матрицей нечеткого отношения (Ярущкина Н.Г., 2004; Song Q., Chissom B., 1993). Такие модели могут представлять интерес для прогноза динамики различных этапов течения патологического процесса в кардиологии.

В решении классификационных, в частности прогностических задач, эффективной является гибридизация технологий искусственного интеллекта и статистических методов, направленная на объединение сильных сторон и исключение слабых мест каждого метода в отдельности (Аверкин А.Н., Ярушев С.А., 2015). Hadavandi E. и соавт. (2010) представили гибридный подход, использующий генетическую нечеткую систему GFS (Genetic Fuzzy System) и искусственные нейронные сети для построения экспертной системы прогнозирования в области финансов.

Выводы: Изложенные принципы позволяют сформулировать общие требования к последовательности действий в разных предметных областях, в частности, в медицине: 1) выделение минимизированного числа факторов с максимально высоким содержанием информации, отображающей тенденцию ряда (например, с помощью пошагового регрессионного анализа); 2) кластеризация входных данных методом дифференциальной эволюции, основанном на нечеткой кластеризации, в сочетании

с извлечением нечетких правил из кластеров; 3) подача всех кластеров на вход нечеткой генетической системы. Результатом использования такой модели может являться распознавание образов заболеваний в динамике.

0367

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ КАК ОДИН ИЗ ПРЕДИКТОРОВ ПОСТИНФАРКТНОГО РАЗРЫВА МИОКАРДА.

Ковальчук Е. Ю., Сорока В. В.

ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Актуальность: проблемы разрыва сердечной мышцы определяется широкой распространенностью ишемической болезнью сердца, высокой летальностью вследствие постинфарктных разрывов миокарда и отсутствием эффективных методов ранней диагностики и прогнозирования данного осложнения ИМ.

Цель: Установить роль ХОБЛ у пациентов с первым Q-инфарктом миокарда передней локализации как предиктора постинфарктного разрыва миокарда.

Задачи: 1.Оценить частоту ХОБЛ у пациентов с первым Q-инфарктом миокарда передней локализации.

2.Выявить возможную взаимосвязь между наличием у пациента ХОБЛ и развитием в дальнейшем постинфарктного разрыва миокарда.

3.Оценить возможность применения полученных данных в прогнозировании развития разрыва миокарда.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 81 случая (11 мужчин и 70 женщин со средним возрастом $75,0 \pm 1,2$ года) первого Q-инфаркта миокарда у пациентов, скончавшихся от разрыва сердечной мышцы, подтвержденного на аутопсии. Верификация диагноза ХОБЛ производилась при жизни (анамнестически и клинически) и по результатам аутопсии. У всех пациентов, при поступлении, параллельно оценивались и другие возможные предикторы РМ и в том числе SIRS (так как при ХОБЛ и при ИМ у пациентов развивается вялотекущий воспалительный процесс).

Результаты: В ходе исследования выявилось, что у пациентов, умерших вследствие разрыва миокарда имела место гиподиагностика ХОБЛ – этот диагноз поставлен 9 пациентам (11,1%) при жизни, а на секции данное заболевание обнаружено у 41 пациента (50,6%). При статистическом анализе определяется сильная корреляционная связь ($p < 0,001$) между фактом наличия у больного ХОБЛ и развитием РМ. Данная связь, по нашему мнению, имела за счет синдрома системного воспалительного ответа, который присущ как ХОБЛ, так и ИМ. Данная гипотеза подтверждается тем, что при поступлении у 74 пациентов

(91,35%) выявлен SIRS, со следующим распределением: SIRS II-8 пациентов (9,9%), SIRS III-45 пациентов (55,6%), SIRS IV-21 пациента (25,9%). При этом у пациентов (41 пациент), которых на аутопсии подтвердился диагноз ХОБЛ SIRS выявлен у 37 пациентов (90,2%) и распределился так: SIRS II-4 пациентов (10,8%), SIRS III-24 пациентов (64,9%), SIRS IV-9 пациента (24,3%).

Выводы: ХОБЛ является одним из важных коморбидных состояний при инфаркте ИМ, которое необходимо учитывать при стратификации риска развития РМ.

ХОБЛ за счет поддержания вялотекущей системной воспалительной реакции вносит значимый вклад в нарушения метаболизма у пациентов с первым Q-ИМ, что в свою очередь приводит к срыву адаптационных механизмов и развитию в числе осложнений постинфарктного разрыва миокарда.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПОЗДНЕМ ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Кожуховская О. Л., Голикова А. А., Стрюк Р. И., Сергиенко И. В., Голиков А. П.

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кафедра внутренних болезней;

ФГБУ ДПО «УНМЦ» УД Президента РФ, кафедра терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии, г. Москва

Цель: Изучить особенности клинических проявлений, показателей функционального состояния миокарда и провести их сравнительный анализ в остром периоде первичного и повторного инфаркта миокарда (ИМ) у женщин старших возрастных групп, находящихся в позднем периоде постменопаузы.

Материалы и методы: Обследованы 76 женщин первичным и повторным крупноочаговым и трансмуральным ИМ в остром периоде заболевания. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала 46 женщин с первичным ИМ медиана возраста - 78,0 (69,0; 83,1) лет. Вторая группа состояла из 30 женщин с повторным ИМ медиана возраста - 79,0 (76,3; 83,2) лет. Функциональное состояние сердечнососудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты: По данным анамнеза установлено, что гипертоническая болезнь (ГБ) 3 стадии, стабильная стенокардия напряжения II - III ФК, хроническая аневризма левого желудочка (ЛЖ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II - III стадии статистически значимо чаще выявлялись у больных 2 группы, что составило 47% против 24% ($p < 0,05$); 100% против 72% ($p < 0,001$); 17% против 0 ($p < 0,008$); 50% против 20% ($p < 0,02$), соответственно. Частота язвенной болезни желудка и эрозивного гастрита в 1,6 раза чаще отмечены у больных 2 группы ($p < 0,02$). Не выявлено достоверных различий в частоте возникновения ангинозной формы ИМ у больных обеих групп: 91% против 87%, соответственно. У больных 2 группы чаще выявлялась нижняя локализация инфаркта ($p < 0,04$). Сахарный диабет 2 типа отмечен у 30% больных 1 группы и у 53% больных 2 группы ($p < 0,06$). Частота развития летальных исходов в 2,7 раза чаще отмечена у больных 2 группы ($p < 0,003$). В структуре осложнений отек легких (ОСН Killip 3) выявлялся в 3 раза чаще у больных 2 группы ($p < 0,04$), кардиогенный шок (ОСН Killip 4) в 4 раза чаще у больных 2 группы ($p < 0,01$).

По данным ЭхоКГ медиана конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ) у больных 2 группы составила 5,0 (4,8; 5,3) см и была выше медианы КДР ЛЖ у больных 1 группы - 4,7 (4,4; 5,0) см, ($p < 0,001$). Дилатация ЛЖ в 2,5 раза чаще выявлялась у больных 2 группы. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у больных обеих групп была снижена и составила 45,0 (40,0; 50,0)% и 40,0 (35,0; 50,0)%, однако статистически значимых различий в показателях ФВ ЛЖ у больных обеих групп выявлено не было. У больных 2 группы чаще выявлялась дилатация левого предсердия (ЛП) ($p < 0,04$). Дилатация правого предсердия (ПП) отмечалась у 11% больных 1 группы и у 18% больных 2 группы. Дилатация правого желудочка (ПЖ) в 1,6 раза чаще выявлялась у больных 2 группы. Не выявлено статистически значимых различий в нарушении локальной сократимости по типу дискинезии, акинезии и гипокинезии у больных 1 и 2 группы. Аортальная регургитация (АР) различной степени отмечалась у 27% больных 1 группы и у 30% больных 2 группы. АР была обусловлена утолщением и кальцинозом створок аортального клапана и фиброзного кольца (ФК) аорты вследствие артериальной гипертонии и прогрессирующего атеросклероза у больных старших возрастных групп. Патологическая трикуспидальная регургитация расценивалась как один из признаков легочной гипертензии. ЭхоКГ признаки легочной гипертензии отмечались у 20% больных 1 группы и у 37% больных 2 группы. При оценке регургитационных потоков выявлено, что частота ишемической митральной регургитации (МР) 2 и более степени статистически значимо чаще выявлялась у больных 2 группы ($p < 0,002$). Более высокая частота МР у больных повторным ИМ была обусловлена большей частотой инфарктов задне-нижней локализации, а также большей частотой ХСН II-III стадии вследствие постинфарктного ремоделирования после перенесенного ранее ИМ. Причиной МР при постинфарктном ремоделировании являлось смещение папиллярной мышцы по направлению к верхушке сердца со смещением точки смыкания створок

митрального клапана (МК) ниже митрального фиброзного кольца (ФК), что приводило к нарушению функции смыкания створок МК и развитию функциональной МР. У ряда больных в результате ремоделирования отмечалась расширение ФК МК, которое являлось причиной МР. У больных ИМ нижней локализации МР возникала вследствие дисфункции задне-медиальной папиллярной мышцы, что приводило к подтягиванию задней створки МК (рестриктивному движению створки в систолу) с нарушением смыкательной функции створок.

Выводы: 1. У женщин с повторным ИМ в старших возрастных группах выявлена статистически значимая большая частота летальных исходов и осложненного течения ИМ с развитием ОСН в остром периоде повторного ИМ, на фоне большей частоты тяжелой коморбидной патологии (АГ 3 стадии, стенокардии напряжения II – III ФК, ХСН II – III стадии), обусловленных прогрессирующим атеросклерозом и дисгормональными нарушениями позднего периода постменопаузы.

2. У женщин с повторным ИМ отмечена большая частота дилатации ЛП, больший размер ЛЖ и более высокая частота МР, которая утяжеляла течение ИМ, способствуя ухудшению гемодинамики.

0369

ПОВЫШЕНИЕ КАРДИАЛЬНЫХ ТРОПОНИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ ВО ВРЕМЯ ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ СТЕЛОВЫХ КРОВЕТВОРНЫХ КЛЕТОК.

Колесникова Д. С. , Саржевский В. О. , Мельниченко В. Я.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Введение: Известно, что у части больных злокачественными лимфомами (ЗЛ) после проведения высокодозной химиотерапии (ВХТ) и последующей аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток (ауто-ТГСК) определяется повышение уровня тропонинов. Однако отсутствуют данные о том, какие факторы могут влиять на повышение уровня тропонинов у данной категории больных.

Цель: Оценить влияние различных факторов (возраст, пол, количество предшествующих линий химиотерапии, суммарная доза антрациклинов, вводимых на этапе предтрансплантационного лечения, сопутствующая кардиальная патология) на повышение уровня тропонинов у больных ЗЛ в период проведения ВХТ и ауто-ТГСК.

Материалы и методы: Уровень тропонина I (тI) определяли у 101 пациента ЗЛ (51 с лимфомой Ходжкина, 24 – с неходжкинскими лимфомами, 26 – с множественной миеломой; 67 женщин (66,3%), 34 мужчины (33,7%); медиана возраста - 36 лет (от 19 до 68 лет). Уровень тI в сыворотке крови больных ЗЛ оценивали до начала ВХТ, непосредственно после ВХТ (Д0), на 7 и на 12 дни (Д+7 и Д+12) после ауто-ТГСК.

Результаты: Повышение уровня тI было зафиксировано у 27 больных (26,7%). Уровень тI был повышен у 23 из 67 женщин (34,3%) и у 4 из 34 мужчин (11,7%) (p=0,015). Медиана общей дозы антрациклинов в группе повышенного тI составила 300 мг/м², а в группе нормального тI – 200 мг/м²; средние значения соответственно составили 265 мг/м² и 223 мг/м² (p=0,1). Другие оцениваемые факторы не оказывали влияния на повышение уровня тропонина.

Выводы: Женский пол и суммарная доза антрациклинов, вводимых на этапе предтрансплантационного лечения, являются факторами, предрасполагающими к повышению уровня тропонина у больных ЗЛ в период проведения ВХТ и ауто-ТГСК, и соответственно, к более высокому риску кардиальных осложнений. Необходимо проведение дальнейших исследований и наблюдение за больными после проведения ауто-ТГСК для уточнения прогностической значимости выявленных закономерностей.

0370

ПРЕДИКТОРЫ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Колесников В. Н., Боева О. И., Ягода А. В., Иваненко А. С.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

С целью выявления факторов риска развития фибрилляции предсердий после хирургической реваскуляризации миокарда в проспективное сравнительное исследование были включены 160 больных без клапанной патологии сердца и мерцательной аритмии в анамнезе, госпитализированных для выполнения коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения. Для оценки предикторной роли признаков вычисляли отношение шансов с определением 95% доверительного интервала.

У 32 (20%) пациентов в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы пароксизмы фибрилляции предсердий продолжительностью более 30 секунд. Присутствие таких факторов риска, как возраст старше 60 лет, перенесенный Q-позитивный инфаркт миокарда, II Б стадия хронической сердечной недостаточности, фракция выброса левого желудочка 40% и менее, концентрация NT-proBNP более 80 пг/мл, дилатация левых отделов сердца, многососудистое поражение коронарного русла, необходимость инотропной поддержки миокарда и длительность искусственного кровообращения более 85 мин, позволяет с большой долей вероятности относить больных к группе высокого риска фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования и диктует необходимость обсуждения возможности превентивного назначения антиаритмической терапии.

0371

НЕКОТОРЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

Колмакова К. А., Абдуллаев А. А., Исламова У. А., Абдулпатахов Д. Д.

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

Цель: определить наиболее частые факторы, провоцирующие возникновение гипертонических кризов (ГК), их зависимость от риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы: У 82 пациентов с артериальной гипертензией (38 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 36 до 82 лет (средний возраст – 60,7±8,6 лет), находящихся на стационарном лечении в Республиканской больнице №2 (Махачкала) собраны данные по анкете, составленной нами, с перечнем вопросов, касающихся антропометрических данных, результатов расспроса и сведений из результатов диагностических и лечебных мероприятий. Риск ССО оценивали по шкале SCORE.

Результаты: Среди факторов, провоцирующих ГК, наиболее часто имели место стресс (52,4%) и физическая перегрузка (34,2%). Причем, значение стресса особенно выражено среди женщин (29 из 44 – 66%), в то время как у мужчин среди причин возникновения ГК примерно равные позиции занимают стресс, физическая нагрузка и алкоголь (у 37, 39 и 29% мужчин соответственно). 35% опрошенных не отмечали четкой связи между различными факторами развития ГК. При них наиболее часто наблюдались головная боль (у 75%), общая слабость (у 61%) и головокружение (у 56%). При наличии сахарного диабета (у 40%) и хронической сердечной недостаточности (у 85%) при ГК чаще наблюдаются общая слабость и одышка.

При гиперфункции щитовидной железы кризы сопровождаются психомоторным возбуждением, мышечной дрожью и сердцебиением, при гипофункции – тошнотой, общей слабостью, головокружением.

Наиболее часто для купирования ГК используются Каптоприл или Капотен (у 48% пациентов), 13% из них используют Коринфар, 22% вообще не принимают лекарственных препаратов. Четыре пациента считают, что для этого достаточно выпить чай с лимоном.

Выводы: В результате анализа вышеизложенных сведений из анкет и наблюдения за пациентами в стационаре следует, что необходима санитарно-просветительная работа среди населения для обучения их оказанию самопомощи при неосложненных ГК до контакта с врачами первичного звена здравоохранения и профилактики факторов риска ССО.

0372

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДА РОСТОВА-НА-ДОНУ И РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Коломацкая О. Е., Чесникова А. И.

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра внутренних болезней с основами общей физиотерапии №1

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных женщин первое место, по-прежнему, занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. Различные осложнения беременности (гестозы, невынашивание плода, гипотрофия плода) при наличии заболевания сердца встречаются значительно чаще.

Анализ данных Росстата об уровне заболеваемости болезнями системы кровообращения, осложняющими беременность, деторождение и послеродовый период, за последние 15 лет дает основание говорить о высоком уровне заболеваемости по стране в целом и в отдельных регионах, в частности в Южном Федеральном округе. Так, по данным официальной статистики в Южном Федеральном округе сердечно-сосудистые заболевания выявляются в 120,6 случаях на 1000 родов, при этом средний показатель по стране – 66,0.

Среди неблагоприятных регионов ЮФО можно выделить Республику Адыгея (146,0 случаев на 1000 родов), Волгоградскую область (137,5 случаев на 1000 родов), Республику Калмыкия (114,5 случаев на 1000 родов), а также Ростовскую область (109,7 случаев на 1000 родов). При сохраняющихся условиях прогноз заболеваемости болезнями кровообращения, осложняющими роды и послеродовый период, у женщин в Южном федеральном округе и Ростовской области в период с 2013 по 2017гг. – неблагоприятный - ожидается рост заболеваемости без тенденции к снижению.

Цель настоящего исследования - анализ сердечно-сосудистой патологии у беременных женщин города Ростова-на-Дону и Ростовской области.

На данном этапе нами изучено 3650 выписок из историй родов родильного дома Областной клинической больницы №1. Средний возраст беременных женщин в анализируемых историях – 28,2 года.

Согласно полученным результатам болезни системы кровообращения составили 71,47% экстрагенитальной патологии, что не противоречит общеизвестным данным. В структуре сердечно-сосудистой патологии, сопровождавшей беременность, наиболее часто встречались: пороки сердца – 6,54%, артериальная гипертензия – 3,15%, нарушения ритма и проводимости выявлены в 4,32% случаев. Кроме того, 3,26% случаев в течение беременности представлены диагнозами - кардиомиопатия при метаболических нарушениях, миокардиодистрофия и постмиокардитический кардиосклероз. В анализируемых историях родов встречались единичные случаи таких патологий, как гипертрофическая кардиомиопатия, миксома, дегенерация створок клапана.

Обращает на себя внимание высокая частота установления диагноза вегето-сосудистая дистония (53,67% случаев), которая в ряде случаев, на наш взгляд, может маскировать наличие артериальной гипертензии и нарушений ритма у беременных. Учитывая высокую частоту сердечно-сосудистой патологии, в том числе нарушений ритма, у беременных женщин, очевидна необходимость разработки алгоритма диагностики в разные периоды беременности с целью своевременной коррекции.

0373

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Коломиец В. В., Панчишко А. С., Ванханен Н. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: Оценить действие аторвастатина на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и степень бронхиальной обструкции у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материалы и методы: Обследованы 30 больных ХОЗЛ в сочетании с ЭГ с плазменной концентрацией общего холестерина (ОХС) более 5,0 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) более 3,5 ммоль/л до и после включения в терапию трехмесячного приема аторвастатина в дозе 20 мг 1 раз в день. Оценивали уровни АД при СМАД, функцию внешнего дыхания на компьютерном спирографе, дисфункцию эндотелия сосудов доплерографически по изменению диаметра плечевой артерии (ПА) на фоне реактивной гиперемии (РГ), иммунологически - содержание С-реактивного белка (С-РБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α).

Результаты: Через 3 месяца терапии аторвастатином у всех больных ХОЗЛ в сочетании с ЭГ уровень ОХС плазмы крови снизился ($p < 0,05$) на 30,7% и не превышал рекомендованный - 4,5 ммоль/л, уровень ХС ЛПНП уменьшился на 44,3% ($p < 0,05$) и не превышал 2,60 ммоль/л. Среднесуточный уровень АД снизился на 9,1/7,3 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Уменьшились показатели вариабельности АД на 1,5 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Степень ночного снижения АД увеличилась на 4,5/4,4 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Величина утреннего подъема АД уменьшилась на 5,7 мм рт.ст. (20,4%; $p < 0,05$). Более выраженные изменения СМАД отмечены у больных с более высоким уровнем ХС ЛПНП плазмы крови ($p < 0,05$). Увеличение величины ОФВ1 составило в среднем 0,51 л/с (28,4 \pm 11,2%; $p < 0,05$). Индекс Тиффно увеличился на 6,9 \pm 1,1% ($p < 0,05$). Улучшение бронхиальной проходимости произошло преимущественно за счет дилатации крупных бронхов - величина МОС25% увеличилась у всех больных, в среднем на 11,2% и превысила 45% у всех больных (до лечения достигала 33,5%). Величина МОС50% увеличилась только в 29,6% случаев ($p > 0,05$). Показатель МОС75% не изменился. Увеличение прироста диаметра ПА на фоне РГ отметили у 24 больных (80%; $p < 0,05$), то есть у большинства принимавших аторвастатин. Сопоставление величины уменьшения показателей ОХС и ХС ЛПНП с величиной снижения дисфункции эндотелия выявило достаточно тесную положительную связь ($r = +0,487$, $p < 0,05$ и $r = +0,653$, $p < 0,01$). Сравнение сдвига показателей ХС ЛПНП и ОФВ1 позволило отметить наличие между ними достоверной корреляционной связи ($r = +0,449$). Уровень показателя деструктивных изменений в тканях - СРБ - значительно уменьшился - на 0,79 пг/мл (29,2%; $p < 0,05$), уровень ИЛ-6 уменьшился с 7,34 \pm 0,59 пг/мл до 5,64 \pm 0,69 пг/мл, ФНО- α - с 3,4 \pm 0,29 до 2,8 \pm 0,23 пг/мл; $p < 0,05$).

Выводы: Включение в терапию больных ЭГ в сочетании с ХОЗЛ аторвастатина способствует нормализации липидного обмена, функции эндотелия, снижению активности системного воспаления и улучшает суточный ритм АД и функцию внешнего дыхания.

0374

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Коломиец В. В., Кривонос Н. Ю., Красеха-Денисова В. В.

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

Цель: Оценка нефропротекторного эффекта донатора оксида азота L-аргинина аспартата (L-AA) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с сахарным диабетом.

Материалы и методы: Эффективность терапии L-AA оценивали у 33 больных мягкой и умеренной ЭГ II стадии в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа до и через 3 месяца приема 10 мл (2 г) 2 раза в день L-AA. Фоновой терапией был прием лизиноприла в дозе 10-20 мг/сут. Изучали функцию эндотелия артерий путем ультразвукового измерения диаметра плечевой артерии (ПА) в ответ на реактивную гиперемия (РГ). Суммарную концентрацию нитритов в плазме крови и моче определяли спектрофотометрически с использованием реактива Грисса. Проводили суточное мониторирование АД (СМАД). Почечный кровоток (ПК) оценивали с помощью доплерографического исследования диаметра ренальных артерий на ультразвуковом аппарате. Общее, афферентное и эфферентное сосудистое сопротивление почек рассчитывали по формулам D.Gomez. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по клиренсу эндогенного креатинина, микроальбуминурию (МАУ) - методом иммуноферментного анализа, концентрацию магния в плазме крови и моче измеряли на спектрофотометре, калия - на пламенном фотометре.

Результаты: На фоне антигипертензивной терапии лизиноприлом было достигнуто снижение среднесуточного уровня АД до $133,5 \pm 2,7/82,1 \pm 1,5$ мм рт.ст. После курса терапии L-AA СМАД показало отсутствие изменений среднесуточных уровней АД и суточных профилей АД. Достоверно уменьшилась величина утреннего подъема ($-7,7 \pm 3,4$ мм рт.ст.) систолического АД. Увеличился диурез, возросла СКФ со 101 до 117%, увеличилось выделение почками натрия с 311 ± 32 до 432 ± 38 мкмоль/мин ($p < 0,01$), его канальцевая реабсорбция снизилась с $98,1 \pm 0,3$ до $96,5 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$). Диуретический и натриуретический эффекты L-AA отмечены при одновременном ограничении соли в пище. Величина ПК возросла на 21,5% ($p < 0,05$) и составила 691 ± 22 мл/(мин \times 1,73 м²) преимущественно за счет снижения эфферентного сопротивления почечных сосудов. Афферентная резистентность почечных сосудов достоверно не отличалась от исходной. Эфферентное сосудистое сопротивление снизилось на 29,8%. Дилатирующий эффект L-AA на эфферентные артериолы может определяться его способностью отдавать оксид азота, позитивно воздействующий на эндотелий эфферентных артериол. Уровень МАУ снизился на 20,4% ($p < 0,05$) и у всех лиц не превышал 30 мг в сутки. Почечная экскреция нитритов увеличилась на 9,1%. Уменьшилась ($p < 0,05$) почечная экскреция магния - на 23,7% и калия - на 18,9%.

Выводы: Уменьшая эндотелиальную дисфункцию эфферентных артериол, донатор оксида азота L-AA снижает МАУ, являющуюся аналогом повышенного гидростатического давления в клубочке и степени нефропатии, и обладает выраженной нефропротекторной активностью при использовании в комбинации с ингибитором АПФ при условии достижения хорошего антигипертензивного эффекта у больных ЭГ в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа.

0375

ВЗАИМОСВЯЗЬ 5-ЛЕТНЕЙ ВИЖИВАЕМОСТИ И СРЕДНЕЙ ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОЧЕК ПРИ РАЗНЫХ ПАТТЕРНАХ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Коломоец М. Ю.¹, Кравченко А. Н.¹, Михалев К. А.¹, Чурсина Т. Я.²

¹ Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, Киев, Украина

² Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Цель: изучить взаимосвязь вероятности 5-летнего выживания (В5) и средней ожидаемой продолжительности жизни (СОПЖ) с функциональным состоянием почек у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) при разных паттернах ремоделирования (Р) левого желудочка (ЛЖ).

Материалы и методы: Обследовали 116 мужчин (у 110 пациентов была АГ, в т.ч. её сочетанное течение с ИБС; у 6 пациентов была изолированная ИБС); средний возраст (медиана (Me) [верхний и нижний квартили (Q1-Q3)]) 60 (53-67) лет). Клинические признаки сердечной недостаточности (СН) наблюдались у 29 пациентов (25,0%). Эхокардиография с определением типа Р, систолической и диастолической дисфункции ЛЖ выполнена у 102 пациентов (у 98 (96,1%) пациентов была гипертрофия ЛЖ). Когорта этих пациентов была стратифицирована на 4 паттерна Р ЛЖ: паттерн 1 (П1) (Р ЛЖ без дисфункции, n=27 (26,5%) – контрольная); паттерн 2 (П2) (Р ЛЖ с его дисфункцией без клинических признаков СН, n=50 (49,0%)); паттерн 3 (П3) (Р ЛЖ с СН I-II А ст., ФК II-III, n=8 (7,8%)); паттерн 4 (П4) (Р ЛЖ с СН II Б ст., ФК III, n=17 (16,7%)). С помощью программы-калькулятора Seattle Heart Failure Model (SHFM) рассчитывали В5 и СОПЖ. Функциональное состояние почек оценивали по расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) (формула СКД-ЕPI). Средние величины представлены в виде Me (Q1-Q3). Данные анализировались с помощью непараметрических методов (дисперсионный, корреляционный анализ). Уровень статистической значимости был $p < 0,05$ (с учетом поправки Бонферрони для множественных сравнений).

Результаты: П4, по сравнению с П1, характеризовался худшими показателями выживания по SHFM: В5 – 47 (33-60) % против 87 (85-99) %, соответственно, $p < 0,001$; СОПЖ – 5,4 (4,0-7,0) лет против 14,3 (13,2-15,6) лет, $p < 0,001$. Кроме того, рСКФ в П4 была меньше таковой в П1: 69,4 (60,2-84,5) мл/мин/1,73 м² против 87,1 (83,5-95,2) мл/мин/1,73 м², соответственно; $p = 0,006$. Были выявлены статистически значимые ($p < 0,001$) корреляционные связи (r) рСКФ с параметрами выживания по SHFM в континууме паттернов Р ЛЖ: В5 ($r = 0,46$); СОПЖ ($r = 0,45$).

Выводы: При прогрессировании СН на фоне Р ЛЖ у пациентов с АГ, а также при её сочетанном течении с ИБС, наблюдается ухудшение параметров выживания по SHFM (В5, СОПЖ), что коррелирует со снижением рСКФ.

0376

ВОЗМОЖНОСТИ УСИЛЕННОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В РЕГУЛЯЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Комилова Ф.Х., Налибаева С.А., Розиходжаева Д.А.

Центральная поликлиника № 1 Медико-Санитарного Объединения, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние усиленной наружной контрпульсации (УНКП) на эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД), индекс отражения (RI), индекс жесткости (SI), скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Оценку изучаемых параметров проводили у 139 больных ИБС, которые получили курсовое лечение на аппарате усиленной наружной контрпульсации (УНКП) Cardiassist 4500 (США). Средний возраст составил $60,53 \pm 0,76$ лет. АГ имела у 92% больных, СД 2 типа встречался в 44% случаях, 33% всех больных ранее перенесли инфаркт миокарда, хронической сердечной недостаточностью страдали 51% всех больных. Коронароангиография проведена 37 больным, хирургическое лечение ИБС в анамнезе было: ангиопластика со стентированием (n=8) и аортокоронарное шунтирование (n=10). Проводили пробу с реактивной гиперемией для оценки ЭЗВД, определение эластичности сосудов по параметрам RI, SI на аппарате фотоплетизмографии Micromedical PSA II (Англия) до и после курса лечения.

Результаты: До лечения больные ИБС характеризовались патологической констрикторной реакцией сосудов, при этом ЭЗВД составлял $1,38 \pm 0,62\%$. На фоне УНКП отмечалась положительная реакция ЭЗВД, которая составила $7,62 \pm 0,42$ ($p < 0,05$). Отмечалось достоверное снижение СРПВ с $13,68 \pm 0,14$ исходно до $9,75 \pm 0,12$ ($p < 0,05$). Для всех пациентов было характерно увеличение жесткости крупных сосудов и повышение тонуса мелких артерий. Это выражалось в том, что среднее значение индекса жесткости крупных проводящих артерий SI составил $9,05 \pm 0,25$, а среднее значение индекса отражения мелких резистивных артерий RI составил $60,3 \pm 0,93$. После курсового лечения УНКП отмечалась тенденция к снижению SI до $6,57 \pm 0,25$ и RI – до $54,4 \pm 2,45$.

Выводы: Улучшение параметров эндотелиальной функции и артериальной эластичности на фоне УНКП у пациентов высокого риска является ранним профилактическим мероприятием в отношении сердечно-сосудистых осложнений.

0377

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АНТАГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М.¹, Мельникова О. П.¹, Чакова Н. Н.², Ниязова С. С.²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

²Институт генетики и цитологии Национальной Академии наук Беларуси, Минск

Цель: изучение влияния полиморфизма генов ACE и AGTR1 на эффективность терапии АРА пациентов с ГКМП для разработки стратегии индивидуализации терапии

Материалы и методы: обследовали 93 пациента с ГКМП (62 мужчин и 31 женщин, средний возраст 46,7±15,7 лет) с необструктивной формой заболевания. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: 45 человек получали бисопролол 2,5 - 5 мг/сут (I группа) и 48 человек – в схему лечения включали лозартан (сентор, ОАО «Гедеон Рихтер») в дозе 50 - 100 мг/сутки на протяжении 12 месяцев (II группа). Обследование проводилось в 2 этапа: без медикаментозной терапии, через 12 месяцев лечения. С использованием метода ПЦР-ПДРФ изучали I/D полиморфизм гена ACE и A1166C-полиморфизм гена AGTR1. Оценивали клинические характеристики, ФК СН NYHA, показатели ХМ ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты: через 12 месяцев наблюдения у пациентов II группы по сравнению с I группой отмечалось уменьшение симптомов ХСН с III на II ФК NYHA у 26 из 48 пациентов (54,2%), тогда как у пациентов I группы изменения ФК ХСН не отмечали. У пациентов II группы выявлено значимое улучшение диастолической функции ЛЖ: уменьшилось отношение E/Ea (p=0,001), диаметра ЛП (p=0,0001), снижение уровень NT-проBNP (p=0,003), тогда как у пациентов I группы значимых различий не наблюдалось. Однако терапия лозартаном была неодинаково эффективна в плане регресса ГЛЖ. Так, значимый регресс ГЛЖ (динамика ИММ>10% от исходного значения) наблюдался у 21 (43,7%), резистентность к терапии зарегистрирована у 17 (35,4%) пациентов. При анализе ассоциации показателей с полиморфизмом ACE установлено, что у носителей аллеля D отмечался наилучший ответ на терапию, именно у этих пациентов достигается достоверное уменьшение ФК СН (p=0,05) и регресс ГЛЖ у 43,7% пациентов. Тогда как у 44,3% пациентов с генотипом II ACE наблюдалась резистентная ГЛЖ и только у 12% регистрировался регресс ГЛЖ. Полиморфизм гена AGTR1 не ассоциировался с регрессом ГЛЖ. Интересные данные получены при анализе комбинаций генотипов ACE и AGTR1. Выявлено, что регресс ГЛЖ наблюдался в 87,5% случаев у носителей гетерозиготных генотипов AC(AGTR1)/ID ACE и в 58,3% случаев у носителей гомозиготных генотипов AA(AGTR1)/DD ACE. У пациентов с комбинацией генотипов AA(AGTR1)/II ACE в 87,5% случаев была установлена резистентная ГЛЖ.

Выводы: проведение генотипирования пациентов с ГКМП до начала терапии позволяет при назначении АРА учитывать генетические факторы чувствительности к нему.

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МУТАЦИЯМИ В ГЕНАХ САРКОМЕРОВ

Комиссарова С. М.¹, Чакова Н. Н.², Ниязова С. С.², Казаков С. В.³, Жукова Е. А.⁴, Александров А. В.³, Глотов О. С.^{4,5}, Глотов А. С.^{4,5}

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

²Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

³Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Россия

⁴ФГБУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

⁵Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценка фенотипических проявлений заболевания у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), имеющих мутации в генах белков саркомера кардиомиоцитов.

Материалы и методы: у 11 пациентов с ГКМП (6 женщин и 5 мужчин; средний возраст – 31,7±6,5 лет) с ранней манифестацией заболевания и имеющих анамнез, отягощенный наличием семейной формы заболевания или внезапной сердечной смертью (ВСС) у ближайших родственников, проводили поиск мутаций в кодирующих последовательностях генов ACTC1, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, TNNI3, TNNT2 и TPM1 методом секвенирования следующего поколения (next-generation sequencing (NGS)). Структурные и гемодинамические параметры сердца исследовали методом ЭхоКГ на аппарате IE-33 фирмы PHILIPS.

Результаты: в результате секвенирования у 6 (54,5%) пациентов с ГКМП выявлены ранее известные мутации в генах, кодирующие белки саркомера: Arg403Trp и Lys847del в гене MYH7, Gln1233Term и Trp1214Arg в гене MYBPC3, Arg58Gln в гене MYL2, а также сочетание двух мутаций Arg502Gln (ген MYBPC3) и Arg1712Trp (ген MYH7). У 3 (27,3%) человек обнаружены замены с не выясненной диагностической значимостью в гене MYBPC3: Arg326Gln (у 1 пациента) и Ser236Gly (у 2-х пациентов). Кроме того, были выявлены не описанные ранее замены Pro893Gln в гене MYBPC3, Ser1722Asn в гене MYH7, которые, возможно, являются существенными в отношении ГКМП. У 4 (36,6%) пациентов с ГКМП мутаций в исследуемых генах обнаружено не было, при этом у 2 из них наблюдалась тяжелая картина заболевания, а также случаи ВСС у ближайших родственников. Неблагоприятное течение заболевания с ранней манифестацией симптомов и тяжелыми клиническими проявлениями (аритмические эпизоды, синкопальные состояния, обструкция выносящего тракта ЛЖ) наблюдали у носителей мутации Arg403Trp в гене MYH7, мутации Ser236Gly в гене MYBPC3, а также при сочетании мутации Thr1214Arg с заменой Pro893Gln в гене MYBPC3. У носителей остальных мутаций выявлено более благоприятное течение заболевания.

Выводы: выявлено, что отсутствует строгая корреляция генотипа и фенотипа ГКМП у пациентов с обнаруженными мутациями, однако, эти мутации являются генетическими маркерами высокого риска развития осложненного течения заболевания и могут быть использованы для прогнозирования неблагоприятных исходов при данной патологии.

0379

**ПРОТОКОЛ ИССЛЕДОВАНИЯ “АНАЛИЗ НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗА”
ПО ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ
НЕОАТЕРОСКЛЕРОЗА НА ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ ПОСЛЕ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Комков А. А., Мазаев В. П., Рязанова С. В.

ФГБУ ГНИЦ Профилактической медицины Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель: Изучить развитие неоатеросклероза (НА) в неоинтимае после чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) на различных сроках, используя клиничко-ангиографический протокол.

Материалы и методы: Ранее предполагалось, что образование стенозирующей неоинтимы после стентирования связано с чрезмерной пролиферацией гладкомышечных клеток в просвете сосуда. Последние исследования с применением внутрисосудистых методик визуализации показали образование нового процесса в неоинтимае, схожего с формированием атеросклеротической бляшки в нативном сосуде, получивший название неоатеросклероз. Стадия НА формируется позже на сроках 1-7 лет и рассматривается как появление новых изменений в просвете стентированной артерии и определена как синдром LATE CATCH-UP. Наше исследование направлено на изучение неоинтимы и формирование нежелательных событий внутри стентированного сосуда на отдаленных сроках с точки зрения образования НА в зависимости от вида вмешательства и типа имплантируемого протеза.

Результаты: Клиничко-ангиографические характеристики 233 пациентов, прошедших повторные ЧКВ в нашем центре, подвергнутся анализу для выявления предикторов НА. Пациенты будут разделены на 3 группы в зависимости от интервалов времени между ЧКВ: менее полугод, 6-12 месяцев, > 1 года. Максимальный срок наблюдения пациентов составит 3,8 лет. Данные ангиографии, анамнеза, наличие сопутствующей патологии, принимаемой медикаментозной терапии, лабораторные и инструментальные данные будут включены в статистический анализ для выявления зависимостей и разработки методов профилактики НА.

Выводы: Исследование «Анализ Неоатеросклероза» позволит разработать новый подход к изучению осложнений на отдаленных сроках после высокотехнологичных интервенционных вмешательств с определением понятия неоатеросклероз, а также внедрить рекомендации основных методов профилактики и лечения данного состояния.

0380

**ВЛИЯНИЕ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА К ВЕДЕНИЮ
ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ
РИСКА**

Комков Д. С., Топоркова В. В., Семенцова Е. В., Швабская О. Б., Дьячек М. Н., Линчак Р. М.

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

Введение и цель исследования: На базе нашего был реализован новый подход к формированию организационно-штатной структуры отделения медицинской профилактики. В состав отделения вошли врач-диетолог и врач-психотерапевт (в подготовке по психиатрии и психиатрии-наркологии). Каждый специалист занимался углубленным профилактическим консультированием и дальнейшим наблю-

дением пациентов в своей предметной области. Целью нашего исследования было оценить влияние мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов в условиях отделения медицинской профилактики на распространенность основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Материалы и методы: Для сравнения распространенности основных факторов риска среди прикрепленного контингента были выбраны I квартал 2014г. и I квартал 2015г. Путем опроса регистрировались сведения о факторах риска пациентов, затем рассчитывалась распространенность каждого из них. В дальнейшем оценивалась динамика распространенности факторов риска за данные отчетные периоды. В I квартале 2014г. было обследовано 794 пациента, в I квартале 2015г. – 1049 пациентов.

Результаты: Распространенность факторов риска в I квартале 2014г. составила: повышенное артериальное давление – 50,6%, избыточная масса тела и ожирение – 56,5%, дислипидемия – 38,8%, курение – 16,0%, психоэмоциональный стресс – 40,1%, гиподинамия – 36,3%. Распространенность факторов риска в I квартале 2015г. составила: повышенное артериальное давление – 53,7%, избыточная масса тела и ожирение – 52,8%, дислипидемия – 38,3%, курение – 11,3%, психоэмоциональный стресс – 35,5%, гиподинамия – 40,4%. Таким образом, отмечено снижение распространенности избыточной массы тела и ожирения на 3,7%, курения на 4,7%, психоэмоционального стресса на 4,6%. При этом распространенность дислипидемии изменилась незначительно – уменьшилась на 0,5%, а также отмечено увеличение распространенности повышенного артериального давления на 2,2% и гиподинамии на 4,1%.

Выводы: Полученные данные демонстрируют, что наиболее выраженная положительная динамика наблюдается в отношении снижения распространенности курения, психоэмоционального стресса, избыточной массы тела и ожирения. Вероятнее всего, это является следствием мультидисциплинарного подхода к ведению пациента: в частности проведение консультаций по вопросам отказа от курения и повышения стрессоустойчивости врачом-психотерапевтом, а по вопросам коррекции избыточной массы тела – врачом-диетологом.

0381

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ И СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 40-55 ЛЕТ С ПРЕДГИПЕРТОНИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кондаков В. Д., Антропова О. Н., Осипова И. В., Бесклубова Е. В.*

ГБОУ ВПО АГМУ Министерства здравоохранения России, Барнаул

* НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»

Цель: Изучить особенности сосудистого ремоделирования у мужчин с предгипертонией (ПГ) по сравнению с нормотензивными пациентами и больными с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-ая - 30 человек с ПГ, 2-ая - 30 мужчин с АГ, 3-ю группу составили 30 здоровых добровольцев. Средний возраст в группах составил $46,1 \pm 8,3$, $47,7 \pm 8,5$ и $48,1 \pm 7,4$ лет. Оценивались ранние маркеры атеросклероза, жесткость сосудов и центральное артериальное давление (ЦАД) оценивались с помощью аппарата SphygmoCor (AtCor Medical Pty Limited.).

Результаты: Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) $< 0,9$ в группе здоровых лиц выявлен у 18% пациентов. В исследуемых группах - у 26% в 1-ой группе ($p < 0,005$) и у 38% во 2-ой ($p < 0,005$), по сравнению с группой сравнения. Ультразвуковые признаки раннего атеросклероза сонных артерий имели 30% пациентов ПГ и 55% больных с АГ ($p < 0,005$), 17% здоровых ($p < 0,005$, по сравнению с гипертониками).

Индекс жесткости (SI) составлял $7,20 \pm 1,99$ м/с в 1-ой и $8,90 \pm 1,85$ м/с во 2-ой группе, что выше, чем в 3-ей группе $5,5 \pm 1,85$ м/с ($p < 0,005$). Индекс отражения (RI) был выше в 1-ой и 2-ой, по сравнению со здоровыми ($35,46 \pm 14,50\%$, $36,59 \pm 15,43\%$ и $30,39 \pm 13,43\%$ соответственно, $p < 0,005$). Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) > 10 м/с была выявлена у 25% и 37% в 1-ой и 2-ой группах соответственно и не встречалась среди здоровых. В возрастной группе 31-50 лет, 80% в 1-ой группе и 70% во 2-ой имели значения СРПВ, превышающие возрастную норму (6,6 м/с). В группе старше 50 лет, 66% в 1-ой группе и 50% во второй имели превышающие возрастную норму (8,5 м/с) показатели. В группе

сравнения показатели СРПВ соответствовали рекомендованным возрастным нормам. Alx и $Alx75$ во 2-ой группе были выше чем в контрольной группе на 10% ($p < 0,005$).

Заключение Мужчины в возрасте 40-55 лет с предгипертонией имеют меньшую частоту раннего атеросклероза БЦС на 25%, сопоставимую частоту снижения ЛПИ. Жесткость сосудов выявлена у пациентов с ПГ и АГ с одинаковой частотой (25% и 37%), превышение возрастных норм сосудистой жесткости имеют большинство пациентов этих групп. Следует отметить, что 18% нормотензивных пациентов имеют признаки раннего атеросклероза, но данная частота достоверно ниже и по сравнению с ПГ и по сравнению с АГ.

0382

КУРЕНИЕ ТАБАКА ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА, АССОЦИИРОВАННЫМ С ОЧЕНЬ РАННИМ НАЧАЛОМ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН

Коннов М. В., Деев А. Д..

ФГБУН НИИ "Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва

Цель: Сравнить уровни атеросклеротических факторов риска (ФР) в группах лиц очень раннего и раннего начала коронарной болезни сердца (КБС).

Материалы и методы:

В рамках исследования семей лиц с ранней (возраст начала КБС: мужчины ≤ 55 , женщины ≤ 60 лет) КБС мы обследовали 381 пробанда (248/381 мужчин, 32-67 лет, 78.6% после инфаркта миокарда). Пробанды были разделены на 2 группы: ниже (очень ранняя КБС) и выше (ранняя КБС) медианного возраста начала КБС: 46, все/мужчины; 48 лет, женщины. Регистрируемыми параметрами были: курение табака в настоящее время, индекс массы тела, окружность талии, систолическое/диастолическое АД, липидный профиль, базальная гликемия. Определения: артериальная пред-/гипертония - JNC-7, диабет - ADA-2014, метаболический синдром - JIS критерии. Уровни ФР сравнивались бинарной логистической регрессией с учетом возраста и пола.

Результаты: В общей и женской группе уровни ФР значимо не различались. Однако в мужской группе пробанды с началом КБС в возрасте 32-46 лет курили чаще (ОШ 1.94; ДИ 1.02-3.69; $p=0.043$), чем пробанды в возрасте 47-54 лет; доли курящих составили 60/123 и 42/125, соответственно.

Выводы: Курение было единственным фактором риска, уровень которого у мужчин был значимо выше в подгруппе очень раннего по сравнению с подгруппой раннего начала КБС.

0383

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕМЕЙ ЛИЦ С РАННИМ НАЧАЛОМ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Коннов М. В., Деев А. Д..

ФГБУН НИИ "Физико-химической медицины" ФМБА России, Москва

Цель: В семьях лиц с ранней (Р) коронарной болезнью сердца (КБС) изучить ассоциации факторов риска (ФР) КБС у родителей и их детей.

Материалы и методы: Мы обследовали 277 пробандов (77.6% после ИМ), их 203 супруга (81.4% женщин) и 383 детей 5-38 лет. Ассоциации ФР оценивались с учетом возраста, пола и приема лекарств.

Результаты: Самыми частыми ФР у детей были высокий холестерин (ХС) ЛНП (26.8%) и курение в настоящее время (47.4%), только 32.9 и 7.26% детей соответственно 5-17 и 18-38 лет не имели известных

ФР; доли высокого ХС ЛНП (37.2% у взрослых детей) были значимо выше литературных. Доли метаболического синдрома (МС) 54.6 и 61.4% (пробанды), 32.3 и 43.2% (супруги) у детей 5-17 и 18-38 лет, соответственно. Наиболее тесной агрегация между родителями и детьми была по ЛП(а). У детей собственные метаболические ФР кластеризовались не только друг с другом, но и с компонентами МС пробанда и даже супруга-родителя. МС супруга-родителя был независимо связан с липидными и рядом (избыточная масса тела, преддиабет, МС) нелипидных ФР их детей. Агрегация МС выявлена и у супругов.

Выводы: Доли ФР детей 5-38 лет высокие, однако единственный надежный ФР, отличающий лиц с родительским анамнезом РКБС и общей выборки, - высокий ХС ЛНП. Агрегация супругов по МС свидетельствует о плохом профиле ФР супруги/а пробанда. Ассоциация метаболических ФР супруги/а пробанда и их детей указывает на необходимость при проведении профилактических мер направлять их на всю семью в целом.

0384

ЭКТОПИЧЕСКИЕ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

Конюх Е. А., Липская И. П., Дьякончук Ю. С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Нарушения ритма сердца у детей часто наблюдаются как изолированная форма патологии. Среди них от 3,1 до 13,9% составляют эктопические тахикардии, которые могут встречаться в любом возрасте, как у детей грудного возраста, так и у подростков. Течение заболевания может быть бессимптомным, приводя в итоге к развитию вторичной кардиомиопатии, сосудистого коллапса и сердечной недостаточности.

Цель: дать эпидемиологическую характеристику эктопических (пароксизмальных) тахикардий у детей г.Гродно.

Материалы и методы: проанализированы данные стационарного обследования детей, поступивших в реанимационное и соматическое отделения УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с пароксизмальной тахикардией (ПТ) в течение 5 лет (2010-2014гг.).

Результаты: За анализируемый период было выявлено 39 пациентов, поступивших в стационар с признаками пароксизмальной тахикардии, из них 24 девочки (61,5%), 15 мальчиков (38,5%). 15,4% (6 человек) составили дети грудного возраста, 2,5% (1) – преддошкольного, 5% (2) – школьного, 33,3% (13) – младшего школьного и 43,8% (17) – старшего школьного возраста. В большинстве случаев (77%) при ЭКГ исследовании отмечались признаки наджелудочковой ПТ (НЖПТ). У пятой части пациентов (20,5%) выявлен отягощенный семейный анамнез по патологии сердечно-сосудистой системы (аритмия, врожденный порок сердца, артериальная гипертензия). При клинической картины установлено, что 18 детей (46,1%) поступили в реанимационное отделение с «классическими» жалобами (учащенное сердцебиение, страх смерти, беспокойство, «ком в горле»), при этом лишь в 39% случаев приступ спровоцирован физической нагрузкой. 21 ребенок (53,9%) поступил в соматическое отделение стационара для обследования по поводу «плохой» переносимости физической нагрузки, учащения сердцебиения и признаками синусовой тахикардии на ЭКГ (52,4%, 11 человек), WPW синдрома (33,3%, 7 человек), для планового обследования по поводу боли в сердце (14,3%, 3 ребенка). У 8 детей (44,5%) приступ купировался самостоятельно, коррекция сохраняющейся синусовой тахикардии проводилась седативными препаратами. 10 пациентам (55,5%) для купирования приступа в реанимационном отделении применялись парентерально антиаритмические препараты (лидокаин, амиодарон, АТФ) в течение от 1 часа до 2 суток с последующим переходом на пероральный прием.

Таким образом, чаще ПТ встречаются у детей школьного возраста, практически в 80% случаев это НЖПТ. Около 60% детей не связывают развитие приступа ПТ с физической нагрузкой. Практически у половины детей для купирования приступа ПТ достаточно седативной терапии.

0385

РОЛЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 В ФОРМИРОВАНИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Копица Н. П., Вишневская И. Р., Титаренко Н. В., Петюнина О. В., Белая Н. В., Юхновский А. Ю.

ГУ “Национальный Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины”, город Харьков, Украина

Развитие кардиоренального синдрома (КРС) значительно ухудшает прогноз у больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Роль различных биомаркеров активно изучается. Одним из них является стресс - индуцированный маркер, ростовой фактор дифференцировки 15 (РФД 15), макрофаг – ингибирующий цитокин - 1, относящийся к надсемейству белков трансформирующего фактора роста В.

Цель: определить прогностическое значение РФД 15 и других биохимических маркеров в прогнозе развития КРС у пациентов с ОКС.

Материалы и методы: обследовано 70 пациентов с различными формами ОКС: 77% мужчин и 23% женщин, средний возраст $61,8 \pm 1,3$ года. Среди них, 54% пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q (Q-ИМ), 20% - с инфарктом миокарда без зубца Q (не-Q ИМ), 26% - нестабильная стенокардия (НС). Все пациенты прошли стандартное обследование, которое включает в себя: стандартную электрокардиографию, эхокардиографию, ангиографию, определение маркера некроза миокарда - сердечный тропонин Т, маркера воспаления – С - реактивный белок (С-РП), для стратификации риска была использована шкала GRACE. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивалась по формуле MDRD. Кроме того, уровень РФД 15 был определен в первый день от момента госпитализации (ELISA).

Результаты: проведена оценка влияния 60 переменных клинического, инструментального и лабораторного статуса на формирование КРС у пациентов с различным уровнем СКФ. Средний уровень СКФ у всех пациентов составил $57,10 \pm 2,35$ мл/мин/1,73 м². У больных с Q-ИМ средний уровень СКФ был $58,2 \pm 3,7$ мл/мин/1,73 м², не - Q ИМ - $49,7 \pm 3,5$ мл/мин/1,73 м², НС - $60,0 \pm 3,2$ мл/мин/1,73 м². Достоверная разница отмечалась между уровнем СКФ у пациентов с не-Q ИМ и НС ($p > 0,02$). Для идентификации основных факторов риска КРС была использована логистическая регрессия (ЛР): С-РП (площадь под кривой (AUC) 0,817; $p < 0,0057$; 95% доверительный интервал (ДИ): 0,592 - 1), РФД 15 (AUC 0,754; $p < 0,017$; 95% ДИ: 0,546 - 0,962) были основными факторами риска для прогнозирования развития КРС. Была разработана прогностическая модель прогнозирования развития КРС (AUC 0,839; $p < 0,0007$). Эта модель с чувствительностью 88% и специфичностью 76% может прогнозировать развитие КРС у пациентов с различным уровнем СКФ после ОКС.

Выводы: многофакторная прогностическая модель с нового биомаркера РФД 15 предсказывает формирование КРС и может быть использована в клинической практике для улучшения стратификации риска у пациентов с ОКС.

0386

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Корженевская К. В., Гавришева Н. А., Алексеева Г. В., Алугишвили М. З., Абесадзе И. Т.,
Лоховинина Н. Л., Панов А. В.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определение взаимосвязи между факторами прогрессирования ишемической болезни сердца после операции ревааскуляризации миокарда.

Материалы и методы: В исследование включено 130 пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования на фоне острого коронарного синдрома без подъема ST. Средний возраст больных составил $58,4 \pm 0,8$ года. Через 6, 12, 24 и 48 месяцев после операции определялись показатели липидного спектра и содержание маркеров воспаления: IL-6, TNF- α , ICAM-1, TGF- β 1, С-реактивного белка, фибриногена, лейкоцитов. Концентрация ICAM-1, цитокинов и С-реактивного белка в сыворотке крови исследовалась иммуноферментным методом. Содержание холестерина в различных липидных фракциях сыворотки крови определяли прямым гомогенным ферментативным колориметрическим методом. Обработка результатов производилась при помощи корреляционного анализа.

Результаты: Установлена значимая положительная корреляционная связь между уровнями общего холестерина, липопротеинами низкой плотности и содержанием фибриногена ($r_s=0,54$; $p<0,05$ и $r_s=0,85$; $p<0,01$, соответственно), С-реактивного белка ($r_s=0,33$; $p<0,05$ и $r_s=0,55$; $p<0,01$, соответственно), лейкоцитов ($r_s=0,24$ и $r_s=0,35$; $p<0,05$, соответственно). Уровни ICAM-1 и TNF- α положительно коррелировали со значением триглицеридов в крови ($r_s=0,43$ и $r_s=0,40$; $p<0,05$, соответственно). Коэффициент атерогенности имел достоверную зависимость с содержанием TGF- β 1 ($r_s=0,35$; $p<0,05$), TNF- α ($r_s=0,66$; $p<0,05$), С-реактивного белка ($r_s=0,85$; $p<0,05$) и лейкоцитов ($r_s=0,68$; $p<0,05$). Отрицательная корреляция уровней IL-6 и фибриногена была выявлена для концентрации липопротеинов высокой плотности ($r_s= -0,33$ и $r_s= -0,78$; $p<0,05$, соответственно).

Выводы: Корреляционный анализ показал тесную взаимосвязь между показателями системного воспаления и уровнями липидов крови. Данный факт подтверждает необходимость активного воздействия на процесс атерогенеза для предотвращения хронического воспаления после ревааскуляризации миокарда.

0387

ОСОБЕННОСТИ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ И НЕОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Коричкина Л. Н., Доренская О. В., Романова Н. П., Комаров И. И.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, Минздрава России

Цель: изучить межклеточные взаимодействия в периферической крови у больных неосложненной артериальной гипертонией (АГ) и осложненной ишемическим инсультом (ИИ).

Материалы и методы: Обследовано 121 (мужчин-61, женщин-60, средний возраст 63,9 года) больной неосложненной АГ и 102 (мужчин-39, женщин-63, средний возраст 67,1 года) больных АГ, осложненной ИИ. Диагноз был верифицирован на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных. Пациенты получали показанную терапию. Всем им проводили забор капиллярной крови, в мазках крови (окраска по Романовскому-Гимзе) подсчитывали общее число лейкоцитов (Л), количество ауторозеток (АР). За АР принимали клеточную тельным ФСР. ствует в ремоделировании сосудов у больных АГ и рии соответственно в 1,2 и 1,5 раза. ассоциацию, состоящую из лейкоцита с плотно прилегающими к его поверхности тремя и более эритроцитами (Э). Учитывали АР с экзоцитарным лизисом (ЭЛ) и агрегаты, образованные тромбоцитами (ТАГ). Контрольную группу составили 44 здоровых лица (мужчин-21, женщин-23, средний возраст 47,45 года). Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: В КГ общее число Л составило $4,8 \times 10^9$ /л, число АР – $0,75 \pm 0,21$ (на 100 Л), из них АР с ЭЛ – $0,39 \pm 0,01$. Регистрировались нейтрофильные (НАР) и моноцитарные (МАР) АР.

У больных АГ без ИИ общее число Л было $6,29 \times 10^9$ /л, число АР – $14,0 \pm 4,5$, из них АР с ЭЛ – $3,1 \pm 1,43$ (все $p=0,001$). Впервые выявлены эозинофильные АР (ЭАР; 3,0% от общего числа АР).

У больных АГ, осложненной ИИ общее число Л составило $10,18 \times 10^9$ /л, количество АР – $18,33 \pm 3,8$, АР с ЭЛ – $5,7 \pm 1,3$ (все $p=0,001$). Впервые обнаружены ТАГ (29,1% от общего числа АР) все с лизисом Э и АР, образованные палочкоядерными нейтрофилами (ПАР; 7%) и базофилами (2,5%).

Выводы: 1. У больных АГ на фоне повышения общего числа лейкоцитов значительно увеличивается количество АР и АР с лизисом по сравнению с КГ. 2. Помимо НАР и МАР у больных АГ выявляются ЭАР, что отражает влияние лекарственной терапии. 3. Регистрация ТАГ и ПАР у пациентов с ИИ косвенно свидетельствует об их участии в тромбообразовании, активном воспалительном процессе в головном мозге и отражает существенные иммунологические сдвиги в организме, связанные с ИИ.

0388

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЛП (А) У ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Корнева В. А., Кузнецова Т. Ю.

ФГБОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Липопротеин (а) (ЛП(а)) признан независимым причинным фактором риска раннего развития атеросклероза и его осложнений.

Цель: анализ уровня ЛП(а) и его влияния на прогноз у пациентов с семейной гиперхолестеринемией (СГХС).

Материалы и методы: обследовано 81 пациент с определенной СГХС, диагноз установлен по критериям Dutch Lipid Clinic. У 20 пациентов генетически подтверждено наличие мутации рецептора липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Средний возраст пациентов 39,1±0,4 лет. Обследуемые были подразделены на 2 подгруппы: первая – с повышенным уровнем ЛП(а)>0,3 г/л (34 человека); средний возраст 44,5±0,3; вторая – с нормальным уровнем ЛП(а)<0,3 г/л (47 человек, 58,1%); средний возраст 37,5±0,3 лет. Частота встречаемости мутации рецептора ЛПНП в группах достоверно не различалась: 8 пациентов (23,5%) в первой группе и 12 пациентов во второй (25,5%). Показатели липидного спектра были сопоставимы в двух группах. Частота встречаемости ожирения, артериальной гипертензии, соотношение лиц разного пола было сопоставимо в двух группах. Среди лиц, имеющих повышенный уровень ЛП(а) чаще встречались курящие (p=0,03). Статистический анализ проводился с помощью программы «Биостат».

Результаты: Средний уровень ЛП(а) у пациентов старше 18 лет с СГХС составил 1,2±0,05 г/л. Средний уровень ЛП(а) у детей до 5 лет пациентов с СГХС составил 0,03±0,01 г/л, у детей от 5 до 17 лет 0,5±0,07 г/л. У 41,9% (34 чел) обследованных пациентов с СГХС выявлен нормальный уровень ЛП(а), у 58,1% (47 чел.) уровень ЛП(а) был повышен. Среди пациентов с повышенным уровнем ЛП(а) моложе 40 лет было 13 пациентов (39,3%), во второй группе – 14 (29,7%), p<0,05. Число лиц моложе 18 лет в двух группах достоверно не различалось 2 (4,25%) и 2 (5,8%) соответственно. Также не было достоверного различия по уровню ЛП(а) среди лиц разного пола. Так, среди пациентов с повышенным уровнем ЛП(а) количество женщин было 20 (58,8%), среди лиц с нормальным – 28 (59,6%). У пациентов с СГХС, имеющих повышенный уровень ЛП(а) ИБС диагностировалась достоверно чаще: у 11 (32,4%) по сравнению со второй группой 9 (19,1%), p<0,05. Также частота встречаемости острого инфаркта миокарда (ОИМ) в первой группе была выше, чем во второй: 8 (23,5%) и 4 (8,5%) соответственно, p<0,05. ОИМ у лиц моложе 40 лет был выявлен только среди лиц, имеющих повышенный уровень ЛП(а): у одного мужчины (28 лет) и одной женщины (29 лет).

Выводы: Уровень ЛП(а) повышен у 41,9% с СГХС. Повышенный уровень ЛП(а) встречается одинаково часто среди лиц разного пола. У пациентов с СГХС с повышенным уровнем ЛП(а) ИБС встречается в 1,7 раз чаще, ОИМ в 2,76 раз чаще.

0389

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Корниенко Н. В., Горянская И. Я., Резанова Н. В., Одуд А. М.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского» г. Симферополь, Республика Крым, Россия

Цель: изучить эффективность и органопротективное действие комбинированного гипотензивного препарата вальсартана (комбинация амлодипина и вальсартана) в дозах 5/80 и 5/160 мг у пациентов артериальной гипертензией (АГ) высокого кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы: исследуемую группу составили 56 больных с АГ (36 мужчин – 64,2% и 20 женщин – 35,7%), средний возраст пациентов 60,5±3,5 лет, возраст мужчин – 55 лет (48,0; 64,0), женщин – 63 (60;67), (P= 0,0001). У всех больных давность АГ составила от 8 до 15 лет. У 20 пациентов была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica v. 6.0. Исходное офисное АД составило 162,4±2,0 мм. рт. ст. и 102±1,2 мм. рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 78,4±4,2 уд. в 1 мин., общий холестерин – 6,2±0,9 ммоль/л. Терапия проводилась назначением комбинированного антигипертензивного препарата вальсартана (фиксированная комбинация вальсартана и амлодипина). Дополнительно, больным с ИБС назначался бета-блокатор (метопролол в дозе 25-50 мг в сутки)..... Длительность наблюдения – 3-6 мес. Учитывались показатели офисного АД, а также суточного мониторирования АД (СМАД) с исследованием основных показателей циркадного ритма, по результатам которого оценивалась эффективность комбинированной гипотензивной терапии. Для оценки изменений функционального состояния ремодулирования миокарда проводилась ЭХОЭКГ – исследование в стандартном режиме до и в конце исследования.

Результаты: на фоне проводимой терапии целевые значения офисной АД достигнуты у 68% больных, офисное САД снизилось до 125,2±1,0; ДАД до 74,7±1,0 мм. рт. ст. (P< 0,0001); ЧСС до 62,4±1,1 уд. в 1'. По данным СМАД наблюдалось улучшение САД и ДАД соответственно на 16% и 10,3% (P<0,05), а также уменьшение показателей вариабельности на 13,2% преимущественно в дневные часы (P<0,05). Через 6 месяцев лечения отмечалась тенденция к уменьшению массы миокарда левого желудочка на 6,8%, индекса массы миокарда левого желудочка на 5,6% и ОПСС – на 10,4%.

Выводы: у пациентов с АГ высокого риска назначение фиксированной комбинации вальсартана и амлодипина сопровождалось достоверным снижением показателей СМАД за сутки, преимущественно днем, что снижает риск прогрессирования заболевания и развития осложнений. По данным показателей ЭХОЭКГ, применение комбинированного антигипертензивного препарата оказывает выраженное органопротекторное действие.

0390

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ «ЧИСТЫХ» КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОГРАФИИ

Корок Е. В., Сумин А. Н., Синьков М. А., Нагирняк О. А., Чичкова Т. Ю., Барбараш Л. С.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Цель: оценить частоту и возможные причины выявления интактных коронарных артерий (КА) у больных с различными показаниями для плановой коронарной ангиографии (КАГ).

Материалы и методы: Проведен анализ 711 историй болезни пациентов, подвергшихся плановым КАГ на базе НИИ КПССЗ за период с 1 апреля по 31 мая 2014 г. Учитывая показания к проведению КАГ были сформированы 5 групп: 1 группа – пациенты с подозрением на ишемическую болезнь сердца (ИБС; n=288), 2 группа – больные с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе (n=277), 3 группа – пациенты с атеросклерозом периферических артериальных бассейнов (ПАБ; n=18), 4 группа – больные с приобретенными пороками сердца (ППС; n=43), 5 группа – пациенты с нарушением ритма и проводимости (НРИП; n=85).

Результаты: При межгрупповом сравнении отмечено, лица мужского пола преобладали среди больных ранее перенесших ИМ и имеющих атеросклеротическое поражение ПАБ, при этом женщины преобладали в группе пациентов с ППС ($p < 0,001$). По возрасту группы были сопоставимы ($p = 0,266$). Типичная картина стенокардии достоверно чаще прослеживалась среди больных групп с подозрением на ИБС и ранее перенесших ИМ ($p < 0,001$). При этом атипичная клиника стенокардии и кардиалгия реже встречались в группе пациентов с ИМ в анамнезе ($p = 0,003$ и $p < 0,001$). Кардиалгия преобладала у больных группы с ППС ($p < 0,001$). Средний показатель предтестовой вероятности ИБС был выше у больных групп с наличием ИМ в анамнезе и с поражением ПАБ, а меньший в группе с ППС ($p = 0,015$). Нарушения ритма чаще регистрировались среди больных групп ППС и обследовавшихся собственно по поводу НРИП ($p < 0,001$). При этом, ишемические инсульты преобладали у пациентов групп с поражением ПАБ и ППС ($p = 0,019$). Анализ результатов КАГ показал, что отсутствие поражения коронарного русла с большей частотой прослеживается в группах больных с ППС и в НРИП ($p < 0,001$). Незначимые стенозы КА реже отмечались в группах пациентов с ИМ в анамнезе и с ППС ($p = 0,004$). При этом гемодинамически значимые стенозы КА достоверно чаще регистрировались в группах больных перенесших ранее ИМ и с поражением ПАБ ($p < 0,001$).

Заключение Среди обследованных пациентов у 32,9% отсутствовали стенозы КА при плановой КАГ. Наибольшее число «чистых» КА выявлено при предоперационном обследовании больных с ППС (76,7%) и с НРИП (67,1%), наименьшее – у больных с ИМ в анамнезе (11,6%) и с поражением ПАБ (16,7%). При обследовании больных с подозрением на ИБС нормальные КА выявлены в 37,9% случаев. Для уменьшения частоты выявления «чистых» КА следует тщательно оценивать клиническую симптоматику у пациентов, использовать более точные методики расчета предтестовой вероятности ИБС. В качестве неинвазивных тестов следует применять адекватные протоколы функциональных тестов с визуализацией или оценку состояния КА с помощью мультиспиральной компьютерной томографии.

0391

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Корок Е. В., Сумин А. Н., Райх О. И., Гайфулин Р. А., Безденежных А. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово

Актуальность: Наличие атеросклеротического поражения некардиальных артериальных бассейнов у больных ишемической болезнью сердца имеет неблагоприятное прогностическое значение. Хотя известны гендерные различия факторов риска и клинических проявлений атеросклероза, у больных мультифокальным атеросклерозом (МФА) они до сих пор мало изучены. Вопрос о гендерном влиянии на взаимоотношения между типом личности, психосоциальными факторами и наличием МФА до настоящего времени вовсе не изучался.

Цель: изучить распространенность типа личности и особенности психологического статуса в зависимости от наличия мультифокального атеросклероза и гендерной принадлежности.

Материалы и методы: В исследование включено 709 пациентов, подвергшихся плановым операциям коронарного шунтирования (КШ) в клинике НИИ КПССЗ за период с 1 февраля 2009 по 31 января 2010 г. В зависимости от гендерной принадлежности и наличия признаков МФА сформированы 4

группы: 1 группа – женщины без МФА (n=108), 2 группа – женщины с наличием МФА (n=23), 3 группа – мужчины с отсутствием МФА (n=471), 4 группа – мужчины с признаками МФА (n=107). Всем больным перед КШ проводились коронароангиография и оценка психологического статуса.

Результаты: Однососудистое поражение коронарных артерий чаще встречалось у мужчин ($p=0,040$). При этом трехсосудистое поражение преобладало среди женщин без признаков МФА – 33,3% случаев ($p<0,05$). Личностный тип Д чаще выявлялся при наличии МФА, как у мужчин (43,9%), так и у женщин (52,2%), чем при изолированном поражении коронарных артерий (17% и 15,9%, соответственно, $p<0,05$). У больных обоих полов с признаками МФА был выше уровень негативной возбудимости, социального подавления, депрессии, личностной тревожности по сравнению с поражением только коронарных артерий ($p<0,05$). Общее состояние здоровья, физическое и психическое здоровье, интенсивность боли, жизнеспособность у лиц с МФА были ниже, чем без такового ($p<0,05$). При этом эмоциональное состояние у женщин без признаков МФА было выше по сравнению с мужчинами ($p=0,011$).

Заключение Тип личности Д у больных ИБС встречался чаще при наличии МФА, чем без него независимо от пола ($p<0,05$). Это сопровождалось более выраженным уровнем депрессии и тревожности, снижением качества жизни у женщин с МФА, чем у женщин с изолированным поражением коронарных артерий. Выявленная взаимосвязь между наличием типа личности Д и мультифокальным атеросклерозом может являться одним из механизмов неблагоприятного влияния типа личности Д на прогноз у больных ИБС.

0392

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ПЛАНОВОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Королёва М. Е., Григорьева Н. Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия г. Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить наиболее часто используемые комбинации антигипертензивных препаратов в условиях планового кардиологического отделения.

Материалы и методы: Проанализировано 200 историй болезни больных, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ №5 г. Нижнего Новгорода с диагнозом гипертоническая болезнь разной степени выраженности. Для оценки приверженности к терапии с помощью опросника Мориски-Грина был проведен опрос 64 больных.

Результаты: Из 200 историй болезни монотерапия назначалась в 29%, двухкомпонентная в 35%, трехкомпонентная в 36% случаев. Среди наиболее часто встречающихся комбинаций из 2 препаратов амлодипин + бета-адреноблокатор назначалась в 42% случаев, причем наиболее популярной была комбинация бисопролола с амлодипином – 30 больных, из них – 12 мужчин (40%) и 18 женщин (60%), средний возраст которых составил $65,8 \pm 11,5$ года. Все больные имели сопутствующую ИБС, сахарный диабет встречался у 57%. Комбинация амлодипин + ингибитор АПФ или сартан была в 29% случаев (20 больных). Это 4 мужчин (20%) и 16 женщин (80%), средний возраст которых составил $63,3 \pm 10,2$ года. В качестве сопутствующей патологии у 50% встречалась ХОБЛ. Из компонентов чаще всего использовался периндоприл. Комбинация диуретик + ингибитор АПФ или сартан – в 29% случаев (20 больных), из них 9 мужчин (45%) и 11 женщин (55%), средний возраст которых составил $62,5 \pm 8,5$ года, с сопутствующей ХОБЛ в 40% случаев. Из компонентов чаще всего использовался валсартан и гипотиазид. По опроснику Мориски-Грина среднее значение составило $2,5 \pm 1,1$ балла. Выводы:

По нашим данным в 70% случаев лечения артериальной гипертензии требуется комбинированная терапия. Наиболее часто используемой комбинацией в условиях планового кардиологического стационара является амлодипин + бета-адреноблокатор, что, вероятнее всего связано с наличием у госпитальных больных ИБС. Больные артериальной гипертензией характеризуются низкой приверженностью к лечению, что требует оптимизации подходов к их лечению, в частности использованию фиксированных комбинаций.

0393

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН: ОСОБЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Корытько И. Н., Кельмамбетова З. Р., Лагкути О. Т.

Медицинская академия имени С.И.Георгиевского ФГАОУ ВО

«Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского» Симферополь, Россия

Цель: Выявить особенности факторов риска и клинического течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин в разных возрастных группах.

Материалы и методы: В исследование включено 98 пациенток с ОИМ – до 44 лет – 16 человек (группа А), с 45 до 59 лет – 38 человек (группа В), 60 лет и старше – 44 человека (группа С). Проводился подробный опрос пациенток с акцентом на особенности болевого синдрома, на факторы риска ишемической болезни сердца (ИБС), гинекологический анамнез, психоэмоциональное состояние. Определялись антропометрические параметры, индекс массы тела (ИМТ). Обследование включало общепринятые лабораторные и инструментальные исследования – ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты: Курение, как фактор риска, чаще фиксировали в группе А – 81% и реже в группе С – 14% ($p < 0,02$). В группе С значительно чаще выявляли артериальную гипертензию – 89%, а у более молодых пациенток реже (группа А) – в 50% случаев ($p < 0,02$). Частота гиперхолестеринемии была одинаковой в группах В и С (77% и 78%, соответственно), что существенно превышало показатель группы А (47%; $p < 0,05$). Избыточная масса определялась у большинства пациенток во всех группах, но чаще в группах В и С (группа А – 64%, группа В – 78%, группа С – 79%). Частота наличия метаболического синдрома повышалась с возрастом (группа А – 29%, группа В – 60%, группа С – 67%). Сахарный диабет 2 типа имел место во всех группах приблизительно с одинаковой частотой (группа А – 20%, группа В – 24%, группа С – 26%). Ранние сердечно-сосудистые события у родственников пациенток преобладали в группах А и В (78% и 75%, соответственно), а в группе С наблюдались значительно реже – в 48% случаев. В молодом возрасте ОИМ чаще является дебютом ИБС, чем в пожилом (в группе А – 81%; в группе С – 18%). У 78% пациенток в группе А в анамнезе были указания на стрессовые ситуации перед развитием ОИМ, а в группе С – только у 36% больных. В группах А и В Q-инфаркт регистрировался чаще (68% и 66%, соответственно), чем в группе С (59%). По локализации – во всех группах преобладал передний ОИМ. Частота развития острой сердечной недостаточности в группе С была наиболее высокой.

Выводы: Ведущими факторами риска ОИМ у молодых женщин, по данным исследования, являются курение и отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность, а непосредственным провоцирующим развитие ОИМ фактором – психоэмоциональный стресс. У пациенток более старшего возраста на первый план выходит артериальная гипертензия и дислипидемия. При этом, во всех возрастных группах преобладают пациентки с избыточным весом, причем с возрастом частота метаболического синдрома повышается.

0394

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ - ЛИДИРУЮЩИЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОДОГО РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Корягина Н. А., Туев А. В., Петрищева А. В., Василец Л. М., Щекотов В. В.

ГОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Актуальность: В последние годы в России, несмотря на некоторое снижение темпов смертности, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сохраняется тяжелая ситуация. В РФ пока не-

достаточно данных по региональной динамике и тенденциям в распространенности факторов риска среди лиц трудоспособного возраста, особенно лиц, не достигших 45 лет.

Цель: Изучить распространенность модифицируемых факторов риска в популяции работающего населения.

Материалы и методы: исследования. Одномоментное когортное эпидемиологическое исследование случайной, стратифицированной по возрасту и полу, выборки из организованного молодого населения Пермского края до 45 лет объемом 1834 человек. Программа обследования включала использование анкет для выявления основных факторов ССЗ, измерение АД по стандартной методике. года. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере типа IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0.

Результаты: Возраст респондентов в исследуемой выборке был в пределах от 18 до 44 лет, при среднем его значении $29,44 \pm 8,6$ лет, при этом мужчин (70%), женщин (30%). Несомненным и главным доказанным фактором, способствующим развитию кардио- и цереброваскулярных заболеваний является артериальная гипертензия (АГ). Средний уровень систолического давления (САД) среди населения составлял $119,3$ мм.рт.ст. $\pm 0,78$ мм.рт.ст., диастолического - 88 мм.рт.ст. $\pm 0,47$ мм.рт.ст.. Увеличение САД выявлено как у мужчин, так и у женщин. Распространенность АГ среди работающего населения до 45 лет с повышением офисного АД составило 9%. Изолированная клиническая АГ с учетом анамнестических данных установлена еще в 10%. Следовательно, общая распространенность АГ среди молодого населения Пермского края составляет 19%. Среди населения с уровнем общего холестерина больше 5 ммоль/л достоверно ($p < 0,001$) чаще встречаются повышенные уровни систолического артериального давления $129,3$ мм. рт. ст. (при уровне > 5 ммоль/л) и $119,31$ мм. рт. ст. (при уровне < 5 ммоль/л). АГ также встречается достоверно ($p < 0,001$) чаще - 34,2% случаев в группе населения с уровнем общего холестерина крови выше 5 ммоль/л, против 18,2% случаев в группе с уровнем общего холестерина крови менее 5 ммоль/л.

Выводы: 1. Имеется высокая распространенность АГ, которая остается основными и лидирующими фактором риска развития ССЗ, что требует коррекции и наблюдения на амбулаторном этапе с целью изменения демографической ситуации в Пермском крае.

0395

ПОКАЗАТЕЛИ КОЖНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Корягина Н.А., Василец Л.М., Туев А.В., Петрищева А.В., Щекотов В.В.

ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель: оценка показателей variability ритма сердца (ВРС) у работающих женщин среднего возраста с климактерическим синдромом (КС) в зависимости от гемодинамических типов микроциркуляции (ГТМ).

Материалы и методы: пациентки разделены на 2 группы (гр.). 1 гр. - 25 женщин (жен.), $50,1 \pm 2,4$ лет в состоянии менопаузы, имеющие признаки КС, наличие артериальной гипертензии (АГ) II стадии, 1-2 степени повышения артериального давления (АД). 2 гр. - 15 жен. с АГ II стадии, 1-2 степени, $47,6 \pm 5,1$ лет с сохраненной менструальной функцией. Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). По результатам исходной ЛДФ-граммы и окклюзионной пробы (ОП) оценивался ГТМ, являющийся показателем для итоговой оценки микроциркуляторных нарушений. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ системы «Astrocard Holtersystem Elite» (Россия).

Результаты: При анализе ЛДФ-грамм у 1 гр. отмечалось снижение показателя микроциркуляции в 1,3 раза, возрастание как нейрогенного (НТ), так и миогенного сосудистого тонуса (МТ) в 0,8 раза ($p = 0,048$) по сравнению со 2-ой гр. Увеличение показателя шунтирования у женщин с КС на 50% ($p = 0,003$). При анализе максимальных амплитуд (А) спектра колебаний кровотока у женщин 1 гр. А

эндотелиального диапазона колебаний уменьшалась на 43% ($p=0,007$). А максимальных колебаний в нейрогенном и миогенном диапазонах снижались, что согласуется с динамикой показателей МТ и НТ. А пульсовых колебаний снижалась у пациенток с эстрогенодефицитом относительно 2 гр. на 41% ($p=0,003$), что свидетельствует об уменьшении притока крови в артериальное русло. Отмечены различия в частоте выявления ГТМ в зависимости наличия КС. В группе АГ: 47% составил нормоциркуляторный, 18% - гиперемический, 23% - спастический, 12% - застойно-спастический ГТМ. Среди пациенток АГ с КС: у 14,5% - нормоциркуляторный, у 18% - спастический, у 41,2% - застойно-спастический, у 26,3% - гиперемический ГТМ ($p=0,012$). Временной анализ ВРС: при оценке показателя SDNN у женщин АГ с КС и имеющих патологические типы микроциркуляции отмечалось снижение общей ВРС на 20% ($p=0,001$). В 1-ой гр. уменьшение рNN50 на 45% у женщин с патологическими ГТМ и на 34% раза у женщин с нормоциркуляторным типом, по сравнению со 2 гр. Показатель общей мощности спектра (Tr) был снижен на 30% в 1 гр., низкочастотные колебания (LF) уменьшились на 56%, снижение HF на 41% ($p=0,041$). Коэффициент, характеризующий вегетативный баланс (LF/HF), у женщин с АГ и КС был увеличен в среднем на 24,1%, и составил 4,1.

Выводы: 1. У женщин с АГ в менопаузе снижается общий показатель микроциркуляции, возрастает нейрогенный и миогенный тонус сосудов, снижаются максимальные амплитуды эндотелиального и пульсового диапазона колебаний; преобладает застойно-спастический ГТМ. 2. Имеется снижение вариабельности ритма сердца, как по временным, так и по спектральным показателям.

0396

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Косивцова М. А., Стаценко М. Е., Туркина С. В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Волгоград, Россия

Цель: изучение особенностей нарушений периферической микрогемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы: в исследование включались 150 больных в возрасте 45-70 лет с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III ФК (по ОССН, 2002г.) ишемического генеза с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, 120 из которых имели сопутствующий сахарный диабет (СД) 2 типа ($HbA1c < 8,0\%$) - основная группа; вторая группа - контрольная, пациенты с изолированной ХСН ($n=30$). Все пациенты получали препараты базисной терапии ХСН (эналаприл, бисопролол, ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, аторвастатин, при необходимости спиронолактон, диуретики, нитраты). Пациенты, страдающие СД 2 типа, в дополнение к базисной терапии ХСН принимали пероральные сахароснижающие препараты (метформин и/или глибенкламид). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и основным клинико-лабораторным показателям. Уровень кожной периферической микрогемодинамики исследовали путем лазерной доплеровской флоуметрии пальца кисти на аппарате ЛАКК-ОП (Россия) с оценкой гемодинамического типа микроциркуляции (ГТМ) и перфузии тканей с помощью уровня средней перфузии (М), показателя микроциркуляции (ПМ) и его коэффициента вариации (Кv). Для исследования регуляции микрокровотока определяли вклад эндотелиального (Аэ), нейрогенного (Ан) и миогенного (Ам) компонентов в регуляцию тонуса микрососудов. Резервные возможности микроциркуляции (МКЦ) с оценкой резервного капиллярного кровотока (РКК) изучали при проведении окклюзионной пробы (ОП).

Результаты: При изучении исходных ГТМ отмечено, что в группе больных с ХСН и СД 2 типа по сравнению со 2-й группой достоверно чаще встречались патологические типы МКЦ: доля спастического типа микроциркуляции в 1-й группе больных составила 40,1% vs 23,3% в группе контроля ($p < 0,05$); гиперемического типа - 33,3% vs 40% во 2-й группе ($p < 0,05$), в то время как нормоциркуляторный тип выявлен в 26,6% vs 36,7% - во второй группе ($p < 0,05$). Достоверных отличий при исследовании показа-

телей, характеризующих регуляторные системы МКЦ, в двух группах не выявлено, однако, обращает внимание уменьшение Аэ на 28,6% при гиперемическом и на 6,5% при спастическом ГТМ в 1-й группе пациентов, что косвенно может говорить об эндотелиальной дисфункции и уменьшении вазодилатирующей способности эндотелия. В группе больных с изолированной ХСН: при гиперемическом типе МКЦ уровень РКК был достоверно выше на 10,9%, а ИДП на 14,8%. При спастическом типе микроциркуляции РКК и ИДП в 1-й группе превышал показатели в группе пациентов без сопутствующего СД 2 типа на 8,2% и 25,6% соответственно.

Выводы: таким образом, прогностически более неблагоприятный, спастический тип микроциркуляции преобладал в группе больных ХСН и СД 2 типа. Показатели микроперфузии периферических тканей были выше при изолированной ХСН по сравнению с пациентами с сочетанной патологией.

0397

МОДЕЛИ ПРОГНОЗА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С УЧЕТОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Костенко В. А., Скородумова Е. А., Федоров А. Н.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.И.И.Джанелидзе», Санкт-Петербург

Цель: создать многофакторную статистическую модель факторов неблагоприятного прогноза при острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН), в которой помимо традиционных параметров учитывались бы и проявления системной воспалительной реакции (СВР).

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 450 больных с декомпенсированной ХСН ишемической и гипертензивной этиологии, лечившихся в СПб НИИ СП им И.И. Джанелидзе в 2012-2014 годах. Выделена подгруппа пациентов, которые умерли в стационаре (n=25), их средний возраст $69,8 \pm 5,3$ лет, мужчин – 12, женщин – 13. Исследовалась клиническая картина, гематологический профиль, биохимические (функция печени, почек, маркеры системной воспалительной реакции) и иммунологические показатели (цитокины, иммуноглобулины, кластеры иммунокомпетентных клеток). Посредством первичного статистического анализа с применением t-тестов Стьюдента и Уэлша выявлены переменные, средние значения которых значительно отличаются ($p < 0,05$), затем проведена серия логистических регрессий с пошаговым выбором наилучшей многофакторной модели отрицательного прогноза.

Результаты: были сформированы две основные модели. В первой статистически значимыми оказались следующие факторы: минимальный уровень гемоглобина ($z = -2,29$; $p = 0,02$), концентрация высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) при поступлении в стационар ($z = 3,56$; $p = 0,0001$), содержание BNP в плазме ($z = 4,1$; $p = 0,0001$) и креатинин плазмы, причем последний достоверно значим только для женщин ($z = 2,0$; $p = 0,04$), для мужчин же $z = 1,69$; $p = 0,09$. Во втором варианте прогностической модели имело значение содержание нейтрофилов на 4-5-е сутки госпитализации (для мужчин $z = 2,4$; $p = 0,0016$, для женщин $z = 2,6$; $p = 0,01$) в сочетании с BNP ($z = 2,5$; $p = 0,01$) и минимальным гемоглобином ($z = -2,11$; $p = 0,03$), при этом утрачивали значимость СРБ ($z = 1,63$; $p = 0,10$) и креатинин ($z = 1,22$; $p = 0,34$). Следует отметить интерактивные эффекты, связанные с полом: высокие уровни СРБ хуже для мужчин, чем для женщин ($z = 4,5$ против $4,02$), а высокие концентрации BNP неблагоприятнее для прогноза у женщин ($z = 2,97$ против $2,36$ для мужчин).

Выводы: у пациентов с ОДСН наиболее статистически значимыми предвестниками летального исхода в стационаре являлись уровни гемоглобина (с отрицательной корреляцией), BNP и креатинина в сочетании с маркерами активации СВР (СРБ и нейтрофилы) с положительной корреляцией. Отмечались интерактивные эффекты, связанные с полом.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С АВ-УЗЛОВЫМИ ТАХИКАРДИЯМИ В ДИНАМИКЕ

Костина М. В., Столярова В. В., Карякина Т. Н.

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

Цель: изучение variability сердечного ритма (BCP) после радиочастотной абляции (РЧА) у больных с АВ-узловыми тахикардиями.

Материалы и методы: Основные показатели BCP у больных с АВ-узловыми тахикардиями после РЧА оценивали в сравнении с исходными показателями вне пароксизма до операции (n=10- 6 мужчин и 4 женщины, средний возраст $55\pm 6,5$ лет) и с группой здоровых людей (n=10).

Регистрировали BCP до операции, на 2, 7 сутки после РЧА и через год. Оценивали: SDNN, SDSD, ΔX , RMSSD, Mean, Mo, AMo%, AMo/DX, ВПР, ИН.

Результаты: При клинической оценке отдаленных результатов эффективности операции РЧА в динамике через год выявлено отсутствие пароксизмов наджелудочковой тахикардии (НЖТ) после операции в течение года при непрекращающемся приеме антиаритмических препаратов в течение полугода, что говорит об эффективности РЧА у больных с АВ-узловыми тахикардиями.

Исходно у больных с АВ-узловыми тахикардиями наблюдалось достоверное снижение BCP по сравнению со здоровыми людьми: SDSD меньше на 20%, SDNN на 51%. Выявлена симпатикотония: увеличение AMo% на 191%, AMo/DX на 300% и снижение влияния парасимпатической нервной системы (ПНС) на миокард: уменьшение Rmssd на 47%, Pnn50% на 25%, увеличение ВПР на 181% по сравнению с группой здоровых лиц.

На 2 сутки после РЧА наблюдалось достоверное снижение BCP за счет снижения SDSD на 18%, преобладание активности СНС: увеличение AMo% на 138%, AMo/DX на 226%, снижение тонуса ПНС: уменьшение Rmssd на 63%, увеличение ВПР на 147% по сравнению со здоровыми людьми. Выявлено усиление активности ПНС: увеличение Rmssd на 135% по сравнению с показателями до РЧА. На 7 сутки после РЧА выявлено увеличение BCP: достоверный рост SDSD на 286%, SDNN на 210% по сравнению с исходными показателями. Зарегистрировано достоверное усиление тонуса ПНС: увеличение Rmssd на 156%, Pnn50% на 283%, снижение активности СНС за счет снижения AMo/DX на 33%, ИН на 48% по сравнению с показателями до РЧА. В динамике через год зарегистрировано достоверное увеличение BCP: увеличение SDNN на 166%, SDSD на 35% по сравнению с исходными показателями, увеличение SDSD на 178% по сравнению со 2 сутками после РЧА. Выявлено достоверное усиление активности ПНС: увеличение mean на 123%, mo на 127%, снижение влияния СНС на миокард: уменьшение AMo% на 65%, AMo/DX на 56% по сравнению с исходными данными.

Выводы: Исходно у больных АВ-узловыми тахикардиями регистрировалось снижение BCP, усиление активности СНС при одновременном снижении парасимпатических влияний на миокард по сравнению с группой здоровых людей с углублением негативных показателей на 2 сутки после РЧА. На 7 сутки наблюдалась положительная динамика в виде увеличения BCP, активности ПНС при одновременном снижении тонуса СНС по сравнению с исходными показателями. Через год регистрировались рост BCP, положительная динамика в вегетативном статусе по сравнению с исходными данными, 2 сутками после РЧА.

0399

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кошелева Н. А., Морозов И. А., Ермакова Т. И., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов.

Цель: Определить особенности жесткости артериальной стенки при стандартном ведении больных с перенесенным инфарктом миокарда и симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) в течение трех лет наблюдения.

Материалы и методы: В исследование включены 105 больных группы стандартного ведения, включающей обучение и контроль состояния по месту жительства. Группу сравнения составили 40 здоровых обследуемых, сопоставимых с пациентами по полу и возрасту. При поступлении в стационар и ежегодно в течение трех лет пациентам проводилось общеклиническое обследование, исследование жесткости артериальной стенки с использованием программы «TensioMed» на артериографе «TensioClinic» (Венгрия), оценка конечных точек: повторный инфаркт миокарда, смерть, госпитализация по поводу декомпенсации ХСН.

Результаты: У пациентов при стандартном ведении отмечено снижение частоты приема основных нейро-гормональных модуляторов и статинов в течение трех лет наблюдения. Ингибиторы АПФ/АРА II к третьему году наблюдения принимали не более 53,3% пациентов, β -блокаторы – 58,3% больных, антагонисты альдостерона – 47,4% пациентов, статины – 35,0% больных. Мочегонные препараты на протяжении трех лет наблюдения принимали около 30% пациентов. Установлено, что в течение трех лет наблюдения у больных группы стандартного ведения скорость пульсовой волны в аорте (СПВА), брахиальный и аортальный индекс аугментации (ИА), площадь систолического компонента пульсовой волны больше, а время возврата пульсовой волны и площадь диастолического компонента пульсовой волны меньше соответствующих показателей лиц группы контроля. Со второго года наблюдения у больных группы стандартного ведения систолическое давление в аорте становится больше и укорачивается время изгнания крови из левого желудочка по сравнению с этими показателями лиц группы сравнения ($p < 0,05$). У больных группы стандартного ведения в отсутствие приверженности к рекомендованной терапии с первого года наблюдения СПВА больше, а время возврата пульсовой волны меньше исходных показателей ($p < 0,05$). К третьему году существенно увеличивается брахиальный ИА ($p < 0,05$). В группе стандартного ведения у половины больных в первый и второй годы и у каждого пациента в течение трех лет наблюдения отмечены сердечно-сосудистые осложнения. К окончанию исследования каждый второй пациент был госпитализирован по поводу декомпенсации ХСН, у каждого пятого больного развился повторный инфаркт миокарда, каждый четвертый пациент к третьему году умер.

Выводы: Отсутствие приверженности назначенной терапии у больных ассоциируются со значимым повышением жесткости магистральных артерий по сравнению с исходными данными и развитием сердечно-сосудистых осложнений у каждого из обследуемых больных в течение трех лет наблюдения.

0400

ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЁМА СЕГМЕНТА ST

Кошелева Н. А., Морозов И. А., Ермакова Т. И., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов

Цель: Оценить ригидность артериальной стенки и функции эндотелия у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Материалы и методы: В исследование включены 48 пациентов, госпитализированных по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) без подъема сегмента ST, и 20 практически здоровых лиц группы сравнения, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз ОКС без подъема сегмента ST выставлен на основании Национальных рекомендаций 2006 года. Критерии исключения: возраст менее 35 лет и более 75 лет, не достижение целевого уровня артериального давления, хроническая дыхательная недостаточность 2-3 степени, хроническая почечная недостаточность II-III стадии, обострение хронических процессов в момент исследования. Обследование и лечение больных ОКС без подъема ST проводилось в соответствии с Национальными стандартами. Кроме того у обследуемых пациентов оценены функции эндотелия и артериальной ригидности. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали с помощью фотоплетизмографии в пробе с реактивной гиперемией на аппарате AngioScan (ООО Ангиоскан, Россия), оценка ригидности артерий проводилась с помощью артериографа TensioClinic (TensioMed, Венгрия).

Результаты: Среди обследуемых у 36 (75%) больных нестабильная стенокардия (НС), у 12 (25%) пациентов не Q инфаркт миокарда (ИМ). Средний возраст больных составил $54,06 \pm 11,1$ года; 42 (87,5%) мужчины и 6 (12,5%) женщин. Курили 11 (22,9%) больных, 8 (16,6%) - ранее перенесли ИМ. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 42 (87,5%) пациентов. У больных ОКС без подъема сегмента ST выявлено повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) до $9,36 \pm 2,09$ м/с ($p < 0,05$), увеличение площади систолического компонента пульсовой волны ($44,5 \pm 7,7\%$, $p < 0,05$) и уменьшение площади диастолического компонента пульсовой волны ($55,5 \pm 7,6\%$, $p < 0,05$) по сравнению с аналогичными показателями лиц группы сравнения. Определено, что брахиальный индекс аугментации ($-3,56 \pm 25,76\%$) и аортальный индекс аугментации ($21,3 \pm 18,2\%$) сопоставимы с аналогичными показателями лиц группы сравнения ($p > 0,05$). При пробе с реактивной гиперемией было выявлено снижение вазодилатирующей активности эндотелия (повышение индекса ригидности $9,65 \pm 1,5$ м/с и индекса отражения $68,35 \pm 6,2\%$) по сравнению с показателями лиц группы сравнения ($p < 0,05$).

Выводы: У больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST установлено повышение ригидности артериальной стенки и снижение вазодилатирующей активности эндотелия.

0401

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ АКТИВНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Кошелева Н. А., Морозов И. А., Ермакова Т. И., Ребров А. П.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов

Цель: Определить особенности жесткости артериальной стенки и клиническое состояние при активном ведении больных с перенесенным инфарктом миокарда и симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) в течение трех лет наблюдения.

Материалы и методы: В исследование включены 106 больных группы активного ведения, включающей обучение и ежемесячный контроль в течение 3 лет наблюдения. При поступлении в стационар и ежегодно в течение трех лет пациентам проводилось общеклиническое обследование, исследование жесткости артериальной стенки с использованием программы «TensioMed» на артериографе «TensioClinic» (Венгрия), оценка конечных точек: повторный инфаркт миокарда, смерть, госпитализация по поводу декомпенсации ХСН.

Результаты: В течение трех лет в группе пациентов при активном наблюдении АПФ/АРА II и б-блокаторы постоянно принимали более 90% больных, не менее 70% пациентов использовали анта-

гонисты альдостерона. Удельный вес больных, принимающих мочегонные, увеличился с 25% до 29% только к третьему году наблюдения. Несмотря на терапевтическое обучение и ежемесячный контроль, статины принимали только 65% пациентов в первые два года и 61,5% больных в течение третьего года наблюдения. В течение трех лет у пациентов при активном ведении отмечено снижение систолического и диастолического АД, числа сердечных сокращений, общего холестерина, увеличение дистанции теста 6-мин. ходьбы, замедление снижения фракции выброса левого желудочка. При этом в течение трех лет наблюдения отсутствовала значимая динамика показателей скорости пульсовой волны в аорте, систолического давления в аорте, брахиального и аортального индекса аугментации, времени изгнания крови из левого желудочка, площади систолического и диастолического компонентов пульсовой волны по сравнению с исходными данными ($p > 0,05$). Через три года наблюдения существенно уменьшилось лишь время возврата пульсовой волны, что является свидетельством повышения жесткости артериальной стенки ($110,8 \pm 37,1$ с и $98,5 \pm 26,2$ с соответственно, $p < 0,05$). В течение 3 лет наблюдения каждый второй пациент имел ухудшение сердечной деятельности: из них каждый четвертый пациент был госпитализирован по поводу декомпенсации ХСН, у каждого восьмого больного развивался повторный инфаркт миокарда или был летальный исход.

Выводы: Проводимая программа обучения и активного амбулаторного ведения в течение трех лет наблюдения у больных с перенесенным инфарктом миокарда и симптомами ХСН способствовала повышению приверженности пациентов медикаментозной терапии, стабилизации клинического состояния больных, замедлению прогрессирования нарушений жесткости артериальной стенки, что проявилось в умеренном числе неблагоприятных событий.

0402

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Кошукова Г. Н., Доля Е. М., Заяева А. А., Фурсова В. А.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Российская Федерация.

Согласно литературным данным кардиоваскулярный риск при ревматоидном артрите (РА) увеличивается по сравнению с общей популяцией. Однако, механизмы кардиоваскулярных заболеваний у больных РА до конца не изучены. Целью работы являлось изучение состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных РА по результатам холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ).

Материалы и методы: Нами было обследовано 52 больных РА I-II степени активности, средний возраст которых составил $44,6 \pm 4,17$ лет, длительность заболевания от 6 месяцев до 23 лет. Группу контроля ($n=30$) составили практически здоровые пациенты, сопоставимые по полу и по возрасту. Всем пациентам проводилось ХМЭКГ с использованием комплекса «DiaCard» (фирма АОЗТ «Солвейг», г. Киев). По результатам ХМЭКГ оценивалось наличие нарушений ритма и проводился анализ вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты: При анализе полученных результатов отмечено увеличение частоты выявляемых отклонений по мере увеличения длительности РА. Так, у пациентов РА с длительностью заболевания более 10 лет в 2 раза чаще были выявлены патологические изменения ССС по сравнению с контрольной группой, у 20,7% пациентов нарушения ритма носили латентный характер. У больных РА по данным ХМЭКГ в 67,2% случаев была обнаружена суправентрикулярная экстрасистолия и в 54,3% - желудочковая экстрасистолия, частота которых положительно коррелировала с длительностью и степенью активности РА. По результатам ВРС было выявлено снижение SDANN $124,5 \pm 39,22$ в сравнении с группой контроля $132,84 \pm 57,99$ ($p < 0,05$) в пассивный период. Спектральный анализ ВРС показал снижение мощности спектральных компонентов в виде превалирования показателя LF над значением HF и изменение соотношения LF/HF у больных РА по сравнению с группой контроля - $2,035 \pm 1,12$ и $1,749 \pm 0,72$ соответственно. Данные изменения указывают на сдвиг вагусно-симпатического баланса в сторону ингибирования вагусного и доминирования симпатического тонуса. Отмечалась прямая корреляционная связь между активностью воспалительного процесса и активацией симпатического тонуса наря-

ду с нарастанием отклонений ВРС по мере увеличения длительности течения заболевания, что можно рассматривать как один из прогностических факторов развития сердечно-сосудистой патологии при длительном течении РА и требует дополнительной коррекции проводимой терапии.

Выводы: Результаты ХМЭКГ у больных РА позволяют выявить функциональные нарушения ССС, частота выявления которых коррелирует с длительностью и степенью активности РА. Полученные данные могут расцениваться в качестве предикторов кардиоваскулярных осложнений РА с последующей коррекцией и профилактикой прогрессирования выявленных нарушений.

0403

ВЛИЯНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Кравченко А. Я., Черных А. А.

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

Цель: установить взаимосвязь между показателями краткосрочной вариабельности артериального давления (АД) и показателями качества жизни.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении в возрасте от 42 до 84 лет (средний возраст составил $61,2 \pm 10$ года), из них мужчин было 16 (53,34%), женщин – 14 (46,67%). Курящими были 7 человек (23,34%). Всем участникам измерение АД проводилось после 5-мин отдыха в положении сидя с опорой для спины, трехкратно с интервалом 2 минуты, на левой руке. Измерение артериального давления осуществлялось с помощью электронного сфигмоманометра AND UA-787 и оценивалось согласно единым международным требованиям и критериям ESH/ESC 2013. Для выявления физического и психического компонента здоровья использовался опросник SF-36.

Результаты: В ходе исследования были сформированы группы, различающиеся по характеру изменения АД согласно клиническим рекомендациям ВНОК от 2009 года, где достоверным считается значение разницы между первым и вторым измерениям более 5 мм рт. ст. Число обследуемых с разницей САД между 1-м и 2-м измерениями более 5 мм рт. ст. составило 18 пациентов (60%), между 2-м и 3-м измерениями 17 человек (56,67%) и между 1-м и 3-м измерениями – 15 человек (50%). Выявленная вариабельность АД была неоднотипна. Повышение при последовательном измерении систолического АД (САД) во 2-м и 3-м измерениях наблюдалось у 3-х пациентов (10% случаев), снижение при 2-м и 3-м измерениях САД – в 16,7% случаев; повышение при 2-м и снижение при 3-м измерениях САД – в 3,3% случаев; снижение при 2-м и повышение при 3-м – 3,3% случаев. Отсутствие изменения САД при 2-м и снижение при 3-м измерении отмечено в 6,7%, отсутствие изменения САД при 2-м и повышение при 3-м измерении – в 13,3% случаев. Повышение САД при 2-м и отсутствие изменений при 3-м измерении было в 13,3%; снижение при 2-м измерении и отсутствие изменений при 3-м – 13,3%. Отсутствие достоверной разницы (менее 5 мм рт. ст.) между 1-м, 2-м и 3-м измерениями составило 20% случаев. При обработке данных опросника SF-36 нами было отмечено, что максимальный показатель компонента здоровья был в группе с отсутствием разницы между измерениями (РН=50,14 балла), а максимальный компонент психического здоровья наблюдался в группе с повышением САД при 3-м измерении (МН=55,18 балла). Минимальные показатели физического здоровья были в группе со снижением САД при 2-м измерении (РН=23,65 балла), а минимальное значение психического здоровья – в группе с повышением САД при 2-м измерении (МН=10,21 балла).

Выводы: повышение вариабельности АД при повторном измерении ассоциируется со снижением качества жизни больных артериальной гипертензией.

0404

ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ШКОЛЬНИКОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В УСЛОВИЯХ ПРИПОЛЯРЬЯ

Крайнова И. Н.

Институт медико-биологических исследований, САФУ Имени М.В.Ломоносова, Архангельск,
Россия

Цель: определить особенности левого желудочка (ЛЖ) сердца у мальчиков с контролируемой бронхиальной астмой (БА), родившихся и проживающих в условиях Приполярья.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие мальчики 7-17 лет, родившиеся и проживающие в городе Архангельск. В основную группу входили мальчики с БА, в контрольную группу – здоровые. Обследуемые были разделены на три группы по возрастам, соответственно этапам развития сердечно-сосудистой системы у детей-северян: 7–9, 10–13, 14–17 лет. В работе использовали метод трансторакальной эхокардиографии.

Результаты: масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) у мальчиков с возрастом в обеих группах статистически значимо увеличивается, при этом достоверных отличий данного параметра между здоровыми и больными мальчиками в каждой возрастной группе выявлено не было.

Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) в основной группе статистически значимо увеличивается к 14-17 годам – значение данного параметра в группе 14-17 лет на 14,7% больше по сравнению с группой 10-13 лет. В контрольной группе значение ИММЛЖ значительно увеличивается к 10-13 и 14-17 годам ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Хочется отметить, что достоверных отличий ИММЛЖ между здоровыми и больными мальчиками выявлено не было.

Индекс относительной толщины (ИОТ) в основной группе с возрастом изменяется не значительно, в контрольной группе отмечается статистически значимое преобладание данного параметра в 10-13 лет по сравнению с группой 7-9 лет ($p < 0,01$). Статистически значимых отличий значений данного параметра между здоровыми и больными мальчиками также выявлено не было.

Выводы: особенностью ЛЖ у мальчиков с БА является то, что значения его параметров не отличается от параметров здоровых, что, скорее всего, указывает нам на отсутствие повышенного риска осложнений со стороны левых отделов сердца у мальчиков с контролируемой БА.

0405

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПАДЕНИЙ

Крайнова И. Н., Дёмин А. В., Мороз Т. П.

Институт медико-биологических исследований, САФУ Имени М.В.Ломоносова, Архангельск,
Россия

Цель: определить особенности функционирования сердца на основании данных ЭКГ у женщин старше 65 лет с синдромом падений.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 73 женщины старше 65 лет. В первую группу входили женщины, которые испытали 2 и более падений в течение года (35 человек), что можно рассматривать как развитие у них синдрома падений или риска последующих падений, исходя из рекомендаций Американского гериатрического общества. Во вторую группу вошли женщины, не испытывавшие ни одного падения в течение этого же периода (38 человек). Средний возраст исследуемых пациентов в данных группах статистически не отличался ($p = 0,03$). В работе использовали метод ЭКГ.

Результаты: длительность зубца Р достоверно не отличалась между данными группами. Такая же особенность отмечена и относительно длительности интервала PQ. Статистически значимых отли-

чий длительности комплекса QRS также выявлено не было. Интервал QT статистически значимо не отличался в данных группах, что также отражалось и на скорректированном интервале QT. При этом ни в 1, ни во 2 группах не было зафиксировано синдрома удлинённого или укороченного интервала QT.

Для оценки состояния левого предсердия, по данным ЭКГ, используют индекс Макруза (ИМ). В исследовании показано, что в данных группах он превышал нормальное значение, при этом достоверных отличий ИМ между группами выявлено не было. Имеются данные, согласно которым увеличение ИМ более 2,78 является признаком недостаточности левого желудочка. В исследуемых группах данный параметр превышал данное значение, что свидетельствует о напряжённом состоянии миокарда у женщин старше 65 лет данных групп.

Систолический показатель (СП) также статистически значимо не отличался между двумя исследуемыми группами, при этом он не выходил за пределы 5% отклонения от нормы. Известно, что увеличение СП более чем на 5% сверх нормы является патологией и может указывать на снижение сократительной функции. Таким образом, можно предположить, что сократительная функция сердца в обеих группах по данным ЭКГ находилась в пределах нормальных значений.

Значения ЧСС у женщин в данных группах находились в пределах нормального, при этом в группе женщин, с синдромом падений отмечалось статистически более низкое значение данного параметра ($p=0,48$), что скорее всего можно расценивать как фактор риска падений у женщин старше 65 лет.

Выводы: у женщин старше 65 лет, с синдромом падений, а также у женщин не испытывавших падений в течение года, длительность основных интервалов электрокардиограммы не отличалась между собой. В той и другой группе мы обнаружили превышение значения ИМ, что, вероятно может свидетельствовать о напряжённом состоянии миокарда, при этом сократительная функция сердца в обеих группах не была снижена. Также мы обнаружили, что ЧСС у женщин с синдромом падений, статистически меньше ЧСС женщин, не испытывавших падения в течение года.

0406

АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Краснов А. Ю., Боева О. И., Фаянс И. В.

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

Цель: изучение ангиографических результатов стентирования коронарных артерий, выполненного у пациентов с хронической и острой клиническими формами ишемической болезни сердца (ИБС).

В исследование включены 130 больных в возрасте от 39 до 79 лет (средний возраст $58,2 \pm 7,2$ года, 116 (89,2%) мужчин), перенесших процедуру стентирования коронарных артерий. Период наблюдения составил 12 месяцев. Возраст дебюта ИБС составил $46,5 \pm 9,6$ лет. Стаж ИБС колебался от 0,1 до 25 лет и в среднем составил 1,0 (0,1 – 5,0) года. ИМ ранее перенесли 87 (66,9%) больных, из них 22 человека (16,9%) – неоднократно. 26 (20%) пациентов ранее перенесли процедуру ЧКВ. При поступлении в стационар у 82 (63,1%) больных констатировано наличие острого коронарного синдрома (ОКС) с подъёмом сегмента ST (8 больных) или без такового, реализовавшегося в острый Q-позитивный инфаркт миокарда у 23 (17,7%) пациентов, в Q-негативный – у 14 (10,7%); состояние 45 (34,6%) пациентов соответствовало II-III В классу нестабильной стенокардии. У 48 больных верифицирована стабильная стенокардия напряжения второго (14,7%), третьего (13,1%) и четвертого (9,2%) функциональных классов. Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) выполнялось на ангиографических комплексах Toshiba Infinix Vci и PHILLIPS Allura Xper FD20. Пациентам с ОКС произведено 45 стентирований с использованием стентов с лекарственным покрытием (СЛП), и 37 – с использованием голометаллических стентов (ГС). В подгруппе больных стабильной стенокардией напряжения выполнено 25 процедур с применением СЛП и 23 – с применением ГС. Всего было имплантировано 254 стента. Из них 97 (38,2%) голометаллических стентов и 157 (61,8%) стентов выделяющих лекарство, в том числе 74 сиролимус-элютинг, 82 эверолимус-элютинг и 1 зотаролимус-элютинг стент. Конечными точками считали развитие ресте-

ноза, тромбоза и неоинтимальной гиперплазии в стенке. Статистическую обработку полученных данных проводили в программе SPSS Statistics 17.0. В группе пациентов с ОКС после имплантации стента с лекарственным покрытием рестеноз развился в 5 (11%) случаях, окклюзия стента – в 3-х (6%), подострый тромбоз стента – у одного (2,2%) больного. Нормальное состояние стента и начальные проявления гиперплазии интимы наблюдались у 36 (80%) пациентов. После имплантации голометаллических стентов в обсуждаемой группе рестеноз выявлен в 16 (43%) случаях, окклюзия стента в 3 (8,1%), острый тромбоз в 1 (2,7%) случае. Отсутствие осложнений отмечено у 17 (46%) пациентов.

В группе хронической ИБС после имплантации СЛП развитие рестеноза произошло в 3 (12%) случаях, окклюзия стента в 1 (4%) случае, без изменений в стентах – 21 (84%) случай. После имплантации ГС зарегистрировано 10 (43,5%) случаев рестеноза ($p=0,5$) по сравнению с группой ОКС) и 5 (22%) случаев окклюзии стентов ($p<0,05$ по сравнению с группой ОКС). случаев тромбоза стента не отмечено. Без изменений в стентах выявлено 8 (35%) больных.

Таким образом, выявлена тенденция к увеличению частоты развития острого тромбоза стента и окклюдующего роста неоинтимы при имплантации голометаллических стентов в период обострения ИБС. Не отмечено различий в частоте тромботических осложнений и окклюзии стента у больных хроническими и острыми формами ИБС при имплантации стентов с лекарственным покрытием.

0407

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОДУКТОВ ПАНТОВОГО МАРАЛОВОДСТВА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Кремено С. В., Барабаш Л. В., Антипова И. И., Смирнова И. Н.

Филиал «Томский научно-исследовательский институт курортологии и физиотерапии»
Федерального государственного бюджетного учреждения «Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства», Томск, Россия

Гиперактивация реакций свободно – радикального окисления представляет типовой патологический процесс, который встречается при самых различных заболеваниях и повреждающих воздействиях на организм. Поддержание на определенном уровне скорости образования и концентрации свободных радикалов обеспечивает антиоксидантная система. Целью исследования явилось изучение влияния ванн с экстрактом пантов марала на показатели антиоксидантной системы организма пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) по гипертоническому типу.

Обследовано 35 больных НЦД по гипертоническому типу, легкой и средней степени тяжести, в возрасте $38,67\pm 2,77$ лет (26 мужчин, 9 женщин, продолжительность заболевания $6,43\pm 1,75$ лет). Пантовые ванны пациенты получали ежедневно, во второй половине дня, по 10-15 минут (37°C — 38°C), курс 10-12 процедур. До и после курса процедур определяли общую антиоксидантную активность сыворотки крови (АОА), активность супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах и глутатионпероксидазы в цельной крови (ГП), используя наборы «Randox» (Великобритания), активность СОД в сыворотке – с помощью наборов «Bender Medsystems» (Австрия). Обработку данных проводили с применением непараметрических статистических методов, критический уровень значимости $p=0,05$. Данные представлены как среднее \pm среднее квадратичное отклонение ($M\pm\sigma$).

До начала курса бальнеотерапии АОА составила $2,24\pm 0,49$ ммоль/л. В результате лечения происходило повышение данного показателя до $2,41\pm 0,61$ ммоль/л ($p=0,007$). Значения показателей ферментативного звена антиоксидантной системы до начала лечения составили: СОД в сыворотке крови $25,07\pm 12,09$ нг/мл, СОД в эритроцитах $1222,91\pm 183,53$ ЕД/гНв, активность ГП $61,82\pm 19,98$ ЕД/гНв ($p=0,638$). При этом у 32% пациентов наблюдалось снижение активности внутриклеточных ферментов СОД и ГП, у 57% – активности СОД в сыворотке крови относительно пределов физиологической нормы. После курса процедур у 46% пациентов, имеющих до начала терапии низкие значения активности СОД в сыворотке, отмечалась значимая (Chi-squared test P-VALUE = 0,0002 $\chi^2=13,88$, $df=1$) положительная динамика.

ка данного антиоксиданта. Как известно, сывороточная форма СОД препятствует развитию дезорганизации структуры мембран клеток крови, эндотелиоцитов, развитию эндотелиальной дисфункции.

Таким образом, курс ванн с экстрактом пантов марала стимулирует антиоксидантную активность крови у больных НЦД, тем самым способствуя повышению адаптационного потенциала организма.

0408

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Круглов В. Н.^{1,2}, Хохлунов С. М.^{1,2}

¹ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Самара

²ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

Цель: Изучить влияние генетических вариантов на прогноз осложнений после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ) давностью менее 24 часов.

Материалы и методы: В исследование было включен 171 пациент, госпитализированный с ОКСПСТ с 15.08.2011 по 02.11.2014. Пациентам было проведено стентирование инфаркт-связанной артерии (ИСА) непосредственно после госпитализации или после неэффективной тромболитической терапии. Пациенты, у которых после ЧКВ возникла клиника рецидива коронарной недостаточности, составили I группу (n=43, 38 мужчин (88,4%) и 5 женщин (11,6%), средний возраст – 56,7±10,2 лет. У них при повторной коронарографии выявлен рестеноз стента ИСА и проведено рестентирование. Во II группу вошли 128 пациентов (103 мужчины (80,5%) и 25 женщин (19,5%) с неосложненным послеоперационным периодом, средний возраст – 56,3±10,8 лет. У 14 пациентов (10,9%) 2 группы, перед коронарным шунтированием нестентированных артерий, проведена повторная коронарография, которая не выявила стеноза ранее стентированной артерии.

Проанализированы результаты проведенного генотипирования по 7 полиморфным генетическим вариантам. Определялось носительство полиморфизмов некоторых генов системы гемостаза: (G455A) гена F1, (20210G→A) гена F II, (1691 G>A) гена F V (Leiden), (G10976A) гена FVII, (Leu33Pro) гена ITGB3, (4G/4G) гена PAI-I, (C677T) гена MTHFR.

Результаты: Группы достоверно различались между собой по исходам ЧКВ, по частоте повторных инфарктов миокарда - 21% в I группе и 0% во II группе (p<0,0001), и рецидивов инфаркта миокарда, - 9,3% и 0%, соответственно, (p=0,004). При анализе генотипа комбинация аллелей (4G/4G) гена PAI-I+ (G455A) гена F1+(Leu33Pro) гена ITGB3 определена у 9 больных (21,0%) в I группе и у 11 пациентов (8,6%) во II группе (p=0,03). Комбинация аллелей (4G/4G) гена PAI-I+(G455A) гена F1+(Leu33Pro) гена ITGB3+(G10976A) гена FVII отмечена у 4 пациентов (9,3%) в I группе и лишь у 1 (0,8%) во II группе, (p=0,01). У 10 пациентов (23,3%) I группы выявлена комбинация аллелей (Leu33Pro) гена ITGB3+(G455A) гена F1. Во II группе эта комбинация встретилась у 15 больных (11,7%), (p=0,048). Отношение шансов для сочетания полиморфизмов F1+ITGB3 составило 2,1, для сочетания полиморфизмов F1+PAI-I+ITGB3 – 2,8, для сочетания полиморфизмов PAI-I+F1+ITGB3+FVII – 3,5.

Выводы: Сочетания генетических полиморфизмов: F1+PAI-I+ITGB3, PAI-I+F1+ITGB3+FVII, F1+ITGB3 ассоциируются с окклюзией стентированной инфаркт-связанной артерии. Больным с такими комбинациями полиморфизмов оптимально рекомендовать повышенную профилактику ретромбоза, рассмотреть вопрос о применении новых антитромбоцитарных препаратов.

0409

РОЛЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ СОСУДОВ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Крутиков Е. С., Чистякова С. И., Абрамова Т. Г.

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

У больных артериальной гипертензией (АГ) почки оказывают не только значительное влияние на развитие и прогрессирование заболевания, но являются также органом-мишенью. В настоящее время изучается роль неспецифического воспаления в ремоделировании внутривисочечных сосудов и развитии гипертензивной нефропатии.

Целью исследования было определение взаимосвязи активности провоспалительных цитокинов с процессами ремоделирования сосудов почек у больных АГ.

Материалы и методы: Нами было обследовано 80 больных с АГ II стадии, II степени, высокого риска. Средний возраст обследованных равнялся $42,4 \pm 3,2$ лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых человек.

Всем больным было проведено доплерографическое исследование сосудов почек. При этом исследовались скоростные показатели почечной гемодинамики: максимальная систолическая (V_{max}) и минимальная диастолическая (V_{min}) скорости кровотока, а также показатели периферического сосудистого сопротивления: индекс резистентности – IR и пульсационный индекс – PI. При изучении синдрома системного воспаления исследовали сывороточный уровень провоспалительных интерлейкинов: IL-1, IL-6 и ФНО α .

Результаты: При исследовании почечной гемодинамики было выявлено, что у больных с АГ II стадии, II степени, высокого риска наблюдается обеднение внутривисочечного кровотока, характеризующееся снижением V_{max} и V_{min} кровотока в сегментарных почечных артериях, с одновременным повышением индексов резистентности, характеризующих почечное сосудистое сопротивление. У пациентов с АГ определялись достоверно более высокие уровни ФНО- α , IL-6, IL-1 по сравнению с группой практически здоровых лиц. При проведении корреляционного анализа была выявлена достоверная прямая взаимосвязь между медиаторами неспецифического воспаления и показателями сосудистого ремоделирования почечных артерий. Так выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем IL-6 и IR сегментарной почечной артерии на уровне $r=0,31$ ($p<0,05$), а также взаимосвязь между уровнем ФНО- α и PI сегментарной почечной артерии на уровне $r=0,42$ ($p<0,05$).

Таким образом, наличие достоверных связей провоспалительных цитокинов с показателями, характеризующими ремоделирование внутривисочечных сосудов, может указывать на участие процессов неспецифического воспаления в развитии гипертензивного нефроангиосклероза.

0410

ИЗУЧЕНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ СРЕДНИХ ВОЛОКОН МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Крюков Н. Н.¹, Губарева И. В.¹, Губарева Е. Ю.¹, Богданова И. А.², Зверева С. Б.²

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара¹

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара²

Цель: Изучить особенности систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) методом вычисления фракции укорочения средних волокон миокарда.

Материалы и методы: В исследование вошли 240 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. ЭхоКГ осуществляли по общепринятой методике. Фракцию укорочения средних волокон миокарда (ФВСВ) и внутренний слой вычисляли по формулам Внутренняя «оболочка» = $[(\text{КДР} + \text{ТМЖПд}/2 + \text{ТЗСд}/2)]^3 - \text{КДР}^3 + \text{КСР}^3]^{1/3} - \text{КСР}$

Фракция укорочения средних волокон миокарда = $[(\text{КДР} + \text{ТМЖПд}/2 + \text{ТЗСд}/2) - [\text{КСР} + \text{внутренняя «оболочка»}]]/(\text{КДР} + \text{ТМЖПд}/2 + \text{ТЗСд}/2) * 100\%$. Выделены группы пациентов: 1 группа – 80 человек – пациенты с АГ без ХСН; 2 группа – 80 человек пациенты с АГ и ХСН с сохраненной ФВ (диастолической сердечной недостаточностью по 1 типу (соотношение скорости трансмитральных потоков в раннюю и позднюю диастолу (Е/А) менее 1,0)). 3 группа – 80 пациентов – без АГ и без ХСН (группа контроля). Статистическую обработку данных проводили с использованием методов статистического пакета Statistica 6,0.

Результаты: Фракция выброса (ФВ) сохранена во всех группах и превышала 50%. В первой группе – 63%, во второй – 56% и 66% в группе контроля. Фракция укорочения (ФУ) также сохранена во всех группах: в первой группе – 34%, во второй 29% и 37% в группе контроля. Показатели систолической функции группы 2 статистически значимо меньше в сравнении с контролем ($p=0,003$) и группой 1 ($p=0,04$). Та же закономерность прослеживалась при изучении результатов вычисления ФУСВ миокарда. У пациентов с концентрическим и эксцентрическим типом ремоделирования ЛЖ в сравнении с контролем, ФВСВ статистически значимо меньше, достигая минимальных значений у пациентов 2 группы, свидетельствуя о наличии систолической дисфункции ($p=0,003$). Корреляционный анализ данных выявил отрицательную значимую взаимосвязь ФУСВ и степени, длительности АГ ($r=-0,455$; $p=0,04$), типа ремоделирования миокарда ($r=-0,515$; $p=0,02$), размера левого предсердия ($r=-0,346$; $p=0,024$), правого желудочка ($r=-0,632$; $p=0,05$), легочной артерии ($r=-0,434$; $p=0,048$). Положительную взаимосвязь ФУСВ миокарда и Е/А ($r=0,455$; $p=0,04$). Выявлена тенденция к обратной взаимосвязи с НУП ($r=-0,155$; $p=0,06$).

Выводы: Нарушения диастолической функции ЛЖ у пациентов с АГ предшествуют и инициируют развитие систолической дисфункции. Гиперфункция средних волокон миокарда у пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ является компенсаторной, ее снижение у пациентов с другими типами ремоделирования миокарда – носит дезадаптивный характер.

0411

ЭПИКАРДИАЛЬНЫЙ ЖИР У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Крюков Н. Н.¹, Киселева Г. И.¹, Мубаракшина Н. И.², Горбачевская С. Н.², Собина Т. Н.²

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет, Самара¹

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД, Самара²

Цель: Выявить изменения показателей липидного обмена и процессов ремоделирования миокарда у больных артериальной гипертонией и ожирением в зависимости от величины эпикардиального жира (ЭЖ).

Материалы и методы: Обследованы 61 пациент (37 мужчин, 24 женщины) в возрасте от 27 до 89 лет с диагнозом: гипертоническая болезнь 2-3 стадии, 1-2 степени, риск 2-4. Всем пациентам вычисляли индекс массы тела (ИМТ), исследовали липидограмму. ЭЖ определяли в парастернальной позиции по длинной оси за свободной стенкой правого желудочка в конце систолы. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы «Statistica 6.1». Больные были разделены на тертили по величине ЭЖ: I тертиль – больные с ЭЖ от 0,27 до 0,66 см ($n=17$) – 1 группа; II тертиль – ЭЖ от 0,67 до 0,81 см ($n=23$) – 2 группа; III тертиль – ЭЖ – 0,82 до 1,3 см ($n=21$) – 3 группа больных.

Результаты: ИМТ достоверно увеличивалась во 2 и 3 группе (29,85 кг/м², 32,09 кг/м² соответственно). Показатели холестерина и триглицеридов не зависели от величины ЭЖ. Холестерин ЛПНП наибольший в 3 группе. Величина индексированной массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) достоверно нарастала с увеличением ЭЖ. Диастолическая дисфункция миокарда была наиболее выражена у больных третьей группы. Установлены положительные корреляции ЭЖ с ИМТ ($r=0,58$; $p=0,000$), ИММ ЛЖ ($r=0,54$; $p=0,000$), с ЛПНП ($r=0,36$; $p=0,006$) и отрицательная связь с Е/А ($r=-0,51$; $p=0,000$).

Выводы: Измерение ЭЖ при ЭхоКГ – легко выполнимый диагностический тест для определения висцерального жираотложения в сердце, величина которого достоверно зависела от ИМТ у больных с АГ. Связь величины ЭЖ с уровнем холестерина ЛПНП, ИММ ЛЖ и с диастолической дисфункцией ЛЖ говорит о перспективах использования данного показателя в качестве маркера кардиоваскулярного риска у больных с АГ и ожирением.

0412

ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА И АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРА ИНТЕРЛЕЙКИНА 1 В ФОРМИРОВАНИИ СРЕДНЕГО РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Крюков Н. Н., Киселева Г. И., Ундерович Ю. В., Пешкова Л. В., Долина И. В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара ОАО «РЖД», Самара

Цель: Изучить влияние основных факторов риска развития артериальной гипертензии на показатели адипонектина (АН) и антагониста рецептора интерлейкина 1 (ИЛ-1(га)) у работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертензией (АГ) со средним риском развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Материалы и методы: В исследование включены 46 работников железнодорожного транспорта мужского пола, средний возраст $40,93 \pm 1,48$ с АГ 1, 2 степени со средним риском развития ССО. Курящих - 58,2%, отягощенная наследственность - у 58,6% больных, ожирение - 60%. Длительность АГ - 3,5 года. Контрольная группа состояла из 32 здоровых лиц. Всем определяли объем талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), липидный спектр крови, АН и ИЛ-1(га) в сыворотке крови, ЭхоКГ.

Результаты: У больных с АГ со средним риском ССО отмечалось снижение уровня АН на 52% и повышение ИЛ-1(га) на 16% по сравнению с контролем. Курение и наследственность не влияли на АН и ИЛ-1(га). Выявлены отрицательная корреляция адипонектина с ОТ ($r=-0,564$) и ИМТ ($r=-0,605$), положительная корреляция ИЛ(га) с ОТ ($r=0,418$), ИМТ ($r=0,417$). Взаимосвязь липидного обмена и воспаления подтверждалась корреляционными связями адипонектина с ТГ ($r=-0,482$), ИЛ-1(га) с ЛПВП ($r=-0,3101$) и ТГ ($r=0,406$). ИММЛЖ и ЛП коррелировали с противовоспалительными маркерами (адипонектин и ИММЛЖ ($r=-0,292$), адипонектин и ЛП ($r=-0,465$), ИЛ-1(га) с ЛП ($r=0,364$).

Выводы: Изменения АН и ИЛ-1(га) у больных с АГ со средним риском ССО связаны с АО и свидетельствуют о наличии некорректируемого латентного системного воспаления, что указывает на необходимость проведения раннего лечения АО у работников железнодорожного транспорта для профилактики поражения органов мишеней при АГ.

0413

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫХ И ПРОТИВОвосПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю., Костюкова Е. А.

ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Артериальная гипертензия (АГ), сочетающаяся с абдоминальным ожирением способствует формированию метаболического синдрома, характеризующегося снижением чувствительности тканей к инсулину и ранним развитием и прогрессированием атеросклероза. Основными патогенетическими механизмами метаболического синдрома (МС) являются активация факторов воспаления, эндотелиальная дисфункция, изменение прокоагулянтной активности плазмы крови, оксидативный стресс, выраженные иммунологические сдвиги, нарушения автономной нервной регуляции, которые реализуются на уровне различных органов и систем.

Цель: Изучить соотношение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, как показателей системного воспаления у больных с артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: Обследовано 38 больных АГ II степени, в сочетании с МС в возрасте 40-55 лет. Диагноз МС был установлен на основании критериев Международной федерации диабета 2009 года. Группу контроля составили 33 нормотензивных пациента, не имевшие проявлений МС. Оценивалось содержание в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) и противовоспалительного ИЛ-4. Концентрацию интерлейкинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител.

Результаты: Уровень ИЛ-1 β в сыворотке крови больных основной группы ($25,77 \pm 4,26$ пкг/мл) в 2 раза превышал уровень ИЛ-1 β в группе контроля ($12,69 \pm 1,24$ пкг/мл, $p < 0,05$). Содержание ИЛ-6 в основной группе ($57,14 \pm 3,2$ пкг/мл) было в 1,8 раза выше, чем в контрольной группе ($30,61 \pm 4,77$ пкг/мл, $p < 0,05$); ФНО- α ($31,09 \pm 1,81$ пкг/мл) в 1,7 раза выше, по сравнению с практически здоровыми лицами ($17,57 \pm 2,51$ пкг/мл, $p < 0,05$). Выраженная активация провоспалительных цитокинов сочеталась с достоверным снижением уровня противовоспалительного ИЛ-4, который у больных основной группы ($9,08 \pm 0,31$ пкг/мл) был в 2,4 раза ниже, чем у лиц группы контроля ($21,9 \pm 0,89$ пкг/мл, $p < 0,05$).

Выводы: У больных артериальной гипертензией в сочетании с абдоминальным ожирением наблюдается активация системных механизмов воспаления, что проявляется достоверным увеличением уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и снижением уровня ИЛ-4 в сыворотке крови.

0414

ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА

Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лутай Ю. А., Турна Э. Ю., Кучеренко Т. В.

ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Снижение сердечно-сосудистого риска у больных артериальной гипертензией достигается, в первую очередь, при снижении артериального давления (АД) до целевого уровня. Одним из важных факторов повышения эффективности контроля артериальной гипертензии (АГ) является использование рациональных комбинаций антигипертензивных препаратов.

Целью нашего исследования была оценка возможности повышения эффективности контроля АГ при использовании фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина у больных с артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Наблюдали 39 больных с АГ II степени и 7 пациентов с АГ III степени (25 мужчин и 21 женщина, средний возраст $53,6 \pm 4,3$ года). Критериями включения в исследование были недостаточный контроль АГ при приеме свободных комбинаций ингибитора АПФ или блокатора рецепторов ангиотензина II и диуретика или блокатора кальциевых каналов. Применяли фиксированную комбинацию периндоприл/амлодипин в стартовой дозе 10/5 мг (Престанс, SERVIER) с последующим возможным повышением дозы до 10 мг периндоприла и 10 мг амлодипина. Пациентов наблюдали в течение 12 недель. Оценивали АД и ЧСС, переносимость проводимого лечения. Анализировали дина-

мику параметров СМАД: средние значения САД, ДАД и среднего АД (СрАД) за сутки, скорость утреннего подъема (СУП).

Результаты: Применение фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина в дозе 10/5 мг позволило уже в течение двух недель снизить АД до уровня менее чем 140/90 мм рт.ст. у 19 (41,3%) больных и к концу 4й недели — у 25 (54,3%) пациентов. У остальных больных в дальнейшем использовалась высокодозовая комбинация периндоприла и амлодипина (10/10 мг), что позволило к концу 12-й недели лечения достигнуть контроля АД у подавляющего большинства пациентов (39 (84,7%) больных). Офисное АД к концу 12й недели лечения в среднем в группе наблюдения составляло 132,4/87,6 мм рт.ст. ЧСС не претерпела значительных изменений. Эффективный контроль АД сопровождался достоверным ($p < 0,05$) уменьшением частоты большинства жалоб и хорошей переносимостью лечения. По данным СМАД наблюдалось достоверное снижение средних значений САД, ДАД и СрАД за сутки. СУП САД снизилась с $(27 \pm 3,26$ мм рт. ст./ч) до $(15,3 \pm 5,04$ мм рт. ст./ч., $p < 0,01$). СУП ДАД снизилась с $(23,6 \pm 2,37$ мм рт. ст./ч) до $(11 \pm 1,62$ мм рт. ст., $p < 0,01$).

Выводы: Применение фиксированной комбинации периндоприла/ амлодипина у больных с ранее неконтролируемой артериальной гипертензией на фоне свободных комбинаций антигипертензивных препаратов, способствовало достижению целевых уровней АД в 84,7% случаев. По данным СМАД, наблюдалось достоверное снижение средних показателей АД в дневное и ночное время суток, вариабельности и скорости утреннего подъема АД.

0415

ВОСЬМИЛЕТНЯЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РЕПЕРФУЗИИ

Крючков Д. В., Артамонова Г. В.

ФГБНУ НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Россия

Цель: изучить влияние способа реперфузии на отдаленную выживаемость у пациентов после инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: В исследование включены пациенты (зарегистрированные в г. Кемерово), пролеченные в Кемеровском кардиологическом диспансере в 2006 году. Объем исследования – 791 пациент с ИМ. Для относительных величин значения представлены в виде процентного соотношения, для количественных – средней и стандартного отклонения. Для изучения выживаемости применялся метод множительных оценок Каплана-Мейера. Для сравнения выживаемости в трех и более различных группах применялся критерий Хи-квадрат. Критическое значение уровня значимости (p) принималось $< 0,05$.

Результаты: В изучаемой группе пациентов удельный вес мужчин составил 58,3%, средний возраст пациентов – $66,0 \pm 12,0$ лет. Удельный вес повторного ИМ составил 28,6%, частота развития кардиогенного шока – 9,5%. Лечебные эндоваскулярные вмешательства проведены в 14,2% случаев, тромболизис – 3,2%, следовательно, частота реперфузионной терапии составила 17,3%.

За время наблюдения умерло 446 (56,3%) пациентов. Медиана продолжительности жизни после выполненного лечебного чрескожного коронарного вмешательства составила 2597,5 дней (около 7,1 лет), при консервативной тактике ведения – 1497,0 дней (около 4,1 лет), после выполненного тромболизиса (стрептокиназа) – 1174,0 дней (около 3,2 лет).

Восьмилетняя выживаемость при выполнении чрескожного коронарного вмешательства составила 61,0%, при консервативной тактике – 33,0%, после тромболизиса – 21,0% ($\chi^2 = 19,3$, $p = 0,00006$). Отношение шансов смертельного исхода при проведении/не проведении эндоваскулярной реперфузии миокарда равно 2,55 с 95% доверительным интервалом от 1,68 до 3,86.

Выводы: Способ реперфузии на госпитальном этапе оказывает влияние на отдаленную выживаемость пациентов. Выполнение чрескожного коронарного вмешательства улучшает отдаленный прогноз по сравнению с консервативной тактикой ведения и проведением тромболизиса.

0416

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Кудаев М. Т., Шаилова С. Г., Бейбалаева А. М..

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: Изучить возможность локальной наружной контрпульсации (ЛНК) в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС), нестабильной стенокардией (НС).

Материалы и методы: В исследование было включено 45 пациентов с ИБС, НС II В класса (С. Hamm E. и Braunwald, 2000), находившихся на лечении в блоке интенсивной терапии кардиологического отделения ЦСЭМП РБ № 2. Из них 32 мужчин и 13 женщин в возрасте от 48 до 77 лет. Больные были разделены на две группы: 1-я группа: основная – пациенты которой получали, наряду со стандартным лечением курс локальной наружной контрпульсации (30 человек); 2-я группа: контрольная – пациенты которой получали только стандартное медикаментозное лечение (15 человек). Продолжительность курса лечения 4 недели (ежедневно 2 процедуры по 30 минут). Всем больным при поступлении и на 20-й день лечения проводилась оценка частоты приступов в сутки и количества принимаемого нитроглицерина в неделю. Критериями эффективности лечения служили динамика числа ангинозных приступов стенокардии и количества потребляемых нитратов короткого действия в сутки, повышение толерантности к физическим нагрузкам.

Результаты: Во время комплексного лечения отмечена более существенная положительная динамика изучаемых показателей по сравнению с группой пациентов, получавших стандартную терапию. Проведение курса ЛНК привело к достоверному уменьшению частоты ангинозных приступов в основной группе с $4,53 \pm 0,31$ до $0,35 \pm 1,7$ в сутки, в контрольной группе с $2,35 \pm 0,11$ до $0,82 \pm 0,17$. Количество ночных ангинозных приступов в 1-й группе при выписке были достоверно ниже исходного показателя с $1,15 \pm 0,14$ до $0,93 \pm 0,13$, а в группе сравнения с $1,89 \pm 0,67$ до $1,30 \pm 0,17$. Частота приема нитратов в сутки снизилась с $3,52 \pm 0,32$ до $0,08 \pm 0,05$, а во 2-й группе с $3,18 \pm 0,06$ до $1,18 \pm 0,06$.

Выводы: Полученные результаты:

Свидетельствуют об эффективности и безопасности локальной наружной контрпульсации при комплексном лечении больных ИБС, НС II В класса по Braunwald.

0417

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПОСЛЕ КУРСА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ

Кудаев М. Т., Шаилова С. Г., Османова А. В.

ГБОУ ВПО «ДГМА», Махачкала, Россия

Цель: оценить влияние локальной наружной контрпульсации (ЛНК) на эхокардиографические параметры систолической функции сердца у больных нестабильной стенокардией (НС) II В класса (Braunwald, 2000) до и после 20-часового курса ЛНК.

Материалы и методы: В исследование включено 25 пациентов с НС II В класса (Braunwald, 2000). Средний возраст больных составил $58,6 \pm 8,1$ лет (диапазон от 42 до 73 лет). 18 мужчин (72%) и 7 женщин (28%). Курс ЛНК начинали на 3 день после поступления в стационар. Больные получали ежедневно по 2 процедуре ЛНК, каждая занимала 30 минут. На курс лечения приходилось 10 процедур в течение 5 дней. До и после курса ЛНК оценивались такие показатели как конечно-диастолический объем (КДО), конечно-систолический объем (КСО) и фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Результаты: Исходный КДО ЛЖ составил $138,08 \pm 53,5$ мл, а КСО ЛЖ составлял $86,6 \pm 48,0$ мл. После курса ЛНК оба показателя значительно уменьшились и составили соответственно $108,0 \pm 58,4$ мл и $70,8 \pm 46,2$ мл ($p < 0,01$). Средняя ФВ ЛЖ составляла $46\% \pm 12\%$ исходно и значительно увеличилась до $50,8\% \pm 13,3\%$ ($p < 0,01$).

Выводы: Курсовое лечение с применением ЛНК привело к достоверному улучшению сократительной функции миокарда по данным ЭхоКГ ($p < 0,01$)

0418

ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ)

Куделькина Н. А., Ненарочнов С. В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», НУЗ Дорожная клиническая больница ст. Новосибирск ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия

Цель: Изучить распространенность артериальной гипертонии (АГ) и «изолированной» гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) в организованной популяции железнодорожников Западной Сибири (ЗС) и ассоциацию АГ с ГЛЖ.

Материалы и методы: Одномоментное выборочное клинико-эпидемиологическое исследование 7676 железнодорожников ЗС в возрасте 20-64 года. Мужчины составили 49% (3762 чел.), женщины – 51% (3914 чел.). Отклик 84,8%. Средний возраст исследуемых – 41,5 лет. Показатели стандартизованы по возрасту. Проводили антропометрию, стандартное измерение АД с оценкой по критериям ВОЗ, МОАГ (1999), ЭКГ, ЭхоКГ; исследование липидного спектра, сахара крови, креатинина крови, глазное дно. К АГ относили уровни САД ≥ 140 и ДАД ≥ 90 мм рт.ст. ЭхоКГ-критерии ГЛЖ: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) (т.е. отношение массы миокарда к площади поверхности тела) у мужчин $> 134 \text{ г/м}^2$; у женщин $> 110 \text{ г/м}^2$. ММЛЖ = $1,04 * [(ТМЖПЗ + ТЗСЛЖЗ + КДРЗ) - КДРЗ] / 3 - 13,6$, где ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка (г), ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки (см), ТЗСЛЖ – толщина задней стенки левого желудочка (см), КДР – конечный диастолический размер (см).

Результаты: Распространенность АГ ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) среди железнодорожников Западной Сибири диагностирована в 47,5% случаев (у мужчин – 50,8%, у женщин – 44,3%, $p < 0,01$). В более половины случаев АГ выявлена впервые. Среди исследуемых железнодорожников 20-64 года ГЛЖ (без АГ) установлена в 16,0% случаев: в 19,7% у м. и в 12,3% у ж. ($p < 0,01$). Отмечена высокая выявляемость ассоциированной с АГ ГЛЖ ($r = +0,63$) – 26,3%, при этом преобладала более высокая частота распространения ГЛЖ среди мужчин с АГ (29,3%), чем среди женщин с АГ – 22,9% ($p < 0,01$). Частота диагностированной ГЛЖ среди мужчин в 2,3 раза превышала показатель частоты ГЛЖ у женщин в возрасте 30-39 лет, в 1,4 раза в 40-49 лет, в 1,6 раза в 50-59 лет и в 1,4 раза в 60 и более лет. Следует отметить, достоверное превалирование ассоциированной с АГ ГЛЖ во всех возрастных группах мужчин, хотя в возрасте 20-29 лет более высокий уровень ГЛЖ (18,4%) наблюдался у женщин, который в 2 с лишним раза превышал этот показатель у мужчин (8,1%), $p < 0,05$. Среди вариантов геометрической модели ГЛЖ преобладала концентрическая форма (46,7%) у лиц с АГ. Концентрическое ремоделирование диагностировано в 28,7% случаев, эксцентрическая гипертрофия в 24,5% ($p < 0,01$, $p < 0,05$).

Выводы: Установлена высокая распространенность АГ среди железнодорожников Западной Сибири в возрасте 20-64 года. Выявлена достоверно высокая частота «изолированной» ГЛЖ среди обследованного контингента железнодорожников, которая выступает как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Результаты исследования определили программу стратегии и тактики первичной профилактики среди железнодорожников Западной Сибири.

0419

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е. А., Зайцева Т. А., Осипова А. Ю., Гусева В. А., Скляр Д. А., Скибицкий В. В.
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Краснодар

Цель: оценить распространенность некоторых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов-выпускников медицинского вуза в зависимости от пола.

Материалы и методы: исследования. Обследовано 253 студента-выпускника обоего пола, в том числе 74 мужчин (29,2%, средний возраст 23,1±0,5 лет) и 179 женщин (70,8%, средний возраст 22,7±0,3 лет). У всех студентов оценивались антропометрические показатели (рост, масса тела с вычислением индекса массы тела (ИМТ), окружность талии), частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД). Методом анкетирования выясняли у студентов статус курения, регулярность занятия спортом/физкультурой.

Результаты: Большинство студентов обоего пола (n=175, 69%) имели нормальный ИМТ (18,5-24,9 кг/м²). У 48(65%) мужчин выявлен нормальный ИМТ, у 22 (29,7%) – избыточная масса тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²), у 3(4%) ожирение I степени, а у 1(1,35%) – ожирение II степени. Среди женщин установлен нормальный ИМТ у 91 (51%), избыточная масса тела - у 44 (24,5%), ожирение I ст. - у 6(3,3%), ожирение II ст. - у 1(0,5%), а у 37(20,7%) – дефицит массы тела (ИМТ<18,5 кг/м²). Окружность талии более 94 см у мужчин и 80 см у женщин соответственно в 12 (16,2%) и 13(7,3%) случаях. Регулярные занятия спортом/физкультурой (>3 раз в неделю) отметили 36 (48,6%) мужчин и 66 (36,9%) женщин. Показатель ЧСС в покое не различался между группами мужчин и женщин и составил 73,5±5,3 и 74,3±4,9 сокращений в минуту соответственно. По результатам измерения АД у 10 (13,5%) мужчин и у 1(0,5%) женщин выявлено высокое нормальное АД («предгипертония») (АД >130/85 - < 140/90 mm Hg). Только у 2 (2,7%) мужчин выявлена артериальная гипертония 1 степени. Среди обследованных студентов отметили статус курения 12(16,2%) мужчин и 13(7,3%) женщин.

Выводы: Выявлены некоторые гендерные различия в распространенности отдельных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди студентов-выпускников медицинского вуза. У мужчин чаще встречались нарушения жирового обмена в виде избыточной массы тела и ожирения. Только у женщин (20,7%) регистрировался дефицит массы тела. У мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин выявлялось абдоминальное ожирение (16,2% vs 7,3%, соответственно). Распространенность «предгипертонии» среди мужчин была выше, чем в группе женщин (13,5% vs 0,5%, соответственно). АД 1 степени выявлена только в группе мужчин. Отметили регулярные занятия спортом/физкультурой почти половина мужчин и 1/3 женщин.

0420

**ТЕХНОЛОГИЯ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ «РЕАПРОФ»:
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ
РИСКОМ**

Кудряшов Ю. Ю., Атьков О. Ю.

ООО НПП «Волготех», Саратов, Россия, ОАО «РЖД», Москва, Россия.

Возможности существующих систем персональной телемедицины для пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями (КВЗ), как правило, ограничиваются мониторингом функциональных параметров состояния человека в процессе его деятельности. Их задача – предотвратить развитие

возможных катастроф или уменьшить их последствия. Вместе с этим телемедицинских технологий, реализующих стратегии профилактики КВЗ (популяционную, стратегию высокого риска и вторичной профилактики) за счет повышения мотивации к здоровому образу жизни и приверженности врачебным рекомендациям, в России практически не представлено.

Цель: Создание «облачной» технологии персональной телемедицины на базе «Национальных рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний» (2011), обеспечивающей врача поддержкой принятия решений и инструментами снижения количества врачебных ошибок, мониторинга параметров и эффективного дистанционного управления здоровьем пациента.

Материалы и методы: В процессе разработки системы «РеаПроф» использованы технологии формализации и алгоритмизации доказательных медицинских знаний в области КВЗ. Полученные алгоритмы положены в основу компьютеризированной системы поддержки принятия решений врача на разных этапах его работы.

Результаты: Система персональной телемедицины «РеаПроф» обеспечивает:

Пациента качественной медицинской помощью по управлению его здоровьем (врачебные рекомендации, регулярные отчеты о динамике показателей здоровья, напоминания о выполнении назначений). Доступ в систему возможен с любого компьютера, планшета или смартфона при наличии интернета. Для мониторинга показателей не требуется специально разработанных приборов: используются обычные медицинские устройства (тонометр, глюкометр, весы и т.п.);

Врача уверенностью в качестве своей работы, основанной на компьютеризированной поддержке принятия врачебных решений и включения в практику доказательных знаний, а также наличия инструментов обеспечения безопасности пациента. Отдельным преимуществом является свобода выбора места и времени работы: необходим только доступ в интернет;

Лечебно-профилактическое учреждение возможностью улучшения качества и доступности медицинской помощи за счет снижения числа врачебных ошибок и использования технологий персональной телемедицины. При этом возможна коммерциализация услуг по управлению здоровьем человека без существенных первоначальных затрат.

Для здравоохранения в целом, широкое внедрение системы обеспечит работу программ по управлению здоровьем, профилактики и реабилитации на уровне популяции и повысит качество и продолжительность жизни населения.

Выводы: Первые результаты использования системы «облачного» базирования «РеаПроф» свидетельствуют о возможности широкого применения ее в реальной клинической практике с целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

0421

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

Кузнецова Т. Ю.¹, Гаркавенко О. Н.¹, Максимкова В. И.¹, Приходько А. Н.²

¹ - ФГБОУ ВПО ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

² - ГБУЗ РК Бюро СМЭ, г. Петрозаводск, Россия

Цель: анализ причин внезапной коронарной смерти (ВКС) в Республике Карелия (РК).

Материалы и методы: проанализированы причины ВКС, установленной по результатам судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), проведенной в бюро СМЭ, расположенном в г. Петрозаводске за четыре года (2010, 2011, 2012, 2014 гг.). Это результаты анализа причин умерших в г. Петрозаводске, Пряжинском и Прионежском районах, составляющих около 50% населения РК. Всего за 4 года проведено 4242 вскрытий, из них в 719 случаях причина смерти установлена как острая коронарная недостаточность (ОКН), соответствующая клиническому определению ВКС, что составило 17%.

Результаты: Были подробно проанализированы эти 719 актов СМЭ. Средний возраст умерших 60±11,3 лет. Лица мужского пола составили 74%. Средний возраст по годам: 2010 г. – 58±10,7, 2011 г. – 58±9,9, 2012 г. – 61±12,9, 2014 г. – 63±11,8. Средний возраст мужчин 58 лет, средний возраст женщин 66

лет. В акте СМЭ установлено место развития ВСС: смерть наступила дома в 79,2%, на улице 10,8%, в машине скорой помощи 2%, лечебных учреждениях 2,6%, других местах – 5,4%. В подавляющем большинстве случаев (93,7%) окончательный диагноз, установленный по данным СМЭ – ОЖН, среди других диагнозов: ИБС – 3,9%, инфаркт миокарда (ИМ) – 1,9%, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – 0,5%. Атеросклероз коронарных артерий выявлен в 100%. При этом поражение только левой коронарной артерии (ЛКА) составило 23%, правой коронарной артерии (ПКА) 3%, двухсосудистое – 74%. По степени тяжести поражения артерий распределение следующее: сужение более 80% просвета в 24%, стеноз 80–51% просвета в 30,7%, стеноз менее 50% просвета в 45,3%. Нестабильная бляшка обнаружена в 96 случаях (13,4%), тромбоз – в 64 (8,9%). Бляшки по форме полулунные в 71,3%, циркулярные в 28,7%. Расширение полостей сердца выявлено в 50,2%, кардиосклероз – в 48%.

Выводы: ВКС составила 17% в структуре судебно-медицинских вскрытий, средний возраст умерших – 60 лет, преобладали мужчины (74%), смерть наступала чаще дома (79%), выявлялось преимущественно двухсосудистое поражение коронарных артерий (74%) со стенозом более 50% почти в половине случаев. Проведенный анализ подчеркивает значимость проведения активной профилактики атеросклероза для снижения внезапной смерти.

0422

«СПРИНТЕРЫ» И «СТАЙЕРЫ» СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ: МОРФО-БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Кузнецов В. А., Енина Т. Н., Петелина Т. И., Криночкин Д. В. Солдатова А. М., Рычков А. Ю.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: изучить у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) возможные механизмы лучшего ответа на сердечную ресинхронизирующую терапию (СРТ) в зависимости от сроков его наступления.

Материалы и методы: У 39 больных ХСН с синусовым ритмом (55,2±9,6 года, 69% мужчин) по динамике конечно-систолического объема левого желудочка (КСОЛЖ) был оценен лучший ответ на СРТ и выделено 2 гр.: I (n=9; 23%) – «спринтеры» - до 3-х мес.(0,6 мес.- от 0,2 до 2,0 мес.); II (n=30; 77%) – «стайеры» - после 3-х мес.(27,1 мес.- от 5,2 до 106,0 мес.). Больные были классифицированы на: нереспондеры (уменьшение КСОЛЖ<15%), респондеры (уменьшение КСОЛЖ ≥15%, но<30%), суперреспондеры (уменьшение КСОЛЖ≥30%). Демографические различия между группами не было отмечено. Были оценены в динамике: ЭХОКГ, плазменные уровни NT-proBNP, интерлейкинов (ИЛ)-1β, ИЛ-6, ИЛ-10, фактора некроза опухоли α (ФНО-α), С-реактивного белка (СРБ), галектина-3 (Гал-3), матриксной металлопротеиназы 9 (ММР9), тканевых ингибиторов металлопротеиназ TIMP1, TIMP4, рассчитаны ММР9/TIMP1, ММР9/TIMP4, проведен анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) в покое и при выполнении активной ортостатической пробы (АОП) по международным стандартам.

Результаты: Во II гр. количество суперреспондеров составило 50% против 11% в I гр., респондеров 20% против 11%, нереспондеров 30% против 78% (p=0,035). Исходно в I гр. были отмечены: больший объем правого предсердия (89,7±48,7 против 58,98±17,5 мл, p=0,011), диаметр правого желудочка (32,9±5,6 против 28,4±2,8 мм; p=0,046); более высокие уровни NT-proBNP [2837,0[1983,3;3828,0] против 11534,0[854,3;1971,7], p=0,041), ИЛ-6 [3,8[3,5;4,6] против 3,0[2,5;3,4], p=0,072]; у 80% против 28% во II гр. (p=0,028) увеличение доли высокочастотной составляющей (HF%) в общей мощности спектра в АОП, свидетельствующее о снижении симпат-адреналовых влияний. В обеих группах выявлена тенденция к снижению NT-proBNP (p=0,068 и p=0,086). Динамика ИЛ-6 была противоположной: в I гр. увеличение на 29% (с 3,8[3,5;4,6] до 4,9[4,1;9,4], p=0,012), во II гр. снижение на 43% (с 3,0[2,5;3,4] до 1,7[1,6;2,5], p=0,024). Во II гр. наблюдалось снижение ФНО-α на 19% (с 8,6[8,2;9,9] до 7,0[5,5;8,3], p=0,018), Гал-3 на 82% (с 0,62[0,33;1,15] до 0,11[0,04;0,30], p=0,01), ММР9 на 12% (с 147,3[136,2;252,7] до 129,6[112,2;133,0], p=0,001), тенденция к увеличению TIMP4 (p=0,075), снижение ММР9/TIMP4 на 56% (с 0,09[0,06;0,12] до 0,04[0,03;0,05], p=0,004), тенденция к снижению ММР9/TIMP1 (p=0,077), более низкие уровни TIMP1 в динамике

(365,8[348,6;410,6] против 454,2[421,6;523,5], $p=0,044$). Не выявлено исходных различий и динамики ИЛ-1В, ИЛ-10, СРБ. Таким образом, лучший ответ на СРТ во II гр. ассоциирован с меньшими размерами правых отделов сердца, большей сохранностью симпато-адреналовых влияний, снижением системного воспаления и коллагенолитических процессов в динамике, свидетельствующих о многогранном модулирующем влиянии СРТ, сопровождающемся более выраженным ремоделированием миокарда.

0423

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНЫМ СРОКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО ОТВЕТА НА СЕРДЕЧНУЮ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ

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

«Тюменский кардиологический центр» - филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт кардиологии», 625026 Тюмень, Мельникайте 111

Цель: Выявить клинические и морфо-функциональные особенности у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и различным сроком наступления наилучшего ответа на сердечную ресинхронизирующую терапию (СРТ), а также оценить выживаемость пациентов в зависимости от срока наступления пика ответа.

Материалы и методы: В исследование было включено 106 человек (83% мужчин) с II-IV функциональным классом ХСН по классификации NYHA, средний возраст $54,7 \pm 9,9$ года. Исходно, через 1, 3 месяца и каждые последующие 6 месяцев проводилось клиническое обследование, эхокардиография. Средний срок наблюдения составил $34,9 \pm 16,1$ месяца. Срок наибольшего снижения конечно-систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) учитывался, как срок лучшего ответа на СРТ. Пациенты с наступлением наилучшего ответа в течение первых трех месяцев после имплантации составили первую группу наблюдения (I гр - быстрый пик ответа, $n=26$), после трех месяцев - вторую группу (II гр. - отдаленный пик ответа, $n=80$).

Результаты: Среди пациентов II группы достоверно чаще выявлялись респондеры в сравнении с пациентами I группы (90% против 61,5%; $p=0,001$), при этом все пациенты со снижением КСО ЛЖ более, чем на 30% (суперреспондеры) имели отдаленный пик ответа. Обе группы продемонстрировали уменьшение КСО ЛЖ, увеличение фракции выброса (ФВ) ЛЖ, однако, указанные изменения были достоверно более выражены у пациентов II группы. Общая выживаемость больных в I группе составила 74,1%, у пациентов II группы - 96,2% (Log Rank test $p<0,001$). По данным регрессии Кокса было выявлено, что КСО ЛЖ (HR 1.004; 95% CI 1.005-1.024; $P = 0.002$) и срок наступления наилучшего ответа (HR 5.677; 95% CI 1.332-24.193; $P=0.019$) были достоверно связаны с выживаемостью в течение периода наблюдения.

Выводы: Пациенты с отдаленным наступлением пика ответа имеют лучший ответ на СРТ, характеризующийся большим количеством респондеров и суперреспондеров в данной группе, а также лучшей динамикой КСО ЛЖ и ФВ ЛЖ. Быстрое наступление пика ответа на СРТ и большие исходные значения КСО ЛЖ связаны с более высокой смертностью в отдаленном периоде наблюдения.

0424

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, НА ФОНЕ ПРИЕМА ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Кулаков В. В., Воронова И. Л., Хохлунов С. М., Павлова Т. В.

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

В настоящее время двойная антитромбоцитарная терапия (ДАТТ) является обязательным компонентом профилактики тромбообразования у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС). Однако использование препаратов, блокирующих функцию тромбоцитов, увеличивает риск развития геморрагических осложнений, что может негативно влиять на прогноз таких больных.

Цель: Оценка частоты развития геморрагических осложнений у пациентов с ОКС, принимающих ДАТТ после выписки из стационара.

Материалы и методы: Объектом исследования явились пациенты (390 человек, среди которых 205 женщин, средний возраст 61,98,4 лет и 185 мужчин, средний возраст 55,18,4 лет) с ОКС, внесенные в регистр ОКС ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер в 2014 году. Всем больным при выписке из стационара были даны рекомендации по приему ДАТТ: ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрел 75 мг/сут в течение 12 месяцев.

Нами были предприняты попытки связаться по телефону со всеми выписанными пациентами по истечении года после приема ДАТТ. Телефонный опрос удалось провести среди 305 человек, данные анкетирования которых и были включены в анализ.

Результаты: По полученным данным, у подавляющего числа пациентов (286 человек, из них 164 женщины и 122 мужчины, средний возраст 65,25,1 лет), указавших на развитие геморрагических осложнений в течение 12 месяцев использования ДАТТ, отмечались кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (FIB по Forrest и соавт., 1987). Частота геморрагических эпизодов зависела от регулярности приема антитромбоцитарных препаратов: 12,1% среди пациентов, полностью выполнявших рекомендации по антитромботической профилактике и 8,9% среди пациентов, прерывавших назначенное лечение. Наибольшая частота встречаемости геморрагических осложнений была отмечена на фоне приема оригинального клопидогрела, в то время как на фоне использования дженерических препаратов («Клопидогрел-Тева» и «Листаб»), развитие геморрагических эпизодов вообще не было отмечено. Этот факт может свидетельствовать о более выраженной блокаде тромбоцитарной функции на фоне приема оригинального клопидогрела.

Случаи клинически значимых кровотечений (FIA по Forrest и соавт., 1987), приведшие к прекращению приема ДАТТ и госпитализации, были зарегистрированы у 3 пациентов.

Выводы: Частота развития геморрагических осложнений у пациентов, использующих ДАТТ, зависела от регулярности приема дезагрегантов и вида клопидогрела. Эпизоды больших кровотечений развились вследствие наличия сопутствующих заболеваний, радикальная коррекция которых позволила возобновить прием антитромбоцитарных препаратов.

0425

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ СОПРЯЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ

Кулик Н. А., Вебер В. Р., Рубанова М. П., Жмайлова С. В., Губская П. М.

ФГБОУ ВПО Новгородский государственный университета имени Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования. Великий Новгород. Россия

Цель: исследовать динамику показателя сердечно-сосудистого сопряжения у больных артериальной гипертензией (АГ) через 6 месяцев терапии лизиноприлом.

Материалы и методы: исследования. Обследованы 29 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2013), средний возраст $50,4 \pm 1,3$ лет. Через 6 месяцев терапии лизиноприлом целевой уровень АД был достигнут и стойко удерживался у 13 пациентов. В дальнейшем исследование проводилось только у этих больных.

Большинство авторов для оценки ССС вычисляют отношение эффективной артериальной эластичности (ЕА) к конечно-систолической эластичности ЛЖ (ЕS), используя анализ кривой объем-давление ЛЖ. ССС может быть высчитано по упрощенной формуле, предложенной I.Iakovou с соавт. (2004): $ССС = \frac{ЕА}{ЕS} = \frac{КСО}{УО}$. Считается, что диапазон показателя ССС 0,6-1,2 в состоянии покоя обеспечивает оптимальное взаимодействие между артериальной системой и ЛЖ. ССС, близкое к 1,0, обеспечивает идеальный баланс ударной работы и метаболизма миокарда. Показатели КСО (конечно-систолический объем) и УО (ударный объем) определялись методом доплерэхокардиографии на аппарате «Phillips HD3» (США). Всем пациентам исследовалась диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ). За основу взят показатель $E/A < 1,0$. Исследование сонных артерий проводилось при помощи ультразвукового триплексного сканирования на аппарате Vivid-7 (США) с использованием датчика 5-12 МГц. Визуализировались обе общие сонные артерии (ОСА), внутренние сонные артерии и наружные сонные артерии на всем доступном ультразвуковой визуализации протяжении. Измерялась толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) ОСА в положении лежа на спине после 10 минут отдыха. Увеличением ТКИМ считалось утолщение комплекса интима медиа $\geq 0,9$ мм. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием непараметрических методов.

Результаты: до начала лечения показатель ССС в целом по группе больных АГ был в пределах $0,54 \pm 0,03$. У 63,6% больных до начала терапии этот показатель находился на нижней границе нормы, не более 0,6.

Через 6 месяцев лечения лизиноприлом и достижениями целевого уровня АД показатель ССС значительно уменьшился у 45,5% больных и вышел за диапазон нормальных значений. У 36,4% больных показатель улучшился, однако, только у одного больного он нормализовался.

Таким образом, выявлено, что через 6 месяцев лечения лизиноприлом, даже при условии стойкого стабильного целевого уровня АД, у 72,7% больных показатель ССС наблюдался ниже нормальных значений.

Исследование сопряженности изменений ДФЛЖ и ТКИМ в процессе лечения показало, что через 6 месяцев терапии лизиноприлом ДФЛЖ улучшилась у 60% больных, тогда как уменьшение ТКИМ ОСА было выявлено только в 6,8% случаев ($\chi^2 = 20,596$; $p = 0,0001$).

Анализ результатов исследования показал, что снижение АД до целевого уровня, вероятно, важная, но не единственная составляющая для нормализации ССС. Необходимо уменьшить «жесткость» не только левого желудочка, но и «жесткость» магистральных сосудов.

0426

КАМПАНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кулова З. Р., Арамисова Р. М., Чаудхари П., Василенко В. М.

ГБУЗ «Городская поликлиника №1», г.Нальчик; ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик, Российская Федерация

Актуальность: проблемы. Проблемы в области охраны здоровья требуют использования научно обоснованных методов планирования на основе углубленного анализа структуры заболеваемости, качества медицинской помощи.

С 2009 года начато осуществление нового проекта по формированию здорового образа жизни в республике. На республиканском уровне действуют 3 целевые программы, в рамках которых реализуются мероприятия по медицинской профилактике и формированию здорового образа жизни:

— подписано Соглашение между Минздравсоцразвития России и Правительством КБР о реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни от 24 июня 2009 года №18/С03-68;

— утвержден приказ «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Кабардино-Балкарской Республике», в соответствии с которым активизирована деятельность медицинского персонала всех уровней в сфере медицинской профилактики, сформирована служба медицинской профилактики и укрепления здоровья в лечебно-профилактических учреждениях с созданием кабинетов медицинской профилактики, кабинетов здорового ребенка;

— усилена работа по медицинской профилактике путем обеспечения координации работы по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний между органами здравоохранения и всеми заинтересованными министерствами, ведомствами и общественными организациями, обеспечения информационного сопровождения мероприятий по формированию здорового образа жизни в средствах массовой информации;

— учитывая межведомственный характер мероприятий по формированию здорового образа жизни, разработан и согласован Комплексный план работы органов исполнительной власти и местного самоуправления по формированию здорового образа жизни на основе предложений заинтересованных министерств и ведомств;

— на территории КБР 1 декабря 2009 года открыты 2 центра Здоровья;

— постановлением Правительства КБР от 28.12.2009 №330-ПП «О Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в КБР на 2010 год» Центры здоровья были внесены в перечень организаций здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования КБР.

Выводы: В республике созданы благоприятные условия для проведения комплекса мероприятий по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

0427

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУБОПТИМАЛЬНОГО СТАТУСА ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Купаев В. И., Лебедев П. А., Марутина Е. Ю., Борисов О. Ю.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара, Россия

Проблема профилактики хронических неинфекционных заболеваний продолжает оставаться актуальной. Представляет перспективным интеграция новых неинвазивных методик скрининга в систему оценки состояния здоровья пациента.

Целью работы было установление взаимосвязи параметров функции сосудистого эндотелия с показателями субоптимального статуса здоровья и факторами сердечно-сосудистого риска

Материалы и методы: Осмотрено 327 жителей города Самары, не имеющих в анамнезе заболеваний и не получавшие лечение за последние 3 месяца. Использовались анкетный скрининг диагностики субоптимального статуса здоровья SHSQ-25, факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, эндотелин -1 крови человека, определялся показатель функции эндотелия (ПФЭ) при исследовании поток-зависимой вазодилатации методом компьютерной фотоплетизмографии.

Результаты: Субоптимальный статус здоровья связан с распространенностью и выраженностью факторов сердечно-сосудистого риска: курением, избыточной массой тела, общим холестерином, глюкозой, эндотелином крови, сосудистой эндотелийзависимой реактивностью, что свидетельствует об их доминирующем влиянии на качество жизни в популяции практически здоровых лиц. Сосудистая реактивность, неинвазивно оцененная по ПФЭ в пробе с ишемией верхней конечности методом ФПГ отражает системную функцию сосудистого эндотелия, поскольку негативно связана с эндотелином крови и главными факторами СС риска: возрастом, мужским полом, ИМТ, характером трудовой деятельности, величиной АД.

0428

ДИСТАНЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА – КАК ОДНО ИЗ ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Купцов С. М., Михайлова А. Г., Атабаева В. Д.

ФГАОУ ВПО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Российская Федерация

В современном мире информационно-коммуникационные технологии становятся неотъемлемой частью инновационных методик диагностики и лечения, все более активно используются в мировой медицинской науке и клинической практике.

В этом направлении применяются системы дистанционного мониторинга здоровья человека.

Одним из решений является «Монитор здоровья» – информационная система, которая имеет интерфейсы для дистанционного подключения к ней различных устройств контроля жизненных показателей человека с возможностью беспроводной передачи информации и обеспечивает как обработку и визуализацию полученной информации, так и возможность передачи ее для контроля лечащему врачу или в медицинское учреждение.

Данные измерений мгновенно попадают в систему через Интернет. Пользователь может сразу увидеть результат, включив статистику изменений и историю измерений за последнее время.

Преимущества решения:

Возможность подключения устройств и получения с них данных для воссоздания общей картины здоровья человека;

Защищенный доступ к информации из любого места;

Применение государственной системы стандартизации при проектировании;

Формирование алгоритмов и методик взаимодействия между врачом и пациентом.

С 2014 года проводится запуск отдельных сервисов, являющихся частью единой системы, осуществляются планирование и создание инфраструктуры бизнес-единицы – Центра дистанционного мониторинга и экстренного реагирования, – ведется контроль за применимостью создаваемых частей системы в реальной врачебной практике.

К участию в проекте привлечены практикующие врачи из Федерального центра сердца, крови и эндокринологии имени В. А. Алмазова и Европейского исследовательского центра в области информационных систем Вестфальского университета имени Вильгельма (Мюнстер, Германия).

Автоматизированная система дистанционного мониторинга состояния здоровья создается при финансовой поддержке Министерства образования и науки Российской Федерации (договор № 02.G25.31.0033).

0429

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУТАТИОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Курбанов Н. А.¹, Курбанов Р. Д.¹, Петрова Т. А.², Исмаилова А. А.².

¹Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Институт иммунологии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить иммуномодулирующую эффективность гепатопротектора глутатиона и безопасность его применения на фоне стандартной терапии (СТ) хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы: обследовано 96 пациентов ДКМП обоих полов (40 женщин и 56 мужчин), средний возраст которых составил $37,6 \pm 1,1$ лет. Комплекс обследований включал: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), рентгенокардиометрия, иммунологические исследования крови. В целом по группе, количество набранных баллов по ШОКС составило $9,2 \pm 0,2$ баллов, длина пройденной дистанции по результатам ТШХ – $252,5 \pm 8,7$ метров, соответствующее в среднем $3,1 \pm 0,1$ функциональному классу (ФК) ХСН. Проводили исследование иммунного статуса у 46 больных ДКМП исходно и в конце месячной курсовой терапии. В контрольную группу вошли 29 здоровых лиц в возрасте от 18 до 55 лет.

Результаты: в целом по группе состояние клеточного звена иммунитета имела следующую характеристику: CD3+ $50,6 \pm 0,7\%$ (гр. контроля $59,4 \pm 1,5$; $p < 0,01$); CD4+ $26,5 \pm 0,4\%$ ($33,8 \pm 1,1$; $p < 0,001$); CD8+ $24,1 \pm 0,5\%$ ($18,4 \pm 0,05$; $p < 0,01$); CD16+ $21,2 \pm 0,4\%$ ($18,4 \pm 1,1$; $p < 0,01$); CD20+ $21,9 \pm 0,1\%$ ($19,6 \pm 0,5$; $p < 0,01$); CD95+ $22,7 \pm 0,38\%$ ($22,3 \pm 1,02$; $p > 0,05$); ИРИ (CD4/CD8) – $1,15 \pm 0,03$ ($1,5 \pm 0,05$; $p < 0,001$), (все $p = 0,01$). Отмечено статистически значимое снижение ИРИ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При анализе гуморального звена иммунитета также было отмечено нарушение иммунологического ответа; средние концентрации крупных ($8,5 \pm 1,3$ против $24,9 \pm 1,6$; $p < 0,001$) и мелких ($14,2 \pm 1,2$ против $43,6 \pm 2,4$; $p < 0,001$) циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) достоверно превышали показатель контрольной группы. На фоне проводимого лечения глутатионом со СТ ХСН выявлена положительная динамика в клеточном звене иммунитета характеризовалась следующим: повышением уровня CD3+ на $5,2\%$ (с $49,5 \pm 1,3$ до $52,2 \pm 1,1\%$; $p < 0,05$), CD4+ на $10,1\%$ (с $25 \pm 0,6$ до $27,8 \pm 0,4$; $p < 0,01$) и CD8+ на $2,8\%$ (с $24,5 \pm 0,9$ до $25,2 \pm 1,01$; $p > 0,05$), что способствовало стабилизации киллерной активности CD16+ на $2,9\%$ (с $20,4 \pm 0,9$ до $21,1 \pm 0,9$; $p > 0,05$) и фактора апоптоза CD95 (с $22,9 \pm 0,7$ до $23,4 \pm 0,9$; $p > 0,05$), при этом основной показатель иммунитета ИРИ возрос на $19,2\%$ (с $1,05 \pm 0,03$ до $1,3 \pm 0,03$; $p < 0,01$). В то же время, в группе больных ДКМП, находившихся на СТ ХСН анализируемые показатели иммунитета оставались практически не измененными: CD3+ $49,6 \pm 1,2\%$; CD4+ $26,6 \pm 0,9\%$; CD8+ $24,8 \pm 1,1\%$; CD16+ $22,6 \pm 1,3\%$; CD95+ $24,1 \pm 1,9\%$ и снижение ИРИ с $1,24 \pm 0,07$ до $1,01 \pm 0,07$.

Таким образом, применение глутатиона в дозе 600 мг/с в течение 1 месяца на фоне стандартной терапии ХСН позволяет скорректировать иммунологический статус организма у больных ДКМП, выражающееся в нормализации клеточного звена иммунного ответа с улучшением показателя ИРИ.

0430

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И АНТИТЕЛ К ТКАНЯМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ДКМП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Курбанов Н.А.¹, Абдуллаев Т.А.¹, Исмаилова А.А.², Цой И.А.¹

¹Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Институт иммунологии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить концентрацию антител к тканям миокарда и провоспалительных цитокинов (ФНО-α и интерлейкин-6) в крови и их взаимосвязь с тяжестью сердечной недостаточности (СН) у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы: В исследование включены 100 больных ДКМП в возрасте от 18 до 61 лет (сред. возраст $37,7 \pm 1,1$) с диагнозом ДКМП. Стадия случайной находки была диагностирована у 8 (8%) пациентов, II ФК ХСН был выставлен 15 (15%), III – 42 (42%), IV ФК – 35 (35%) пациентам. Всем больным был выполнен комплекс общепринятых исследований, концентрацию антител (АТ) к тканям миокарда и провоспалительных цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа. Из инструментальных методов исследования проводили ЭКГ, ЭхоКГ. Оценка тяжести ХСН проводилась с использованием теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Контрольную группу составили 29 практически здоровых

лиц сопоставимых по полу и возрасту. Уровни ИЛ-6, ФНО- α и АТ к тканям миокарда в сыворотке крови больных контрольной группы составили соответственно $3,4 \pm 0,2$ pg/ml, $4,58 \pm 0,8$ pg/ml и $33,3 \pm 2,6$ pg/ml.

Результаты: Иммунологический мониторинг в зависимости от выраженности ФК СН выявил следующее: по сравнению с контрольной группой титр АТ к тканям миокарда у пациентов ДКМП в стадии случайной находки показал четырехкратное увеличение ($150,8 \pm 33,3$; $p=0,001$), у больных со II и III ФК - трехкратное повышение ($92,6 \pm 17,8$ и $92,9 \pm 21,3$; $p=0,001$) с минимальными значениями данного показателя больных с IV ФК ($69,5 \pm 12,4$; $p>0,05$). Проводя анализ между концентрацией провоспалительных цитокинов в крови и тяжестью СН выявлено, что у пациентов ДКМП с IV ФК СН уровень ФНО- α на 64,5% ($12,7 \pm 1,9$ pg/ml против $4,5 \pm 0,8$ pg/ml; $p=0,01$), с III ФК на 32% ($6,6 \pm 0,3$ pg/ml; $p=0,02$), со II ФК на 13,4% ($5,2 \pm 0,6$ pg/ml; $p>0,05$), в группе стадии случайной находки превышало на 21% ($5,7 \pm 1,4$ pg/ml; $p>0,05$) превышало показатели контрольной группы. Выявлено динамичное увеличение уровня ИЛ-6 с нарастанием тяжести СН, составив $4,5 \pm 0,2$ pg/ml ($p>0,05$); $5,5 \pm 0,1$ pg/ml ($p>0,05$); $7,4 \pm 0,8$ pg/ml и $10,5 \pm 1,5$ pg/ml (оба $p<0,01$), соответственно у больных со ССН, II, III и IV ФК СН.

Выводы: У пациентов ДКМП отмечено повышение содержания антител к тканям миокарда и провоспалительных цитокинов (ФНО- α и интерлейкин-6). При этом наиболее высокие концентрации АТ к тканям миокарда отмечаются у пациентов ДКМП выявленных в стадии случайной находки, при этом, по мере усугубления СН, титр антител к тканям миокарда постепенно снижается, а уровень провоспалительных цитокинов прогрессивно повышается.

0431

СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Курбанов Н. А.¹, Абдуллаев Т. А.¹, Петрова Т. А.², Цой И. А.¹.

¹Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

²Институт иммунологии АН РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить характер иммунологических изменений у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) с различными функциональными классами (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: В исследование включены 100 больных ДКМП в возрасте от 18 до 61 лет (сред. возраст $37,7 \pm 1,1$). Для изучения состояния клеточного звена иммунитета больные в зависимости от ФК ХСН были разделены на 4 группы: I гр. составили 8 пациентов ДКМП диагностировано в стадии случайной находки, II гр. 15 пациентов с II ФК СН, III гр. - 42 пациентов с III ФК, IV гр. - 35 пациентов с IV ФК СН по NYHA. В контрольную группу вошли 29 здоровых лиц. Всем больным проводились общеклиническое лабораторное исследование, определялся иммунологический статус (ИС), а также ЭКГ, Эхо-КГ.

Результаты: У пациентов ДКМП по мере прогрессирования СН выявлено достоверное угнетение клеточного звена иммунитета, выражающееся в снижении общей популяции Т-лимфоцитов (CD3+) ($59,4 \pm 1,5$ против $52,1 \pm 1,5$; $50,1 \pm 1,1$ и $48,1 \pm 1,1$ соответственно гр. контроля и II-III-IV гр. все $p=0,001$) и Т-хелперов (CD4+) ($33,8 \pm 1,08$ против $27,1 \pm 1,05$; $26,7 \pm 0,5$ и $25,9 \pm 0,4$; все $p=0,001$). Интересно отметить, что у пациентов ДКМП, в стадии случайной находки оказался самый низкий уровень Т-лимфоцитов и Т-хелперов ($44,7 \pm 1,1$ и $24,8 \pm 0,8$ соответственно). Следует отметить во всех группах ДКМП отмечается повышение уровня Т-супрессоров ($18,4 \pm 0,05$ против $20,6 \pm 1,4$; $25,1 \pm 1,2$; $23,4 \pm 0,7$ и $24,5 \pm 1,1$ соответственно гр контроля и I-IV гр; все $p=0,001$). Вследствие чего ИРИ во всех группах статистически значимо ниже ($1,2 \pm 0,09$; $1,1 \pm 0,07$; $1,2 \pm 0,04$; $1,1 \pm 0,07$) по сравнению с контрольной группой ($1,5 \pm 0,05$; все $p<0,01$). При анализе гуморального звена иммунитета было выявлено, что по мере усугубления ХСН прогрессивно росли аутоиммунные реакции, в частности, средние концентрации крупных циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) достоверно превышали показатель контрольной группы во всех группах ($8,5 \pm 1,3$ против $19,4 \pm 4,1$ и $21,2 \pm 3,1$; $27,6 \pm 2,8$ и $25,4 \pm 2,1$; все $p=0,01$), а также и мелкие ЦИК ($14,2 \pm 1,2$ против $32,3 \pm 6,6$, $40,2 \pm 5,1$; $47,6 \pm 4,1$ и $51,8 \pm 4,06$; все $p=0,01$).

Выводы: Таким образом, у пациентов ДКМП независимо от ФК СН наблюдается дисбаланс со стороны клеточного звена иммунитета, сопровождающийся достоверным угнетением иммунокомпонентных клеток и снижением иммунорегуляторного индекса во всех стадиях СН. По мере прогрессирования СН выявлено достоверное повышение уровня как крупных, так и мелких ЦИК в сыворотке крови.

0432

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЫ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курбанов Н.А. , Абдуллаев Т.А. , Курбанов Р.Д. , Ганиева Н.П.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить особенности клинического течения и прогноза жизни больных с семейной формой ДКМП.

Материалы и методы: Обследовано 45 больных с семейной формой ДКМП в возрасте от 17 до 56 лет (в среднем $37,5 \pm 1,6$ лет). Всем больным проведено: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) с определением функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по NYHA, также изучался прогноз жизни. Продолжительность наблюдения составила от 3 до 170 месяцев (в сред. $36,7 \pm 5,6$ мес), при этом летальность составила 32 случаев (71,1%). Пациенты были разделены на 2 группы: I-группа составили 32 пациента в возрасте $36,9 \pm 2,1$ лет умерших в течение 3- 93 месяцев ($22,4 \pm 4,3$ мес.) наблюдения, II группа -13 больных в возрасте $39,4 \pm 2,1$ лет, выживших в процессе 32 -168 месяцев (в среднем $72,1 \pm 13,4$ мес; $p < 0,001$) наблюдения.

Результаты: Группа больных с летальным исходом, по сравнению с выжившими в контрольном периоде, характеризовалась достоверно более высоким ФК ХСН: $3,1 \pm 0,1$ и $2,5 \pm 0,2$ ($p = 0,02$), а давность заболевания (срок от начала манифестации симптомов СН до включения в исследование) составила $10,5 \pm 1,6$ и $8,1 \pm 1,3$ мес., соответственно ($p > 0,05$). Длина пройденной дистанции (ДПД) в контрольном периоде в I гр. на 28,7% ниже, чем во II гр., и составила соответственно $231,3 \pm 19,1$ метр и $324,8 \pm 20,9$ м ($p = 0,01$). При сравнении параметров внутрисердечной гемодинамики выявлено, что у больных I гр. имеется выраженное снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ ($33,9 \pm 1,7\%$ и $42,4 \pm 3,1\%$; $p = 0,014$), которая сопровождалась недостоверными различиями по линейным размерам сердца; КДР $7,12 \pm 0,1$ и $6,9 \pm 0,3$ см, КСР $5,9 \pm 0,1$ и $5,5 \pm 0,3$ см ($p > 0,05$). При анализе показателей ЭКГ, более худшие показатели отмечены в I группе; нарушение АВ-проводимости I степени установлено у 9 (28,1%) и 1 (7,7%) пациентов, в последующим в 5 (55,5%) случаев в группе умерших нарушение АВ проводимости первой степени усугубилось до III ст, и в одном (7,7%) случае в группе выживших. Фибрилляция предсердий у 7 (21,8%) и 1 (7,7%), псевдо-Q зубец у 5 (15,6%) и в 2 (15,4%) случаях встречалась соответственно в I и II гр, однако не имела статистического значимого характера. Анализ результатов ХМЭКГ показал, что сравнительном аспекте желудочковые экстрасистолы высоких градаций; парные - 28 (87,5%) и 6 (46,1%), групповые - 20 (62,5%) и 1 (7,7%) достоверно чаще регистрировались в группе умерших (оба $p < 0,01$), пароксизмы неустойчивой (5 больных (15,6%)) и устойчивой (3 (9,4%)) желудочковой тахикардии зафиксированы только лишь в группе летального исхода.

Выводы: Результаты изучения прогноза жизни больных с семейной ДКМП при длительном наблюдении (в сред. $36,7 \pm 5,6$ мес) показали, что показатель смертности составил 32 (71,1%) случаев. ных ты зволяет нам подтверждать к ближайшим периоде, так в отдаленным ило 14 (23,7%) и 42 (71,1%) соответственно. В случае летального исхода СН характеризуется сравнительно тяжелым течением, сопровождающимся ухудшением основных параметров внутрисердечной гемодинамики (ФВ) и достоверным увеличением частоты встречаемости желудочковых НРС высоких градации.

0433

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА АКСАРТИМИН С АЛЛАПИНИНОМ

Курбанов Р. Д., Закиров Н. У., Салаев О. С.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить сравнительную эффективность и безопасность аксаритмина (Ак) с аллапидином (Ал) при различных нарушениях ритма сердца (НРС).

Ак – новый антиаритмический препарат, созданный в Институте Химии Растительных Веществ АН РУз, представляет собой сумму алкалоидов из корней растения борца северного (*Aconitum septentrionale*). Ак от Ал отличается меньшим содержанием лаппаконитина и большим содержанием N- дезацетиллаппаконитина, который по активности не уступает лаппаконитину, но менее токсичен и обладает большей терапевтической широтой.

Материалы и методы: Антиаритмическая эффективность (ААЭ) Ак изучалась у 65 больных (43,1% женщины), в т.ч. у 59 в сравнении с Ал (у одних и тех же пациентов) с различными НРС в возрасте от 18 до 70 лет (в сред. $37,10 \pm 11,86$ лет). Критерий включения: стабильно частая желудочковая и/или наджелудочковая экстрасистолия, в т.ч. высоких градаций, частая пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (НЖТ), в т.ч. с участием дополнительного пути проведения (ДПП) у больных с отсутствием или минимальными проявлениями органических заболеваний сердца. Больным исходно были проведены общеклинические исследования, ЭКГ, ЭхоКС, ХМЭКГ, чреспищеводное ЭФИ.

Препараты назначались по 25 мг через каждые 8 часов в течение 5-14 суток. При недостижении ААЭ доза препаратов была увеличена до 100-150 мг/сут, при условии хорошей переносимости. Больным, у которых после отмены первого исследуемого препарата отмечалось возобновление типичных НРС, подтвержденных по ЭКГ и/или ХМЭКГ, назначался второй препарат по той же схеме. У больных с НЖТ препарат сравнения назначался через 3 суток после оценки ААЭ первого препарата. ААЭ препаратов сравнивали по общепринятыми критериями.

Результаты: Эффективность Ак и Ал не отличалась в дозе 75 мг/сут при всех видах НРС: при ЖЭ – 68,9%, при НЖЭ – 64,3%, при НЖТ – 63,2%. Побочные действия на фоне приема Ак и Ал отмечались у 12,3% и 28,8% больных соответственно. При этом 4 (6,8%) больных прекратили прием Ал из-за выраженности побочных эффектов, тогда как при приеме Ак случаев прекращения приема не было. У 3-х из них удалось получить клинически значимый ААЭ увеличив дозу Ак до 100-150 мг/сут.

Выводы: 1. При хорошей переносимости препаратов ААЭ Ак и Ал схожа и составляет 68,9% и 64,3% при ЖЭ и НЖЭ соответственно.

2. При пароксизмальных НЖТ, в том числе с участием ДПП профилактическая эффективность препарата составляет 63,2%.

3. У 75% пациентов с выраженными побочными эффектами Ал удается достичь устранения НРС на фоне дальнейшего увеличения дозы Ак.

4. Побочные действия при приеме Ак развиваются в 2 раза реже, чем при приеме Ал.

0434

СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОДВЕРГНУТЫХ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ.

Курбанов Р. Д., Фозилов Х. Г., Абдуллаев Т. А., Цой И. А., Каримов А. М.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить семиотику поражения коронарных артерий у больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ).

Материалы и методы: Селективная коронарография у больных ИБС с фракцией выброса левого желудочка менее 45% была выполнена у 242 (14,1%) больных. В группе обследования (n=138) преобладали мужчины – 111 (80,4%), по сравнению с женщинами - 19,6% (27). Возраст пациентов колебался от 35 до 78 лет, и средний их возраст составил 58,9±8,6 лет. Из общепринятых факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия - у 79,7%, (110) пациентов, гиперлипидемия – у 75,36% (104) больных; сахарный диабет у 34,7% (48) больных. Фракция выброса ЛЖ колебалась от 18% до 45%, и в среднем составила 37,6±5,6%.

Результаты: При проведении диагностической коронарографии у 138 больных ИБС с низкой фракцией выброса атеросклеротические поражения были выявлены в 343 артериях, что в среднем составило 2,4 артерии в расчете на 1 пациента. По данным селективной коронарографии у 28,3% (39) пациентов имелось однососудистое поражение, а у 71,7% (99) – многососудистое поражение. Наиболее часто поражения локализовались (с учетом ветвей артерии) в ПМЖВ - 148 (43,1%); в ОВ – 90 (26,3%); в ПКА – 89 (26,0%); в а. intermedia – 6 (1,7%). Гемодинамически значимое (>50%) поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) было выявлено в 10 (2,9%) случаях. По результатам коронарографии было выявлено 391 гемодинамически значимый стеноз коронарных артерий из них 56,6% составили стенозы типа «В», стенозы типа «С» - 34,1% и стенозы типа «А» - 9,3% от общего количества выявленных сужений. Среди поражений коронарных артерий окклюзии составили 22,8%, из них 78,7% (70 поражений) - хронические тотальные окклюзии. В целом поражения венечных артерий «высокого» риска (тип «С» по классификации морфологии стенозирующего атеросклеротического поражения АСС/АНА) типа составили 44,2%. Достоверной разницы между показателями среднего значения ФВ левого желудочка у больных ИБС с одно- двух- и трехсосудистыми поражениями КА не выявлено

Выводы: у больных ИБС с низкой фракцией выброса ЛЖ (менее 45%) наиболее часто встречается многососудистое поражение коронарного русла – в 71,7% (99) случаев. Достаточно большое количество поражений «высокого» риска (44,2%) у больных ИБС со сниженной сократительной способностью миокарда подвергнутых ЧКВ диктует необходимость проведения анализа непосредственных и отдаленных результатов их лечения.

0435

КРИТЕРИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ВЕДЕНИЕ РЕЕСТРА АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Куриленко Т.А., Земсков И.А., Пармон Е.В.

ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) клинически манифестирует желудочковыми нарушениями ритма (ЖНР). Ранняя диагностика АДПЖ может быть усовершенствована путем тщательного клинического, лабораторно-инструментального и генетического скрининга пациентов с ЖНР. В 2003 году группой ученых в США был создан первый Реестр АДПЖ. Аналогичные реестры существуют в ряде других стран, например, в Швейцарии (183 пациента). В России на сегодняшний день не существует реестра и единой статистики АДПЖ. В 2014 году организовано сотрудничество ФГБУ «СЗФМИЦ» МЗ РФ и Швейцарского Центра АДПЖ.

Цель: Отобрать и внести данные пациентов в Многоцентровой Реестр АДПЖ для анализа клинических, лабораторно-инструментальных и генетических факторов заболевания, путем подтверждения диагноза АДПЖ у пациентов с ЖНР.

Материалы и методы: В исследование было включено 695 пациентов (326 мужчин, средний возраст 45±25 лет) с более 500 желудочковыми экстрасистолическими комплексами в сутки. Были проанализированы анамнестические сведения, данные ЭКГ, ЭХОКГ, ХМ, МРТ сердца, эндомикардиальной биопсии (ЭМБ), генетического исследования.

Результаты: По критериям (Marcus F.I. et al., 2010 года) уточненный диагноз АДПЖ был у 29 пациентов (16 м., средний возраст 30±15 лет) – 4,17% от общего числа обследованных, у 59 (8,48%) - по

граничный диагноз, у 64 (9,21%) –возможный диагноз. У пациентов с уточненным диагнозом у 76,75% отмечены большие ЭКГ критерии (инвертированные волны Т в правых грудных отведениях и/или эпсилон-волна). У 22 пациентов (75,8%) наблюдались пароксизмы желудочковой тахикардии (ЖТ), предположительно из ПЖ. По данным ЭХОКГ глобальная и/или региональная дисфункция и структурные изменения ПЖ найдены у 26 пациентов (89,6%), по данным МРТ – у 21 пациента (72,4%). Таким образом, критерии структурных изменений миокарда по данным ЭХОКГ и МРТ были сопоставимы у 21 пациента (72,4%). Выявлена линейная корреляция между данными, полученными при помощи ЭХОКГ и МРТ ($r = 0,771$). Отмечено также, что структурные изменения ПЖ в группе с уточненным диагнозом прогрессировали в динамике. Генетическое обследование было проведено 5 пациентам (10,6%), у 3 обнаружены мутации в гене десмоплакина, у 1 – плакофилина-2. Для внесения в Реестр были отобраны данные пациентов из группы с уточненным диагнозом. Ведение Реестра предполагает строгое соблюдение протоколов лабораторно-инструментальных данных. Требуется проведение ЭКГ, ЭХОКГ и МРТ сердца по протоколу АДПЖ, во время которых регистрируется около 300 различных показателей. В некоторых случаях возникают технические трудности диагностики, например, невозможность проведения МРТ сердца пациентам с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами или с частыми ЖНР.

Выводы: По лабораторным и инструментальным методам исследования и в соответствии с критериями постановки диагноза на 01.06.2015г. в Многоцентровой Реестр АДПЖ внесены данные 7 пациентов с наиболее злокачественным течением заболевания.

0436

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ВИРУСНЫЕ ФАКТОРЫ КАК ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ПРИЧИНЫ ПАТОГЕНЕЗА ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Курушко Т. В.¹, Вайханская Т. Г.¹, Сивицкая Л. Н.², Даниленко Н. Г.², Шумовец В. В.¹, Богуш З. Ф.³, Мрочек А. Г.¹

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

²Институт генетики и цитологии, Национальная академия наук, Минск, Беларусь

³Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии, Минск, Беларусь

Цель: изучить частоту изменений в гене ламина (LMNA) и спектр выявляемых кардиотропных вирусов-ассоциантов у пациентов с идиопатической ДКМП с аритмической манифестацией заболевания.

Материалы и методы: Из 189 пациентов с верифицированной ДКМП выявлено 92 случая (идиопатическая форма) с первичной манифестацией нарушений сердечного ритма и проводимости. Средний возраст пациентов составил 42,3±11,7 лет (89,1% мужчин; NYHA ФК 2,6±0,3; фракция выброса ЛЖ 25,9±11,1%; ПБЛНПГ - 43,5%; АВ блокада 1-3 ст. - 21,7%; уст. и неуст. желудочковые тахикардии - 64,1%; ФП - 34,8%). Поиск мутаций в гене ламина (LMNA) осуществляли методом SSCP и секвенированием 1, 3, 5, 8 - 10 экзонов. Вирусологический скрининг проводили с помощью ПЦР метода с детекцией нуклеиновых кислот 7-и вирусных инфекций: вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус Эпштейн-Барра (ВЭБ), вирус герпеса человека 6 типа (ВГЧ 6 т), парвовирус В19 (ПВ В19), аденовирус (АдВ) и энтеровирус (ЭВ) в биологических образцах (сыворотка крови – 92\100% и биоптаты – 36\39,1%).

Результаты: У 28 (30,4%) пациентов с ДКМП выявлены изменения в гене LMNA. Так, у 23 определена замена с.1698C>T* в экзоне 10, из них два гомозиготных носительства T/T. У двух пациентов идентифицированы мутации в 3-м экзоне: с.612G>A и с.569G>C, последняя с заменой остатка аргинина на пролин в белке ламина A/C - Arg190Pro. Еще одна миссенс-мутация была выявлена в 9-м экзоне - Thr528Arg (с.1247C>T). Кроме того, 2 пациента были определены как носители одновременно трех нуклеотидных замен в гене LMNA: с.639+73C>T и с.639+56G>A, расположенных в интроне, а также с.861T>C в экзоне 5. У одного пациента была обнаружена мутация в экзоне 1 - с.150C>T.

У 29 (31,5%) пациентов выявлены вирусные геномы, в т.ч. в качестве моноинфекции - 24 (26,1%): ЭВ - 8 (8,69%), ПВ19 - 6 (6,52%) пациентов, ВГЧ 6 т - 4 (4,35%), ВЭБ - 3 (3,26%) пациента, ЦМВ - 2 (2,17%), АдВ - 1 (1,01%); микст-вирусная инфекция (2 и более патогена) выявлена у 4 пациентов (4,3%) с доминированием сочетания ВГЧ 6т и ПВ В19. Признаки активной вирусной инфекции (присутствие вирус-

ных геномов в крови) с преобладанием ЭВ выявлены у 10 (10,9%) пациентов, хроническое вирусное персистенция (в биоптатах) - у 19 (20,7%) с доминированием ПВ В19 и ВГЧ6.

Выводы: Таким образом, у 30,4% пациентов с ДКМП развитие аритмического фенотипа ДКМП, вероятно, связано с патологией гена ламина. У 31,5% пациентов выявлена вирусная инфекция как предполагаемый фактор этиопатогенеза. По частоте детекции вирусных геномов в сыворотке крови первенство заняли ЭВ, вторую и третью позицию разделили ПВ В19 и ВГЧ 6т. В миокарде пациентов с ДКМП признаки хронической вирусной персистенции обнаружены в 65,5%, в лидирующей тройке по убыванию - ПВ В19, ВГЧ6т и ЭВ.

0437

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ S-АМЛОДИПИНА (ВЖИВАННЯ) У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С (ІІІ) ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Куцевол И. Б., Солдатова О. В., Сыч М. Ю., Сейтмамутова Э. Э.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского" Симферополь,
Россия

Значимость артериальной гипертензии (АГ) как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) значительно увеличивается с возрастом. Наличие изолированной систолической гипертензии (ИСАГ) ассоциируется с возрастанием сердечно-сосудистой смертности в 2–5 раз, частоты инсультов — в 2,5 раза, а общей смертности — на 51%. По данным Фремингемского исследования, ИСАГ является предиктором ССЗ у пожилых людей. В рекомендациях Европейского общества кардиологов утверждается, что все современные группы (товариства) антигипертензивных препаратов (при правильном назначении) позитивно влияют на конечные (скінченні) точки приложения и значительно снижают риск развития фатальных и нефатальных осложнений артериальной гипертензии. Что касается выбора лечебной формы, то предпочтения (преференція) отдаются препаратам пролонгированного действия, что уменьшает вариабельность (АД) и обеспечивает лучшую органопroteкцию. Пролонгированные дигидропиридиновые (блокаторы) медленных кальциевых каналов рекомендованы Европейскими обществами (товариствами) кардиологов для лечения больных (ііі) изолированной систолической гипертензией (особенно у (біля) лиц (облич) пожилого возраста). Они лишены таких побочных эффектов, как чрезмерная (надлишкова) вазодилатация и симпатикотония, метаболически нейтральны, не влияют на атриовентрикулярную проводимость и активность синусового узла.

Цель: исследование проведено с целью изучения эффективности и переносимости S-амлодипина (5/10 мг) чистой левовращающей формы амлодипина в терапии пациентов пожилого возраста (ііі) изолированной артериальной гипертензией.

Материалы и методы: исследования: в исследование были включены 82 пациента (28 женщин и 54 мужчины) (ііі) изолированной систолической гипертензией. (Іііі) сопутствующих заболеваний, у пациентов были выявлены перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, бронхиальная астма, ХОБЛ, ожирение. Средний возраст составил 67 лет. Все пациенты получали (одержували) 5/10 мг S-амлодипина, учитывая уровень исходного (вихідного) (тисненн) АД. Всем пациентам проводили суточное мониторирование (АД) до и после 18 дней применения (вживання) S-амлодипина.

Результаты: к моменту (І) (выписки) наблюдалось достоверное снижение среднего систолического и диастолического давления (тиснення) (САД и ДАД) после (потім) 18 дней лечения ($p < 0,001$). Значения среднего САД и ДАД до лечения 174/90 мм рт.ст., после (потім) лечения 127/81 мм рт.ст. В двух случаях (2,44%) наблюдались побочные эффекты.

Выводы: Проведенное исследование показало, что S-амлодипин (в дозах 5/10 мг) (з'являється) эффективный препарат для терапии изолированной систолической гипертензии у пациентов пожилого возраста, хорошо переносится, а также (з'являється) идеальная заместительная терапия для пациентов (ііі) периферическими отеками на рацемический (амлодипин).

0438

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Кучмин А. Н., Хубулава Г. Г., Куликов А. Н., Кравчук В. Н., Казаченко А. А., Троицкая Р. Д.

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

По данным зарубежной и отечественной литературы распространенность синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) составляет 5–7% от всего населения старше 30 лет. У лиц старше 65 лет частота заболевания может достигать 60%, при этом встречаемость СОАС у кардиологических больных достигает 50% и более.

Цель: оценка распространенности СОАС у пациентов, направленных на плановое коронарное шунтирование (КШ), а также оценка динамики нарушений дыхания во сне в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Было обследовано 20 человек направленных на КШ в плановом порядке. По результатам обследования пациенты разделены на 3 группы, в зависимости от наличия и тяжести СОАС: 1 группа с отсутствием нарушений дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ <5 в час), 2 группа с умеренными нарушениями дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ 15–30 в час), 3 группа с тяжелыми нарушениями дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ >30 в час).

Результаты: У всех лиц с исходным СОАС отмечено усугубление нарушений дыхания, в частности лица с умеренными нарушениями дыхания во сне перешли в группу с тяжелыми, а у лиц с исходным тяжелым СОАС индекса апноэ/гипопноэ увеличился больше чем в 1,5 раза.

Выводы: у пациентов с ишемической болезнью сердца выявлена высокая распространенность нарушений дыхания во сне (более чем у 2/3). В раннем послеоперационном периоде отмечается усугубление нарушений дыхания во сне, вероятнее всего обусловленное вынужденным положением пациента лежа на спине.

0439

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ.

Кучмин А. Н., Хубулава Г. Г., Куликов А. Н., Кравчук В. Н., Казаченко А. А., Троицкая Р. Д.

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

Цель: Оценить влияние синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) на течение послеоперационного периода, вид и частоту осложнений после выполненного коронарного шунтирования.

Материалы и методы: Обследовано 20 человек с ишемической болезнью сердца, направленных на плановое коронарное шунтирование. По результатам обследования пациенты разделены на следующие группы: 1 - с отсутствием нарушений дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ <5 в час), 2 - с легкими нарушениями дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ 5–15 в час), 3 - с умеренными нарушениями дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ 15–30 в час), 4 - с тяжелыми нарушениями дыхания во сне (индекс апноэ/гипопноэ >30 в час). Из них в послеоперационном периоде: 6 человек без СОАС, 6 человек с умеренными нарушениями дыхания во сне и 8 человек с тяжелыми нарушениями дыхания во сне.

Результаты: У пациентов из 1 группы не выявлены послеоперационные осложнения. Из 3 группы два пациента с выраженной изолированной систолической артериальной гипертензией. У всех пациентов 4 группы отмечается пароксизм фибрилляции предсердий длительностью более двух часов.

Выводы: у пациентов с тяжелыми нарушениями дыхания во сне (у восьми человек) на 2-4 день послеоперационного периода, несмотря на проводимую антиаритмическую профилактику бета-блокаторами, регистрируется длительный пароксизм фибрилляции предсердий, купируемый медикаментозно (кордароном). В других группах данное осложнение не регистрируется.

0440

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ КЛУБЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кушнаренко Н. Н., Медведева Т. А., Говорин А. В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

Цель: изучить фильтрационную способность почек у больных подагрой.

Материалы и методы: обследованы 45 мужчин с подагрой, средний возраст составил $52,0 \pm 8,1$ года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Метаболический синдром устанавливали в соответствии с критериями ВНОК (2009): абдоминальное ожирение – объем талии ≥ 94 см в сочетании с любыми 2-мя из следующих критериев – повышение триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л; снижение ЛПВП – $< 1,03$ ммоль/л, артериальное давление (АД) $\geq 135/85$ мм рт.ст.; повышение уровня глюкозы плазмы $\geq 5,6$ ммоль/л. На момент включения в исследование у всех пациентов констатирован межприступный период подагры. Контрольная группа состояла из 25 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле: масса тела (кг)/рост (м^2). Для расчета СКФ использовался метод СКД EPI. Стадию ХБП устанавливали в соответствии с национальными рекомендациями 2011 года: при СКФ > 110 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С1 (повышенная); СКФ > 90 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С1 (оптимальная); СКФ $> 60 < 90$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С2 (незначительно сниженная); СКФ $> 45 < 60$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С3а (умеренно сниженная); СКФ $> 30 < 45$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С3б (существенно сниженная); СКФ < 30 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$ – С4 (значительно сниженная). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Оценивали t-критерий Стьюдента. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: показатели систолического АД (САД) составили $147,38 \pm 9,63$ мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – $98,47 \pm 8,37$ мм рт. ст. Медиана ИМТ – $38,47 \pm 4,75$ кг/м². Ожирение 1 степени диагностировано у 40% (n = 18), 2 степени у 31,1% (n = 14), 3 степени у 28,8% (n = 13). Средний уровень глюкозы плазмы – $5,89 \pm 1,54$ ммоль/л. Нарушение толерантности к глюкозе было у 28,8% (n = 13) пациентов, у 22,2% (n = 10) выявлено нарушение гликемии натощак. Уровень креатинина – $92,78 \pm 29,75$ мкмоль/л, уровень мочевой кислоты – $398,67 \pm 76,15$ ммоль/л. При вычислении с использованием метода СКД EPI СКФ у больных подагрой составила – $99,54 \pm 29,75$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, 6,6% (n=3) пациентов имели повышенный уровень фильтрации (С1), оптимальная фильтрация была у 28,8% (n = 13) – С1, незначительно сниженный уровень СКФ – С2 у 48,8% (n = 22), умеренно сниженная фильтрация – С3а у 15,5% (n = 7). У больных подагрой величина ИМТ и прогрессирование ожирения были ассоциированы со значимым снижением СКФ (при ожирении 1 степени СКФ составила $71 \pm 24,4$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, при ожирении 2 степени – 61 ± 17 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$, при ожирении 3 степени – $57 \pm 21,3$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$). Диагноз ХБП С2 выставлен у 40% пациентов с ожирением 1 степени, у 31,1% – 2 степени, 28,8% – 3 степени, при этом при 3 степени ожирения у 27% диагностирована С3а стадия ХБП.

Выводы: На сегодняшний день оценка функции почек с использованием расчетного метода СКД EPI является более корректной по сравнению с определением концентрации креатинина сыворотки крови. Данная методика позволяет выявить доклиническое поражение почек. У больных подагрой, в сочетании с МС отмечается прогрессивное снижение СКФ, более выраженное при 3 степени ожирения ($p < 0,05$).

0441

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н. Н., Медведева Т. А., Говорин А. В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

Цель: изучить уровень цитокинов (IL-1, TNF- α , IL-6, IL-10 и IL-20) в сыворотке крови больных подагрой в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы: обследованы 80 мужчин с подагрой, средний возраст составил $41,0 \pm 6,5$ года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Методом твердофазного иммуноферментного анализа изучалась концентрация интерлейкина-1 (IL-1), фактора некроза опухолей- α (TNF- α), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-10 (IL-10) («Вектор-Бест», Россия); интерлейкина-20 (IL-20). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы «Meditech» (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Средняя длительность мониторирования составила $23,3 \pm 1,03$ часа, интервал между измерениями артериального давления (АД) – 15 мин днем и 30 мин ночью. Время сна указывалось индивидуально. Оценка данных, полученных при СМАД, проводили согласно рекомендациям Канадского общества по АГ. Контрольная группа состояла из 25 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: на основании показателей СМАД были выделены пациенты, страдающие подагрой с нормальным уровнем АД (16 мужчин) – 1 группа и в сочетании с АГ (64 мужчины) – 2 группа. Установлено, что у больных подагрой с АГ содержание TNF- α и IL-1 превышало показатели здоровых мужчин в 3,9 и 7,6 раза и больных подагрой без АГ в 1,4 и 1,7 раза, соответственно ($p < 0,05$). Содержание IL-6 у больных с АГ в 2 раза превысило контрольные значения и в 1,5 раза – показатели пациентов с нормальным АД ($p < 0,05$). При изучении IL-10 и IL-20 у больных подагрой с АГ получены неоднозначные результаты: IL-20 увеличивался (в 1,6 раза), а IL-10 уменьшался на 21,4% по сравнению с показателями больных подагрой с нормальным АД ($p < 0,05$).

Выводы: у больных подагрой выявлено существенное увеличение в сыворотке крови ряда цитокинов (IL-1, TNF- α , IL-6, IL-10 и IL-20). Максимальные сдвиги цитокинового профиля зарегистрированы у больных подагрой в сочетании с АГ.

0442

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ Г. МОСКВЫ

Кушхова Р. Р., Верткина Н. В., Автандилов А. Г.

ГБОУ ДПО РМАПО, Минздрава России, Москва

В настоящее время распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения Российской Федерации составляет около 40%. Контроль над АГ оставляет желать лучшего, эффективную терапию получают не все, что связано с нерациональным выбором лекарственных средств, ошибками в выборе режима их применения, недостаточным использованием их приоритетных комбинаций. АГ создает много условий для ремоделирования сердца и сосудов, что в последующем приводит к развитию тяжелых осложнений, таких как инсульт, инфаркт миокарда, хроническая почечная недостаточность. Американская ассоциация сердца в 2008 году опубликовала понятие резистентной АГ, которая определяется в случае превышения целевых уровней артериального давления несмотря

на применение трех антигипертензивных препаратов в оптимальных дозах, в том числе и диуретика. Распространенность резистентной АГ в настоящее время по данным разных авторов в разных странах составляет от 5 до 20%. В основном это пациенты с хроническими заболеваниями почек, ожирением, сахарным диабетом, выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка, изолированной систолической гипертензией.

Цель: оценить осведомленность врачей и изучить распространенность резистентной АГ и ее долю среди больных с АГ в одном из округов г. Москвы.

Материалы и методы: разработан опросник осведомленности врачей по резистентной АГ, проведен анализ амбулаторных карт поликлинических больных с АГ (n= 6970).

Результаты: количество населения, проживающего в Северном административном округе г. Москвы составляет 1130391 человек. По данным официальной статистики количество больных АГ в округе составляет 781,7 на 10000 населения, что составляет 88362 больных. Среди населения 5 поликлиник (численность закрепленного контингента 254 тысячи) пациенты с АГ составляют 6970 человек. При анализе амбулаторных карт пациентов с АГ критериям ее резистентной формы соответствовало 11% больных. Преимущественно это были пациенты с хроническими заболеваниями почек, ожирением 3-4 степени, сахарным диабетом 2 типа. Опрос врачей-терапевтов 5 городских поликлиник о наличии такого диагноза, как резистентная АГ показал, что только 21% врачей знают критерии резистентной АГ, указанное свидетельствует о низкой осведомленности врачебного персонала которое они связывают с недостаточным вниманием к этой проблеме на циклах повышения квалификации.

Выводы: осведомленность врачей о наличии резистентной АГ остается низкой. Распространенность резистентной АГ в округе соответствует средним значениям многих стран. С учетом изложенного возрастает роль дополнительного непрерывного образования врачей-терапевтов в рамках программы профилактики АГ по расширению их информированности о резистентной АГ. Данная группа пациентов требует повышенного внимания в плане подбора адекватных схем лечения.

0443

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лазарев К.В., Васильев А.А., Фищенко В.И., Белоусова М.С., Баймурзина А.З.

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи», Челябинск, Россия

На станции скорой медицинской помощи города Челябинска в 2014 году было проведено 209 тромболизисов при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST. В подавляющем большинстве случаев тромболизис проводился препаратом метализе (тенектеплаза) – 199 и пуролазой (проурокиназа) – 10. Использование метализе допускается при низком артериальном давлении в отличие от пуролазы.

Цель: Сравнить возрастно-половой состав; время «симптом – первый контакт с медицинским персоналом»; изначальные осложнения инфаркта миокарда у пациентов которым проводилась тромболитическая терапия на догоспитальном этапе и тем, кому она не проводилась.

Материалы и методы: Проанализировано 955 случаев инфаркта миокарда, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи города Челябинска в 2014 году. Оценены возраст, пол пациентов, длительность заболевания, острая сердечная недостаточность (ОСН) по Киллипу (Killip).

Результаты: Всего пациентов инфарктом миокарда – 955, из них мужчин – 538 (56,34%), женщин – 417 (43,66%). Тромболизис проведен 152 (72,73%) мужчине и 57 (27,27%) женщине. Средний возраст всех пациентов инфарктом миокарда – 69,49 года, из них у мужчин – 62,76 года, у женщин – 71,83 года. Средний возраст всех пациентов кому проведен тромболизис – 59,86 лет, из них у мужчин – 56,95 года, у женщин – 62,76 года. Длительность заболевания: до 1 часа – 217 (22,72%) человек, 1 час – 2 часа 59 минут – 242 (25,34%) человека, 3 часа – 5 часов 59 минут – 130 (13,61%) человек, 6 часов – 11 часов 59 минут – 82 (8,59%) человека, 12 часов – 11 часов 59 минут – 119 (12,46%) человек, свыше суток –

165 (17,28%) человек. Тромболизис проведён в срок до 3-х часов от начала заболевания в 147 (70,33%) случаях, 3 часа – 5 часов 59 минут в 46 (22,01%) случаях, 6 часов – 12 часов в 16 (7,66%) случаях. Среднее время тромболизиса от начала симптомов – 2,61 часа. При инфарктах миокарда ОЧН по Киллипу встречалась: ОЧН I (Killip) в 714 (74,76%) случаях, ОЧН II (Killip) в 49 (5,13%) случаях, ОЧН III (Killip) в 32 (3,36%) случаях, ОЧН IV (Killip) в 160 (16,75%) случаях. Тромболизис проводился при ОЧН I (Killip) в 149 (71,29) случаях, ОЧН II (Killip) в 9 (4,31%) случаях, ОЧН III (Killip) – 0, ОЧН IV (Killip) в 51 (24,40%) случаях.

Выводы: Тромболитическая терапия чаще проводится у мужчин, и в относительно более «молодой группе» от общего числа больных инфарктом миокарда. Данные показатели позитивны тем, что у мужчин и у лиц моложе 75 лет реже встречаются геморрагические осложнения.

Преобладание ТЛТ в первые часы заболевания также позитивно, так как в этот срок тромболизис наиболее результативен.

Тромболизис в 1/3 случаев проводился у больных с изначально тяжёлыми осложнениями. Первые часы заболевания инфарктом миокарда являются мало предсказуемы для прогноза и наиболее опасны. Ранняя реперфузия должна улучшить прогноз у больных с инфарктом миокарда.

0444

АССОЦИАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Лахин Д. И.

ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница», Липецк, Россия

Введение: На сегодняшний день артериальная гипертензия является одним из наиболее распространенных заболеваний в популяции взрослого населения, повышающая риски развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако сочетание артериальной гипертензии с инсулинорезистентностью, абдоминальным ожирением и дислипидемией в рамках метаболического синдрома значительно увеличивают риски развития кардиоваскулярных катастроф.

Цель: выявить ассоциацию уровня артериального давления с показателями липидного спектра крови и антропометрическими данными у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: было отобрано 70 пациентов с метаболическим синдромом, наблюдавшихся в Липецкой областной клинической больнице в 2013-2014 гг. Больные были поделены на 2 группы по полу: мужчины – 31 человек, средний возраст которых составил $56,2 \pm 2,11$ лет, и женщины – 39 человек, средний возраст которых составил $58,3 \pm 2,17$ лет. Всем больным проводили антропометрическое обследование: определяли рост, вес, измеряли окружности талии (ОТ) и бедер (ОБ), подсчитывали индекс массы тела (ИМТ), также измеряли артериальное давление (АД). В крови определяли концентрацию общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой (ХС-ЛПВП) и низкой плотности (ХС-ЛПНП).

Результаты: в популяции мужчин средний уровень систолического артериального давления (САД) составил $158,4 \pm 4,3$ мм рт. ст., средний уровень диастолического артериального давления (ДАД) – $89,7 \pm 1,9$ мм рт. ст. В группе женщин средний уровень САД оказался равным $162,2 \pm 4,8$ мм рт. ст., средний уровень ДАД – $89,4 \pm 2,0$ мм рт. ст. Среди мужчин показатели ДАД достоверно коррелировали с уровнем триглицеридов ($r = 0,41, p < 0,01$), ХС-ЛПВП ($r = -0,28, p < 0,05$). В группе женщин показатели САД достоверно коррелировали с уровнем общего холестерина ($r = 0,26, p < 0,05$), ХС-ЛПНП ($r = 0,28, p < 0,05$), триглицеридов ($r = 0,29, p < 0,05$), весом ($r = 0,44, p < 0,01$), ИМТ ($r = 0,45, p < 0,05$), ОТ ($r = 0,48, p < 0,01$), ОБ ($r = 0,37, p < 0,01$). Цифры ДАД достоверно коррелировали с уровнем ХС-ЛПВП ($r = -0,27, p < 0,05$), весом ($r = 0,34, p < 0,01$), ИМТ ($r = 0,35, p < 0,01$), ОТ ($r = 0,39, p < 0,01$), ОБ ($r = 0,34, p < 0,01$).

Выводы: ассоциация АД с весом, ИМТ, ОТ и ОБ, а также с показателями липидного спектра крови указывает на необходимость коррекции артериальной гипертензии у таких больных не только с помощью гипотензивных препаратов, но диктует необходимость добавления к лечению метаболических препаратов, улучшающих липидный состав мембран клеток и стабилизирующих АД.

0445

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ АДИПОКИНОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Лебедев П. А., Вербовой А. Ф., Матееску К. А., Малкова О. О., Александров М. Ю., Щербакова Н. Ф.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Самара, Россия

С целью установления патогенетической роли адипокинов при остром инфаркте миокарда с “Q” (ОИМ) нами изучена концентрация Лептина (Л), Адипонектина (А), Резистина (Р) и Инсулина (И) сыворотки крови в остром периоде и через 1 месяц после госпитализации. Под наблюдением находилось 33 мужчины (ср.возраст 62 года). Диагностика и лечение ОИМ соответствовали принятым стандартам. Передняя локализация ОИМ была у 86%. Группу сравнения составили 30 пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) мужского пола, со стабильной стенокардией II-III ФК, сопоставимые по степени и типу ожирения- 56% обследованных имели 1-3 степень ожирения.

Результаты: концентрация Л в остром периоде ОИМ значительно превышала показатели в гр.ХИБС ($p < 0,01$): $22,04 \pm 1,18$ нг/мл, снижаясь до $16,17 \pm 0,54$ нг/мл и коррелировала с тропонином ($r = 0,71$; $p < 0,01$), МВ фракцией креатинфосфокиназы ($r = 0,39$; $p < 0,05$), а также с воспалительной активностью- СРБ ($r = 0,62$; $p < 0,01$), АСАТ ($r = 0,37$; $p < 0,05$), АЛАТ ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Концентрация Р не отличалась в острую фазу ИМ от гр.ХИБС, в последующем периоде уменьшалась на 23%. А имел тенденцию к уменьшению в острую фазу ИМ с последующим увеличением. Л крови прямо коррелировал с А ($r = 0,37$; $p < 0,02$) в гр.ХИБС и обратно в гр. ОИМ ($r = -0,69$; $p < 0,01$). Только в группе ХИБС А имел обратные соотношения с атерогенными факторами холестерина спектра. Концентрация глюкозы значительно повышалась при ОИМ при отсутствии значимых изменений И крови, свидетельствуя об инсулинорезистентности. Только в гр. ОИМ Р тесно коррелировал с И крови: ($r = 0,72$; $p < 0,01$)

Выводы: Наиболее выраженное изменение адипокинов при ОИМ отмечено для лептина. У больных с ОИМ в остром периоде его концентрация связана с размером некроза миокарда и системной воспалительной реакцией, не проявляя зависимости от степени ожирения. Обратные соотношения лептина с адипонектином при ОИМ способны нарушать ангиопротективные свойства последнего, негативно влияя на постинфарктное ремоделирование. Секреция резистина является существенным фактором инсулинрезистентности при ОИМ.

0446

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Леванова Т. В., Квасникова Ю. В., Скляр И. В.

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Благовещенск

Целью исследования явилось изучение особенностей нарушения функции внешнего дыхания у больных острым коронарным синдромом (ОКС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Обследовано 52 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС. Средний возраст пациентов составил $63,1 \pm 2,3$ лет. В первую группу включены 27 больных с ОКС в сочетании с ХОБЛ, осложненной компенсированным ХЛС. Из них у 11 пациентов – прогрессирующая стенокардия, у 16 больных – инфаркт миокарда.

Во вторую группу вошли 25 пациентов ХОБЛ с компенсированным ХЛС. Контрольную группу составили 20 практических здоровых лиц.

Исследование ФВД проводили на аппарате «MicroMedical SU 6000» (Великобритания). Оценивали жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), индекс Тиффно (ИТ), пиковую скорость выдоха, мгновенную объемную скорость на уровне мелких, средних и крупных бронхов (МОС75, 50, 25).

Спирография проводилась в утреннее время, натощак, до применения лекарственных препаратов.

В результате исследования выявлены статистически значимые различия в показателях ФВД у пациентов в обеих группах. У больных первой группы зафиксированы достоверно более низкие показатели вентиляционной функции легких. Показатели ОФВ1 отличались у пациентов в обеих группах на 15,5% ($p=0,05$), ЖЕЛ – на 11,3% ($p=0,05$), ИТ – на 10,7%, пиковая скорость выдоха – на 14,9% ($p=0,05$), МОС50 – на 13,6% ($p=0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная связь в группе больных ОКС в сочетании с ХОБЛ, осложненной ХЛС, между снижением показателей бронхиальной проходимости и нарастанием функционального класса (ФК) сердечной недостаточности, особенно у больных с инфарктом миокарда. Уменьшение ОФВ1, ПСВ, ИТ сопровождалось более высоким ФК сердечной недостаточности – ФК III ($r_s = -0,42, p=0,03, r_s = -0,48, p=0,03, r_s = -0,39, p=0,03$ соответственно). Установлено достоверное снижение ЖЕЛ у пациентов первой группы по сравнению со второй группой, что подтверждает литературные данные о значимости гемодинамических механизмов развития рестриктивных и обструктивных нарушений ФВД у больных с ОКС.

Таким образом, у больных ОКС в сочетании с ХОБЛ, осложненной ХЛС, выявлены значительные нарушения вентиляционной функции легких по сравнению с больными ХОБЛ без ОКС, что доказывает влияние гемодинамических нарушений на показатели ФВД. В комплексном лечении вентиляционных расстройств у пациентов ОКС в сочетании с ХОБЛ, осложненной ХЛС, показана не только бронхолитическая терапия, но и коррекция изменений внутрисердечной гемодинамики.

0447

ОЦЕНКА ЛЕГОЧНОЙ И ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ, В СОЧЕТАНИИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Леванова Т. В., Скляр И. В., Квасникова Ю. В.

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Благовещенск

Целью нашего исследования явилось изучение влияния телмисартана и карведилола на легочную и внутрисердечную гемодинамику у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС), в сочетании с острым коронарным синдромом (ОКС).

В исследование был включен 31 больной ХОБЛ, осложненной ХЛС, в сочетании с ОКС. I группу составили 19 пациентов ХОБЛ с компенсированным ХЛС и ОКС, II группу – 12 больных с декомпенсированным ХЛС и ОКС. В комплексное лечение больных были включены телмисартан (микардис, «БерингерИнгельхайм», Германия) в дозе 40 мг и карведилол (таллитон, «Эгис», Венгрия) в дозе 25 мг, начальная доза карведилола – 6,25 мг. Курс лечения составил 4 недели. Среди обследованных больных было 18 мужчин и 13 женщин, средний возраст – $63,1 \pm 2,3$ лет. Комплексное обследование гемодинамики проводили на ультразвуковом аппарате XD-11 XE «PHILIPS» (США) в М-, В-, доплеровском режимах и цветового картирования потоков. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) определяли по скорости струи трикуспидальной регургитации (постоянно-волновой доплер). Определяли объемные показатели правого желудочка (ПЖ) по формуле R.A. Levine (1984), фракцию выброса ПЖ и левого желудочка (ФВ ПЖ, ФВ ЛЖ %). Расчет объемов полостей ЛЖ определяли по формуле L. Teicholtz et al. (1976).

В результате исследования у больных I группы выявлено повышение СДЛА до $40,6 \pm 1,27$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), во II – до $48,3 \pm 1,46$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). В обеих группах отмечалось достоверное увеличение объемных показателей ПЖ. ФВ ЛЖ в I группе составила $49,6 \pm 1,8\%$, во II – $38,7 \pm 1,5\%$. Со стороны функции

внешнего дыхания (ФВД) установлены значительные нарушения бронхиальной проходимости у больных I группы и резкие – во II группе.

В динамике после проведенного лечения телмисартаном и карведилолом зарегистрирована нормализация СДЛА, объемных показателей ПЖ, ФВ ПЖ и ФВ ЛЖ в I группе. У больных II группы выявлено снижение СДЛА, улучшение внутрисердечной гемодинамики, но нормализации данных показателей отмечено не было. Отрицательного влияния на показатели ФВД не установлено. Наблюдалось увеличение объема форсированного выдоха за секунду до $80,2 \pm 2,66\%$ ($p < 0,001$) и до $52,7 \pm 2,47$ ($p < 0,05$) у больных I и II группы соответственно.

Таким образом, применение телмисартана и карведилола в комплексном лечении у больных ХОБЛ, осложненной ХЛС, с острым коронарным синдромом способствует снижению давления в легочной артерии, улучшению внутрисердечной гемодинамики ПЖ и ЛЖ, что позволяет повысить эффективность лечения и улучшить прогноз заболевания.

0448

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Г.ЧЕЛЯБИНСКА ЗА ПЕРИОД 2000-2014 ГГ.

Левашова О. А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются важной медико-социальной проблемой перинатальной кардиологии. Это обусловлено тем, что удельный вес всех ВПС среди пороков развития достигает 40%. Ежегодно на 1000 родившихся живыми приходится 7-17 детей с ВПС. Нередко ВПС приводят к высокой инвалидизации детей грудного возраста и становятся главной причиной младенческой смертности.

Цель: Проведение анализа динамики распространенности и структуры врожденных пороков сердца у детей первого года жизни г. Челябинска за период с 2000 по 2014 гг.

Материалы и методы: Данные Реестра врожденных пороков сердца у детей г. Челябинска в возрасте от рождения до года за период 2000-2014 гг.

Результаты: Оценка полученных результатов реестра показала, что у детей первого года жизни г. Челябинска к 2014 году в сравнении с 2000 г. имеет место постоянный рост врожденных пороков сердца. Так за исследуемый период отмечается увеличение в 8.2 раза общего числа грудных детей с ВПС: 27 (3.9%) случаев в 2000г., 26 (3.3%) в 2003г., 65 (7.1%) в 2006г., 94 (9.8%) в 2009г., 153 (11%) в 2012г. и 224 (14%) в 2014г. Это, несомненно, связано с расширением возможностей как пренатальной, так и ранней постнатальной диагностики ВПС. При этом, нельзя исключить и истинное увеличение числа случаев поражений сердца у детей. При анализе структуры ВПС у грудных детей выявлено, что значительно возросло число пациентов с дефектами межпредсердной и межжелудочковой перегородки с 13 (48.2%) случаев в 2000 г. до 152 (67.9%) в 2014г. В тоже время встречаемость младенцев с открытым артериальным протоком составила 8 случаев (29.6%) в 2000 г. и 49 (21.8%) в 2014г. Другие ВПС, включая пороки синего типа, комбинированные, сочетанные наблюдались у 6 (22.2%) детей грудного возраста в 2000 году и у 23 (10.3%) в 2014 году. Кардиохирургическая коррекция врожденной аномалии сердца новорожденным и детям первого года жизни проводилась строго по показаниям. За период наблюдения число прооперированных грудных детей выросло в 4.5 раза (с 8 (11%) в 2000 г. до 36 (51%) в 2014 г.). Количество малышей в возрасте до года с ВПС, имеющих инвалидность, существенно увеличилось с 12 (11%) в 2000 г. до 32 (17.8%) в 2014г, что связано с ранней диагностикой сложной, многокомпонентной врожденной патологии сердца, улучшением послеоперационной выживаемости больных детей.

Выводы: Данные Реестра врожденных пороков сердца у детей г. Челябинска за 14 лет наблюдения показали стабильный рост данной патологии на первом году их жизни. В структуре всех врожденных пороков сердца септальные дефекты, открытый артериальный проток занимают лидирующие пози-

ции. Ежегодно повышается количество детей первого года жизни, которым проведена хирургическая коррекция по поводу врожденных пороков сердца.

0449

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА

Левашов С. Ю., Пелихов Д. Ю., Хайдаров Х. А.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель: изучить клинико-эпидемиологическую характеристику желудочковых нарушений ритма у больных кардиологического профиля в зависимости от пола.

Материалы и методы: из 3827 пациентов, находившихся с января 2013 по декабрь 2013 года в двух кардиологических отделениях ГБУЗ ОКБ№3 г. Челябинска методом сплошной выборки были отобраны 464 пациента (12%) с желудочковой экстрасистолией (ЖЭС), из них 62,3% (289) мужчин и 37,7% (175) женщин. Критерии включения в группу: возраст 18-85 лет, мужской и женский пол, наличие ЖЭС в анамнезе либо впервые выявленная ЖЭС на Холтеровском мониторинге. Методом опроса и осмотра собраны данные о факторах риска (ФР): курение, артериальная гипертензия, индекс массы тела (ИМТ). Для оценки тяжести ЖЭС была использована классификация экстрасистол по Лауну-Вольфу: I — до 30 в час, II — свыше 30 в час, III — политопные (полиморфные), IVa — парные экстрасистолы, IVb — групповые экстрасистолы, триплеты и более, короткие пробежки желудочковой тахикардии, V — ранние ЖЭС типа «R на T».

Результаты: Среди всех больных с ЖЭС (464 чел) 62,3% случаев пришлось на мужчин (289 чел) и 37,7% на женщин (175 чел). При этом у мужчин ЖЭС (289 чел.) градации ЖЭС распределились следующим образом: I — 37,7% (109 чел), II — 15,9% (46 чел), III — 15,5% (45 чел), IVa — 18,3% (53 чел), IVb — 11,7% (34 чел), V — 0,7% (2 чел). Среди всех женщин с ЖЭС (175 чел) градации ЖЭС распределились следующим образом: I — 32,0% (56 чел), II — 16,0% (28 чел), III — 20,0% (35 чел), IVa — 18,8% (56 чел), IVb — 13,1% (23 чел), V — 0%. Среди больных с ЖЭС были отобраны больные с ОИМ - 353 чел. (76,1%). Из них первичный ОИМ был у 212 чел (60%) и повторный у 141 чел (40%). Среди больных с первичным инфарктом миокарда не-Q ИМ составил 43,4% (92 чел), а Q-ИМ - 56,6% (120 чел). При этом характер ОИМ не влиял на структуру тяжести ЖЭС. Среди больных мужчин с ЖЭС (289 чел) ИМ в анамнезе встречался у 80,9% (234 чел) и лишь 19,1% (55 чел) не имели в анамнезе ИМ. У женщин с ЖЭС (175 чел) ИМ в анамнезе встречался у 68% (119 чел) и 32% (56 чел.) не имели в анамнезе ИМ. Градации ЖЭС III-V степени у лиц с первичным ОИМ составили 47%, у больных с повторным ОИМ - 45%, а у лиц без ОИМ - 51% ($p > 0.05$).

При анализе частоты ФР установлено, что мужчины с ОИМ в анамнезе и ЖЭС курят больше женщин (33,1% против 9,1%, $p < 0.03$). Не выявлено достоверных различий в частоте ЖЭС в зависимости от ИМТ у мужчин и женщин в группах с ЖЭС и ИМ в анамнезе: при ИМТ менее 25,0 кг/м² частота ЖЭС составила 21,7% и 18,3%, при ИМТ 25,0 - 29,9 кг/м² - 43,4% и 40,6%, а при ИМТ 30,0 кг/м² и более - 34,8% и 41,1% соответственно. У больных с артериальной гипертензией ЖЭС III-V градации составили 47%, а у лиц без АГ - 63% ($p < 0.05$).

Заключение Наиболее значимыми факторами, влияющими на развитие желудочковых экстрасистол являются курение и артериальная гипертензия. Не установлено влияния типа инфаркта миокарда, массы тела и пола больных на тяжесть желудочковых нарушений ритма.

0450

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОНЦЕНТРАЦИЯ ФЕТАЛЬНОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Левитан Б. Н., Касьянова Т. Р., Титаренко Ю. Б.

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

Цель: установить частоту встречаемости легочной гипертензии (ЛГ) и изменений уровня фетального гемоглобина (HbF) - маркера тканевой гипоксии у взрослых при циррозах печени (ЦП).

Материалы и методы: обследовано 135 больных ЦП в возрасте от 30 до 60 лет. Контрольная группа (КГ) - 20 практически здоровых доноров. Всем больным проводилась эходоплеркардиография на ультразвуковом сканере «Logic-500» (США) конвексным датчиком 3,5 МГц с определением среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) и ее диаметра (ДЛА). Для количественного анализа HbF использовали способ ракетного электрофореза в агаровом геле с моноспецифическими антисыворотками к HbF, полученными на кафедре биохимии АГМУ и прошедшими строгий контроль чистоты и специфичности.

Результаты: Выявлено увеличение средних значений СрДЛА у больных ЦП класса «В» и «С» по Child-Pugh по сравнению с КГ, соответственно - $24,2 \pm 2,4$ мм.рт.ст. и $25,7 \pm 3,5$ мм.рт.ст. против $16,2 \pm 4,4$ мм.рт.ст в КГ ($p < 0,05$). Аналогичные тенденции отмечены и в отношении ДЛА, соответственно $24,2 \pm 3,4$ мм и $25,1,2 \pm 4,4$ мм против $18,2 \pm 2,4$ мм ($p = 0,04$). Было установлено, что СрДЛА выше 25 мм.рт.ст. наблюдалось у 7,5% больных ЦП класса «А», 16,8% - класса «В» и 25% - класса «С» по Child-Pugh. У 5 больных ЦП класса тяжести «С» по Child-Pugh отмечено повышение СрДЛА до 32 мм.рт.ст. и дилатация ствола легочной артерии до $27,1 \pm 1,4$ мм.

Медиана показателя HbF у больных ЦП составила 3,0 [2; 4,5] г/л, что было достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в КГ - 2,4 [1,4; 2,9] г/л. У лиц с СрДЛА > 25 мм.рт.ст., составивших 17,3% от общей группы больных ЦП медиана показателей HbF составила 3,26 [2,8; 5,2] г/л, в то время как в подгруппе с СрДЛА \leq 25 мм.рт.ст. - 2,81 [1,8; 3,8] г/л ($p < 0,05$). Установлена прямая корреляционная связь между значениями HbF и СрДЛА ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Анализ содержания HbF у больных ЦП в соответствии с классами тяжести по Child-Pugh выявил статистически достоверные различия только между подгруппами «А» и «С» ($H = 6,09$, $p = 0,04$). У пациентов, отнесенных к классу «А» наблюдались самые низкие значения HbF - 2,7 [1,3; 3,6] %, в то время как у пациентов классов «В» и «С» они составили 3,13 [2,3; 4,9] г/л и 3,32 [2,5; 5] г/л.

Заключение При ЦП встречается ЛГ, формирование которой связано с гемодинамическими нарушениями в портальной системе и синдромом портальной гипертензии. Развитие ЛГ чаще встречалось при выраженной портальной гипертензии, преимущественно у больных ЦП класса «С». Увеличение при ЦП уровня HbF имеет связь с ЛГ, которая может приводить к нарушению оксигенации крови и к развитию тканевой гипоксии. HbF, являясь маркером тканевой гипоксии, способствует лучшей адаптации, чем Hb взрослого организма к хронической гипоксии, что, в частности, наблюдается при ЦП.

0451

СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ АРИТМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА: ЗНАЧЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Легконогов А. В.

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

Цель: Стратификация риска внезапной смерти аритмического генеза (ВСАГ).

Материалы и методы: Обследовано 537 больных, в том числе 388 мужчин и 149 женщин, средний возраст $43,7 \pm 0,6$ года в возрастном диапазоне 14-63 года. У 48 пациентов диагностирована дилатационная, 69 - гипертрофическая кардиомиопатия, у 40 - миокардит, 125 - приобретенные, 47 - врожден-

ные пороки сердца, 88 - хроническая ИБС, 71 - артериальная гипертензия, 36 - аномалии хордального аппарата левого желудочка (ЛЖ), 12 - редкие заболевания и поражения сердца (в 7 наблюдениях - доброкачественные опухоли сердца, 3 - тупая травма, 2 - после трансплантации сердца). Наряду с оценкой клинико-anamnestических данных больным проводились сигнал-усредненная (СУ) ЭКГ для выявления поздних потенциалов желудочков (ППЖ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ с изучением вариабельности ритма сердца (ВРС) и дисперсии интервала QT, доплер-эхокардиография.

Результаты: С помощью многофакторного дискриминантного анализа было установлено, что риск ВСАГ достоверно определялся наличием эпизодов желудочковой тахикардии (ЖТ) (λ Уилкса=0,8458292, $p<0,01$), ППЖ ($\lambda=0,8433246$, $p<0,01$) и увеличением индекса конечно-систолического объема ЛЖ ($\lambda=0,8028703$, $p<0,05$). Наличие ППЖ в сочетании с документированными эпизодами ЖТ позволяло предсказать ВСАГ с диагностической чувствительностью (ДЧ) 82% при диагностической специфичности (ДС) 98%. Близкие к этим значения ДЧ и ДС получались при сочетании ППЖ с низкой (менее 40%) фракцией выброса (ФВ) ЛЖ (соответственно 86% и 98%) и дилатацией полости ЛЖ (соответственно 89% и 98%). Обнаружение ППЖ в сочетании со снижением ВРС (SDNN <50 мс) характеризовалось высокой ДЧ (97%) в отношении риска ВСАГ при низкой ДС (55%). Одновременное выявление ППЖ, эпизодов ЖТ при ФВ ЛЖ менее 40% существенно не улучшало ДЧ (82%) и несколько увеличивало ДС (99%). Аналогичные показатели ДЧ и ДС регистрировались при сочетании ППЖ, ЖТ и дилатации полости ЛЖ (соответственно 84% и 99%). Сочетание ППЖ, ЖТ и сниженной ВРС увеличивало ДЧ до 100% при относительно невысокой ДС 91%. Наличие ППЖ, эпизодов ЖТ, ФВ ЛЖ менее 40% и дилатации полости ЛЖ позволяли предсказать риск ВСАГ с ДЧ 88% и ДС 99%. Сочетание ППЖ, ЖТ, низких значений ФВ ЛЖ и ВРС характеризовались 100% ДЧ и ДС 87%. И, наконец, выявление ППЖ, эпизодов ЖТ, низкой ФВ ЛЖ, дилатации полости ЛЖ и сниженной ВРС предопределяло высокий риск ВСАГ со 100% ДЧ и 100% ДС.

Выводы: Проведение комплекса неинвазивных исследований, в том числе СУ ЭКГ для регистрации ППЖ, ХМ ЭКГ, изучение ВРС, определение показателей структурно-функционального состояния сердца, обеспечивает возможность раннего выявления больных с повышенным риском ВСАГ.

0452

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Легконогов А. В., Легконогова Л. Г.

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

Цель: Установить частоту выявления, дифференциально-диагностические критерии, клиническое и прогностическое значение некомпактного миокарда левого желудочка (НМЛЖ) у обследованных больных.

Материалы и методы: Проведены клиническая оценка и анализ собственных результатов 31000 доплер-эхокардиографических исследований. Диагностическими критериями НМЛЖ считали соотношение некомпактного и компактного слоёв миокарда более 2:1 при наличии множественных сообщающихся с полостью левого желудочка (ЛЖ) трабекул с глубокими межтрабекулярными пространствами. НМЛЖ выявлен у 36 (0,12% от общего количества обследованных), в том числе у 25 мужчин и 11 женщин (средний возраст 46,3±2,9 лет в возрастном диапазоне 16-75 лет). Средний срок наблюдения составил 24,2±6,2 месяца.

Результаты: Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ), для которого характерны губчатая структура, избыточная трабекулярность с формированием нормального и некомпактного слоёв, снижение сократительной способности миокарда, принято относить к группе неклассифицируемых кардиомиопатий. В 31 случае НМЛЖ был выявлен у больных с изначально диагностированными кардиомиопатиями (22 мужчины и 9 женщин, средний возраст 48,4±3,2 лет), в том числе у 24 пациентов с дилатационной, 6 – ишемической, 1 – гипертрофической кардиомиопатией. Показатели структурно-функционального состояния сердца у данной категории больных характеризовались выраженными

ми дилатацией и снижением сократительной способности миокарда ЛЖ. Так, конечно-диастолический (КДР) размер ЛЖ составил в среднем $7,0 \pm 0,2$ см, ФВ ЛЖ – $30,2 \pm 2,8\%$. Тромбы в полости ЛЖ были выявлены у 9 пациентов, в 3 случаях отмечалась рецидивирующая желудочковая тахикардия, в 10 наблюдениях – полная блокада левой ножки пучка Гиса, у 5 больных – атриовентрикулярная блокада I-II степени. У 5 пациентов НМЛЖ сочетался с врожденными пороками сердца (ВПС) (3 мужчин и 2 женщины, средний возраст $33,2 \pm 6,0$ лет) – в 2 наблюдениях это был двустворчатый аортальный клапан с тяжелой аортальной недостаточностью, 1 – аневризма легочной артерии, 1 – атрезия легочной артерии в сочетании с дефектом межжелудочковой перегородки, 1 – декстрокардия в сочетании с открытым атриовентрикулярным каналом. При этом КДР ЛЖ в среднем составил $6,6 \pm 0,8$ см, ФВ ЛЖ – $48,6 \pm 3,4\%$, что также свидетельствует о преобладающем ремоделировании миокарда ЛЖ по дилатационному типу с умеренным снижением его сократительной способности. За период наблюдения умерли 10 больных дилатационной кардиомиопатией, 2 пациента с ВПС; 1 пациентке была проведена трансплантация сердца.

Выводы: Таким образом, у обследованных больных диагноз НМЛЖ первично не был установлен. Предполагается, что у больных кардиомиопатией, в большинстве случаев дилатационной, НМЛЖ был изолированной патологией, представляющей самостоятельную нозологическую форму. Что касается больных с ВПС, то здесь развитие НМЛЖ, по-видимому, чаще является сопутствующим процессом. Трудности диагностики могут быть обусловлены недостаточной информированностью практикующих врачей об этой редкой патологии и несовершенными возможностями применения современных инструментальных методов исследования. Прогноз у таких пациентов обычно неблагоприятный и зависит от класса сердечной недостаточности, выраженности ремоделирования миокарда, тромбоэмболических осложнений, нарушений ритма и проводимости сердца.

0453

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА И ДИЛАТАЦИИ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Легконогов А. В., Резанова Н. В.

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

Цель: Определение диагностической информативности электрокардиографических (ЭКГ) критериев гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) для дифференциации истинных гипертрофии миокарда (ГМ) и дилатации полости (ДП) ЛЖ.

Материалы и методы: исследования. Обследовано 353 пациента, в том числе 82 с артериальной гипертонией, 42 - ИБС, 88 больных дилатационной, 62 - гипертрофической кардиомиопатией, 59 - приобретенными пороками сердца, 20 пациентов с миокардиофиброзом; контрольную группу составили 99 практически здоровых лиц. Наряду с амплитудными и балльными ЭКГ критериями гипертрофии миокарда ЛЖ использовались данные сигнал-усредненной (СУ) ЭКГ. В качестве верифицирующего метода оценки показателей структурно-функционального состояния сердца использовались результаты эхокардиографии (ЭхоКГ): граничными критериями истинной ГМ ЛЖ считали значения индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ ≥ 125 г/м² для мужчин и ≥ 112 г/м² для женщин, критерием ДП ЛЖ - индекс конечно-диастолического объема ЛЖ ≥ 110 мл/м².

Результаты: ГМ и (или) ДП ЛЖ по данным ЭхоКГ выявлены у 271 пациента, в том числе у 176 - изолированная ГМ ЛЖ, 58 - ДП в сочетании с ГМ ЛЖ, 37 - изолированная ДП ЛЖ. Наиболее чувствительными ЭКГ критериями ГМ ЛЖ явились произведения Sokolow-Lyon (SV1xRV(5-6)) (58,8%) и Cornell (RaVLxSV3) (50,5%), специфичными - критерии Gubner-Underleider (RI+SIII) (100%), Sokolow-Lyon (SV1+RV(5-6)) (94,8%) и амплитуда RaVL (96,1%). При дифференциальной диагностике ГМ ЛЖ и ДП ЛЖ более информативными в отношении ГМ ЛЖ были положительные вольтажные критерии Gubner-Underleider и Sokolow-Lyon, тогда как в пользу ДП ЛЖ свидетельствовал положительный критерий произведения

Cornell. Наиболее информативными для ДП ЛЖ оказались оба критерия Cornell (сумма и произведение) и балльный критерий Romhilt-Estes при отсутствии других положительных критериев гипертрофии ЛЖ. Площадь под кривой последних 40 мс векторной магнитуды СУ ЭКГ (RMS40) при ДП ЛЖ была достоверно ниже, чем у больных с ГМ ЛЖ ($34,7 \pm 3,8$ против $44,4 \pm 1,7$ мкВ; $p < 0,01$), тогда как показатели СУ ЭКГ fQRS и LAS при ГМ и ДП ЛЖ существенно не различались.

Заключение Изученные ЭКГ критерии гипертрофии ЛЖ в целом соответствуют увеличению ИММ ЛЖ. Обнаружение положительных ЭКГ критериев гипертрофии ЛЖ в сочетании с менее выраженными амплитудными изменениями в большей степени характерно для ДП ЛЖ. При наличии ДП ЛЖ чувствительность ЭКГ критериев гипертрофии ЛЖ снижается по мере уменьшения ИММ ЛЖ. Изменения показателей СУ ЭКГ могут рассматриваться в качестве дополнительного дифференциально-диагностического ЭКГ критерия ГМ и ДП ЛЖ.

0454

СТРУКТУРНАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Легконогов А. В., Соколовская Е. А., Легконогов А. А.

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

Цель: Оценка изменений структурно-функционального состояния сердца при занятиях спортом по данным доплер-эхокардиографии (Д-ЭхоКГ) с учетом электрокардиографических данных и уровня спортивной квалификации.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов обследования 512 спортсменов (437 мужчин и 75 женщин, средний возраст $20,4 \pm 0,2$ года в возрастном диапазоне 15-40 лет) с использованием Д-ЭхоКГ, ЭКГ в динамике, холтеровского мониторирования ЭКГ. Соревновательным спортом и спортом высоких достижений занимались 179 человек, в том числе 21 мастер спорта международного класса, 59 мастеров спорта, 45 кандидатов в мастера спорта, 54 перворазрядника; 333 человека занимались любительским спортом.

Результаты: Структурная патология сердца была установлена у 130 спортсменов, что составило 25,4% от всех обследованных; у 307 атлетов (60,0%) патологии сердечно-сосудистой системы не было выявлено. Синдром «спортивного сердца», диагностированный у 75 атлетов (14,6% обследованных), по сравнению со здоровыми спортсменами характеризовался относительной брадикардией (ЧСС в покое $58,2 \pm 1,9$ в 1 мин. против $63,6 \pm 0,8$), увеличением размеров полости левого желудочка (ЛЖ) по данным Д-ЭхоКГ (конечно-диастолический размер $5,63 \pm 0,03$ см против $5,06 \pm 0,02$ см), увеличением размеров полостей левого предсердия и правого желудочка (соответственно $3,73 \pm 0,04$ см против $3,36 \pm 0,02$ см и $2,37 \pm 0,04$ см против $2,03 \pm 0,02$ см), толщины свободной стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки (соответственно $0,87 \pm 0,01$ см против $0,78 \pm 0,01$ см и $0,90 \pm 0,02$ см против $0,80 \pm 0,01$ см) (различия всех показателей между сравниваемыми группами достоверны при $p < 0,01-0,001$). Среди 75 пациентов со «спортивным сердцем» преобладали спортсмены высокой квалификации (10 мастеров спорта международного класса, 31 мастер и кандидат в мастера спорта – 54,6%), тогда как среди представителей любительского спорта их было всего 34 из 333, что составило 10,2% ($p < 0,001$). Чаще всего «спортивное сердце» диагностировалось у представителей видов спорта, связанных с высокоинтенсивной и высоко-статической нагрузкой (велоспорт – 35,7%, бег на длинные дистанции – 27,6%, пауэрлифтинг – 25,0%). У пациентов со «спортивным сердцем» наблюдались разнообразные нарушения ритма, в том числе неустойчивая желудочковая тахикардия в 1 случае, частая желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия соответственно в 20 и 16 наблюдениях, миграция водителя ритма в 24 случаях, и проводимости сердца (атриовентрикулярная блокада I ст. у 12 спортсменов, II ст. (тип Mobitz I) – у 6 спортсменов, полная блокада правой ножки п.Гиса – в 3 случаях, синдром ранней реполяризации желудочков в 9 наблюдениях). В остальных 130 случаях были диагностированы аномалии хордального аппарата сердца (45), систолический пролапс створок митрального клапана I ст. в 11 наблюдениях, II ст. – у 2 спортсменов, латентный и манифестирующий синдром WPW (соответственно 7 и 3 на-

блюдения). У 15 спортсменов были впервые выявлены врожденные пороки сердца с минимальными нарушениями внутрисердечной гемодинамики, в том числе в 9 наблюдениях незначительный стеноз легочной артерии, в 5 случаях - вторичный дефект межпредсердной перегородки, в 2 наблюдениях - двустворчатый аортальный клапан. У одного спортсмена (футболист, мастер спорта) была выявлена неустановленная ранее гипертрофическая кардиомиопатия.

Выводы: Таким образом, состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов может варьировать в широких пределах, что требует тщательного и продуманного врачебного подхода перед окончательным заключением о допуске или отстранении спортсмена от тренировок и состязаний.

0455

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Легконогов А. В., Легконогова Л. Г.

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

Цель: Своевременная диагностика опухолей сердца является определяющим фактором успешного лечения этих больных. Целью настоящей работы послужили базирующиеся на собственных наблюдениях представление и систематизация данных о клинической картине и основных диагностических признаках новообразований сердца.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов клинического и доплер-эхокардиографического обследования 40 больных с впервые выявленными новообразованиями сердца.

Результаты: Частота выявления опухолей сердца составила 0,06% от общего количества обследованных. В 38 наблюдениях диагностированы доброкачественные новообразования сердца. Чаще всего, в 26 наблюдениях, встречались миксомы левого предсердия, типично исходящие на ножке из межпредсердной перегородки и в различной степени пролабирующие в диастолу в полость левого желудочка между створок митрального клапана. В большинстве случаев клиническая картина заболевания была неспецифической и характеризовалась различной степенью выраженности одышкой при физической нагрузке, экстрасистолией, персистирующей фибрилляцией предсердий, в 2 наблюдениях пресинкопальными состояниями. У 1 пациента 4 годами ранее до запоздало распознанной миксомы левого предсердия предшествовал обширный ишемический инсульт и тромбоз бедренной артерии, очевидно, вследствие эмболии частичками фрагментированной миксомы. У 6 больных была диагностирована миксома правого предсердия, в 1 случае это был рецидив через 4 года после операции по ее удалению. Все пациенты после установленного диагноза миксомы предсердий были успешно оперированы с морфологическим подтверждением диагноза. В одном случае миксома левого предсердия оказалась злокачественной с неконтролируемым её ростом после хирургического иссечения. У 2 больных в качестве эхокардиографической находки была выявлена доброкачественная опухоль левого желудочка, в одном наблюдении предположительно фиброма, в другом папиллома, в обоих случаях бессимптомная, Оперативного лечения этим пациентам не проводилось, при динамическом наблюдении размеры опухоли не увеличивались. В 1 наблюдении была диагностирована предположительно доброкачественная опухоль правого желудочка, не подтвержденная морфологически. У 1 пациента с гипернефромой левой почки была выявлена метастатическая опухоль правого предсердия.

Выводы: Анализ диагностических возможностей традиционных клиничко-анамнестических и инструментальных методов обследования больных с новообразованиями сердца свидетельствует об их различной значимости и демонстрирует преимущества прижизненной диагностики данной патологии с помощью ультразвукового исследования. Допплер-эхокардиография обеспечивает точную и своевременную диагностику опухолей сердца, в частности, предоставляя возможность регистрировать в реальном масштабе времени размеры и форму новообразований, подвижность, соотношение с клапанным аппаратом сердца, выраженность нарушений внутрисердечной гемодинамики, что позволяет на раннем этапе обследования установить правильный диагноз и выработать оптимальную хирургическую тактику лечения.

0456

ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ КАК ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Леонова Е. И., Шехян Г. Г., Задионченко В. С., Адашева Т. В., Павлов С. В.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава РФ, Москва

Цель: изучить параметры жесткости сосудистой стенки у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и фибрилляцией предсердий (ФП) в сравнении с больными ХОБЛ без ФП. А также оценить значимость жесткости сосудистой стенки как возможного предиктора возникновения ФП у больных ХОБЛ.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 50 больных с ХОБЛ II-IV стадии (вне обострения) с пароксизмальной формой ФП, контрольную группу составили 50 пациентов с ХОБЛ II-IV стадии (вне обострения) без ФП. Критериями не включения в исследование было наличие ишемической болезни сердца, кардиомиопатии, синдрома слабости синусового узла, пороков сердца, сахарного диабета. Всем больным проводилось суточное мониторирование электрокардиографии, артериального давления с измерением жесткости сосудистой стенки, эхокардиографическое исследование.

Результаты: группы были сопоставимы по полу, длительности течения ХОБЛ, индексу курения. Для больных обеих групп была характерна артериальная гипертензия, при этом длительность ее течения и уровень АД был сопоставим между группами. У больных ХОБЛ с ФП наблюдалась большая вариабельность систолического артериального давления в ночное время и превалировали больные с патологическими суточными профилями артериального давления. Это, свидетельствует о большей активации симпато-адреналовой и ренин - ангиотензин - альдостероновой систем, вероятно, на фоне более выраженной гипоксии. При оценке параметров жесткости сосудистой стенки было выявлено статистически значимое повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте (срPWao, м/с) 12,5 (11,55;13,97) – в группе с ФП и 11,4 (10,67;12,55) в контрольной группе, $p < 0,001$, а также увеличение времени распространения отраженной волны и амбулаторного индекса ригидности артерий ($p = 0,03$ и $0,018$ соответственно). При проведении корреляционного анализа параметров жесткости сосудистой стенки с частотой пароксизмов ФП за сутки была выявлена статистически значимая взаимосвязь со срPWao ($R = 0,388$, $p = 0,023$). Также была выявлена достоверная корреляционная связь срPWao с размерами левого предсердия ($R = 0,569$, $p < 0,001$) и базальным диаметром правого желудочка ($R = 0,535$, $p < 0,001$), которые также коррелировали с частотой пароксизмов.

Выводы: статистически значимое увеличение времени распространения отраженной волны и амбулаторного индекса ригидности артерий делают их факторами риска развития ФП у больных ХОБЛ. А статистически значимое повышение срPWao у больных с аритмией и достоверная корреляционная связь с количеством пароксизмов ФП дает возможность использовать данный параметр как предиктор возникновения данного вида аритмии у больных ХОБЛ. При этом, статистически значимая корреляционная связь срPWao с параметрами ремоделирования миокарда свидетельствует о влиянии жесткости сосудистой стенки на развитие ФП у больных ХОБЛ.

0457

ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА, В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Леушина Е. А.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров, Россия

Цель: Изучить показатели свертывающей системы крови у пациентов с патологией желудка, в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование, обследовано 60 пациентов с патологией желудка, в сочетании с АГ, 40 мужчин и 20 женщин, находившихся на лечении в терапевтической клинике. Контрольная группа- 30 человек с патологией желудка без АГ. 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.

Результаты: Особенности изменений показателей свертывающей системы крови у пациентов с патологией желудка в сочетании с АГ в основной и контрольной группах: фибриноген- 3,0 [2,6; 3,5] и 2,2[2,1; 2,8] (p-0,000001), протромбиновый индекс- 98,0 [95,0;100,5] и 96,0[79,0; 112,0] (p-0,23), время свертывания крови по Сухареву (начало)- 4,2[3,9; 4,7] и 3,0[2,6; 3,5] (p-0,000001), время свертывания крови по Сухареву (конец)- 4,8[4,5;5,4] и 3,5[3,5;4,2] (p-0,000001).

Выводы: Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии изменений показателей свертывающей системы крови у пациентов с патологией желудка, в сочетании с артериальной гипертонией. Достоверно значимыми из них являются повышение уровня фибриногена и удлинение времени свертывания крови. Все это говорит о необходимости учета данных факторов врачами-клиницистами при проведении профилактической и лечебной работы с данными пациентами.

0458

КАКИЕ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧИТАЮТ РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Линчак Р. М.¹, Комков Д. С.¹, Недбайкин А. М.³, Компаниец О. Г.², Королева А. Е.², Юсова И. А.³

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

² – Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г. Краснодар

³ – ГАУЗ «Брянский областной кардиологический диспансер», г. Брянск

Цель: изучить реальную практику назначения НОАК для профилактики инсульта и системных эмболий у больных с ФП.

Материалы и методы: Проведено анонимное анкетирование 382 врачей (терапевтов и кардиологов) трех регионов РФ: г. Москвы, г. Краснодара и г. Брянска. Анализировалась частота назначения различных антикоагулянтных препаратов, а также причины, ограничивающие применение НОАК.

Результаты: Подавляющее большинство респондентов (85%) считают варфарин препаратом выбора для профилактики инсульта при ФП. Незначительное количество врачей указывают, что таковым может считаться один из НОАК – дабигатран (7%) или ривароксабан (5%). Небольшая доля опрошенных отдадут свое предпочтение фенилину (2%) или синкумару (1%). В 297 анкетах были указаны причины, которые, по мнению респондентов, ограничивают применение НОАК в широкой клинической практике. 59% врачей считают высокую стоимость этих препаратов основным лимитирующим фактором, 14% отмечают отсутствие или недостаток знаний о НОАК, 11% не желают экспериментировать с новыми препаратами при наличии большого опыта применения варфарина, 9% опасаются сложностей контроля безопасности приема (учитывая отсутствие необходимости контроля МНО), а 7% респондентов утверждают, что НОАК не имеют преимуществ перед вафарином (или даже хуже него) в отношении безопасности и/или эффективности.

Выводы: В отличие от экспертов европейских и отечественных кардиологических ассоциаций, 85% российских врачей предпочитают варфарин новым АК при ФП. Основной причиной, ограничивающей широкое назначение НОАК, врачи считают их высокую стоимость, однако в каждом третьем

случае имеет место недостаточный уровень знаний или неверные сведения о НОАК, а также нежелание экспериментировать с ними.

0459

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Липнина Е. О., Соловьёв О. В., Онучина Е. Л., Метелёв И. С., Вихарева Ю. В.

ГБОУ ВПО Кировская ГМА МЗ РФ. Киров. Россия

Цель: Оценить истинную частоту острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов с острой фибрилляцией предсердий (ФП) в рутинной практике.

Материалы и методы: Обследованы 30 пациентов (19 женщин и 11 мужчин; возраст $64,1 \pm 8,4$ лет) с предварительным диагнозом при поступлении в стационар: нестабильная стенокардия на фоне острой ФП (давность аритмии менее 48 часов). После восстановления синусного ритма (спонтанное восстановление или путём электрической кардиоверсии), стабилизации состояния согласно клиническим рекомендациям Европейского общества кардиологов («Лечение острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST», 2011 г.) проведены нагрузочные тесты, такие как тест предсердной стимуляции (ТПС) и тредмилл-тест с целью верификации/исключения ИБС.

Результаты: В исследуемой группе выявлены следующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: курение 17%; злоупотребление алкоголем 3%; дислипидеми 73%; ожирение или избыточная масса тела 70%; сахарный диабет 2 типа 17%; установлены сопутствующие заболевания, которые могут имитировать ОКС: остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника 20%; заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, гастрит, ГЭРБ) 23%; заболевания легких (БА, ХОБЛ) 17%. В исследуемой группе 17 пациентов поступили с впервые выявленной ФП (57%) и 13 больных с наличием ФП в анамнезе (43%). Типичная клиника ОКС (давящая боль и дискомфорт за грудиной) присутствовала у 24 пациентов (80%), у 6 больных наблюдалась атипичная клиника (общая слабость, сердцебиение) (20%). Ишемические изменения на ЭКГ на фоне острой ФП (депрессия сегмента ST, инверсия зубцов T) присутствовали у 19 пациентов (63%). После проведения нагрузочных тестов ИБС исключена у 60% пациентов ($n=18$) (тредмилл-тест отрицательный у 33%, ТПС отрицательный у 27%) и подтверждена у 40% ($n=12$) ($p < 0,05$).

Выводы: Возможна гипердиагностика ОКС у пациентов с острой ФП, что требует проведения в сомнительных случаях максимально доступной диагностики и верификации ИБС.

0460

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ P38 МАРК В МИОКАРДЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Лискова Ю. В.¹, Саликова С. П.²

ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург¹;

ФГК ВОУ ВПО «ВМА им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия²

Цель: изучить влияние гендерных особенностей на выраженность экспрессии p-38a МАРК (p-38a) в миокарде левого желудочка (ЛЖ) крыс в условиях экспериментальной сердечной недостаточности (ЭСН).

Материалы и методы: Исследование проводилось на половозрелых крысах-самцах (n=20) и самках (n=20). 30-и опытным животным, из них 10 самок через 2 мес после билатеральной овариоэктоми (ОЭ), моделирована ЭСН путем подкожного введения 0,1 мл 1% раствора мезатона с последующим плаванием до глубокого утомления в течение 14 сут. 5 самцов и 5 самок - контрольная группа. Миокард ЛЖ изучен светооптическим, иммуноцитохимическим (оценка экспрессии p-38 MAPK) и морфометрическими методами. Оценку локализации и интенсивности иммунной реакции проводили полуколичественным методом +/-+++ в случайно выбранных полях зрения под микровизором mVizo-101: (-) нет иммунопозитивных кардиомиоцитов (ИКМЦ); (+) легкая, 1-4 ИКМЦ; (++) умеренная, более 5 ИКМЦ; (+++) высокая иммунореактивность, почти все сердечные миоциты иммунопозитивны.

Результаты: В миокарде ОЭ крыс преобладали КМЦ с измененными морфологическими и тинкториальными свойствами. На 14 сут ЭСН в миокарде ЛЖ ОЭ крыс установлено более значимое увеличение диаметра (d) КМЦ на 15,9% и их ядер, увеличение ОП стромы и ОП КМЦ 1,5 раза, что согласуется с данными крыс-самцов с ЭСН по сравнению с группой 2 мес гипозэстрогении. В миокарде самок с ЭСН без ОЭ значительно реже встречались участки с неоднородным окрашиванием сердечных мышечных волокон, гипертрофированные КМЦ по сравнению с другими опытными группами. При иммуноцитохимическом исследовании миокарда ЛЖ у крыс всех групп были обнаружены КМЦ с различной степенью активности p-38a. У животных обоего пола контрольных групп больше встречалось КМЦ с умеренной степенью активности +/-+++/+++ (20/60/20%) p-38a. Рост синтеза p-38a наблюдался у ОЭ крыс и значимое увеличение экспрессии p-38a наблюдалось в группах самок с ОЭ и ЭСН ++/+++ (30/70%) и самцов с ЭСН ++/+++ (50/50%). Умеренная активность p-38a отмечалась у самок с ЭСН без ОЭ +/-++ (50/50%). Установлено, что участки с умеренной экспрессией p-38a в опытных группах сопровождалось меньшим интерстициальным отеком, гемодинамическими нарушениями, значимым уменьшением количества гипертрофированных КМЦ (p<0,05).

Выводы: Роль дефицита женских половых гормонов в инициации и прогрессировании сердечной недостаточности у женщин в постменопаузе остается дискуссионной. Мы показали, что в условиях ЭСН на фоне существенной реорганизации КМЦ и внеклеточного матрикса происходило увеличение в миокарде экспрессии p38a, со значимым увеличением у самцов с ЭСН по сравнению с самками с ЭСН без ОЭ. Данный факт трактуется нами как кардиопротективный эффект женских половых гормонов на миокард. Таким образом, результаты нашей работы демонстрируют гендерные особенности экспрессии синтеза p38 MAP-киназы, участвующей в процессах ремоделирования сердца.

0461

ТРАНСЛЯЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Лифшиц Г. И., Кох Н. В., Слепухина А. А., Ефендиева Е. А.

Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Трансляционные исследования – инструмент трансляционной медицины – предусматривают ускоренный перенос в клиническую практику результатов фундаментальных исследований. Основной причиной смертности по-прежнему является патология сердца и сосудов, поэтому целью данного исследования является разработка методов оценки эффективности кардиологического лечения, в частности пациентов с артериальной гипертензией.

Гипертоническая болезнь (ГБ) - первичная гипертензия - с генетической точки зрения является многофакторным заболеванием, для которой, кроме средовых этиологических факторов, известны генетические маркеры, влияющие на индивидуальный риск.

Целью нашей работы являлась проверка ассоциаций функциональных полиморфных вариантов генов, продукты которых участвуют в регуляции сосудистого тонуса, с гипертонической болезнью у пациентов моложе 50 лет, проживающих в Сибирском регионе (Новосибирск, Иркутск).

Выполнен обзор литературы, выбраны полиморфные локусы, которые были ассоциированы с гипертензией в нескольких исследованиях зарубежных авторов. Ведется набор образцов ДНК пациентов с гипертонической болезнью и известными клиническими параметрами. На данный момент выборка

составляет 48 пациентов с ГБ и 24 пациента без эпизодов повышения артериального давления, группы сопоставимы по полу и возрасту. Обе группы пациентов прогенотипированы методом ПЦР по следующим полиморфным локусам: rs4646994 ACE, rs4961 ADD1, rs1801253 ADRB1, rs1801253 AGT, rs5186 ATGR1, rs1403543 ATGR2, rs1799998 CYP11B2, rs5065 hANP, rs1799983 NOS3(e), rs5443 GNB3. Была выявлена ассоциация генотипа T/T rs5443 гена GNB3 с дебютом гипертонической болезни в возрасте моложе 50 лет, у пациентов Западной Сибири (Odds_ratio=3.5 C.I.=[1.544-7.868] chi2=9.61 p=0.002). Носительство аллеля С являлось протективным признаком. По другим полиморфным локусам достоверных ассоциаций не получено. По данным литературы, полиморфный локус rs5443 гена GNB3, приводил к повышению активности G-белка, который вовлечен в процессы передачи сигнала с поверхности клеток, от рецепторов регулирующих сосудистый тонус, например, адренорецепторов. Вероятно, присутствие генотипа T/T приводит к усилению сосудосуживающих реакций в ответ на стресс. Генотипирование пациентов по полиморфному локусу rs5443 может быть полезно для выявления лиц с высоким риском ГБ, с целью дальнейшей индивидуальной профилактики.

На следующем этапе работы будет проводиться сопоставление этих результатов с состоянием здоровья пациентов; дополнительное кардиологическое дообследование пациентов с выявленными полиморфизмами в генах предрасположенности к патологии сосудистой стенки. Далее будут разрабатываться рекомендации по персонализированной профилактике и лечению заболеваний с учётом особенностей генотипа.

Работа выполняется в рамках Госконтракта, номер соглашения 14.607.21.0066, уникальный идентификатор проекта RFMEFI60714X0025.

0462

ОСНОВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ

Лищук В. А.¹, Газизова Д. Ш.¹, Лобачёва Г. В.¹, Никитин Е. С.¹, Сокольская Н. О.¹, Сазыкина Л. В.¹, Шляхто Е. В.²

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва1

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» МЗРФ, Санкт-Петербург2

Приложения математики к диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний за последние годы стали неотъемлемой и значимой частью кардиологии. В своём большинстве они носят частный характер. Например, это оперативный анализ мониторингового контроля в БИТ и операционных, первичная обработка данных УЗИ, ЭхоКГ, КТ, МРТ, технологии индивидуальной терапии и персональной диагностики, и многие другие методы и средства. Вместе с тем, перечисленные направления не имеют общей теоретической основы, более того, их получение и использование административно разобщено, а количественные показатели, полученные разными методами, не совпадают.

Цель: обобщить те исходные посыпки перечисленных достижений, которые являются основополагающими, обусловили переход к клинической практике. С этой целью мы проанализировали ту часть моделей и методов, которые применяются для диагностики и лечения, и результаты которых отражают верифицированный клинический материал. К таким результатам относятся доказательная медицина, геномика, технология индивидуальной терапии, функциональная диагностика, видеодиагностика (ЭхоКГ, МРТ, ангиография и т.п.), анализ ЭКГ, РПГ, стресс-тесты и т.п. Этот анализ позволил выделить наиболее значимые общие отношения.

1. Закономерности сердца и сосудов: гетеро- и гомеометрические зависимости, отношения Хила и Франка, оценки сократимости (например, по Зонненблику), оценки диастолической активности (например, по Андрееву), хронотропные отношения, например, по Баевскому, гидродинамические характеристики (начиная с Эйлера), размеры сердца, сосудов и их стенок, регуляцию тканевого кровотока, взаимозависимости сосудистого сопротивления, тонуса ёмкостных сосудов и ОЦК, и т.п.

2. Согласование этих функциональных характеристик с морфологической структурой полостей сердца и их изменением в процессе сокращения и расслабления миокарда (СИ с КДР; ФИ с НКС и т.п.).

3. Влияние пульсации потока крови на эпителий и стенты, естественные и искусственные клапаны, бляшки, кровотоочивость.

4. Биохимические и биофизические характеристики (предикторы) и т.п.

5. Контроль этих функциональных и морфологических отношений системами органов, нейрогормональной и центральной регуляции, включая обмен, производство энергии, репарацию и регенерацию, а также медикаментозные и другие терапевтические и хирургические (диагностические вспомогательные) воздействия.

Заключение Основные составляющие - структура (морфология), функция (физиология), биохимия и биофизика, а также регуляция сердечно-сосудистой системы должны быть возможно более тесно согласованы, а объём их представления обусловлен потребностью терапии. Это позволит перейти от моделей кровообращения к многофункциональным моделям сердца, сосудов и обмена, включая СИ, АД, O₂, CO₂, мощность, ЦНС и т.п. Одновременно повысит детальность и целостность отображения сердечно-сосудистой системы и её нарушений в диалоговом общении врача с МИС, и, соответственно, адекватность диагностики и выбора терапии.

0463

УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лопина Е. А.¹, Бойко С. В.², Ксенофонотова М. А.², Либис Р. А.¹

ГБОУ ВПО ОрГМУ, Оренбург, Россия¹

Санаторий-профилакторий «Чайка» АО ПО «Стрела», Оренбург, Россия²

Цель: оценить изменения функционального состояния почек у пациентов с АГ в раннем и позднем восстановительных периодах ОНМК в зависимости от уровня АД.

Материалы и методы: Обследовано 88 человек с АГ, перенесших ОНМК. Из них 44 женщины и 44 мужчины (средний возраст исследуемой когорты – 58,8±9,5 лет). Обследование пациентов проводилось в раннем и позднем восстановительных периодах ОНМК (интервал между обследованиями составил 8 – 12 месяцев) и включало измерение офисного АД, определение мочевины и креатинина в крови с расчетом СКФ по формуле MDRD, определение отношения альбумина к креатинину в утренней порции мочи. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. За статистическую значимость принималось значение $p < 0,05$.

Результаты: Средние уровни офисного САД в раннем и позднем периодах ОНМК составили 133,0 [122,0;148,0] мм рт.ст. и 138,0 [121,0; 150,0] мм рт.ст., соответственно, ДАД 81,0 [74,0; 89,0] мм рт.ст. и 81,0 [73,0; 90,0] мм рт.ст., соответственно. Уровень мочевины в крови в раннем периоде достигал 5,6 [4,8;6,7] ммоль/л, в позднем восстановительном периоде 5,4 [4,6;7,1] ммоль/л ($p=0,07$). Уровень креатинина в крови в раннем и позднем периодах равнялся 83,4 [70,5;101,0] мкмоль/л и 82,0 [72,0;100,5] мкмоль/л, соответственно ($p=0,04$). СКФ от периода к периоду достоверно не изменялась с $72,5 \pm 19,1$ до $73,4 \pm 23,2$ мл/мин/1,73м² ($p > 0,05$). Отношение альбумина к креатинину в моче составило 31,0 [20,0;49,0] до 36,0 [27,0;48,0] мг/г, соответственно ($p=0,02$).

При проведении корреляционного анализа выявлена прямая связь средней силы между уровнем САД и уровнем креатинина в крови в позднем восстановительном периоде инфаркта мозга ($R=0,51$; $p=0,01$).

Выводы: с ростом АД отмечается ухудшение функционального состояния почек в позднем восстановительном периоде ОНМК. Необходимость контроля и коррекции АД в постинсультном периоде остается приоритетной задачей для защиты органов – мишеней.

0464

**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ,
СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА**

Лопина Е. А.¹, Либис Р. А.¹, Галактионова Л. И.², Вдовенко В. В.³, Тухфатуллина С. М.³,
Кубаткина Г. А.³

¹ГБОУ ВПО ОрГМУ, Оренбург, Россия

²ГБУЗ ГКБ№1, Оренбург, Россия

³Санаторий-профилакторий «Чайка» ОАО ПО «Стрела», Оренбург, Россия

Цель: определить приверженность к гипотензивной терапии у пациентов, страдающих артериальной гипертонией, после перенесенного мозгового инсульта, в зависимости от количества получаемых препаратов.

Материалы и методы: обследовано 87 человек, в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст которых составил $58,7 \pm 9,4$ лет), страдающих артериальной гипертонией и перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Все пациенты через месяц после перенесенного ОНМК на фоне гипотензивной терапии достигли уровня АД ниже 140/90 мм рт.ст. В зависимости от количества получаемых препаратов все пациенты были разделены на 3 группы: 31 (35,5%) пациент получал монотерапию. 28 (32,3%) человек получали комбинацию из 2 препаратов; комбинацию 3-х и более гипотензивных препаратов получали 28 (32,2%) больных. Всем пациентам проводилось измерение офисного АД и суточное мониторирование АД аппаратом BPLab через 1 месяц и 6 месяцев после перенесенного ОНМК. Приверженность к лечению определялась по количеству пациентов строго соблюдавших рекомендованный прием назначенных антигипертензивных средств.

Результаты: среднее офисное систолическое АД через 1 и 6 месяцев после ОНМК составило $136,05 \pm 19,08$ мм рт.ст. и $139,42 \pm 20,15$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$), диастолическое АД $81,2 \pm 13,6$ мм рт.ст. и $85,9 \pm 13,1$ мм рт.ст. ($p > 0,05$) соответственно. Среднее суточное САД через 1 и 6 месяцев после ОНМК составило $126,33 \pm 16,69$ мм рт.ст. и $132,09 \pm 13,67$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$) и ДАД – $75,9 \pm 10,3$ и $79,2 \pm 10,8$ мм рт.ст. ($p > 0,05$) соответственно. Через 6 месяцев наблюдения регулярно принимали назначенную антигипертензивную терапию 35 (40,2%) пациентов, при этом в группе монотерапии продолжают прием 11 (35,5%) больных, 17 (60,7%) человек получают двухкомпонентную терапию, 7 (25%) человек получают комбинацию из трех и более препаратов. 18 больных (20,7%) уменьшили количество назначенных препаратов по причине забывчивости или хорошего самочувствия. 11 пациентам (12,6%) количество принимаемых лекарств было увеличено участковыми терапевтами из-за опасности развития осложнений. 23 (26,5%) пациента, достигшие целевых уровней АД, перестали принимать медикаментозное лечение. 4 (17,4%) пациента, прекратившие прием гипотензивных средств, столкнулись с повторными сердечно-сосудистыми катастрофами.

Выводы: существует связь между количеством принимаемых препаратов и комплаентностью к медикаментозной терапии в лечении артериальной гипертонии.

0465

**АНАЛИЗ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ
ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ ПО 12-ОТВЕДЕНИЯМ
У ПАЦИЕНТОВ СО STEMI**

Лукьянова М. В., Душина Е. В., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: выявление поздних потенциалов желудочков (ППЖ) при телеметрической регистрации ЭКГ по 12 отведениям у пациентов на 1-2 сутки STEMI после фармако-инвазивной реперфузии.

Материалы и методы: в исследование включено 49 пациентов со STEMI в возрасте от 33 до 85 лет ($57,3 \pm 10,9$ лет): 42 мужчины (85,7%) и 7 женщин (14,3%). Всем пациентам, включенным в исследование, проводилась фармако-инвазивная реперфузия: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с установкой кобальт-хромовых стентов. Время от появления боли до начала ТЛТ составило 140 ± 21 мин, средний интервал «боль-ЧКВ» 415 ± 47 мин. В течение первых 24-48 часов после ЧКВ проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ по 12 отведениям с использованием комплекса «Астрокард-Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия). Использовался автоматический анализ ППЖ с автоматическим усреднением ЭКГ-сигнала и фильтрацией с шагом 40-250 Гц. Допустимый уровень шума: до 0,5 мкВ. Оценка наличия ППЖ проводилась на основании отклонения от нормы следующих показателей: ширина фильтрованного комплекса QRS (QRSf) $>114 - 120$ мс, продолжительность низкоамплитудных потенциалов (менее 40 мкВ) в конечной части (HFLA) >38 мс, среднеквадратичное значение последних 40 мс комплекса QRS (RMS) <20 мкВ.

Результаты: У 49 пациентов, включенных в исследование, получены следующие средние значения: QRSf 112 (103;128) мс, HFLA $34,14 \pm 14,44$ мс, RMS 25,1 (18;39,1) мкВ.

При дальнейшем анализе выделено 3 группы пациентов: 30 человек (61,2%), не имевших ППЖ, 11 пациентов (22,5%) с возможным наличием ППЖ, о чем свидетельствовало отклонение от нормы 2 из 3 показателей (QRSf, HFLA, RMS), третью группу составили 8 больных (16,3%), у которых выявлены отклонения от нормы всех трех показателей.

Выводы: у 38,8% больных со STEMI, получивших комбинированную (фармакологическую и механическую) реперфузию, регистрировались патологические значения 3 или 2 показателей, характеризующих наличие ППЖ (QRSf, HFLA, RMS), что отражает наличие фрагментированной активности, возникающей вследствие структурных изменений при остром инфаркте миокарда.

0466

ТИВОРТИН АСПАРТАТ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Лутай Ю. А., Крючкова О. Н., Ицкова Е. А.

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского». Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Россия

Цель работы- оценить эффективность и безопасность использования L-аргинина (Тивортин, ООО «Юрия-Фарм») в комплексной терапии больных со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 15 пациентов в возрасте 50-65 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. Обследуемые больные получали общепринятую базисную терапию в течение не менее месяца до включения в исследование. В течение 10 дней больным проводили инфузию 4,2% 100 мл Тивортин. С целью верификации ИБС и определения толерантности к физической нагрузке использовали велоэргометрическое исследования. Сравнивали время выполнения нагрузки до появления депрессии ST на ЭКГ и / или приступа стенокардии и пороговую мощность. Также клинически изучалась динамика количества приступов стенокардии в сутки с помощью опросника ВОЗ SF-36 по стандартизированной методике оценки по восьми шкалам здоровья.

Результаты: У всех пациентов наблюдалось уменьшение приступов стенокардии в сутки с $4,26 + 0,57$ до $2,01 + 0,25$ ($p < 0,001$) и уменьшение количества принятых таблеток нитроглицерина с $6,21 + 0,67$ до $3,75 + 0,28$ ($p < 0,001$). При проведении велоэргометрии отмечено увеличение времени до появления сегмента ST и / или приступа стенокардии при добавлении к терапии препарата Тивортин. Этот показатель увеличился с $6,18 \pm 0,61$ до $8,62 \pm 0,72$ ($p < 0,01$), то есть на 14%. Подобная динамика отмечена и при оценке пороговой нагрузки. Показатель увеличился на 18% с $82,5 \pm 3,1$ до $97,5 \pm 3,3$ ($p < 0,001$). Также было выявлено снижение качества жизни по всем исследуемым шкалам. Добавление к стандартной медикаментозной терапии Тивортин отмечено достоверным улучшением всех исследуемых в дан-

ной методике показателей. Показатели физического функционирования улучшились с $16,75 \pm 1,16$ до $21,79 \pm 1,50$ балла ($p < 0,05$); уровень показателя ролевого функционирования с $3,12 \pm 1,66$ до $17,97 \pm 3,07$ балла ($p < 0,001$); интенсивность боли с $14,69 \pm 1,08$ до $20,01 \pm 1,14$ ($p < 0,001$); общее состояние здоровья с $11,25 \pm 1,99$ до $22,78 \pm 1,77$ балла ($p < 0,001$); жизненная активность с $15,23 \pm 1,26$ до $20,31 \pm 1,14$ балла ($p < 0,001$); показатели социального функционирования с $17,97 \pm 1,67$ до $25,00 \pm 1,50$ балла ($p < 0,001$); показатели по шкале ролевого функционирования с $5,21 \pm 2,27$ до $22,39 \pm 3,41$ балла ($p < 0,001$); показатели психического здоровья с $6,11 \pm 2,29$ до $32,22 \pm 3,83$ балла ($p < 0,001$).

Выводы: Добавление препарата Тивортин к базисной терапии стабильной стенокардии напряжения II-III ФК позволяет повысить толерантность к физической нагрузке, уменьшить количество приступов стенокардии в сутки, что способствует улучшению качества жизни.

0467

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ФАКТОРОВ РИСКА НА ОСНОВЕ «ОБЛАЧНЫХ» ТЕХНОЛОГИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н. П., Котельникова Е. В., Наливаева А. В., Сенчихин В. Н., Липчанская Т. П.

НИИ кардиологии ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Концепция «Электронного здравоохранения» (eHealth) предусматривает конкретные шаги по внедрению информационных технологий (ИТ) в здравоохранение. Организация системы мониторинга факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний на основе ИТ призвана обеспечивать сбор, хранение и доступность большого объема медицинских данных о пациенте, а также непрерывность врачебного профилактического наблюдения.

Цель: Оценить результаты дистанционного мониторинга ФР и приверженности лечебно-реабилитационным мероприятиям у больных ИБС с применением телемедицинской информационно-аналитической системы (ТИАС) «РеаПроф» (ООО НПП «Волготех», Россия).

Материалы и методы: исследования. ТИАС «РеаПроф» разработана для первичной и вторичной профилактики КВЗ на основе «облачных» технологий. В исследовании приняли участие 19 пациентов с различными формами ИБС. Для автоматизированного скрининга ФР использован модуль поддержки врачебных диагностических решений. Телемедицинский мониторинг ФР (3 месяца) включал контроль параметров, необходимых для коррекции лекарственной терапии, динамики ФР и выполнения врачебных рекомендаций. Частота врачебных онлайн-консультаций определялась индивидуальными терапевтическими целями. Для обучения пациентов в «Школе пациента» использовались информационно-мотивационные онлайн-блоки. Оценивалась динамика ФР, уровень приверженности пациентов врачебным профилактическим назначениям (модуль).

Результаты: По результатам дистанционного мониторинга, целевого уровня АД менее 140 и 90 мм рт.ст. к концу исследования достигли 42,8% пациентов; еще 20,7% пациентов показали снижения уровня САД на 20 мм рт.ст. и ДАД на 10 мм рт.ст. Отмечалось повышение уровня физической активности с $6,3 \pm 0,3$ МЕ до $8,8 \pm 0,4$ МЕ ($p < 0,005$). Динамика по другим ФР (интенсивность курения, ИМТ, показатели липидного спектра) была недостоверной и обусловлена небольшой продолжительностью исследования. Анализ онлайн-отчетов пациентов с ИБС показал высокую приверженность лекарственным назначениям (92%) и удовлетворительную - немедикаментозным рекомендациям (78%). Фактов «прерывания» лекарственной терапии и «недостаточного приема» препаратов не было. В структуре причин недостаточной приверженности (<80%) всем видам назначений преобладало несоблюдение рекомендаций по поведенческим ФР (72%) и «недостаточный прием» препаратов (в основном, двойной антиагрегантной терапии, 28%).

Выводы: Использование ТИАС в качестве инструмента повседневной врачебной практики способствует повышению эффективности лечебно-реабилитационных вмешательств у пациентов с документированной ИБС. Ее основными компонентами являются: возможность регулярного контроля

выраженности ФР, оценка приверженности лекарственным и немедикаментозным рекомендациям, доступность и непрерывность обучения в онлайн-«Школе пациента».

0468

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕЛЬДОНИЯ В УМЕНЬШЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Магомедова А. Д., Абдуллаев А. А., Исламова У. А.

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

Цель: Изучить влияние мельдония в составе комплексной терапии пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) на улучшение реполяризации желудочков и электрической стабильности сердца.

Материалы и методы: исследование. В открытое рандомизированное неконтролируемое исследование включено 46 пациентов (средний возраст – $59,6 \pm 9,8$ лет) с ишемическим инсультом в остром периоде. В течение 10 дней со дня поступления в клинику в 1-й группе ($n=25$) в дополнение к стандартной терапии назначали мельдоний (Милдронат, Гриндекс, Латвия: Фармстандарт, Россия) в дозе 1,0 г/сут однократно внутривенно. Во 2-й группе ($n=21$) применяли только стандартную терапию (антигипертензивные средства: периндоприл, амлодипин, индапамид, небиволол; антиоксидант метилэтилпиридинола сукцинат в/в капельно, кортексин, актовегин, ацетилсалициловая кислота). Исходно и через 10 дней у них зарегистрированы ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, поздние потенциалы желудочков (ППЖ) компьютерной программой «Полиспектр-анализ» компании «НейроСофт» (Иваново), показатели холтеровского мониторирования ЭКГ с помощью компьютерной программы DiaCard (ЗАО «Медиком», г. Москва), проводили тропониновый тест. Нарушением реполяризации желудочков считали элевацию или депрессию сегмента ST или инверсию-реверсию зубца T на ЭКГ.

Результаты: В 1-й группе отмечен более выраженный, чем во 2-й группе позитивный эффект на клиническое состояние пациентов с ИИ, реполяризацию желудочков сердца, уменьшение частоты (с $3,7 \pm 0,5$ до $2,1 \pm 0,4$; $p < 0,05$) и длительности (с $6,6 \pm 1,3$ до $4,0 \pm 1,1$ мин; $p < 0,05$) эпизодов безболевой ишемии миокарда и ППЖ (с 48% до 32%).

Выводы: Включение мельдония в стандартную терапию у пациентов с ИИ в остром периоде может оказать положительное влияние на клиническое состояние, реполяризацию желудочков на ЭКГ, частоту регистрации ППЖ и эпизодов безболевой ишемии миокарда. Это может оказать позитивное влияние на электрическую стабильность и профилактику аритмий сердца.

0469

ВЫБОР БЕТА2-АГОНИСТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Майорова М. В., Григорьева Н. Ю., Кузнецов А. Н., Королёва Т. В., Лисина Н. В..

ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, ГКБ № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучение клинической эффективности и безопасности использования бета2-агонистов короткого и длительного действия у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) группы А (GOLD, 2013), имеющих сопутствующую ишемическую болезнь сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов ХОБЛ с сопутствующей ИБС в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст 59,72 года), в том числе женщин – 10, мужчин – 20. Критериями включения

были: ХОБЛ I-II степени в стадии умеренного обострения, сопутствующая стабильная стенокардия не выше III функционального класса (ФК) с наличием различного рода аритмий, выявленных при суточном ЭКГ-мониторировании (СМЭКГ). Больные разделены методом случайной выборки на две группы. Пациентам 1 группы (20 человек) в качестве базисной терапии ХОБЛ был назначен бета2-агонист длительного действия индакатерол в дозе 150 мкг/сутки, пациентам второй группы – сальбутамол. Исходно и через 4 недели лечения проведено исследование функции внешнего дыхания (ФВД), тест с 6-минутной ходьбой (ТШМХ) и СМЭКГ.

Результаты: У всех больных 1 группы к 4 неделе лечения отмечалось уменьшение основных респираторных симптомов (шкала одышки MRC, САТ-тест). Показатель ОФВ1 исходно составил $57,6 \pm 9,6\%$ от д.в., к 4 неделе лечения - $64,7 \pm 5,4\%$ от д.в. Увеличилась переносимость физических нагрузок, что подтверждает ТШМХ (исходно - $345,4 \pm 59,2$ метров, на 4 неделе лечения - $412,8 \pm 11,1$ метров). По данным СМЭКГ через 4 недели не произошло достоверного увеличения различного рода аритмий и усугубления ишемии миокарда ($p < 0,05$). У больных 2 группы также отмечалось уменьшение основных респираторных симптомов, однако достоверной разницы в показателе ОФВ1 выявлено не было. При проведении ТШМХ также не выявлено достоверного улучшения переносимости физических нагрузок ($p = 0,5$). По данным СМЭКГ через 4 недели зарегистрировано достоверное увеличение различного рода экстрасистол, у одного пациента выявлена пробежка желудочковой тахикардии, у 2 пациентов усугубление ишемии миокарда ($p < 0,05$). Эти больные использовали сальбутамол до 6 раз в сутки для облегчения респираторных симптомов.

Выводы: Индакатерол в дозе 150 мкг/сутки у больных ХОБЛ в стадии умеренного обострения является эффективным бронхолитическим средством. По нашим данным, его назначение не приводит к усугублению ишемии миокарда у пациентов с сопутствующей ИБС, а также не провоцирует увеличение аритмий, что позволяет рекомендовать назначение индакатерола пациентам ХОБЛ с сопутствующей ИБС, однако под контролем показателей СМЭКГ в первые недели лечения. Использование сальбутамола при обострении ХОБЛ больными с сопутствующей ИБС может привести к жизнеугрожающим аритмиям и спровоцировать острый коронарный синдром.

0470

АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАННЕМ ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Майорова С. В., Липатова Т. Е.

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

Цель: повышение эффективности реабилитационных мероприятий пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) в раннем постинсультном периоде на основании анализа показателей жесткости сосудистой стенки.

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов с АГ в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ). Диагноз ИИ был подтвержден данными компьютерной томографии. Исследование проводилось на базе неврологического отделения городской клинической больницы N12 г. Саратова. Средний возраст обследованных пациентов - $69,25 \pm 3,78$ лет. Оценка степени инвалидизации и функциональной независимости пациента проводилась по модифицированной шкале Рэнкина (MRS) при выписке и через 2 месяца с момента выписки. Определение артериальной ригидности проводилось на основе контурного анализа пульсовой волны объема при помощи прибора «Ангиоскан» с определением индекса аугментации (ИА), индекса жесткости (ИЖ). Терапия ИИ и антигипертензивная терапия (АГТ) проводились согласно стандартам ведения больных с данными нозологиями и современным клиническим рекомендациям.

Ретроспективно пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (26 пациентов) – с высоким уровнем восстановления неврологических функций (сумма баллов по шкале MRS < 3), 2 группа (24 пациента) – с низким уровнем восстановления неврологических функций (сумма баллов по шкале MRS ≥ 3).

Результаты: Анализируемые группы были репрезентативны по полу, возрасту, длительности АГ, уровню АД, ИМТ, дислипидемии. Степень функциональной недееспособности после ИИ по шкале MRS на момент выписки пациентов на амбулаторный этап составила в 1 группе пациентов $2,11 \pm 0,78$ баллов, во 2 группе - $3,7 \pm 0,69$ баллов. Показатели артериальной ригидности достоверно выше были во второй группе пациентов ($p < 0,05$). ИЖ и ИА при поступлении были равны $14,52 \pm 0,77$ м/с и $37,45 \pm 1,55\%$ соответственно у пациентов 1 группы и $17,39 \pm 1,13$ м/с и $44,58 \pm 1,41\%$ соответственно у пациентов 2 группы. На момент выписки в 1 группе ИЖ снизился до $9,89 \pm 0,95$ м/с; ИА до $35,7 \pm 1,48\%$. Во 2 группе ИЖ снизился до $12,05 \pm 1,64$ м/с; ИА до $40,21 \pm 1,15\%$. Целевой уровень АД был достигнут у 22 пациентов (81,5%) 1 группы и у 15 пациентов (65%) 2 группы. Через 2 месяца наибольшее снижение показателей ригидности сосудов было достигнуто в группе пациентов с высоким уровнем восстановления неврологических функций. Так, ИЖ в первой группе пациентов снизился до $8,92 \pm 0,78$ м/с, ИА до $29,9 \pm 1,05$. Во второй группе – ИЖ находился на уровне $11,12 \pm 1,27$ м/с, ИА - $39,18 \pm 1,24\%$. Индекс по шкале MRS в 1 группе снизился до $1,28 \pm 0,82$, во 2 группе до $2,97 \pm 0,84$ баллов.

Выводы: Высокая ригидность сосудистой стенки ассоциирована с дефицитом неврологических функций у пациентов пожилого возраста с АГ. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов пожилого возраста с АГ в раннем постинсультном периоде может быть дана на основании анализа показателей артериальной ригидности, таких как индекс аугментации и индекс жесткости. Данная методика не требует длительных временных затрат и специальной подготовки специалиста.

0471

МЕТОД АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ПОМОЩЬЮ ЛОКАЛЬНОГО ИНДЕКСА ФРАКТАЛЬНОСТИ

Майоров О. Ю.^{1,2}, Фенченко В. Н.^{1,2}

¹ Медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

² Институт Медицинской информатики и Телемедицины, Харьков, Украина

Цель: Анализ вариабельности сердечного ритма (BCP) - информативный неинвазивный метод оценки реакций сердечно-сосудистой системы в норме и при патологии. Ряд RR интервалов порожден сложной нелинейной системой. Этот ряд является фракталом. Несмотря на нерегулярность, характер его поведения остается неизменным на всех масштабах — и, с точностью до масштабного фактора, он на разных масштабах выглядит примерно одинаково. Основной характеристикой таких самоподобных структур является Хаусдорфова размерность. Для ее корректного вычисления необходим достаточно длинный ряд RR интервалов, получить который не удастся, так как за время измерений он может изменить характер своего поведения.

Материалы и методы: Нами предложен метод анализа BCP с позиций нелинейной динамики на основе вычисления локального индекса фрактальности (ЛИФ). Локальный индекс фрактальности может быть вычислен по относительно короткому ряду RR интервалов (на масштабах, порядка характерного масштаба основных динамических состояний), он может быть использован для выявления моментов качественного изменения характера функционирования системы регулирования ритма, связанного с перераспределением ролей β-симпатического контроля и парасимпатического управления.

Результаты: Используя ЛИФ можно существенно продвинуться в решении важнейших задач идентификации и прогноза, которые заключаются в корректном определении макросостояния системы на основе наблюдаемой реализации ряда RR интервалов - такой ряд демонстрирует сложное неперiodическое поведение, при котором периоды относительно длительного увеличения или уменьшения RR интервалов и периоды относительной стабильности хаотическим образом сменяют броуновское движение. Зная локальное значение размерности, можно оценить какой тип поведения преобладает в каждой точке ряда.

Выводы: Локальный индекс фрактальности может быть вычислен по относительно короткому ряду RR интервалов, что дает перспективный инструмент для исследования BCP методами нелинейного анализа.

0472

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Макеева А. С., Липатова Т. Е.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России», Саратов

Цель: определить и сопоставить динамику параметров артериальной жесткости и дисфункции эндотелия периферических артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы: В исследование включены 37 больных с острым инфарктом миокарда, из них 27 мужчин и 10 женщин. У 18 больных диагностирован QMI (48.6%), у 19 (51.4%) - non-QMI. Возраст пациентов составил $60,5 \pm 14,5$ лет. Артериальная гипертензия имела у 26 пациентов (70.2%). Группу контроля составили 20 пациентов со стабильным течением ИБС в возрасте $58 \pm 10,5$ лет. Критериями исключения пациентов из исследования служили: возраст старше 75 лет, не достижение целевого уровня артериального давления; несинусовый ритм; постинфарктная аневризма; хроническая сердечная недостаточность IV ФК; тяжелые сопутствующие заболевания в стадии обострения. Исследование проводилось на базе кардиологических отделений ГУЗ «Городская клиническая больница №12» г. Саратова. Всем обследуемым проводилось общеклиническое исследование, ДопЭХОКГ, холтеровское мониторирование. Жесткость артериальной стенки и состояние эндотелиальной функции на основании оценки эндотелий-зависимой вазодилатации в окклюзионной пробе оценивалась с помощью аппаратно-программного комплекса «Ангиоскан-01».

Результаты: У всех обследованных имело место снижение эластичности сосудистой стенки. Выявлено повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте - $9,04 \pm 2,43$ м/с. Отмечено увеличение индекса аугментации - $16,9 \pm 8$. Определено повышение индекса жесткости - $9,6 \pm 2,9$ и индекса отражения - $52,4 \pm 22,97\%$, что превышает аналогичные показатели лиц группы контроля на 22% и 18% соответственно ($p < 0,05$). Отмечена положительная корреляционная связь аортальной жесткости и уровнем АД. При проведении пробы с реактивной гиперемией выявлено снижение вазодилатирующей активности эндотелия.

Выводы: Таким образом, оценена прогностическая значимость сосудистой жесткости и дисфункции эндотелия как маркера, отражающего суммарный сердечно-сосудистый риск. Доказано, что прогрессирование нарушений жесткости артериальной стенки и снижение вазодилатирующей активности эндотелия может явиться фактором развития и прогрессирования коронарного атеросклероза. Так скорость распространения пульсовой волны в аорте у пациентов с острым инфарктом миокарда достоверно выше по сравнению данного показателя у пациентов со стабильным течением ИБС.

0473

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ С ВЫСОКО НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Макеева Т. Г., Потехин Н. П., Фурсов А. Н., Заславская М. А., Гурина А. М.

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

Актуальность: Увеличение комплекса интима-медия (КИМ) является одним из критериев поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии, констатации перехода функциональных изменений сосудистого русла в органические и повышения категории риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: выполнить прогнозирование увеличения КИМ в группе лиц с высоко нормальным уровнем АД с помощью методов математического моделирования.

Материалы и методы: Обследовано 190 человек (170 мужчин, 20 женщин), средний возраст которых составил $35,2 \pm 1,3$ лет. У 137 их них (1 группа) имелись значения КИМ меньше 0,8 мм, а у 53 пациентов (2 группа) его значение были 0,9 мм и выше. С помощью кластерного анализа оценена возможность роста КИМ в 1 группе до 0,9 мм и выше.

Результаты: Все 137 лиц 1-ой группы были разделены на два кластера: первый кластер содержал 69 человек, второй кластер – 68 лиц. Эти два кластера имели следующие значения КИМ: 0,649 мм и 0,682 мм соответственно, стандартное отклонение 0,092 и 0,121 соответственно. Второй кластер был выбран как группа лиц, у которых может произойти увеличение КИМ до 0,9 мм и выше. Для построения решающего правила прогнозирования было использовано дискриминантное уравнение содержащие 10 признаков: $G(x) = 0,54 \cdot x_1 + 0,09 \cdot x_2 - 3,51 \cdot x_3 + 10,21 \cdot x_4 + 5,51 \cdot x_5 - 0,84 \cdot x_6 + 1,68 \cdot x_7 - 0,30 \cdot x_8 + 148,1 \cdot x_9 - 0,09 \cdot x_{10}$, где x_1 – гемоглобин; x_2 – тромбоциты; x_3 – микроальбуминурия; x_4 – протеинурия; x_5 – глюкоза крови; x_6 – общий белок крови; x_7 – триглицериды; x_8 – канальцевая реабсорбция (по результатам пробы Реберга); x_9 – QT (по данным ЭКГ); x_{10} – пульсовое АД (по данным СМАД). Если выполнялось условие $G \geq 66,8$, то больному прогнозировалось увеличение КИМ больше 0,9 мм. Из 69 больных первого кластера правильно классифицированы 66 (95,6%), во втором кластере правильно классифицировано 100% больных. Проверка прогноза на 2 группе больных дала 100% точность.

Закключение Таким образом, применение методов математического моделирования позволит выделить группу высокого риска развития гипертонической болезни среди лиц с высоко нормальным уровнем АД, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

0474

ОЦЕНКА 10-ЛЕТНЕГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Маковеева О. В., Гордиенко А. В., Рыжков А. И., Барсуков А. В.

ФБГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» министерства обороны России, Санкт-Петербург

Оценка кардиоваскулярного риска с использованием различных расчетных моделей представляется важным компонентом первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Своевременное выделение лиц, относящихся к категории высокого риска среди пациентов молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ), имеет значение для реализации лечебно-профилактических программ.

Цель: расчёт 10-летнего риска фатальных кардиоваскулярных осложнений по шкале SCORE у мужчин молодого возраста с ГБ в сочетании с абдоминальным ожирением (АО) и без такового.

Материалы и методы: В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии обследованы 144 пациента мужского пола с ГБ в возрасте от 30 до 44 лет (средний возраст $38,6 \pm 3,4$ лет). Пациенты с ГБ I стадии составили 46%, с ГБ II стадии – 54%. При сборе анамнеза уточняли статус курения. Пациентам проводили измерение офисного систолического артериального давления (АД), антропометрию с измерением роста-весовых показателей, окружности талии (ОТ). Критериями АО считали значение индекса массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² и ОТ ≥ 102 см. При оценке величины риска по модели SCORE учитывали возраст, статус курения, величину АД и ОХС. В сыворотке крови определяли уровень общего холестерина (ОХС, ммоль/л). Статистическую обработку данных проводили с помощью прикладной программы «Statistica for Windows 6.0». Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Статус курения имел место у 68% пациентов. У 105 человек (72,9%) выявлено АО, что позволило сформировать две группы, сопоставимые по возрасту. В 1 группу вошли пациенты ГБ с ожирением, во 2-ю – пациенты без АО. Повышение уровня ОХС выявлено в 61% случаев из всей выборки больных. Расчёт 10-летнего риска фатальных кардиоваскулярных осложнений по шкале SCORE позволил установить, что 60% гипертонических пациентов молодого возраста соответствует катего-

рии низкого риска, 30% – среднего, а 5% – высокого риска. Среди лиц без АО преобладал низкий риск (70%), а среди субъектов с ожирением – средний риск (57%). Доля пациентов с высоким риском фатальных сердечно-сосудистых осложнений (43%) в группе с ИМТ ≥ 30 кг/м² оказалась в 4 раза выше, чем в группе без ожирения (10%).

Заключение Пациентам с низким и средним риском, рассчитанным по шкале SCORE, следует активизировать профилактические мероприятия, направленные на отказ от курения, повышение физической активности, соблюдение диеты с низким содержанием насыщенных жиров, уменьшение массы тела. Пациентам с ГБ молодого возраста, имеющим высокий расчётный риск, необходима активная тактика медикаментозного лечения.

0475

СТРАТИФИКАЦИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Маковеева О. В., Гордиенко А. В., Дыдышко В. Т., Барсуков А. В.

ФБГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» министерства обороны России, Санкт-Петербург

Эссенциальная гипертензия – безусловный маркер высокого риска общей и сердечно-сосудистой смертности в популяции. В интересах ранней первичной профилактики фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий и осложнений необходима стратификация сердечно-сосудистого риска пациентам молодого возраста с гипертонической болезнью (ГБ) с учётом наличия или отсутствия абдоминального ожирения (АО). Известно, что АО ассоциировано с нарушениями углеводного обмена, атерогенной дислипидемией, формированием метаболического синдрома (МС), высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений (ССО).

Цель: оценка суммарного дополнительного сердечно-сосудистого риска у пациентов молодого возраста с ГБ в сочетании с АО и без такового.

Материалы и методы: Обследованы 144 пациента мужского пола с ГБ I и II стадий в возрасте от 30 до 44 лет (средний возраст $38,6 \pm 3,4$ лет). Определение принадлежности к категории суммарного дополнительного риска ССЗ и ССО осуществлялось в соответствии с рекомендациями Европейского общества гипертензии/Европейского общества кардиологии (2013) при сопоставлении таких позиций как уровень АД и наличие факторов риска: отягощенная наследственность по ССЗ, статус курения, дислипидемия, дисгликемия, АО, МС. Оценивалось наличие асимптомного поражения органов-мишеней (в частности, гипертрофии левого желудочка, атеросклероза любой локализации, хронической болезни почек нетяжелой стадии), клинически очерченных ССЗ или их осложнений. Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладной программы «Statistica for Windows 6.0». Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: При оценке общего сердечно-сосудистого риска обследованные нами мужчины молодого возраста с ГБ были отнесены к одной из трех категорий: низкого (3%), среднего (33%), высокого дополнительного риска (66%). Субъекты без АО чаще обладали средним дополнительным риском (50% случаев). Доля пациентов с высоким дополнительным риском в группе с ожирением составила 82% и двукратно превосходила таковую среди субъектов без АО (40%). Заслуживает внимание, что лишь 10% пациентов без ожирения имели низкий дополнительный риск, а при наличии АО таковых не было.

Заключение Проведение многофакторной стратификации позволила выявить превалирование высокого дополнительного сердечно-сосудистого риска среди обследованных пациентов молодого возраста с ГБ. Наличие ожирения, МС значительно повышает риск развития ССЗ, сахарного диабета 2 типа, ССО, что предполагает активную тактику в отношении метаболических нарушений, а также других неблагоприятных прогностических факторов.

0476

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Маковеева О. В., Гордиенко А. В., Дорохов Г. Ю., Голиков А. В.

ФБГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» министерства обороны России, Санкт-Петербург

В терапевтической практике большинство пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) имеют различные метаболические нарушения в виде абдоминального ожирения (АО), атерогенной дислипидемии (ДЛП), дисгликемии, что ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистого риска в 2-6 раз.

Цель: определить частоту АО, а также нарушений липидного и углеводного видов обмена веществ у больных ГБ молодого возраста.

Материалы и методы: Были обследованы 144 пациента мужского пола с ГБ I и II стадий в возрасте от 30 до 45 лет (средний возраст $38,6 \pm 3,4$ лет). Основными критериями АО считали показатель индекса массы тела (ИМТ) более 30 кг/м^2 и окружности талии (ОТ) более 102 см. ДЛП диагностировали при повышении уровня общего холестерина (ОХС) $>5,0 \text{ ммоль/л}$ или холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) $>3,0 \text{ ммоль/л}$ или триглицеридов (ТГ) $>1,7 \text{ ммоль/л}$ или снижении липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) $<1,0 \text{ ммоль/л}$. Дисгликемию диагностировали при выявлении нарушенной гликемии натощак (НГН) – показателя глюкозы в плазме крови $5,6\text{--}6,9 \text{ ммоль/л}$. Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладной программы «Statistica for Windows 6.0». Данные представлены в виде $M \pm m$. Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Среди всех пациентов с ГБ у 105 человек (72,9%) выявлено АО. Средние значения ИМТ и ОТ при наличии ожирения составили $32,1 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$ и $107,3 \pm 4,5 \text{ см}$, что было выше, чем у пациентов без АО ($24,7 \pm 1,5 \text{ кг/м}^2$ и $91,4 \pm 6,8 \text{ см}$). У 63% больных ГБ выявлены ДЛП и/или НГН. Чаще выявлялась ДЛП (в 57% случаев) в виде повышения показателей ОХС ($5,8 \pm 0,5 \text{ ммоль/л}$) и ЛПНП ($3,6 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$). У пациентов с ожирением уровни ОХС ($6,0 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$) и ЛПНП ($4,2 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$) были выше, чем без АО ($5,6 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$ и $3,4 \pm 0,3 \text{ ммоль/л}$, соответственно). Уровень ТГ был в пределах нормы ($1,5 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$), а при АО ($1,8 \pm 0,3 \text{ ммоль/л}$) достоверно превышал таковой у больных без ожирения ($1,1 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$). Средний уровень ЛПВП составил $1,2 \pm 0,1 \text{ ммоль/л}$ и по группам в зависимости от наличия АО не различался. НГН выявлена в 41,6% случаев. У больных с АО дисгликемия встречалась в 2 раза чаще (49,5% vs 20,5% случаев). Средний показатель глюкозы в плазме натощак составил $5,5 \pm 0,4 \text{ ммоль/л}$, при АО – $5,9 \pm 0,3 \text{ ммоль/л}$, что было выше, чем у пациентов без АО ($4,9 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$).

Заключение Таким образом, у большинства больных с ГБ молодого возраста выявлены АО, ДЛП, НГН. Дисгликемия в 2,4 раза, а ДЛП – в 1,5 раза встречались чаще у больных ГБ в сочетании с АО. Полученные данные подтверждают значимость выявления и коррекции ожирения, метаболических нарушений у пациентов с ГБ молодого возраста.

0477

КЛАСС МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СОСУДОВ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ВЛИЯНИЯ СТЕНТА НА КРОВОТОК

Маковеев С. Н.

ТОГБУ «Компьютерный центр», Тамбов

В настоящее время совершенство и широкое использование УЗИ, томокомпьютеров, мониторов и других современных приборов создали предпосылки для преодоления трудности задания параметров, согласованных с клинически необходимой детализацией сосудистого русла. Актуальной зада-

чей является разработка моделей элементарных сосудистых участков, из набора которых возможно построение сосудистого русла индивидуальной конфигурации.

Цель: разработка класса моделей сосудистого русла, ориентированного на исследование влияния стента на параметры кровотока.

Материалы и методы: Математическое описание сосуда выполнено с помощью обыкновенных дифференциальных уравнений. Учтены объём, давление и поток, а также их зависимость от жёсткости, тонуса, сопротивления и инерционности. В качестве решения полученной системы дифференциальных уравнений используется метод конечных разностей. Представление уравнений модели в форме конечных разностей удобно для моделирования и дальнейшего перехода к модели сосудистого древа и сердечно-сосудистой системы.

Математическая модель сосуда для исследования влияния стента на параметры кровотока реализована в среде программирования LabView в виде отдельного модуля, из которого легко синтезировать разветвлённую сеть сосудов как при параллельном расположении сосудов, так и при последовательном ветвлении.

Результаты: Будет представлено в докладе математическое описание сосуда, позволяющее исследовать влияние стента на параметры кровотока, а также включить сосуд в состав разветвлённой многоуровневой системы кровообращения.

Математическая модель позволяет исследовать статические и динамические отношения между оценками, характеризующими поток, давление и объём, и свойствами стента (размер, проводимость, жесткость) установить роль каждого свойства стента в формировании потока и давления.

Выводы: Статические характеристики сосуда не всегда выявляют влияние стента на целостность эндотелия. Исследования динамических режимов при изменении свойств стента показывают наличие амплитуд колебаний объёмов, давлений, потоков в сосудах, которые могут принимать отрицательные значения при начальных и входных величинах, лежащих в пределах физиологических свойств, тем самым вызывая значительные продольные и поперечные напряжения в стенках сосуда. Я надеюсь получить рекомендации по соотношениям длины, сечения и жесткости стента при его предназначении для сосудов, гемодинамика которых имеет критические значения скоростей, давлений и пульсаций.

0478

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ВЗАИМОСВЯЗИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА С ДРУГИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Максикова Т. М.¹, Калягин А. Н.¹, Бабанская Е. Б.²

¹ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск

²ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования» Минздрава России, Иркутск

Цель: определить половозрастные характеристики и взаимосвязь с другими кардиоваскулярными факторами риска у лиц с предожирением и ожирением.

Материалы и методы: всего было проанализировано 4460 карт, отобранных методом случайной выборки, из 9 центров здоровья для взрослых лиц Иркутской области. Всем пациентам проводилось полное комплексное обследование. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.1. Данные представлялись в виде медианы (Me), нижней (LQ) и верхней (HQ) квартилей. Для оценки значимости различий использовался критерий отношения шансов (ОШ) с расчетом доверительного интервала, для оценки связей – корреляционный анализ по Спирмену (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты: всего было обследовано 3483 женщины (78,1%) и 977 мужчин (21,9%), медиана возраста выборки составила 48 лет (LQ=32; HQ=58). Частота избыточной массы тела была выявлена у женщин в

60,3% и у мужчин – в 55,7% случаев, из них: предожирение ($25 \leq \text{ИМТ}(\text{кг}/\text{м}^2) < 30$) – у 52,8% и 64%; ожирение I степени ($30 \leq \text{ИМТ}(\text{кг}/\text{м}^2) < 35$) – у 29,5% и 28,5%; ожирение II степени ($35 \leq \text{ИМТ}(\text{кг}/\text{м}^2) < 40$) – у 13,2% и 5,1% и ожирение III степени ($\text{ИМТ}(\text{кг}/\text{м}^2) \geq 40$) – у 4,5% и 2,4%; соответственно. В возрастной группе до 20 лет частота избыточной массы тела у женщин составила 11,6% и у мужчин – 12,9%; в группе 20-29 лет – 22% и 27,7%; в группе 30-39 лет – 44,4% и 70,3%; в группе 40-49 лет – 60,3% и 70,5%; в группе 50-59 лет – 79,1% и 73,3%; в группе 60-69 лет – 86% и 72,3%; в группе 70 лет и старше – 77,9% и 62,5%; соответственно. Полученные коэффициенты корреляции массы тела с количественными признаками представлены в порядке убывания модулей: % висцерального жира ($r=0,74$); уровень физических возможностей ($r=-0,49$); индекс функциональных изменений ($r=-0,53$); САД ($r=0,4$); ДАД ($r=0,37$); холестерин ($r=0,28$); глюкоза ($r=0,26$); степень насыщения крови кислородом ($-0,22$); уровень функциональных резервов ЦНС ($r=-0,13$). Статистически значимых корреляционных взаимосвязей между массой тела, результатами вариационной пульсометрии и скрининга сердца на аппарате «Кардиовизор» выявлено не было. При оценке бинарных факторов риска ОШ в группах лиц с избыточной массой тела и без неё для курения составило 0,76 [0,66-0,88], для нерационального питания (нерегулярное высококалорийное питание с низким потреблением овощей и фруктов) – 1,63 [1,4-1,9].

Выводы: Частота предожирения и ожирения высока у населения Иркутской области.

С возрастом частота предожирения и ожирения прогрессивно увеличивается с пиком у женщин в 60-69 лет (86%), у мужчин – в 50-59 лет (73,3%).

У пациентов с ожирением более выражены другие кардиоваскулярные факторы риска, исключение составляет курение.

0479

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ДРУГИМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА В ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Максикова Т. М.¹, Калягин А. Н.¹, Бабанская Е. Б.²

¹ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск

²ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия постдипломного образования» Минздрава России, Иркутск

Цель: определить половозрастные характеристики и взаимосвязь с другими кардиоваскулярными факторами риска у лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: всего было проанализировано 4460 карт, отобранных методом случайной выборки, из 9 центров здоровья для взрослых лиц Иркутской области. Всем пациентам проводилось полное комплексное обследование. Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.1. Данные представлялись в виде медианы (Me), нижней (LQ) и верхней (HQ) квартилей. Для оценки значимости различий использовался критерий отношения шансов (ОШ) с расчетом доверительного интервала, для оценки связей – корреляционный анализ по Спирмену (r). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты: всего было обследовано 3483 женщины (78,1%) и 977 мужчин (21,9%), медиана возраста выборки составила 48 лет (LQ=32; HQ=58). Частота артериальной гипертензии была выявлена у женщин в 28,2% и у мужчин – в 34,2% случаев, из них: АГ I степени ($140 \leq \text{САД} < 160$ и/или $90 \leq \text{ДАД} < 100$) – у 70% и 72,1%; АГ II степени ($160 \leq \text{САД} < 180$ и/или $100 \leq \text{ДАД} < 110$) – у 24,1% и 24,3% и АГ III степени ($\text{САД} \geq 180$ и/или $\text{ДАД} \geq 110$) – у 5,9% и 3,6%; соответственно. В возрастной группе до 20 лет частота артериальной гипертензии у женщин составила 4,8% и у мужчин – 19,8%; в группе 20-29 лет – 5,8% и 19,4%; в группе 30-39 лет – 11,6% и 29,7%; в группе 40-49 лет – 24,7% и 29,5%; в группе 50-59 лет – 37% и 43,3%; в группе 60-69 лет – 45,1% и 58%; в группе 70 лет и старше – 63,7% и 57,8%; соответственно. Получены следующие коэффициенты корреляции САД и ДАД с другими факторами риска: % висцерального жира

($r=0,51$ и $0,43$); масса тела ($r=0,4$ и $0,37$); ИМТ ($r=0,45$ и $0,41$); уровень физических возможностей ($r=-0,51$ и $-0,43$); индекс функциональных изменений ($r=-0,8$ и $-0,72$); холестерин ($r=0,29$ и $0,24$); глюкоза ($r=0,23$ и $0,19$); степень насыщения крови кислородом ($-0,21$ и $-0,17$); уровень функциональных резервов ЦНС ($r=-0,23$ и $-0,21$); индекс миокарда на аппарате «Кардиовизор» ($r=0,05$ и $0,04$); ПАРС% ($r=-0,09$ и $-0,08$); соответственно. При оценке бинарных факторов риска ОШ в группах лиц с артериальной гипертонией и без неё для курения составило $0,75 [0,64-0,89]$, для нерационального питания (нерегулярное высококалорийное питание с низким потреблением овощей и фруктов) – $1,4 [1,2-1,7]$.

Выводы: Частота АГ у населения Иркутской области в среднем составляет $29,5\%$.

С возрастом частота АГ прогрессивно увеличивается с пиком у женщин в возрасте старше 70 лет (58%), у мужчин – в 60–69 лет (58%).

У пациентов с АГ более выражены другие кардиоваскулярные факторы риска, исключение составляет курение, что, вероятно, связано со снижением частоты курения с возрастом.

0480

СКРИНИНГИ КАК ДЕЙСТВЕННАЯ МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Максимова Ж. В.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики», Екатеринбург

Цель: Оценить эффективность внедрения скринингов на факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы: На первом этапе было организовано скрининговое обследование на факторы риска ССЗ 118451 мужчин 40–55 лет, проживающих на территории Свердловской области (СО). В каждом случае выяснялись статус курения, уровень употребления алкоголя, анамнез артериальной гипертонии (АГ) и сахарного диабета (СД), определялись рост, вес с расчётом индекса массы тела, измерялись артериальное давление (АД), уровни холестерина и глюкозы в крови, оценивался сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE. Все данные заносились в специально разработанную анкету. При выявлении факторов риска проводилось поведенческое консультирование по отказу от курения, ограничению употребления алкоголя, снижению веса, давались рекомендации по дообследованию и лечению АГ, гиперхолестеринемии и нарушений углеводного обмена. В процессе внедрения скринингов также проводились следующие мероприятия: разработка, тиражирование и распространение среди всех учреждений здравоохранения СО информационных материалов для пациентов по каждому ФР, обучающие семинары для врачей, подготовка учебного пособия по консультированию пациентов с ФР ССЗ с краткими алгоритмами и рекомендациями по оценке ФР. Через год было предпринято повторное обследование 18082 мужчин, у которых при первичном обследовании были выявлены факторы риска.

Результаты: При первичном обследовании было выявлено с ФР $80,0\%$ мужчин, курящих – $55,6\%$, злоупотребляющих алкоголем – $24,8\%$, с артериальной гипертонией – $36,1\%$, с избыточной массой тела/ожирением – $45,1\%$, с гиперхолестеринемией – $22,0\%$, с гипергликемией – $7,4\%$, с высоким 10-летним сердечно-сосудистым риском – $17,1\%$. При повторном обследовании у $17,5\%$ мужчин факторы риска обнаружены не были. Количество факторов риска на 1 человека уменьшилось в 1,4 раза (с 2,4 до 1,7). Распространённость курения в целевой группе снизилась на $13,7\%$, злоупотребления алкоголем – на $16,2\%$, артериальной гипертонии – на $13,8\%$, избыточной массы тела/ожирения – на $15,8\%$, гиперхолестеринемии – на $4,9\%$, гипергликемии – на $4,0\%$. Количество мужчин с высоким 10-летним риском смерти от ССЗ сократилось на $4,2\%$ (около 800 чел.).

Выводы: Внедрение скринингов на факторы риска ССЗ позволило снизить распространённость ФР, количество ФР на 1 человека и сократить число лиц с высоким сердечно-сосудистым риском.

НАНОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В УРГЕНТНОЙ КАРДИОЛОГИИ: ХАРАКТЕРИЗАЦИЯ МИКРО- И НАНОЧАСТИЦ В СИСТЕМНОМ КРОВОТОКЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Малинова Л. И.¹, Миронова А. А.², Портнов С. А.³, Захаревич А. М.³, Лазарева Е. Н.⁴,
Тараканчикова Я. В.⁴, Денисова Т. П.⁵, Тучин В. В.⁴

¹НИИ кардиологии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

²ГУЗ «Городская клиническая больница №2 им. В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

³Образовательно-научный институт наноструктур и биосистем ФГБОУ ВПО СГУ им. Н.Г.
Чернышевского, г. Саратов, Россия

⁴ФГБОУ ВПО СГУ им. Н.Г. Чернышевского, г. Саратов, Россия

⁵ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Россия

Цель: определить акцепторы нанотехнологического подхода в ургентной кардиологии на основе характеристики микро- и наночастиц системного кровотока больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: Проводилась характеристика интегрального пула микро- и наночастиц, выделенных от 45 пациентов с ОКС в возрасте 45-84 лет. Измерения морфологии поверхности были проведены с использованием автоэмиссионного сканирующего электронного микроскопа MIRA 2 LMU, производство фирмы Tescan. Исследования проводили при ускоряющем напряжении 20 кэВ в вакууме ~10⁻² Па. Определение размеров, количества и Z потенциала микро- и наночастиц проводилось с использованием Zetasizer Nano ZS Analyser (Malvern Instrument Ltd., Великобритания). Период наблюдения за пациентами составил 12 месяцев.

Результаты: В системном кровотоке больных ОКС выявлено три пула МЧ: 1- 37-70 нм, 2 – 9-21 нм, 3 ≥300 нм. Гистограмма распределения обнаруженных МЧ по размерам носила тримодальный характер. МЧ 3-ий группы достоверно чаще выявлялись у больных инфарктом миокарда (ИМ) (75% vs 35%, p = 0,043) и их размер в данной группе превышал размер крупных МЧ у больных с нестабильной стенокардией (НС): 4312,0 (295,7; 4690,0) нм vs 5068,5 (4607,7; 5174,0) нм, p = 0,017. Интенсивность пиков существенно различалась в группах НС и ИМ: peak 1 – 78,8 (75,6; 84,5) vs 89,8 (82,7; 98,45)%, p = 0.000; peak 2 (17,4 (12,7; 20,6) vs 12,0 (4,2; 15,4)%, p = 0,007, что свидетельствует о достоверном различии интенсивности синтеза МЧ в указанных группах. Дзета-потенциал был значительно ниже при НС, чем при ИМ (-7,8 (-8,5; -6,9) vs -8.8 (-9,6; -8,3) mV, p = 0.009). Обнаружена негативная корреляция диаметра и интенсивности пика 1 с возрастом пациентов (R = -0,609, p <0,05) и числом моноцитов крови R = -0,681, p < 0,05. Диаметр пика 3 положительно коррелировал с уровнем КФК (R = 0,509, p <0,05) и тропонина I (R = 0,469, p <0,05) крови. Интенсивность пика 2 имела прямую корреляцию с числом тромбоцитов крови (R = 0,435, p < 0,05). Превышение интенсивности пика 2 20%-ного уровня было связано с повышением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ранняя постинфарктная стенокардия, рецидив инфаркта миокарда, декомпенсация ХСН) в 30-ти дневной срок с момента манифестации ОКС (HR 1,87 CI 1,24; 2,59).

Заключение: Потенциальными акцепторами нанотехнологического подхода для оптимизации диагностики и лечения ОКС являются МЧ системного кровотока минимум трех различных источников синтеза. Суммарная интенсивность выделения микрочастиц в системный кровоток определялась типом кардиоваскулярной патологии и коррелировала с изученными прогностическими параметрами течения заболевания.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВТОРНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОКС: ЗНАЧЕНИЕ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ

Малинова Л. И., Фурман Н. В., Долотовская П. В., Подболотов Р. А., Пучиньян Н. Ф., Лазарева Е. В.
НИИ кардиологии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

Цель: оценить возможность оптимизации медикаментозной профилактики повторных тромботических событий у больных острым коронарным синдромом (ОКС) путем клинического мониторинга функциональной активности тромбоцитов (ФАТ).

Материалы и методы: Для анализа использованы данные 321 пациента с ОКС, включенных в проспективное стратифицированное исследование. Период наблюдения 58,9% пациентов составил 5 лет. Проводилось комплексное исследование ФАТ: оценка степени индуцированной агрегации тромбоцитов в цельной крови методом импедансной агрегатометрии (CHRONOLOG 700) с использованием АДФ, коллагена, тромбина, ристоцетина, арахидоновой кислоты; изучение реакции высвобождения тромбоцитов методом люмиагрегатометрии с использованием вышеперечисленных индукторов агрегации; а также определение реактивности тромбоцитов на фоне антиагрегантной терапии (ААТ) с использованием системы VerifyNow. Обязательными точками оценки ФАТ являлись: первые 6-12 часов, на 7-е и 30-е сутки с момента манифестации ОКС. Первичной конечной точкой (КТ) исследования была комбинированная, включавшая смерть от кардиоваскулярных причин и повторные госпитализации, обусловленные развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. На первом этапе (274 пациента) проводилось изучение динамики ФАТ в зависимости от стратегии ведения больного, проводимой ААТ, степени приверженности пациента рекомендованной терапии (СПРТ), подбор минимально значимого набора агрегантов для оценки ФАТ, частоты достижения КТ, высокой остаточной агрегационной активности тромбоцитов и ее вероятных причин. На втором этапе (74 больных) по результатам клинического мониторинга ФАТ проводились образовательно-разъяснительные мероприятия с пациентом, коррекция ААТ, оценивались частоты достижения КТ, высокой остаточной агрегационной активности тромбоцитов.

Результаты: Подавление агрегационной активности (АА) тромбоцитов у больных ОКС с использованием двойной ААТ до 26-32% для амплитуды коллаген-индуцированной (2 мкг/мл) и 0-19% для амплитуды АДФ-индуцированной (10мкМ) (от референсных значений) агрегации тромбоцитов ассоциировано с высокой СПРТ, сопровождается снижением риска наступления повторных тромботических событий (HR 3,4 CI 1,45; 4,1). Отклонение от «целевой» степени ингибиции АА тромбоцитов в 78,4% было связано с пропуском 2 и более доз антиагреганта. Увеличение дозы ацетилсалициловой кислоты (с 75 до 100 мг, 9,3%) и/или перевод пациента с клопидогрела на тикагрелор (12,3%) в 78,6% позволяли достигать «целевого» уровня подавления АА тромбоцитов.

Закключение Разработан алгоритм повышения эффективности медикаментозной профилактики повторных тромботических событий у больных ОКС на основе клинического мониторинга ФАТ.

АДФ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ВРЕМЯ СВЕРТЫВАНИЯ РЕКАЛЬЦИФИЦИРОВАННОЙ КРОВИ КАК ДОСТУПНЫЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

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

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

Цель: изучить возможность контроля антиагрегантной терапии у больных острым коронарным синдромом (ОКС) при помощи определения АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови.

Материалы и методы: В исследование был вовлечен 201 пациент (все мужчины), из них 38 – клинически здоровые добровольцы, 163 – пациенты, госпитализированные в отделение кардиореанимации в связи с острым коронарным синдромом (ОКС). Всем обследованным проводилось определение АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови (АДФ ВСПК), оценивалась агрегационная активность тромбоцитов (спонтанная, внутрисосудистая и АДФ - индуцированная [5 мкМ] агрегация с использованием лазерного агрегометра BIO.LA. Период наблюдения для больных ОКС составил 5 лет.

Результаты: АДФ ВСПК у клинически здоровых добровольцев было 90,2 (65,1; 130,1) сек, в группе пациентов с ОКС – 96,1 (75,5; 124,0) сек. При проведении корреляционного анализа как у пациентов ОКС, так и у клинически здоровых добровольцев была выявлена умеренной силы отрицательная достоверная корреляционная связь АДФ ВСПК и возраста. ($R = -0.431$, $p < 0.05$ vs $R = -0.398$, $p < 0.05$) Также для пациентов с ОКС установлены ассоциации АДФ ВСПК и гематокрита ($R = -0.337$, $p < 0.05$), количества тромбоцитов ($R = 0.497$, $p < 0.05$), АПТВ ($R = -0.343$, $p < 0.05$), спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов ($R = 0.391$, $p < 0.05$ vs $R = 0.493$, $p < 0.05$). Использование антиагрегантов значительно удлиняло АДФ ВСПК. После нормализации по возрасту выявлены значимые различия АДФ ВСПК у клинически здоровых добровольцев и пациентов с ОКС: 134,8(109,95;161,3) сек vs 85,65(60,5;108,7) сек $p = 0,015$.

У практически здоровых добровольцев спустя 45 минут после перорального приема (разжевывания) ацетилсалициловой кислоты в дозировке 250 мг приводило к значимому удлинению АДФ ВСПК: 103,2(95,1;130,7) vs 133,1 (102,8; 154,3), $p = 0,004$, ассоциированному со снижением всех изученных видов агрегационной активности тромбоцитов.

Уменьшение АДФ ВСК менее 80 сек было ассоциировано с повышением риска внутригоспитальной смертности (HR 1.98 CI 1.24; 2.57) и развитием неблагоприятных кардиоваскулярных событий (HR 2.18 CI 1.45; 2.71).

Время, затрачиваемое на определение АДФ ВСПК является существенно меньшим, чем оптическая агрегатометрия (~3 мин на одного пациента). Определение АДФ ВСПК не требует предтестовой подготовки образца. Суммарно стоимость расходных материалов на одного пациента составляет порядка 24-х рублей, что на несколько порядков дешевле стоимости картриждей систем оценки функциональной активности тромбоцитов (PFA, VerifyNow).

Заключение Измерение АДФ-индуцированного времени свертывания рекальцифицированной крови у больных острым коронарным синдромом является простым и дешевым способом контроля эффективности антитромбоцитарной терапии.

0484

НОВЫЕ БИОМАРКЕРЫ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРИНЯТИЯ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Малинова Л. И.¹, Подболотов Р. А.¹, Денисова Т. П.², Довгалецкий П. Я.¹

¹НИИ кардиологии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

²ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

Цель: изучить возможность использования новых биохимических маркеров микардиальной дисфункции (галектина-3 и копептина) для принятия тактических решений при ведении больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы и методы: В исследование включено 129 пациентов с ОКС. Вследствие наличия критериев исключения (онкозаболевания, гематологическая патология, кроме хронической анемии до 2 степени, диффузные заболевания соединительной ткани, патология внутренних органов с клинически значимым иммуно-воспалительным компонентом), отказа от дальнейшего участия в исследовании, выявления пропущенных данных из исследования было исключено 55 больных. Уровни галектина-3 (Gal-3) и копептина определялись в EDTA плазме с использованием коммерчески доступных наборов для ИФА. Расчет вероятности наступления летального исхода проводился с использованием 8-ми компонентной Granger модели (для внутригоспитальной смертности) и 9-ти компонентной Eagle модели (для расчета риска наступления летального исхода в течение 6 месяцев с момента манифестации ОКС). Период наблюдения составил 12 месяцев. В качестве первичной использовалась комбинированная конечная точка (ККТ) включающая смертность от сердечно-сосудистых причин и повторные госпитализации.

Результаты: Первичная ККТ за период наблюдения была достигнута у 21 пациента (28,4%): в большинстве случаев наступление смерти от сердечно-сосудистых причин приходилось на 30-тидневный период с момента манифестации ОКС - 75%. Превышение плазменного уровня Gal 3 выше предложенного FDA значения (17,8 нг/мл) сопровождалось значимым увеличением риска достижения ККТ (HR 2,06 CI 1,57; 2,79). Риск наступления летального исхода у пациентов с превышением плазменного уровня Gal-3 порогового уровня в 17,8 нг/мл был практически в 4 раза выше, чем у остальных пациентов (HR 3,87 CI 3,38; 4,43). Плазменный уровень копептина статистически достоверно не различался у пациентов, достигших и не достигших ККТ (2,26 (1,34; 388) vs 2,28 (1,02; 3,1), $p > 0,05$ пкмоль/мл). У пациентов, у которых уровень копептина превышал 3,0 пкмоль/мл в первые три часа с момента манифестации ОКС, риск наступления ККТ был достоверно выше (HR 2,01 CI 1,45; 3,14, $p < 0,05$). При моделировании продолжительности периода времени до наступления неблагоприятного сердечно-сосудистого события включение в число предикторов копептина значимо улучшало валидность модели. Максимальная площадь под кривой «чувствительность-специфичность» достигала 0,94.

Закключение Определение плазменных уровней галектина-2 и копептина на ранних этапах лечения ОКС может быть полезным для выявления пациентов с высоким риском развития нежелательных кардиоваскулярных событий и принятия тактических решений для оптимизации их лечения.

0485

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Малов Ю. С.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Диагностика острой сердечной недостаточности в настоящее время строится на клинических признаках по Killip. Поэтому разработка инструментальных методов ее выявления представляется весьма актуальной. В основе развития острой сердечной недостаточности лежит нарушение сократительной функции миокарда. Это сопровождается уменьшением скорости сокращения желудочков. На электрокардиограмме данное изменение фиксируется в виде удлинения интервала QT. Увеличение интервала QT оценивалось по отношению в процентах фактической его величины к должной, определяемой по формуле Баретта.

Данный показатель изучен у 69 больных с впервые возникшим инфарктом миокарда. Верификация диагноза осуществлялась на основании клинической картины, лабораторных данных и результатов электро- и эхокардиографии. Возраст больных колебался от 42 до 74 лет. Контрольную группу составили 45 здоровых лиц в возрасте 20 – 35 лет. У здоровых лиц отклонение величины интервала QT от должной составляло $\pm 5\%$ ($0,89 \pm 0,33\%$). У больных имело место удлинение интервала QT в среднем на 22,4% ($p \leq 0,01$). Увеличение этого показателя зависело от глубины поражения мышцы сердца. У больных Q-инфарктом миокарда интервал QT удлинялся на $29, \pm 2,2\%$, а у больных Non Q-инфарктом миокарда на $16,3 \pm 1,6\%$. Наибольшее отклонение фактического интервала QT от должного зафиксировано у больных инфарктом миокарда, осложненным шоком. Оно превысило 40%. Прослеживается четкая связь между выраженностью острой сердечной недостаточностью (функциональным классом) и продолжительностью интервала QT. При сопоставлении результатов эхокардиологического исследования нарушений сократимости сердечной мышцы у больных инфарктом миокарда и изменения длительности систолы установлена прямая их зависимость. Глобальное нарушение сократимости миокарда сопровождается удлинением систолы на 41,4%. Локальной акинезии и гипокинезии соответствуют величины 24,8%, при отсутствии нарушения сократимости наблюдалось удлинение интервала QT на $11,5 \pm 0,8\%$.

Выводы: продолжительность систолы желудочков является показателем поражения мышцы сердца, сократимости миокарда и острой сердечной недостаточности.

0486

ОЦЕНКА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СИСТОЛЫ

Малов Ю. С., Куликов А. Н.

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

В основе синдрома сердечной недостаточности лежит нарушение сократимости миокарда, которая определяется силой и скоростью сокращения сердечной мышцы. Удлинение систолы указывает на нарушение сократительной способности миокарда. Отсюда следует, что по продолжительности систолы относительно кардиоцикла можно судить о сердечной недостаточности. Скорость сокращения желудочков можно оценить по продолжительности интервала QT электрокардиограммы. Для оценки выраженности сердечной недостаточности использовали отклонение в процентах отношения продолжительности систолы к кардиоциклу от золотой пропорции. Обследовано 432 больных ИБС и ГБ с признаками сердечной недостаточности. Возраст больных колебался от 42 до 76 лет. Контрольную группу составили 45 здоровых лиц в возрасте 20 – 35 лет. Степень выраженности хронической сердечной недостаточности определялась по классификации NYHA. 117 больным проводились нагрузочные функциональные пробы.

У здоровых лиц отклонение систолического отношения от золотой пропорции составляло $\pm 5\%$ ($0,89 \pm 0,33\%$). У больных с ХСН этот процент колебался от 6 до 50% ($26,5 \pm 1,3\%$) и зависел от степени выраженности сердечной недостаточности: при ХСН I ФК – 9,6%, II ФК – 16,9%, III ФК – 26,5% и IV ФК – 40,5%. При успешном лечении больных эти показатели достоверно снижались. У ряда больных с ХСН I ФК они находились на верхней границе нормы. Для подтверждения наличия сердечной недостаточности у 54 больных проводились нагрузочные пробы. У всех больных во время нагрузки наблюдалось увеличение отклонения систолического отношения от золотой пропорции. Оно увеличилось с 16,8% до 23,5% ($p \leq 0,05$) и подтверждало ухудшение сократительной функции миокарда. При суточном ЭКГ-мониторировании (у 63 больных) установлено, что в ночное время у больных ХСН I ФК и у трети боль-

ных ХСН II ФК изучаемый показатель находился в пределах нормы, т.е. сердце функционировало в оптимальном режиме. При повышенной нагрузке значение его резко возросло: с 7,4 до 19%.

Выводы: Изменение продолжительности систолы в покое и при нагрузке определяет степень выраженности сердечной недостаточности.

0487

ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВОТОКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ТОНОМЕТРИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Манасян А. Г., Ермолов С. Ю.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В основе многих заболеваний лежат нарушения микроциркуляции. Одним из методов оценки нарушений микроциркуляции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией является метод периферической артериальной тонометрии (ПАТ), реализуемый с помощью комплекса EndoPAT2000.

Цель: Оценить регуляцию периферического кровотока у больных с различными нозологическими формами сердечно-сосудистой патологии путем модификации известной методики ПАТ.

Материалы и методы: Обследовано 65 пациентов с кардиоваскулярной патологией, разделенных на 3 группы. I группу составили пациенты с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии, (n = 22), средний возраст 54 ± 13 лет; во II группу были включены пациенты с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) с атеросклеротически измененными коронарными артериями, (n = 17), средний возраст 61 ± 14 лет; III группа – пациенты с признаками ИБС но с ангиографически неизмененными или малоизмененными коронарными артериями (кардиальный синдром X, КСХ), (n = 26), средний возраст 60 ± 14 лет. Пациенты данных групп были сопоставимы по полу. Состояние микроциркуляторной сети у каждого больного оценивалось с помощью биомикроскопии бульбарной конъюнктивы глаза. В модифицированной методике ПАТ с помощью комплекса EndoPAT2000 регуляцию периферического кровотока выявляли по относительному изменению амплитуды пульсаций кровенаполнения на руке, не подвергаемой ишемии (RCtrl). Индекс RCtrl характеризовал оценку центральной реакции системы регуляции. Доверительный интервал оценок частоты определяли на уровне 95% или 90% исходя из объема имеющейся выборки и биномиального распределения оценок. При повторных сравнениях (с перегруппировкой исследуемых пациентов) учитывалась поправка Бонферрони.

Результаты: Распределение показателя центральной реакции ψ RCtrl при ГБ близко к распределению нормального вида со средним значением вблизи значения RCtrl=1 и стандартным отклонением σ RCtrl $\approx 0,2$. Вероятность отклонения RCtrl от единицы примерно одинакова (50 на 50%). При ИБС и КСХ распределение ψ RCtrl ассиметрично, с вершиной в области значений, близких к RCtrl $\approx 1,1$. Вероятность обнаружить значение RCtrl $<1,0$ невелика. При этом, в группе с КСХ распределение ψ RCtrl существенно шире, чем в группе с ИБС. Распределение показателя локальной реакции (в частности, индекса реактивной гиперемии RHI) ψ RHI, в группах с ИБС и ГБ было ассиметричным и размытым, но в группе с КСХ оно оказалось более компактным и близким к нормальному виду. Мода распределения индекса RHI в группах с ГБ, ИБС и КСХ располагается, соответственно, вблизи значений RHI_{Mod} $\approx 1,8; 1,4$ и $1,5$.

Выводы: В модифицированной методике ПАТ оценка периферического кровотока методом по центральной реакции на пробу локальной ишемией характеризует состояние микроциркуляторной сети в целом, а не только локальной дисфункции эндотелия. Показатель центральной реакции может использоваться в качестве оценки при проведении терапии.

0488

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ В УСЛОВИЯХ ПОВСЕДНЕВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Мангилева Т. А.

КФУ, Медицинская академия, г.Симферополь, Россия

Цели исследования – изучить долговременную приверженность пациентов с артериальной гипертензией I степени к медикаментозному лечению и изменениям стиля жизни при отсутствии активного контроля со стороны медицинского персонала, исследовать динамику артериального давления, оценить эффективность его медикаментозного снижения при разном уровне общего сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы: 66 больным с артериальной гипертензией первой степени и 35 обследованным с нормальным или оптимальным артериальным давлением дважды с интервалом 71,3±1,5 месяца было проведено офисное измерение артериального давления и его суточное мониторирование. При первичном обследовании для определения общего сердечно-сосудистого риска сделаны рутинные лабораторные анализы, электрокардиография, велоэргометрия, ультразвуковое исследование сердца и сонных артерий. Исходно все пациенты с артериальной гипертензией были подробно проинструктированы относительно способов коррекции образа жизни для снижения артериального давления, им назначено постоянное медикаментозное лечение.

Результаты: В контрольной группе за время наблюдения не выявлено существенной динамики артериального давления. В группе больных с артериальной гипертензией с течением времени отмечалось снижение как офисного (со 149,2±2,0 / 93,5±1,2 мм рт.ст. до 141,3±1,5 / 88,5±1,0 мм.рт.ст., p<0,001), так и среднесуточного (со 146,3±2,5 / 89,8±1,8 мм рт.ст. до 132,5±2,6 / 80,8±1,6 мм рт.ст., p<0,001) артериального давления по сравнению с исходным. 39% больных сообщили о регулярном приеме гипотензивных препаратов. При повторном обследовании средний уровень офисного (144,0±2,4 / 88,3±1,6 мм рт.ст против 139,5±1,7 / 88,6±1,2 мм рт.ст., p>0,05) и среднесуточного (130,2±1,9 / 77,5±1,6 мм рт.ст. против 130,2±2,8 / 80,9±2,5 мм рт.ст.) артериального давления не отличался у пациентов с артериальной гипертензией, приверженных медикаментозной терапии и пренебрегших ей. Наиболее существенное снижение офисного артериального давления (p<0,01) с течением времени отмечалось в у больных артериальной гипертензией с высоким риском (53% постоянно принимали медикаменты), отсутствие снижения артериального давления – при очень высоком риске (47% регулярно принимали антигипертензивные препараты). Реже использовали фармакотерапию пациенты со средним (16%, p<0,05) и средне-высоким (38%) риском. Во всех подгруппах средняя величина АД как исходно, так и при повторном визите не отличалась у больных, постоянно принимавших медикаменты и остальных пациентов.

Выводы: В реальных условиях у большинства больных с артериальной гипертензией первой степени, знающих о наличии заболевания и способах его контроля, с течением времени отмечается снижение или стабилизация артериального давления, которое наблюдается как у пациентов, регулярно принимающих гипотензивные препараты, так и пренебрегающих медикаментозной терапией. Хуже всего поддается контролю артериальное давление у больных с очень высоким дополнительным риском.

0489

РИСК СЕРЬЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Мангушева М. М.^{1,2}, Лапшина С. А.^{1,2}, Нигматьянова А. А.^{1,2}, Чувашаева Ф. Р.², Еремин С. А.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г.Казань, Россия.

Актуальность: Нарушения ритма сердца и проводимости могут быть как проявлением, так и осложнением спондилоартритов (СпА), представляющих собой группу хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, включающих такие заболевания как анкилозирующий спондилит (АС), псориатический артрит, СпА при хронических воспалительных заболеваниях кишечника и другое. Данные заболевания имеют выраженную распространенность и чаще в молодом возрасте. Существует мнение о влиянии хронического системного воспаления при ревматологических заболеваниях на автономную регуляцию деятельности сердца, ведущего к изменению парасимпатической и/или симпатической активности, отсюда к существенным изменениям вариабельности сердечного ритма (ВСР). Кроме того, нередко имеют место различной степени выраженности нарушения проводимости от неполной блокады ножек пучка Гиса и, возможно, до полной АВ блокады. Известно о наличии статистически достоверной обратной корреляционной взаимосвязи между выраженностью основных показателей нарушения сердечного ритма и проводимости и уровнями острофазовых маркеров воспаления (СОЭ, СРБ, фибриногена).

Цель: Оценить частоту установления кардиостимуляторов у пациентов со СпА в сравнении с частотой имплантации кардиостимуляторов в популяции.

Материалы и методы: Проанализирована база данных пациентов с установленными кардиостимуляторами за 2013-2014 года, проживающими на территории Республики Татарстан (РТ), результаты соотнесены с численностью популяции. Частота установления кардиостимуляторов РТ составляет 2 на 10000 населения. В РТ на 2014 год проживает 3 855 258 человек, из них в возрасте от 18 до 50 лет 1831719 человек. У ревматологов Республики наблюдается 2958 пациентов со СпА, в том числе 2355 с АС.

Результаты: Из базы данных выбраны пациенты с имплантированными кардиостимуляторами молодого трудоспособного возраста без ишемической болезни сердца в анамнезе. Таких в возрасте от 18 до 50 лет оказалось 123 человека (0,7 на 10000 населения), из них 59 (47,9%) имели врожденные пороки сердца и нарушения проводимости, 5 (4,1%) пациентов были ревматологической патологией (2 (1,6%) имели в анамнезе острую ревматическую лихорадку, 3 (2,4%) – СпА). Среди пациентов со СпА установленный диагноз АС был у 1 человека, еще у 2 диагноз СпА был установлен ретроспективно: в истории болезни было найдено указание на боль в спине и дальнейшем проведено дообследование. Таким образом, частота имплантации кардиостимуляторов у пациентов со СпА в РТ составляет 0,1% или 10 случаев на 10000 больных, и 0,04% или 4 случая на 10000 больных АС.

Выводы: У пациентов со СпА существует риск серьезных нарушений ритма и проводимости, в ряде случаев, требующих установления постоянного кардиостимулятора. Частота имплантации кардиостимуляторов превышает таковую в популяции.

0490

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Мареева М. Ю., Петрухин В. А., Мравян С. Р., Пронина В. П., Федорова С. И., Стоцкая Т. В.

Россия, Москва, МОНИАГ, МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского

Целью исследования явилась оценка различных факторов риска при ГКМП, частоты и характера кардиологических осложнений, подходов к родоразрешению и ведению послеродового периода.

Материалы и методы: В МОНИАГ с 2006 по 2015 годы родоразрешены 32 женщины с ГКМП, из них 17 – с обструктивной формой. Градиент давления (ГД) при неструктуривной форме (1 группа) составил $17,5 \pm 13,2$ мм рт.ст. (от 4 до 30 мм рт. ст.), при обструктивной (2 группа) – $69,5 \pm 38,3$ мм рт. ст. (от 31-109 мм рт. ст.). Выбор способа родоразрешения в основном осуществлялся на основании оценки ГД. Самостоятельные роды проводились у 11 женщин 1 группы (у 1 – кесарево сечение по акушерским показаниям на доношенном сроке), у всех пациенток группы 2 выполнено кесарево сечение на доношенном сроке по кардиологическим показаниям (у двух – на сроке 35 и 37 недель беременности в связи с развитием выраженной сердечной недостаточности).

Результаты: Случаев внезапной смерти у близких родственников не отмечено. Боли в сердце отмечались в 18,2%, 27,3%; функциональный класс сердечной недостаточности (СН) 2 и выше – в 9,1%, 37,5%; желудочковая экстрасистолия – в 45,5%, 63,6% в группах 1 и 2 соответственно; неустойчивая желудочковая тахикардия отмечена у 2 пациенток группы 2. Случаев материнской и перинатальной смертности не было.

Заключение Оценка ГД в качестве критерия самостоятельных родов не позволила полностью избежать кардиологических осложнений у женщин с обструктивной формой ГКМП. У двух пациенток 1 группы с ГД 40 мм. рт.ст. отмечено уменьшение полости правого желудочка, увеличение размера правого предсердия до 4,7-5 см, легочная гипертензия II степени, расширение нижней полой вены, ее спадение на вдохе менее 50%, клинические признаки правожелудочковой СН. В послеродовом периоде в течение 1-6 месяцев отмечен регресс правожелудочковой сердечной недостаточности.

Выводы: Выраженность ГД при ГКМП является важным, но не единственным определяющим фактором при оценке прогноза кардиологических осложнений при любом способе родоразрешения. Кроме роста ГД, к факторам, определяющим тяжесть ГКМП, следует отнести клинические и электрокардиографические признаки коронарной недостаточности, пре- и синкопальные состояния (обычно коррелируют с выраженностью градиента давления), семейный анамнез (внезапная смерть у близких родственников), желудочковые аритмии. Крайне неблагоприятным вариантом течения заболевания является «рестриктивный» фенотип ГКМП, сопровождающийся уменьшением объема правого желудочка (КДР менее 2,7см), приобретающего S-образную форму с резким увеличением размера предсердий (прежде всего – правого) при соотношении трантрикуспидальных и трансмитральных показателей Е/А более или равным и времени децелерации менее 150 мсек. Эти показатели наряду с ЭхоКГ-признаками повышения давления «заклинивания» легочных капилляров являются маркером высокого риска даже при сохраненной фракции выброса.

0491

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Марсальская О. А.¹, Никифоров В. С.², Новиков В. И.²

¹ НУЗ «Дорожная клиническая поликлиника ОАО «РЖД»; 2 ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; Россия

Цель: определить особенности гемодинамики при физической нагрузке и оценить показатели диастолической функции у работников железнодорожного транспорта (ЖДТ) с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы: Все обследованные были разделены на 2 группы: первую группу (n=45) составили работники ЖДТ с артериальной гипертензией (АГ) 1 и 2 степени (гипертоническая болезнь 1 и 2 стадии) в возрасте 45±7,6 лет; вторую группу (n=35) – работники ЖДТ с наличием традиционных факторов риска, не имеющие АГ, в возрасте 42±7,2. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых добровольцев в возрасте 38±10,4 лет. У всех пациентов учитывались анамнестические (статус курения, отягощенная наследственность по ССЗ), антропометрические (рост, вес, индекс массы тела) и клинико-лабораторные данные (величина артериального давления (АД), уровень общего холестерина). Для оценки риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет использовалась шкала оценки риска SCORE. Трансторакальная эхокардиография и тканевая доплерография миокарда проводилась на ультразвуковой системе Philips iE 33 (Голландия). Нагрузочный тест выполнялся на велоэргометре Shiller ERG-911 по стандартному протоколу Bruce. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS Statistics 17.0; уровень значимости принят при p<0,05. Оценка корреляционных связей осуществлялась с использованием непараметрического коэффициента Спирмена.

Результаты: У всех лиц с АГ отмечался высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE. Работники ЖДТ без АГ с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE распределились следующим образом: низкий риск - 26%, умеренный риск - 63%, высокий риск - 11%. У лиц с высоким риском гипертензивная реакция АД при проведении велоэргометрии встречалась у 72% пациентов, с умеренным риском у 54%, с низким риском у 51%. По данным импульсно-волновой доплерографии трансмитрального потока и тканевой доплерографии миокарда регистрировалось значимое ($p < 0,05$) ухудшение диастолической функции в обеих группах. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем риска по шкале SCORE ($r = 0,81$; $p < 0,01$) и уровнем систолического АД на фоне физической нагрузки.

Выводы: Гипертензивная реакция АД при проведении нагрузочного теста и диастолическая дисфункция регистрируются как у лиц с артериальной гипертензией, так и у лиц с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска без артериальной гипертензии. Уровень систолического АД при физической нагрузке связан с уровнем риска по шкале SCORE.

0492

УРОВНИ ПРОВСПОЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У МУЖЧИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Маслинская Л. Н., Тябут Т. Д., Буглова А. Е.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное заболевание суставов с негативным влиянием на качество и продолжительность жизни, уменьшающуюся в большинстве случаев за счет сердечно-сосудистой патологии. Объяснить это лишь наличием традиционных факторов риска не представляется возможным, поэтому ведется поиск новых «нетрадиционных» факторов, способствующих увеличению риска развития атеросклероза при РА. Учитывая то, что ключевая роль в атерогенезе при РА отводится хроническому воспалению, на роль предикторов сердечно-сосудистой патологии могут претендовать медиаторы воспаления. Все вышеизложенное обуславливает цель исследования: выявить ранние маркеры атеросклероза путем оценки изменений структуры сосудистой стенки на уровне БЦА и цитокинового профиля у мужчин, страдающих РА.

Материалы и методы: исследования. В исследование были включены 17 мужчин с серопозитивным РА. Возраст (Me; 25%-75%) мужчин основной группы составил 54 (51,0;57,0) года, длительность РА - 7 (2-12) лет. На момент осмотра пациенты с РА на фоне приема БПВП имели среднюю (6 мужчин) или высокую (11 мужчин) активность артрита по DAS 28 (среднее значение 4,8 [4,4;5,6]). Группа контроля представлена 20 мужчинами без артрита и других острых и хронических заболеваний внутренних органов. Данная группа была сопоставима по возрасту с основной (средний возраст 50,5 [46,0;54,5] лет, $p = 0,06$). Выполнялось УЗ-исследование экстракраниальных участков брахиоцефальных артерий для определения толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (КИМ ОСА) и визуализации атеросклеротических бляшек (АСБ).

Результаты: Толщина КИМ ОСА у пациентов с РА составила 0,82 (0,8;0,87) мм и достоверно не отличалась, от значений данного показателя в группе контроля 0,8 (0,7;0,93) ($p = 0,57$). В группе мужчин, страдающих РА, чаще, чем в группе контроля (у 35,3% и 25% соответственно) АСБ. При исследовании уровня интерлейкина-6 в основной и контрольной группах были выявлены достоверные различия по уровню данного показателя ($p = 0,0025$). В группе мужчин, страдающих РА, он был выше, чем в группе контроля и составил 22,8 (8,25;38,8) и 1,19 (0,001;6,94) соответственно. Также в основной группе относительно группы контроля были выявлены статистически значимо более высокие значения ФНО- α (6,4 [5,7;8,5] и 0,001(0;3,69) соответственно, $p = 0,008$). Сходная картина наблюдалась и по уровню ИЛ-4. Его средние значения были достоверно выше в группе мужчин с РА относительно контроля (4,6 [2,5;6,4] и 0,4 [0,14;1,4] соответственно, $p = 0,0075$).

Выводы: У мужчин, страдающих РА, более часто встречается локальное поражение сосудистой стенки в виде атеросклеротических бляшек. В группе мужчин с РА были выявлены более высокие зна-

чения ИЛ-6, ИЛ-4 и ФНО- α , которые могут поддерживать воспаление в сосудистой стенке, тем самым способствуя более раннему прогрессированию атеросклероза у данных пациентов.

0493

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗОЙ 2/NAT2 И ЛИПИДАМИ СЫВОРОТКИ КРОВИ: РОЛЬ NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С. А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель: определение корреляций между показателями ацетиляторного статуса (АС): степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и липидного спектра сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ), сумма КА+КТ, произведение КА КТ у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения (ССН) и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Проведено обследование 155 пациентов, средний возраст $48,92 \pm 0,63$ г.: женщины – 53, средний возраст $51,42 \pm 0,96$ г., мужчины – 102, средний возраст $47,83 \pm 0,79$ г., с ИБС, ССН, I-IV функционального класса (ФК) и МС. Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Фенотипирование NAT2 проводили с использованием классического «полиморфного» субстрата – сульфадимезина. Последовательно анализировали корреляции между каждым отдельным показателем АС (СТАЦК, САЦСПО)/NAT2 и липидного спектра сыворотки крови (общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ) в следующем порядке:

- I – варианты АС (СТАЦК, САЦСПО) и липидов крови;
- II – значения ≤ 10 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентиля липидов крови;
- III – показатели > 90 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и > 90 перцентиля липидов крови;
- IV – параметры ≤ 10 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и > 90 перцентиля липидов крови;
- V – значения > 90 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентиля липидов крови.

Результаты: Многофакторный корреляционный анализ позволил установить, что у пациентов с ИБС, ССН, I-IV ФК и МС между значениями варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ соответственно выявляется достоверная сильная положительная (прямая) ассоциация ($p < 0,001$). Отрицательная (реципрокная) достоверная зависимость ($p < 0,001$) определена между параметрами ≤ 10 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 липидов: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ; между значениями > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля липидов: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ установлена достоверная ($p < 0,001$) отрицательная корреляция.

Выводы: У пациентов с ИБС, ССН, I-IV ФК и МС показатели АС (СТАЦК, САЦСПО), обусловленные NAT2, имеют тримодальный характер; фенотипы медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов связаны с липидным спектром сыворотки крови прямо (положительно) и обратно (отрицательно).

Выявлены гетерогенные взаимосвязи между показателями N-ацетилтрансферазы/NAT2 (N-acetyltransferase 2/arylamine N-acetyltransferase): АС (СТАЦК, САЦСПО) и липидного спектра сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ.

АС/NAT2 играет центральную роль в промежуточном метаболизме (синтез, катаболизм) для производства энергии и роста. Эпигенетическое (дис)регулирование NAT2, возможно, способствует увеличению риска метаболических нарушений.

Результаты: проведённого исследования выявляют, что АС (СТАЦК, САЦСПО)/NAT2 отражает энергетические процессы (цикл Кребса) в организме. Определение фенотипов медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов, наряду с диагностикой липидного спектра крови, позволяет оценивать скорость энергетических процессов у пациентов с ИБС, ССН, I-IV ФК и МС и должно включаться в программу обследования.

0494

РОЛЬ N-АЦЕТИЛТРАНСФЕРАЗЫ 2/NAT2 В РЕГУЛЯЦИИ ТРИКАРБОНОВОГО ЦИКЛА: ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ NAT2 И ГЛЮКОЗОЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С. А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель:

Анализ показателей ацетиляторного статуса (АС): степень ацетилирования в крови (СТАЦК), суммарная ацетилирующая способность организма (САЦСПО) и глюкозы крови с оценкой их взаимодействий у пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН), метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: Обследованы 190 пациентов, средний возраст $53,05 \pm 0,60$ г.: женщины – 108, средний возраст $54,97 \pm 0,74$ г., мужчины – 82, средний возраст $50,51 \pm 0,93$ г., с ИБС, ССН, I-III функционального класса (ФК), Программа обследования включала сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Для ацетиляторного фенотипирования NAT2/АС (СТАЦК, САЦСПО) использовали «полиморфный» субстрат – сульфадимезин; изучали глюкозу крови натощак. Корреляционный анализ с применением критериев Стьюдента-Фишера позволил оценить взаимодействия между каждым отдельным показателем АС (СТАЦК, САЦСПО) и глюкозой крови в следующем порядке:

- I – варианты АС (СТАЦК, САЦСПО) и глюкозы;
- II – значения ≤ 10 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентиля глюкозы;
- III – показатели > 90 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и > 90 перцентиля глюкозы;
- IV – параметры ≤ 10 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и > 90 перцентиля глюкозы;
- V – значения > 90 перцентиля АС (СТАЦК, САЦСПО) и ≤ 10 перцентиля глюкозы.

Результаты: Многофакторный корреляционный анализ выявил, что у пациентов с ИБС, МС и СД 2 типа между показателями варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и значениями варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля глюкозы крови соответственно определяется достоверная сильная положительная (прямая) связь ($p < 0,001$). Отрицательная (реципрокная) достоверная зависимость ($p < 0,001$) отмечена между показателями ≤ 10 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и > 90 глюкозы. Между значениями > 90 перцентиля АС: СТАЦК, САЦСПО и ≤ 10 перцентиля глюкозы установлена достоверная ($p < 0,001$) отрицательная корреляция.

Выводы: Производные кофермента AcetylCoenzyme (Ацетил КоА) являются субстратами для нескольких биохимических реакций (метаболизм глюкозы, жирных кислот) в трикарбонном (Кребса) цикле и играют ключевую роль в промежуточном обмене. Полученные результаты:

Свидетельствуют о гетерогенности взаимодействий показателей АС: СТАЦК, САЦСПО и глюкозы крови у пациентов с ИБС, ССН I-III ФК, МС и СД 2 типа. Ацетилирование (АС), обусловленное NAT2, но-

сит тримодальный характер, определены фенотипы медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов, связанные с глюкозой крови прямо (положительно) и обратно (отрицательно). Изучение фенотипов AC/NAT2 медленных/быстрых/промежуточных ацетиляторов и определение глюкозы крови у пациентов с ИБС, ССН, I-III ФК, МС и СД 2 типа позволяет оценивать скорость энергетических процессов в организме и проводить адекватную коррекцию метаболических нарушений.

0495

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА: ГЕТЕРОГЕННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С. А.

Медико-психологический центр «Семь'Я», Рязань, Россия

Цель: определение взаимосвязей, по данным многофакторного корреляционного анализа, между показателями липидного спектра сыворотки крови: общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) низкой плотности (НП), ХС ЛП высокой плотности (ВП), ХС ЛП очень низкой плотности (ОНП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ), сумма КА+КТ, произведение КА КТ и индексом массы тела (ИМТ) у женщин с ИБС, стабильной стенокардией напряжения (ССН) и МС.

Материалы и методы: Проведено обследование 53 женщин в возрасте $51,42 \pm 0,96$ г. с ИБС, ССН I-IV функционального класса (ФК) и МС, включавшее сбор анамнеза, осмотр, общеклинические, биохимические анализы и инструментальные методы. Изучали липидный спектр сыворотки крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПВП, КА, $КТ = ТГ/ХС \text{ ЛПВП}$, КА+КТ, КА КТ. Массу тела (МТ) определяли с точностью до 0,1 кг, рост – с точностью до 0,5 см, для количественной оценки МТ и тяжести ожирения рассчитывали ИМТ как соотношение МТ в кг к росту в м². Корреляционный анализ с изучением критериев Стьюдента-Фишера проводили между каждым отдельным показателем липидного спектра крови и ИМТ в следующем порядке:

I – варианты липидов и ИМТ;

II – значения ≤ 10 перцентиля липидов и ≤ 10 перцентиля ИМТ;

III – показатели > 90 перцентиля липидов и > 90 перцентиля ИМТ;

IV – значения ≤ 10 перцентиля липидов и > 90 перцентиля ИМТ;

V – параметры > 90 перцентиля липидов и ≤ 10 перцентиля ИМТ.

Результаты: Показано, что у женщин с ИБС, ССН I-IV ФК и МС в подгруппе варианта (80%) общий ХС составил $5,93 \pm 0,10$ ммоль/л, ТГ – $2,41 \pm 0,09$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $3,55 \pm 0,12$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $1,19 \pm 0,04$ ммоль/л; в подгруппе ≤ 10 перцентиля (10%) общий ХС – $4,04 \pm 0,14$ ммоль/л, ТГ – $1,07 \pm 0,05$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $1,43 \pm 0,14$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $0,53 \pm 0,06$ ммоль/л; в подгруппе > 90 перцентиля (10%) общий ХС – $8,35 \pm 0,57$ ммоль/л, ТГ – $4,66 \pm 0,31$ ммоль/л, ХС ЛПНП – $6,32 \pm 0,52$ ммоль/л, ХС ЛПВП – $2,04 \pm 0,09$ ммоль/л. ИМТ в подгруппе варианта (80%) равнялся $32,47 \pm 0,45$ кг/м² (ожирение I степени); ИМТ в подгруппе ≤ 10 перцентиля (10%) – $26,03 \pm 0,69$ кг/м² (избыточная МТ); ИМТ в подгруппе > 90 перцентиля (10%) – $41,12 \pm 0,59$ кг/м² (ожирение III степени). По данным многофакторного корреляционного анализа, установлено, что у женщин ИБС, ССН I-IV ФК и МС значения варианты, ≤ 10 перцентиля и > 90 перцентиля липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ и ИМТ соответственно достоверно ($p < 0,001$) коррелировали. Отрицательная (реципрокная) достоверная ($p < 0,001$) связь определена между параметрами ≤ 10 перцентиля липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ и > 90 перцентиля ИМТ; отмечена достоверная ($p < 0,05 - < 0,001$) отрицательная корреляция между значениями > 90 перцентиля липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, КА, КТ, КА+КТ, КА КТ и ≤ 10 перцентиля ИМТ.

Выводы: У большинства женщин с ИБС, ССН I-IV ФК и МС определяется дислипидемия (гиперхолестеринемия за счёт повышения ХС ЛПНП, гипертриглицеридемия) и ожирение I-III степени. Пока-

заны гетерогенные достоверные взаимосвязи между показателями липидного спектра сыворотки крови и ИМТ.

0496

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Осокин Я. А., Карпов Н. В.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: анализ показателей продольной деформации миокарда левого желудочка (ЛЖ) при изучении апикальных 4-камерных эхокардиографических (ЭхоКГ) срезов в режиме отслеживания движения пятен (speckle tracking) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и здоровых лиц.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 58 человек. Были сформированы две группы: I – 24 больных, страдающих АГ; из них 13 (54%) мужчин и 11 (46%) женщин; средний возраст – 54 ± 14 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 145 ± 14 мм рт.ст., диастолическое АД – 93 ± 8 мм рт.ст., индекс массы миокарда (ИММ) – $139,3 \pm 36,7$ г/м². II группа – 34 здоровых лиц; из них 14 (41%) мужчин и 20 (59%) женщин; средний возраст – 45 ± 13 лет; систолическое АД – 115 ± 13 мм рт.ст., диастолическое АД – 73 ± 8 мм рт.ст., ИММ – $106,9 \pm 19,7$ г/м². Критерии включения: впервые выявленная эссенциальная АГ I степени, отсутствие медикаментозного лечения. Для анализа функции ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуль векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging) программного пакета SIEMENS syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальной 4-камерной позиции регистрировались: скорость смещения (Velocity – V) и скорость деформации (Strain Rate – SR) в трех фазах сердечного цикла (S – систола; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), а также максимальные значения деформации (Strain – S) и смещения (Displacement – D) миокарда ЛЖ. Использовались усредненные данные для 6 сегментов ЛЖ. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 8,0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и среднего квадратического отклонения ($S \pm \sigma$). Различия признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: При анализе деформационных свойств ЛЖ было получено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение параметров S, SRS, SRE, D, VS и VE в группе больных АГ. S составил $-18,27$ в группе здоровых пациентов против $-14,73$ в группе больных АГ. SRS – $-1,06$ против $-0,88$; SRE – $1,1$ против $0,75$; D – $-6,12$ мм против $4,77$ мм; VS – $3,02$ мм/с против $2,53$ мм/с; VE – $-3,29$ мм/с против $-2,07$ мм/с, соответственно. Снижение параметров SRA и VA не было статистически значимым ($p > 0,05$). SRA составил $0,52$ в контрольной группе против $0,51$ у больных АГ; VA – $-1,81$ мм/с против $-1,74$ мм/с, соответственно.

Выводы: У больных с впервые выявленной АГ I степени наблюдались достоверно более низкие значения как деформации и смещения миокарда ЛЖ, так и показателей, характеризующих скорость изменения этих параметров движения миокарда в систолу и раннюю диастолу. Полученные данные также демонстрируют возможности методики «отслеживания движения пятен» (speckle tracking) достоверно оценивать особенности систолической и диастолической функции миокарда ЛЖ у больных АГ.

0497

КОРРЕЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КОЛЬЦА И ПАРАМЕТРОВ, ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Бубенов А. С., Кугрышев В. В., Иванов С. И.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Цель: оценить взаимосвязь показателей тканевого доплеровского исследования (DTI) митрального кольца и деформационных свойств левого предсердия (ЛП) при ЭхоКГ в режиме «speckle tracking» у больных артериальной гипертонией (АГ) и здоровых лиц.

Материалы и методы: Из 74 человек, включенных в исследование, 35 больных с впервые выявленной АГ I степени, не получавших регулярного медикаментозного лечения (21 (60%) мужчин и 14 женщин; средний возраст – 50 ± 14 лет; систолическое артериальное давление (САД) – 141 ± 11 мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 92 ± 9 мм рт.ст.) 39 – здоровых лиц (16 (41%) мужчин и 23 женщины; средний возраст – 45 ± 13 лет; САД – 121 ± 15 мм рт.ст., ДАД – 73 ± 10 мм рт.ст.). Использовался эхокардиограф SIEMENS Acuson SC2000 и модуль VVI (Vector Velocity Imaging) syngo Workplace (SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальных 4- и 2-камерных позициях регистрировались: скорость деформации (Strain Rate – SR), а также максимальные значения деформации (Strain – S), смещения миокарда ЛП (Displacement – D) усредненные данные базальных и средних сегментов ЛП. DTI медиальной (M) и латеральной (L) части митрального клапана (S – систолическое, Ea – раннее диастолическое и Aa – позднее диастолическое движение митрального кольца, Ea/Aa – их отношение); E/Ea – отношение скорости раннего диастолического трансмитрального потока к Ea.

Результаты: Была выявлена достоверная средняя корреляционная связь в 4-х камерной позиции между Ea L и S (0,401), SRS (0,442), SRE (-0,542); Ea M и S (0,362), SRS (0,384), SRE (-0,487); Ea/Aa L и S (0,342), SRS (0,345), SRE (-0,505); Ea/Aa M и S (0,333), SRS (0,354), SRE (-0,381); E/Ea L и S (-0,468), SRS (-0,378), SRE (0,477); E/Ea M и S (-0,414), SRS (-0,377), SRE (0,473). В 2-х камерной позиции, установлена корреляционная связь средней силы между Sa L и SRE (0,456); Ea L и S (0,622), SRS (0,466); Ea M и S (0,527), SRS (0,494), SRE (-0,655); Aa L и S (0,394), SRE (-0,328); Ea/Aa L и S (0,511), SRS (0,379); Ea/Aa M и S (0,562), SRS (0,491); E/Ea L и S (-0,463), SRS (0,603); E/Ea M и S (-0,448), SRS (-0,424), SRE (0,533). Наблюдалась сильная корреляционная связь в 2-х камерной позиции между Ea L и SRE (-0,777); Ea/Aa L и SRE (-0,785); Ea/Aa M и SRE (-0,712) ($p < 0,05$).

Выводы: Выявленная средняя и сильная корреляционная связь между скоростными показателями движения кольца митрального клапана и параметрами, характеризующими деформационные свойства ЛП, указывает на то, что методика «speckle tracking» наравне со ставшей уже классической тканевой доплерографией митрального кольца позволяет выявлять развитие дисфункции миокарда у больных с АГ.

0498

СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РЕЖИМЕ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ ПЯТЕН (SPECKLE TRACKING) И ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИТРАЛЬНОГО КОЛЬЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Карпов Н. В., Осокин Я. А.
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: анализ зависимости между показателями продольной деформации миокарда левого желудочка (ЛЖ), получаемыми в режиме отслеживания движения пятен (speckle tracking), и показателями импульсной тканевой доплерографии митрального кольца (DTI) у больных с артериальной гипертензией (АГ) и здоровых лиц.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 58 человек. Из них – 24 больных с впервые выявленной эссенциальной АГ I степени, не получающих регулярного медикаментозного лечения; 13 (54%) мужчин и 11 (46%) женщин; средний возраст – 54 ± 14 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 145 ± 14 мм рт.ст., диастолическое АД – 93 ± 8 мм рт.ст, индекс массы миокарда (ИММ) – $139,3 \pm 36,7$ г/м², а также – 34 здоровых лица; из них 14 (41%) мужчин и 20 (59%) женщин; средний возраст – 45 ± 13 лет; систолическое АД – 115 ± 13 мм рт.ст., диастолическое АД – 73 ± 8 мм рт.ст, ИММ – $106,9 \pm 19,7$ г/м². Для анализа функции ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуль векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging) программного пакета SIEMENS syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальной 4-камерной позиции регистрировались максимальные: скорость смещения (Velocity – V) и скорость деформации (Strain Rate – SR) в трех фазах сердечного цикла (S – систола; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), а также значения деформации (Strain – S) и смещения (Displacement – D) миокарда ЛЖ. Использовались усредненные данные для 6 сегментов ЛЖ. Методом импульсной доплерографии была записана скорость раннего (E) диастолического наполнения ЛЖ, а в режиме DTI – пиковая скорость систолического (Sa), раннего (Ea) и позднего (Aa) диастолического движения митрального кольца; вычислялось отношение Ea/Aa и E/Ea. Для оценки корреляционных зависимостей использовались коэффициенты Спирмена при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Получена статистически значимая ($p < 0,05$) связь средней силы между: S и Ea (-0,36); SRS и Ea (-0,31), Sa (-0,31); D и Ea (0,51), E/Ea (-0,39), Ea/Aa (0,39); VS и Ea (0,42), Sa (0,37), E/Ea (-0,32); VE и Ea (-0,62), E/Ea (0,45) и Ea/Aa (-0,56); SRE и Ea (0,48) и Ea/Aa (0,41). Корреляции между SRA, VA и параметрами DTI и отношением E/Ea обнаружено не было.

Выводы: Выявлена достоверная корреляция показателей тканевой доплерографии митрального кольца с показателями продольной деформации и смещения миокарда ЛЖ в фазы систолы и раннего диастолического наполнения. Изученные методики дополняют друг друга и могут служить инструментом оценки состояния функции сердца у больных с АГ.

0499

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Кугрышев В. В., Дмитриева И. Е., Иванов С. И..

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России, Москва

Цель: оценить взаимосвязь деформационных свойств правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочка при эхокардиографии в режиме «отслеживания движения пятен» (speckle tracking) у здоровых лиц.

Материалы и методы: В исследование были включены 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. Для анализа функции ПЖ и ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуль векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging) программного пакета SIEMENS syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальной четырехкамерной позиции регистрировались: скорость деформации миокарда желудочков (Strain Rate – SR) и пиковая продольная скорость (Velocity – V) в трех фазах сердечного цикла (S – систола; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), а также максимальные значения деформации (Strain – S) и смещения миокарда (Displacement – D). Использовались усредненные данные для базальных и средних сегментов правого и левого желудочка. Статистическая обработка данных и корреляционный анализ проводились с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и средне-

го квадратического отклонения ($S \pm \sigma$), непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r), при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: В апикальной четырехкамерной позиции у здоровых лиц получены следующие данные: Спж $-22,32 \pm 5,09\%$; VSпж $4,54 \pm 0,97$ см/с; VEпж $-4,33 \pm 1,71$ см/с; VАпж $-2,88 \pm 1,21$ см/с; SRSпж $4,54 \pm 0,97$ с-1; SREпж $0,93 \pm 0,38$ с-1; SRAпж $-1,40 \pm 0,32$ с-1; Дпж $9,03 \pm 2,61$ мм; Слж $-18,34 \pm 3,17\%$; VSлж $3,11 \pm 0,90$ см/с; VEлж $-3,42 \pm 1,19$ см/с; VАлж $-1,76 \pm 0,77$ см/с; SRSлж $-1,08 \pm 0,22$ с-1; SREлж $1,11 \pm 0,32$ с-1; SRAлж $0,49 \pm 0,17$ с-1; Длж $6,28 \pm 1,88$ мм. Была выявлена корреляционная связь между следующими показателями ПЖ и ЛЖ: Спж и Слж ($p < 0,05$, $r = 0,53$); VSпж и VSлж ($p < 0,05$, $r = 0,47$); VEпж и VEлж ($p < 0,05$, $r = 0,44$); VАпж и VАлж ($p = 0,63$, $r = 0,09$); SRSпж и SRSлж ($p = 0,41$, $r = -0,15$); SREпж и SREлж ($p = 0,78$, $r = 0,05$); SRAпж и SRAлж ($p = 0,89$, $r = -0,02$); Дпж и Длж ($p < 0,05$, $r = 0,46$).

Выводы: Выявленная достоверная корреляционная связь между параметрами деформационных свойств правого и левого желудочка в фазы систолы и раннего диастолического наполнения указывает не только на тесную механическую и временную связь, но и на точное сопряжение собственно сократительной функции миокарда, что особенно наглядно проявляется в значимой корреляции параметра деформации (Strain). Кроме того, результаты демонстрируют возможности методики «отслеживания движения пятен» оценивать функцию как левого, так и правого желудочка, избегая известных ограничений других методик.

0500

ОЦЕНКА КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Матвеев В. В., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Кугрышев В. В., Дмитриева И. Е., Иванов С. И.,
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» Минздрава России, Москва

Цель: оценить взаимосвязь деформационных свойств правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочка при эхокардиографии в режиме «отслеживания движения пятен» (speckle tracking) у здоровых лиц.

Материалы и методы: В исследование были включены 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. Для анализа функции ПЖ и ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000 и модуль векторной визуализации скорости VVI (Vector Velocity Imaging) программного пакета SIEMENS syngo US Workplace (version 2.0, SIEMENS Medical Solutions USA). В апикальной четырехкамерной позиции регистрировались: скорость деформации миокарда желудочков (Strain Rate – SR) и пиковая продольная скорость (Velocity – V) в трех фазах сердечного цикла (S – систола; E – раннее; A – позднее диастолическое наполнение), а также максимальные значения деформации (Strain – S) и смещения миокарда (Displacement – D). Использовались усредненные данные для базальных и средних сегментов правого и левого желудочка. Статистическая обработка данных и корреляционный анализ проводились с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и среднего квадратического отклонения ($S \pm \sigma$), непараметрического коэффициента корреляции Спирмена (r), при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: В апикальной четырехкамерной позиции у здоровых лиц получены следующие данные: Спж $-22,32 \pm 5,09\%$; VSпж $4,54 \pm 0,97$ см/с; VEпж $-4,33 \pm 1,71$ см/с; VАпж $-2,88 \pm 1,21$ см/с; SRSпж $4,54 \pm 0,97$ с-1; SREпж $0,93 \pm 0,38$ с-1; SRAпж $-1,40 \pm 0,32$ с-1; Дпж $9,03 \pm 2,61$ мм; Слж $-18,34 \pm 3,17\%$; VSлж $3,11 \pm 0,90$ см/с; VEлж $-3,42 \pm 1,19$ см/с; VАлж $-1,76 \pm 0,77$ см/с; SRSлж $-1,08 \pm 0,22$ с-1; SREлж $1,11 \pm 0,32$ с-1; SRAлж $0,49 \pm 0,17$ с-1; Длж $6,28 \pm 1,88$ мм. Была выявлена корреляционная связь между следующими показателями ПЖ и ЛЖ: Спж и Слж ($p < 0,05$, $r = 0,53$); VSпж и VSлж ($p < 0,05$, $r = 0,47$); VEпж и VEлж ($p < 0,05$, $r = 0,44$); VАпж и VАлж ($p = 0,63$, $r = 0,09$); SRSпж и SRSлж ($p = 0,41$, $r = -0,15$); SREпж и SREлж ($p = 0,78$, $r = 0,05$); SRAпж и SRAлж ($p = 0,89$, $r = -0,02$); Дпж и Длж ($p < 0,05$, $r = 0,46$).

Выводы: Выявленная достоверная корреляционная связь между параметрами деформационных свойств правого и левого желудочка в фазы систолы и раннего диастолического наполнения указывает не только на тесную механическую и временную связь, но и на точное сопряжение собственно

сократительной функции миокарда, что особенно наглядно проявляется в значимой корреляции параметра деформации (Strain). Кроме того, результаты демонстрируют возможности методики «отслеживания движения пятен» оценивать функцию как левого, так и правого желудочка, избегая известных ограничений других методик.

0501

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН.

Махинова М. М., Бубнова М. Г., Давтян К. В.

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

Введение: Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее часто встречающихся форм нарушения ритма сердца. У пациентов с данным заболеванием значительно снижается качество жизни (КЖ). Также появляются симптомы тревоги и депрессии. Основным нефармакологическим методом лечения ФП является операция радиочастотной абляции (РЧА) – изоляция устьев легочных вен (ЛВ). Целью исследования является определение динамики параметров КЖ, проявлений тревоги и депрессии у пациентов с ФП после РЧА ЛВ.

Материалы и методы: В исследование включены 49 пациентов (средний возраст $56 \pm 8,8$ лет), которым было проведено оперативное вмешательство – РЧА ЛВ по поводу ФП. Все пациенты сразу после операции и через три месяца наблюдения были осмотрены кардиологом, прошли опрос с помощью вопросников: «Качество жизни», «Клиническая шкала тревоги и депрессии» (HADS). Все пациенты постоянно и без изменений принимали антикоагулянты и антиаритмические препараты.

Результаты: Во время периода наблюдения за пациентами было отмечено только 3 случая рецидива ФП, потребовавших повторного вмешательства (РЧА ЛВ). Изначально у пациентов симптомы тревоги и депрессии наблюдались в 44% и 17% случаев. Через три месяца наблюдения симптомы тревоги и депрессии оставались примерно на том же уровне (48% и 15% соответственно). Исходно отмечалось снижение КЖ у пациентов с ФП (средний балл $-7 \pm 4,4$), но через три месяца наблюдения было отмечено некоторое увеличение этого показателя (средний балл $-6 \pm 4,3$ $p < 0,05$ к исходному). Нами была отмечена некоторая зависимость показателей КЖ и проявлений тревоги и депрессии от длительности ФП в анамнезе до РЧА ЛВ. Показатели КЖ были значительно выше у пациентов с длительностью ФП в анамнезе менее 3 лет. У данных пациентов спустя три месяца наблюдения отмечено улучшение КЖ на 14% по сравнению с пациентами с длительностью ФП более 3 лет (2,8%).

Заключение Результаты показывают, что через три месяца наблюдения у пациентов с ФП после РЧА ЛВ сохраняются проявления тревоги и депрессии, которые мешают улучшению КЖ таких пациентов. Данные свидетельствуют о необходимости вовлечения пациентов с ФП, которым необходимо проведение РЧА ЛВ, в программы психологической реабилитации с целью увеличения двигательной активности, выработки позитивного отношения к своему здоровью и полному возвращению к активной социальной жизни.

0502

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мацкевич С. А.¹, Барбук О. А.¹, Бельская М. И.¹, Серченя Т. С.²

¹Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск

²Институт биоорганической химии НАН Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

Цель: оценить изменения функции почек и показателей внутрисердечной гемодинамики при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: Обследовано 57 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (средний возраст $62,07 \pm 7,14$ года), осложненным ХСН ФК III. Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате Vivid-7 (GE, США-Бельгия). 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-проBNP - на иммуноферментном анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл), уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче - методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню цистатина С определяли по формуле: $СКФ (мл/мин/1,73м^2) = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Статистический анализ проведен с применением пакета программ STATISTICA 6.0, MS EXCEL XP. Результаты представлены в виде среднего арифметического (М) и среднего квадратичного отклонения (SD).

Результаты: Повышенный уровень креатинина выявлен у 28,1% пациентов, повышенный уровень цистатина С определялся чаще - у 41,2% пациентов. Среднее значение СКФ по уровню цистатина С ниже нормы и составило $79,39 \pm 12,01$ мл/мин/1,73 м². У 68,4% пациентов отмечалось снижение СКФ, т.е. нарушение клубочковой фильтрации почек. Повышенный уровень А1М обнаружен у 19,3% пациентов. Уровень NT-проBNP составил в среднем $333,04 \pm 89,66$ пг/мл. Выявлена корреляционная зависимость между уровнем цистатина С и А1М ($r=0,44$, $p<0,01$), а также между уровнем цистатина С и NT-проBNP ($r=0,47$, $p<0,001$). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $49,0 \pm 1,11\%$, у 29 (58,9%) пациентов ФВ ЛЖ была менее 45%. Установлена положительная взаимосвязь между размером правого желудочка (ПЖ) и уровнем цистатина С ($r=0,45$, $p<0,05$), размером ПЖ и уровнем А1М ($r=0,42$, $p<0,05$), а также отрицательные взаимосвязи между размером левого предсердия и СКФ ($r=-0,47$, $p<0,05$), размером ПЖ и СКФ ($r=-0,44$, $p<0,05$).

Заключение Таким образом, у большинства пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН ФК III, определялись признаки дисфункции почек при отсутствии первичной почечной патологии. Выявленные корреляционные взаимосвязи между показателями внутрисердечной гемодинамики и дисфункции почек могут свидетельствовать об общности патогенетических механизмов развития хронической сердечной и почечной недостаточности и о тесной взаимосвязи процессов постинфарктного ремоделирования сердца и функционального состояния почек.

0503

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ КАРОТИДНОЙ АРТЕРИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Маянская С. Д., Гребенкина И. А., Попова А. А., Лукша Е. Б., Егорова Л. С.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Казань, Россия

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г.Новосибирск, Россия

Цель: Исследовать толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) и диаметр общей сонной артерии (ОСА) у лиц молодого возраста с нормальным и высоким нормальным артериальным давлением (АД), имеющим наследственную отягощенность (НО) по артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 57 молодых людей (средний возраст $23,9 \pm 2,7$ лет) с НО по АГ: 22 пациента - с высоким нормальным АД (группа 1) и 35 человек - с нормальным АД (группа 2). Контроль-

ную группу составили 24 здоровых исследуемых без НО по АГ. Индекс массы тела (ИМТ) у лиц с НАД был $22,5 \pm 3,1 \text{ кг/м}^2$, у пациентов с ВНАД – $25,7 \pm 2,1 \text{ кг/м}^2$; курили 37% и 35% исследуемых соответственно. Проведено ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий на аппарате «SonoAce-8000 Ex» («Medison», Ю. Корея).

Результаты: Во 2 группе и контроле среднее значение ТКИМ ОСА было одинаковым и составило $0,70 \pm 0,07$ мм, в 1 группе – $0,72 \pm 0,05$ мм. У 4% исследуемых 1-ой группы ТКИМ превышала 0,9 мм. У большинства исследуемых (79% лиц группы 1 и у 87% лиц группы 2) структура ТКИМ ОСА соответствовала 2-ой квантили распределения. Изменения диаметра правой ОСА за один сердечный цикл у лиц 1-ой группы были достоверно меньше на 26,7% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,005$).

Во всех группах исследуемых выявлены положительные корреляционные связи ТКИМ ОСА с возрастом ($gp=0,25$, $p=0,010$), с уровнем общего холестерина сыворотки (ОХС) крови (в группе 1-Д – $gp=0,63$, $p=0,01$, в группе 2-Д – $gp=0,71$, $p=0,01$), с уровнем среднесуточного систолического АД (в группе 1-Д – $gp=0,25$, $p=0,01$; в группе 2-Д – $gp=0,27$, $p=0,01$); уровнем среднесуточного диастолического АД (в группе 1-Д – $gp=0,21$, $p=0,01$).

Выводы: Таким образом, в группе с высоким нормальным АД и НО по АГ наблюдалось увеличение толщины каротидной артерии, уменьшение ее диаметра за один сердечный цикл до развития у них АГ. В первую очередь было выявлено влияние возраста, уровня систолического и диастолического АД, уровня ОХС сыворотки крови на состояние ТКИМ ОСА. При этом, сама НО по АГ не являлась значимым фактором, вносящим сколько-нибудь заметный вклад в структурные изменения стенки каротидной артерии на доклиническом уровне.

0504

ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Медведева Т. В., Чижов П. А., Гурмач М. А., Бобкова Л. П.

ГБОУ ВПО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия

Актуальность: проблемы пролапса митрального клапана (ПМК) обусловлена его широкой распространенностью среди лиц молодого возраста от 20 до 65% (по разным данным) и тяжестью возможных осложнений, среди которых нарушения сердечного ритма, инфекционный эндокардит, сердечная недостаточность. ПМК характеризуется полиморфизмом клинической симптоматики со стороны различных органов и систем, обусловленным во многом вегетативной дисфункцией. В последние годы для изучения вегетативных нарушений используют изучение вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель: Изучить особенности ВРС у молодых пациентов с ПМК.

Материалы и методы: Обследовано 90 пациентов с ПМК (27 мужчин 63 женщины, средний возраст $21,8 \pm 0,2$). Среди пациентов с ПМК у 85 был диагностирован ПМК I степени (94,4%), у 5 (5,6%) – II степени, у 14 (15,6%) отмечена регургитация на митральном клапане. Исследование ВРС проводили у 20 пациентов с ПМК исходно в положении лежа и в условиях активной ортостатической пробы (АОП). При обследовании определяли общую мощность спектра (TP); мощность высокочастотных (HF) и низкочастотных (LF) волн, мощность волн очень низкой частоты (VLF). АОП проводили для количественной оценки симпатических и парасимпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, при этом учитывались прирост LF/HF и коэффициент $30 : 15$ ($K30 : 15$).

Результаты: При анализе средних показателей ВРС у обследованных с ПМК было выявлено достоверное снижение общей мощности спектра – $2360,0$ ($1748,0-2530,0$) по сравнению с контрольной группой – $3301,5$ ($2862,0-4850,0$). Данная особенность у пациентов с ПМК обусловлена снижением мощности парасимпатических влияний – $555,0$ ($404,0-749,0$) против $1663,5$ ($1329,0-1915,0$) в контрольной группе. Достоверных отличий мощности спектра низкочастотных колебаний у лиц с ПМК и без ПМК не отмечено, однако соотношение LF/HF у пациентов с ПМК достоверно выше – $2,3$ ($1,0-2,7$), чем у здоровых – $0,52$ ($0,4-0,57$), что свидетельствует о преобладании у пациентов с ПМК симпатических влияний.

При проведении АОП у обследованных с ПМК сохранялось уменьшение вклада высокочастотных колебаний. Мощность спектра низкочастотных колебаний у пациентов с ПМК была достоверно меньше – 1138,0 (664,0–1446,0), по сравнению с лицами без ПМК – 1454,5 (1192,0–1888,0). LF/HF в группе без ПМК увеличился в 7,7 раза [3,98 [2,1–6,7] против 0,52 [0,4–0,57]], что свидетельствует о достаточной активации симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). В то же время у обследованных с ПМК выявлен незначительный прирост LF/HF – менее чем в 2 раза [4,3 [3,1–8,5] против 2,3 [1,0–2,7]], что указывает на снижение у них реактивности симпатического отдела. Проведение АОП позволило выявить снижение парасимпатической реактивности у пациентов с ПМК, что подтверждалось более низкими значениями К30 : 15 [1,07 [1,05–1,14]] по сравнению с обследованными без ДСТС [1,16 [1,1–1,3]].

Выводы:

По результатам исследования ВРС у лиц с ПМК установлено снижение тонуса парасимпатического отдела ВНС, а также преобладание симпатических влияний над парасимпатическими.

0505

ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ И АНТИКОАГУЛЯЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ СОСУДОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПИОГЛИТАЗОН И ЛИЗИНОПРИЛ НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Медведев И. Н., Солдатова О. А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Введение: Одними из наиболее частых осложнений у больных артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) являются тромбозы сосудов различной локализации. Вместе с тем коррекция сосудистого гемостаза у данной категории больных разработана недостаточна.

Цель: Выявить возможности лечебного комплекса из лизиноприла, пиоглитазона, гипокалорийной диеты и дозированных физических тренировок в коррекции нарушений антикоагуляционной и фибринолитической активности сосудистой стенки у больных АГ при МС.

Материалы и методы: Определялась активность антитромбина III (АТ III), регистрируемая до и после венозной окклюзии (Балуда В.П. и соавт., 1983) с расчетом индекса антикоагуляционной активности сосудистой стенки (ИАКАСС), а также время лизиса фибринового сгустка до и после венозного застоя с вычислением индекса фибринолитической активности сосудистой стенки (ИФАСС) у 26 больных АГ 1-2 степени, риск 4 при МС. Больным для коррекции состояния на 4 мес. назначался лизиноприл 10 мг 1 раз в сутки, пиоглитазон 30 мг 1 раз в день, гипокалорийная диета и посильные дозированные физические нагрузки. Контроль – 25 здоровых людей. Результаты обработаны критерием Стьюдента.

Результаты: У больных АГ при МС активность АТ III оказалась снижена до $82,6 \pm 0,6\%$. При этом, на фоне венозной окклюзии активность АТ III у больных возрастала ($96,2 \pm 0,04\%$) в меньшей степени, чем у здоровых ($147,6 \pm 0,62\%$). ИАКАСС у больных составил $1,16 \pm 0,02$. Удлиненное у больных время лизиса фибринового сгустка на фоне компрессии уменьшалось ($7,9 \pm 0,22$ мин.) в меньшей степени, чем в контроле ($5,9 \pm 0,20$ мин.). Индекс ИФАСС у лиц с АГ при МС был снижен до $1,21 \pm 0,10$, против контроля $-1,49 \pm 0,40$, что говорило о слабости синтеза в стенках их сосудов активатора плазминогена.

К концу 4 мес. применения лечебного комплекса найдена нормализация активности АТ III ($99,5 \pm 0,8\%$) с возрастанием активности АТ III на фоне венозной окклюзии до уровня контроля ($145,9 \pm 1,33\%$). ИАКАСС у больных на фоне лечения сравнялся с контролем – $1,47 \pm 0,02$. При этом, на фоне терапии было достигнуто сокращение времени лизиса фибринового сгустка при венозном застое до контрольных значений ($6,1 \pm 0,3$ мин.) с нормализацией ИФАСС ($1,43 \pm 0,02$).

Выводы: Имеющееся у больных АГ при МС снижение антитромботической активности стенки сосудов может полностью корректироваться 4-х мес. применением лечебного комплекса из лизиноприла, пиоглитазона, гипокалорийной диеты и дозированных физических нагрузок. Это обуславливается оптимизацией выработки в стенке сосуда веществ, регулирующих антикоагуляцию и фибринолиз.

0506

АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ОСНОВНЫХ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СИМВАСТАТИН

Медведев И. Н., Скорятина И. А.

Курский институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета, Курск, Россия

Наличие у больного одновременно артериальной гипертензии (АГ) и дислипидемии (Д) приводит к существенным функционально-структурным нарушениям всех его форменных элементов крови. Ввиду того, что серьезную роль в лечении больных АГ с Д играют немедикаментозное лечение и статины, вызывает большой интерес оценка их влияния на агрегацию форменных элементов крови.

Цель: определить возможности сочетанного воздействия симвастатина и немедикаментозной терапии на агрегационные свойства форменных элементов крови у больных АГ с Д.

Исследование выполнено на 55 больных АГ 1-2 степени, риск 3 с дислипидемией IIб типа, среднего возраста. Группа контроля представлена 26 здоровыми людьми аналогичного возраста. Обследование включало гематологические и статистические методы.

Всем больным назначались гиполлипидемическая диета, дозированные физические нагрузки и симвастатин 20 мг на ночь. Регистрация показателей проводилась в исходе, через 6, 12, 18, 52 и 104 недели терапии.

У всех больных отмечена исходно высокая агрегация эритроцитов, тромбоцитов и нейтрофилов. Уже через 6 нед. лечения достигнута быстрая нормализация способности эритроцитов к агрегации, о чем судили по понижению до уровня контроля суммарного количества эритроцитов в агрегате, количества самих агрегатов и количества свободных эритроцитов.

Через 12 нед. лечения у наблюдаемых пациентов отмечена нормализация агрегации тромбоцитов (АТ) – наиболее активным индуктором был коллаген (33,1±0,14с). Второе место по скорости развития АТ принадлежало АДФ. Чуть позднее возникала АТ с ристомидином и H₂O₂, еще позднее с тромбином и адреналином. К 12 нед. наблюдения это сопровождалось постепенным сокращением числа свободно перемещающихся в крови тромбоцитарных агрегатов на фоне уменьшения включения в них тромбоцитов, достигавших уровня показателей контроля.

Применение комплексной терапии привело у пациентов через 12 нед. к быстрому ослаблению исходно высокой агрегации нейтрофилов со всеми примененными индукторами: агрегация с лектином снизилась на 58,3%, с конканавалином А на 35,4%, с фитогемагглютином на 37,2% и достигла уровня контроля.

Таким образом, применение у лиц с АГ и Д симвастатина в сочетании с немедикаментозным воздействием обеспечивает нормализацию агрегации эритроцитов за 6 нед., а тромбоцитов и нейтрофилов за 12 нед. терапии.

0507

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МОЛЕКУЛЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК-1 (КИМ-1) У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Мензоров М. В.¹, Шутов А. М.¹, Климова Т. В.², Мартышева Н. Г.², Морозова И. В.¹, Нефедов Г. А.¹
Ульяновский государственный университет¹ и ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска»², Ульяновск

Цель: Повышение биомаркеров острого повреждения почек (ОПП) свидетельствует о повреждении паренхимы почек и позволяет прогнозировать ОПП. Вместе с тем, в ситуациях, когда в развитии ОПП ведущее значение имеет гемодинамический фактор, их роль недостаточно ясна. В этой связи, требуется уточнить значение молекулы острого повреждения почек – 1 (KIM-1) в ранней диагностике и прогнозировании ОПП у больных острым коронарным синдромом (ОКС). В исследование были включены только те пациенты, которым, по тем или иным причинам, не выполнялась коронарография, что позволяет исключить развитие контраст-индуцированного ОПП.

Материалы и методы: Обследовано 80 пациентов с ОКС. Мужчин – 42 (53%), женщин – 38 (47%), средний возраст составил 62 ± 11 лет. У 29 (36%) больных был диагностирован острый инфаркт миокарда (ОИМ), у 51 (64%) – выявлена нестабильная стенокардия. Десяти из восемнадцати больных с ОКСпСТ проведена тромболитическая терапия. Диагностику ОКС осуществляли согласно Рекомендаций РКО. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). У всех пациентов при поступлении в стационар определяли концентрацию KIM-1 в моче иммуноферментным методом (Humancell Immunoglobulin-Mucin ELISA Quantikine, Inc).

Результаты: Концентрация KIM-1 в моче составила $1,8 (0,5-4,6)$ нг/мл. ОПП было выявлено у 17 (22%) больных, при этом 7 (9%) пациентов имели догоспитальное, а 10 (13%) – госпитальное ОПП. У 12 (15%) больных, диагностирована 1 стадия, у 2 (3%) – 2 стадия, у 3 (4%) – 3 стадия ОПП. Уровень KIM-1 не отличался у больных с ОПП и без ($2,2(0,5-8,5)$ и $1,8(0,4-3,3)$ нг/мл, $p=0,31$), а так же, у пациентов с догоспитальным ОПП и при его отсутствии ($1,5(0,4-6,0)$ и $1,8(0,5-3,6)$ нг/мл, $p=0,87$), с госпитальным ОПП и без ($3,3(0,6-14,4)$ и $1,6(0,4-3,3)$ нг/мл, $p=0,15$). Содержание KIM-1 в моче у больных ОПП 1, 2, 3 стадий было сопоставимым ($p=0,61$). При проведении оценки клинической значимости KIM-1 в ранней диагностике и прогнозировании ОПП, были получены неудовлетворительные результаты, как в отношении ОПП в целом (отрезная точка: KIM-1 > 5,4 нг/мл, чувствительность – 37%, специфичность – 84%, AUC=0,58, $p=0,35$), так и для госпитального (KIM-1 > 8,7 нг/мл, чувствительность – 44%, специфичность – 95%, AUC=0,65, $p=0,22$) и догоспитального ОПП (KIM-1 < 7,5 нг/мл, чувствительность – 100%, специфичность – 15%, AUC=0,66, $p=0,86$). В период госпитализации умерло 3 (4%) пациентов, только у 2 из них удалось оценить функцию почек в динамике, причем у обоих пациентов верифицировано ОПП.

Выводы: Содержание молекулы острого повреждения почек–1 (KIM-1) в моче не позволяет осуществлять раннюю диагностику и прогнозировать ОПП у больных острым коронарным синдромом, которым, по тем или иным причинам, не выполнялась коронарография.

Работа выполнена при поддержке Минобрнауки России в рамках государственного задания на НИР.

0508

ЗНАЧЕНИЕ ЛИПОКАЛИНА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЖЕЛАТИНАЗОЙ НЕЙТРОФИЛОВ (NGAL) МОЧИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мензоров М. В.¹, Шутов А. М.¹, Макеева Е. Р.², Ларионова Н. В.², Морозова И. В.¹, Старикова Е. Г.²

¹Ульяновский государственный университет

²ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г.Ульяновска», Ульяновск

Цель: Оценить возможности липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL) мочи в ранней диагностике и прогнозировании острого повреждения почек (ОПП) у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материалы и методы: Обследовано 83 пациента с ОДХСН. Мужчин 55 (66%), женщин – 28 (34%), средний возраст составил 65 ± 11 лет. Диагностику ОДХСН осуществляли согласно Рекомендаций ОССН. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). Для исключения развития контраст-индуцированного ОПП, в исследование не включались пациенты, которым

в период госпитализации или в течение 7 дней до нее, вводились рентген-контрастные препараты. У всех пациентов при поступлении определяли концентрацию NGAL в моче иммуноферментным методом (Human Lipocalin-2/NGAL ELISA BioVendor Laboratory Medicine, Inc).

Результаты: Уровень NGAL у больных с ОДХСН составил 2,5 (2,1-6,3) нг/мл. ОПП было выявлено у 18 (22%) из 83 пациентов, при этом 10 (12%) имели госпитальное, а 8 (10%) – догоспитальное ОПП. У 13 (16%) больных диагностирована 1 стадия, у 4 (5%) – 2 стадия, у 1 (1%) – 3 стадия ОПП. Содержание NGAL у пациентов с ОПП и без, было сопоставимым (2,8 (2,1-17,0) и 2,5 (2,1-5,9) нг/мл, $p=0,67$), в то же время у единственного больного с ОПП 3 стадии оно составило 155 нг/мл и значительно превышало уровень у остальных пациентов. Не обнаружено разницы в концентрации NGAL у больных с госпитальным ОПП и без (2,8 (2,1-56,0) нг/мл и 2,5 (2,1-5,9) нг/мл, $p=0,54$), с догоспитальным ОПП и при его отсутствии (2,6 (2,1-10,2) нг/мл и 2,5 (2,1-6,3) нг/мл, $p=0,93$). Трое из десяти больных с госпитальным ОПП имели содержание NGAL в моче более 50 нг/мл. Уровень NGAL выше указанного значения, был ассоциирован со значимым ростом риска развития госпитального ОПП (ОР 15,2; 95% ДИ 2,10–110,20; $p=0,006$).

Выводы: Содержание липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL) в моче у больных острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности не зависело от наличия как ОПП в целом, так и госпитального или догоспитального ОПП. В случае наличия ОПП 3 стадии концентрация NGAL в моче значительно повышалась. Уровень NGAL мочи более 50 нг/мл, был ассоциирован с ростом риска развития госпитального ОПП.

Работа выполнена при поддержке Минобрнауки России в рамках государственного задания на НИР.

0509

МИКСОМА СЕРДЦА: АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мизинцова М. А.², Миролюбова О. А.¹, Марусий А. А.¹, Щепоткина О. А.¹

Северный государственный медицинский университет¹, ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»², Архангельск, Россия

Введение: Миксома – внутрисердечная опухоль сердца из эмбриональной мезенхимной ткани или эндотелия, развивается чаще между 30 и 50 годами.

Цель: проанализировать дооперационный статус, интраоперационные характеристики опухоли и динамику основных клинических проявлений пациентов, оперированных в 1-й городской клинической больнице им. Е.Е. Волосевич г. Архангельска по поводу миксомы сердца.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 47 историй болезней за период с 2000г. по 2014г. по демографическим показателям, клиническим данным, показателям лабораторного и инструментального исследования до операции и в госпитальный период после операции, оценка макроскопического описания опухоли и гистологического исследования. Математический анализ данных выполнен в программе SPSS, версия 17. Данные представлены как $M \pm SD$.

Результаты: Включены 47 пациентов, из них 29 женщин (61,7%) и 18 мужчин (38,3%), возраст $56,8 \pm 11,4$ г. ИМТ $26,9 \pm 5,6$ кг/м². Частота сопутствующих заболеваний: АГ 71,1%, ожирение 21,3%, сахарный диабет 7,7%, ХСН 82,2%, ХОБЛ 24,4%, периферический атеросклероз 57,8%. До операции содержание эритроцитов $4,57 \pm 0,64 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобина $128,6 \pm 13,8$ г/л, СОЭ $30,7 \pm 16,1$ мм/час. Перед операцией на ЭКГ у 11 пациентов (23,4%) была фибрилляция предсердий (ФП). У 9 больных (19,2%) выявлена экстрасистолия. Гипертрофия левого желудочка наблюдалась у 29 (61,7%) человек. Данные ЭХОКГ: размер ПП $37,4 \pm 4,3$ мм, ЛП $43,4 \pm 7,5$ мм, КСР ЛЖ $34,9 \pm 7,6$ мм, КДР ЛЖ $51,0 \pm 7,3$ мм, ФИ ЛЖ $60,9 \pm 8,9\%$. Регургитация на митральном клапане (МК) выявлена у 4,3% больных, на трикуспидальном клапане (ТК) у 17,4% больных, регургитация на обоих клапанах у 56,5%. Операционные данные: локализация опухоли в левом предсердии (ЛП) была в 37 случаях (78,7%), в правом предсердии (ПП) – в 5 (10,7%), в обоих предсердиях – в 1 (2,1%), на ТК – в 1 (2,1%), в левом желудочке (ЛЖ) – в 3 (6,4%). Гистологический диагноз миксомы был у 42 больных – 89,4%, у 2 пациентов (7,7%) была рабдомиосаркома, по 1 случаю фибролипомы, гемангиомы и тромбоза ЛЖ. Максимальный размер опухоли – $8,0 \times 7,0$ см, минимальный $1,0 \times 1,0$ см, в 36 (76,6%) случаях она была на ножке и в 22,7% – имела капсулу. Кровоизлияния на поверхности опухоли наблюдались в 62,5% случаев, очаги некроза – в 37%, плазмноклеточная инфильтрация

в 23,8%, округлая форма опухоли – в 34,6%, студенистая поверхность – в 86,4%. После операции значительно уменьшилась частота ФП с 11 случаев до операции до 5 – после, ($p=0,034$) и снизилась частота клапанной регургитации ($p<0,001$). Уменьшился размер ЛП на 7,7мм (95%ДИ 3,8-11,6), $p<0,001$. Различные осложнения были у 53,6% пациентов, самое частое – брадиаритмии и потребность во временной ЭКС. Длительность пребывания больных в стационаре $19,1\pm 7,5$ дней. В госпитальный период умерли 2 женщины (4,3%) от ОСН, одна из них – с рабдомиосаркомой. Выводы:

Гистологическое подтверждение миксомы имело место у 89,4% оперированных пациентов, чаще женщин, с локализацией опухоли в ЛП у 78,7%, в ПП – у 10,7%. В раннем послеоперационном периоде отмечено значимое снижение частоты ФП, регургитации на клапанах и размера ЛП.

0510

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АППЛАНЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ И ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ

Милягин В. А., Лексина Ю. Н., Пурьгина М. А., Филичкин Д. Е., Шпынева З. М.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск.

Цель: Сравнить диагностические возможности интегративных показателей состояния сосудистой стенки, полученных методами объемной сфигмографии и аппланационной тонометрии.

Материалы и методы: Целям исследования служили 290 человек в возрасте от 14 до 85 лет. На объемном сфигмографе «VaSera 1000» определены уровни АД на плечах и голени, индексы жесткости CAVI, kCAVI, индекс аугментации давления. Методом аппланационной тонометрии («SphygmoCor») измерялись уровни центрального АД, показатели аугментации давления (давление, индексы аугментации, амплитуда и время появления отраженной волны) и другие показатели.

Результаты: У обследованных нами пациентов среднее систолическое давление (САД) в аорте было $121,7\pm 19,2$ мм рт.ст., пульсовое (ПАД) – $34,9\pm 13,2$ мм рт.ст., диастолическое (ДАД) – $86,8\pm 14,2$ мм рт.ст. На плече САД было $139,0\pm 19,2$ мм рт.ст., ПАД – $52,6\pm 11,9$ мм рт.ст., ДАД – $86,4\pm 13,1$ мм рт.ст. На голени САД было $148,0\pm 24,5$ мм рт.ст., ПАД – $70,3\pm 16,2$ мм рт.ст., ДАД – $77,7\pm 13,5$ мм рт.ст. Амплификация (прирост) ПАД на плече составила 17,3 мм рт.ст., на голени 26,3 мм рт.ст. Наиболее высокую зависимость от возраста (от жесткости сосудов) проявили основные показатели сосудистой жесткости – индексы CAVI ($r=0,86$), kCAVI ($r=0,76$), давление аугментации центрального ПАД ($r=0,68$), индекс аугментации ($r=0,67$) и амплитуда отраженной волны в аорте ($r=0,62$). Влияние возраста у молодых (до 45 лет) в большей степени отражается на уровне ДАД ($r=0,54$). В старшей возрастной группе (от 45 до 85 лет) более высокую зависимость от возраста проявляло центральное ($r=0,42$) и периферическое ПАД ($r=0,46$), при этом диастолическое АД имело обратную зависимость ($r=-0,22$). Наиболее высокая корреляционная зависимость уровней АД в бассейнах верхних конечностей (объемная сфигмография) была с амплитудой отраженной волны в аорте (САД – $r=0,74$, ДАД – $r=0,71$, ПАД – $r=0,44$, среднее АД – $r=0,78$), полученных методом аппланационной тонометрии. Самая высокая зависимость амплитуды отраженных волн была с уровнем среднего АД на ногах ($r=0,81$). Эти материалы служат подтверждением того, что основным местом образования отраженных волн являются резистивные сосуды, состояние которых отражает среднее давление. Причем, именно в зоне резистивных сосудов нижней половины тела образуется максимальное количество волн, которые определяют величину суммированной отраженной волны. Индексы жесткости (объемная сфигмография) более высоко коррелировали с центральным давлением аугментации ($r=0,7$), с индексами центральной ($r=0,63$) и периферической ($r=0,69$) аугментации, с величиной отраженной волны в аорте ($r=0,57$) и на периферии ($r=0,68$). Установлена обратная корреляционная зависимость между временем возвращения отраженной волны и индексом жесткости CAVI ($r=-0,50$).

Таким образом, полученные материалы свидетельствуют, что современные методы исследования сосудистой системы аппланационная тонометрия и объемная сфигмография дают объективную информацию о степени реализованного риска сердечно-сосудистых заболеваний на доклинической стадии, могут использоваться для скринингового и углубленного обследования населения.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ

Милягин В. А., Жигунова Е. П., Лексина Ю. Н.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России», Смоленск.

Цель: Оценить прогностическую значимость показателей объемной сфигмографии у людей старшей возрастной группы.

Материалы и методы: Исследование проведено в геронтологическом центре, было обследовано 90 пациентов в возрасте от 55 до 94 лет (средний возраст $73,6 \pm 9,0$). Оценка сосудистой жесткости осуществлялась методом объемной сфигмографии с помощью аппарата VaSera -1000 (Fukuda Denshi, Япония). Повторное обследование было проведено через 5 лет, по данным медицинской документации собраны сведения о случившихся за период наблюдения сердечно-сосудистых событиях.

Результаты: Установлено, что основным показателем, отражающим степень развития артериосклеротического и атеросклеротического процесса в магистральных сосудах является сердечно-лодыжечный индекс жесткости (CAVI). Однако у пожилых пациентов часто атеросклеротическими бляшками поражены артерии нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс $<0,9$), поэтому на стороне поражения происходит существенное снижение индекса CAVI в связи с препятствием кровотоку (ложный показатель). Поэтому для оценки прогностической значимости показателей объемной сфигмографии у пациентов пожилого возраста необходима комплексная оценка получаемых показателей. При величине ЛПИ $<0,9$ на стороне поражения необходимо оценивать не величину CAVI, а степень снижения ЛПИ. Для оценки прогностической значимости показателей объемной сфигмографии наши пациенты были разделены на 4 группы: в 1 группу с относительно низким риском были отнесены пациенты с индексом CAVI менее 10, во вторую группу с относительно умеренным риском вошли пациенты с CAVI от 10 до 11,9, в третью группу с относительно высоким риском были отнесены пациенты с индексом CAVI от 12 до 12,9, а также пациенты с признаками одностороннего поражения артерий ног атеросклеротическими бляшками (с ЛПИ ниже 0,9), в четвертую группу с относительно очень высоким риском вошли пациенты с индексом CAVI 13 и более, а так же пациенты с двухсторонним поражением периферических артерий. В течение 5 лет умерло 29 пациентов, от сердечно-сосудистых заболеваний – 23. В 1 группе умерло 3 человека (отношение шансов ОШ – 0,18) от сердечно-сосудистых заболеваний – 2 (ОШ – 0,11), во второй группе умерло 5 (ОШ–0,28), от ССЗ – 3 (ОШ–0,17). В третьей группе умерло 9 (ОШ – 0,47) от ССЗ – 8 (ОШ – 0,42). В 4 группе умерло 12 (ОШ – 0,67), от ССЗ – 10 (ОШ – 0,55). Различия между группами оказались статистически достоверны, $p=0.0155$ (медианный тест) и $p=0.0165$ (метод Краскела-Уоллиса). Таким образом, показатель CAVI >13.0 отражает увеличение риска общей смертности у пожилых в 3.7 раза и сердечно-сосудистой смертности в 5 раз, по сравнению с группой CAVI $<10,0$, а показатель CAVI >12.0 отражает увеличение риска общей смертности в 2.7 раза и сердечно-сосудистой смертности в 3.8 раза. Путем построения ROC-кривых оценивалась прогностическая информативность определения индекса артериальной жесткости CAVI в отношении сердечно-сосудистой смертности. Площадь под кривой составила 0,645, что говорит о хорошей информативности метода.

Таким образом, в исследовании показана перспективность комплексной оценки показателей объемной сфигмографии (CAVI, ЛПИ) в оценке риска общей и сердечно-сосудистой смертности у пожилых пациентов.

0512

АССОЦИАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ.

Минушкина Л. О.¹, Асейчева О. Ю.¹, Кочкина М. С.¹, Селезнева Н. Д.^{1,2}, Никитин А. Г.³,
Затейщиков Д. А.^{1,2,3}

¹ФГБУ ДПО «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, РФ

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗ г. Москвы», Москва, РФ

³ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов клинической помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва, РФ

Цель: изучить ассоциацию полиморфных маркеров С(-3014)Т, А(-3872)G, G(-2667)C, А(-5237)G гена CRP, G(-1082)A гена IL10, С(-174)G гена IL6, С(252)Т и С804А гена LTA и А(-308)G гена TNFA с изменениями артериальной ригидности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: исследования. Обследовано 134 больных ИБС (66 (49,3%) мужчин и 68(50,7%) женщин), средний возраст 63,7±12,87 года. 108 (80,6%) больных страдали артериальной гипертонией, 29 (21,6%) – сахарным диабетом 2 типа, 49 (36,6%) курили, 12 (9,0%) имели в анамнезе инсульт, 34 (25,4%) – инфаркт миокарда. У 56% больных отмечена в анамнезе дислипидемия. Всем больным проводили цветное дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса «интима-медиа» измеряли по методике, предложенной P.Pignolli. Измерение параметров артериальной ригидности (скорость пульсовой волны (СПВ) на сегменте сонная-бедренная и сонная-лучевая артерии и пульсовое давление в аорте) проводили на автоматизированной компьютерной системе Complior Colson (Франция), по стандартной методике. Полиморфные маркеры идентифицировали с помощью PCR-RFLP в реальном времени с последующей рестрикцией специфическими эндонуклеазами и электрофоретическим разделением фрагментов ДНК в 10%-ном полиакриламидном геле и 2% агарозном геле, которые окрашивали бромистым этидием.

Результаты: Ассоциации полиморфных маркеров А(-3872)G, G(-2667)C, А(-5237)G гена CRP, G(-1082)A гена IL10, С(-174)G гена IL6, С(252)Т гена LTA и А(-308)G гена TNFA скоростью распространения пульсовой волны, пульсовым давлением в аорте, наличием атеросклеротических бляшек сонных артерий выявлено не было. Для гена LTA были выявлены достоверные различия в частотах генотипов полиморфного маркера С804А у больных с нормальным и увеличенным пульсовым давлением в аорте. В группе больных с пульсовым давлением в аорте больше 50 мм рт ст была достоверно больше частота генотипа СС (0,467) по сравнению с группой больных с нормальным пульсовым давлением в аорте (0,245; p=0,037). Носители генотипа СС имели достоверно большую СПВ на сегменте сонная –бедренная артерия по сравнению с носителями генотипа АА (13,7 м/с и 10 м/с, p=0,042). Частота генотипа ТТ полиморфного маркера С(-3014)Т гена CRP оказалась достоверно выше (0,143) у больных с наличием атеросклеротических бляшек сонных артерий, по сравнению с больными без каротидного атеросклероза (0,032; p=0,031).

Таким образом, полиморфизм гена CRP ассоциирован с развитием каротидного атеросклероза, а полиморфизм гена лимфотоксина альфа – с увеличением ригидности аорты и крупных артерий.

0513

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА TRP719ARG ГЕНА КИНЕЗИНА-6 С ПАТОЛОГИЕЙ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Минушкина Л. О.¹, Королева О. С.,^{1,2} Кочкина М. С.¹, Селезнева Н. Д.^{1,2}, Никитин А. Г.³,
Затейщиков Д. А.^{1,2,3}

¹ФГБУ ДПО «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, РФ

²ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗ г. Москвы», Москва, РФ

3ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов клинической помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Москва, РФ

Цель: изучить ассоциацию полиморфного маркера Trp719Arg гена кинезина-6 (KIF6) с изменениями сосудистой стенки у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: исследования. Обследовано 120 больных ИБС (58 (43,8%) мужчин и 62 (56,2%) женщин). Средний возраст $63,4 \pm 13,5$ года. 88,2% больных страдали артериальной гипертонией, 20% - сахарным диабетом 2 типа, 37,5% курили, 8,3% имели в анамнезе инсульт, 25% - инфаркт миокарда. Всем больным проводили цветное дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий с измерением толщины комплекса «интима-медиа» измеряли по методике, предложенной P.Pignolli. Жесткость артерий (сфигмография) оценивалась посредством измерения СПВ на сегменте сонная-бедренная и сонная-лучевая артерии. Исследование проводили на автоматизированной компьютерной системе Complior Colson (Франция), по стандартной методике. Полиморфные маркеры идентифицировали с помощью PCR-RFLP в реальном времени с последующей рестрикцией специфическими эндонуклеазами и электрофоретическим разделением фрагментов ДНК в 10%-ном полиакриламидном геле и 2% агарозном геле, которые окрашивали бромистым этидием.

Результаты: Распределение частот генотипов полиморфного маркера Trp719Arg гена KIF6 в обследованной группе соответствовало уравнению Хради-Вайнберга и было следующим: Trp/Trp – 40,8%, Trp/Arg – 43,4%, Arg/Arg – 15,8%. Носители генотипа Arg/Arg имели достоверно большую толщину комплекса интима-медиа сонных артерий по сравнению с носителями других генотипов как справа ($0,98 \pm 0,034$ мм и $0,85 \pm 0,027$ мм соотв, $p=0,023$), так и слева ($0,93 \pm 0,023$ мм и $0,80 \pm 0,039$ мм соотв, $p=0,028$). Ассоциации генотипов полиморфного маркера Trp719Arg гена KIF6 со скоростью распространения пульсовой волны, центральным давлением в аорте, наличием атеросклеротических бляшек сонных артерий выявлено не было.

Таким образом, выявлена ассоциация генотипа Arg полиморфного маркера Trp719Arg гена KIF6 с увеличением толщины комплекса интима-медиа сонных артерий.

0514

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА CYP2C19 И АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА CYP3A4 В ФОРМИРОВАНИИ АНТИАГРЕГАНТНОГО ЭФФЕКТА НА КЛОПИДОГРЕЛ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Мирзаев К. Б.,¹ Казаков Р. Е.,² Смирнов В. В.,² Андреев Д. А.,³ Сычев Д. А.,¹

«Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва

«Научный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России, Москва

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Актуальность: и цель: Носительство аллельного варианта CYP2C19*2 и снижение активности изофермента CYP3A4 может нарушать процесс образование активного метаболита клопидогрела и, соответственно, его антиагрегантный эффект. Целью нашего исследования является оценка влияния активности изофермента CYP3A4 и полиморфных маркеров гена CYP2C19 на функциональную активность тромбоцитов.

Материалы и методы: В исследование включен 81 пациент с острым коронарным синдромом (ОКС) и последующим ЧКВ (62 пациента мужского пола, средний возраст $64 \pm 4,5$ лет). Аллельные варианты гена CYP2C19 определялись методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени. Активность изофермента CYP3A4 оценивалась через измерение отношения концентрации 6-β-гидроксикортизола к кортизолу (6-ОНС/ФС) в утренней моче путем высокоэффективной жидкост-

ной хроматографии. Функциональная активность тромбоцитов измерялась на портативном агрегометре VerifyNow P2Y12 assay через 3-5 дней после вмешательства. Статистическая обработка в SPSS 20.0 ($p < 0,05$).

Результаты: Распределение генотипов CYP2C19: 68 (84,0%) пациентов имели нормальный генотип (CYP2C19*1/*1) и 13 (16,0%) являлись носителями «медленной» аллели (CYP2C19*1/*2). Генотип CYP2C19*2/*2 – не обнаружен. Средний процент ингибирования тромбоцитов был значительно выше у пациентов без CYP2C19*2 по сравнению с носителями данной аллели: $30,7 \pm 20,1$ в группе CYP2C19*1/*1 против $18,2 \pm 16,4$ в группе CYP2C19*1/*2 ($p = 0,03$). Доля пациентов, имевших лабораторную резистентность к клопидогрелу (PRU>208) оказалась выше среди носителей CYP2C19*2, по сравнению с пациентами без данной аллели: 53,8% среди пациентов с генотипом CYP2C19*1/*2 и 16,2% с генотипом CYP2C19*1/*1 (ОИ=1,8; 95% ДИ:1,0-3,2; $p=0,0067$). Значимых различий по показателю 6-ОНС/ФС в утренней моче (маркер активности CYP3A4) не обнаружено: $3,4 \pm 2,8$ в группе PRU>208 and $3,2 \pm 3,0$ в группе PRU>208 ($p=0,8$). Кроме того, не отмечалось статистически значимой корреляции между активностью тромбоцитов (PRU) и отношением 6-ОНС/ФС ($p = 0,84$).

Выводы: Носительство CYP2C19*2 ассоциировано со значимым повышением остаточной реактивности тромбоцитов у пациентов ОКС с последующим ЧКВ. Отношение 6-ОНС/ФС в утренней моче, как маркер активности изофермента CYP3A4, не коррелирует с функциональной активностью тромбоцитов.

0515

ИСХОДЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПОСЛЕ АКШ БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Миролюбова О. А., Мосеева А. С., Алексеева М. А., Горбатова Е. В., Антонов А. Б.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск

Цель: оценить функцию почек через 3 месяца и год после операции АКШ без искусственного кровообращения (ИК) у пациентов с острым повреждением почек (ОПП) в раннем периоде после операции и без признаков ОПП.

Материалы и методы: Включены 30 больных, мужчин 23 (76,7%), средний возраст $57,9 \pm 4,7$ г., которым выполнена операция АКШ без ИК. Количество шунтов: 1 – у 2 (6,7%) пациентов, 2 – у 11 (36,6%), 3 – у 15 (50,0%), 4 – у 2 (6,7%) больных. Фракция изгнания левого желудочка (ФИ ЛЖ) – $57,6 \pm 7,4\%$. Исходная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) $91,2 \pm 23,0$ мл/мин/1,73м². Молекула почечного повреждения (КИМ-1) в сыворотке крови определена методом ИФА до операции, через 48 часов, 7 дней и год после операции. КИМ-1 определена в моче у 20 здоровых лиц контрольной группы и больных через год после АКШ. ОПП оценивалось по классификации RIFLE. Исходы определены путем сравнения СКФ через 3 месяца и год с дооперационными значениями.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде ОПП в стадии «R» (Risk) была диагностирована у 3 пациентов (10,0%), более тяжелых стадий ОПП и потребности в заместительной почечной терапии не было. Через 3 мес. после АКШ у пациентов с ОПП в стадии риска произошло снижение СКФ со $123,1 \pm 14,4$ мл/мин/1,73м² до $83,7 \pm 17,6$ мл/мин/1,73м², а у больных без ОПП СКФ, напротив, повысилась. Влияние фактора «перенесенное ОПП» на функцию почек значимо ($p=0,042$). Через год после операции у пациентов без ОПП СКФ составила $101,7 \pm 28,3$ мл/мин/1,73м² и была выше, чем до операции ($89,3 \pm 20,7$ мл/мин/1,73м²). У пациентов с ОПП СКФ до операции $123,1 \pm 14,4$ мл/мин/1,73м², через год после операции – $98,4 \pm 6,5$ мл/мин/1,73м². Отмечено улучшение функции почек у этих пациентов по сравнению с периодом 3 месяца после АКШ. При сравнении с исходными данными у больных без ОПП СКФ через год после АКШ повысилась на $12,4$ (95% ДИ 24,8; 0,1) мл/мин/1,73м², с ОПП – снизилась на $24,7$ (95% ДИ 46,9; 2,4) мл/мин/1,73м². Влияние фактора «перенесенное ОПП» на исход функции почек значимо ($p=0,043$). Уровень КИМ-1 до операции $29,1$ (11,0; 64,5) пг/мл, через 48 часов после операции – $39,0$ (23,7; 98,7) пг/мл, через 7 дней $36,2$ (10,8; 58,5) пг/мл ($p=0,030$). Концентрация КИМ-1 в сыворотке через год после операции $55,4$ (35,2-88,5) пг/мл. Содержание КИМ-1 в моче через год после операции – $1,21 \pm 0,93$ нг/мл превышает подобный показатель у здоровых лиц – $0,60 \pm 0,22$ нг/мл, $p=0,05$. Таким образом, у пациентов, перенесших в раннем периоде после операции ОПП (стадия «R») имеет-

ся выздоровление с дефектом, что характеризуется персистенцией маркеров почечного повреждения с восстановлением функции почек (СКФ > 90 мл/мин/1,73 м²). Известно, что КИМ-1 является не только диагностическим маркером, но и повышает интенсивность процессов восстановления структуры и функции почечной ткани.

Заключение У пациентов с признаками ОПП после АКШ на работающем сердце СКФ через 3 месяца снизилась и была менее 90 мл/мин/1,73 м², однако через год произошло восстановление функции почек на фоне персистенции повышенных концентраций КИМ-1 в сыворотке и в моче.

0516

СОЛЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КАК РАННИЕ МАРКЕРЫ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ

Мирошниченко А. И.*, Осипова И. В., Куликов В. П., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.*, Алексенцева А. В.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, НУЗ «ОКБ на ст. Барнаул» ОАО «РЖД»*, Барнаул, Россия

Цель: изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) и вариабельности диастолического АД у мужчин с маскированной гипертонией.

Материалы и методы: Обследованы 99 машинистов и помощников машинистов, (средний возраст 43,3±10,4 лет). С целью выявления лиц маскированной АГ проведен психоментальный тест «Математический счет» - тест считали положительным при приросте систолического АД >7% и/или приросте частоты сердечных сокращений >10%. По его результатам выделены 2 группы: 1-ую группу составили лица с маскированной гипертонией (n=40, возраст 42,8±9,8 лет); 2-ую группу – здоровые (n=59, возраст 42,3±8,4 лет). ПВЧПС определялся по модифицированной методике R. J. Henkin с применением набора тест-полосок на основе 12-ти разведений хлорида натрия в концентрациях от 0,0025 до 5,12%. Градации ПВЧПС: 0,0025-0,08% - низкий порог; 0,016% - средний; 0,32-5,12% - высокий. Вариабельность диастолического АД определялась как межвизитная вариабельность АД в течение 1 года. Проведен анализ основных факторов риска (ФР).

Результаты: Средние значения ПВЧПС в обеих группах соответствовали низкому порогу чувствительности. ПВЧПС у лиц с маскированной гипертонией 20–39 лет составил 0,02±0,015%; у лиц старше 40 — 0,08±0,05% (увеличение в 4 раза, p<0,008); у здоровых 20–39 лет - 0,01±0,005%; у лиц старше 40 - 0,03±0,01% (рост порога в 3 раза, p<0,01). При проведении дисперсионного анализа с помощью критерия Краскела-Уоллиса выявлены значимые различия в зависимости от ПВЧПС в статусе курения (p=0,03), наличии абдоминального ожирения (p=0,04), возрасте (p=0,002), семейном анамнезе ранних ССЗ (p=0,002) и наличии повышенного диастолического АД (p=0,004).

При сравнении группы лиц с маскированной гипертонией со здоровыми выявлено, что при маскированной АГ среднее ДАД выше в дневное время на 4 мм.рт.ст (p=0,008), в ночное время – на 5 мм.рт.ст. (p=0,03), межвизитная вариабельность ДАД выше как в дневное, так и в ночное время (p=0,004). При дальнейшем изучении было выявлено, что межвизитная вариабельность ДАД явилась самостоятельным основным предиктором развития маскированной гипертонии у лиц с профессиональным стрессом (p<0,0001), однако, при включении в модель ПВЧПС прогностическая значимость возростала в 2 раза (p=0,001).

Выводы: У мужчин с маскированной гипертонией по сравнению со здоровыми имеется повышенный порог чувствительности к соли, который ассоциирован с повышенной вариабельностью диастолического АД, что имеет патогенетическое обоснование и ведет к раннему развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

0517

РОЛЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН ОПЕРАТОРСКОЙ ПРОФЕССИИ

Мирошниченко А. И.*, Осипова И. В., Антропова О. Н., Пырикова Н. В., Зальцман А. Г.*,
Курбатова И. И.*

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, НУЗ
«ОКБ на ст. Барнаул» ОАО «РЖД»*, Барнаул, Россия

Цель: выявление роли вариабельности диастолического АД в развитии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у мужчин операторской профессии.

Материалы и методы: Под наблюдением в течение 5 лет находилось 303 работника локомотивных бригад со стрессом на работе. 1 этап исследования проводился ретроспективно в течение 5 лет: 50 человек с артериальной гипертонией (АГ) (возраст $46,0 \pm 5,3$ лет), у которых произошло нефатальное сердечно-сосудистое осложнение (ССО) и 154 человека с АГ без осложнений (возраст $44,2 \pm 4,1$ лет). 2 этап исследования проводился проспективно 1 год: 40 мужчин с маскированной гипертонией (по данным амбулаторного измерения АД, возраст $42,8 \pm 9,8$ лет) и 59 человек с нормальным АД (возраст $42,3 \pm 8,4$ лет). Оценивались основные и психосоциальные факторы риска, вариабельность гемодинамики с применением стресс-теста и оценкой долгосрочной межвизитной вариабельности АД в течение 1 года ($162 \pm 5,5$ измерений на 1 человека).

Результаты: На 1-ом этапе исследования было выявлено, что в группе с ССО по сравнению с группой с АГ в течение 5 лет возрастала на 52% частота диастолического АД (ДАД) >90 мм.рт.ст ($p=0,0001$), частота тахикардии покоя на 34% ($p=0,0001$), частота гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) увеличилась в 2 раза ($p=0,004$). Среди основных предикторов развития ССО наиболее значимыми оказались ДАД >90 мм.рт.ст ($p<0,0001$), межвизитная вариабельность ДАД ($p=0,002$) и ГЛЖ ($p=0,04$).

На 2-м этапе исследования рассматривались предикторы развития маскированной АГ. При сравнении группы лиц с маскированной гипертонией с лицами с нормальным АД выявлено, что при маскированной АГ среднее ДАД выше в дневное время на 4 мм.рт.ст ($p=0,008$), в ночное время на 5 мм.рт.ст. ($p=0,03$), межвизитная вариабельность ДАД выше как в дневное, так и в ночное время ($p=0,004$). При дальнейшем изучении было выявлено, что межвизитная вариабельность ДАД явилась предиктором развития маскированной гипертонии у мужчин ($p<0,0001$).

Выводы: Таким образом, у мужчин в развитии ССЗ и ССО преобладают механизмы вазоконстрикции, что клинически проявляется как повышенная межвизитная вариабельность ДАД, повышенное ДАД >90 мм.рт.ст. и раннее развитие гипертрофии левого желудочка. ДАД оказалось независимым предиктором ССЗ и ССО после учета основных факторов риска.

0518

ДИНАМИКА УРОВНЯ ОКСИПРОЛИНА КРОВИ И СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мирошниченко Е. П., Драненко Н. Ю., Горянская И. Я., Землянская Н. А., Митрушкин Д. И.,
Ушаков А. В..

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный
университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь, Российская Федерация

Цель: Оценить динамику уровня оксипролина в сыворотке крови и изменение структурно-функциональных характеристик сердца у больных с инфарктом миокарда (ИМ) на фоне сопутствующей нефидифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 113 пациентов с ИМ с зубцом Q, среди них 79 мужчин и 34 женщин. I группу составили 30 пациентов с наличием НДСТ. II группу составили 60 пациентов без наличия НДСТ. В группу сравнения вошли 23 пациента с НДСТ без признаков сердечно-сосудистой патологии (ССП). Контрольная группа была представлена 32 практически здоровыми лицами без признаков ССП и НДСТ. Все указанные группы были сопоставимы по возрастно-половому составу.

Уровень оксипролина в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом на 1-е, 14-е и 28-е сутки от начала развития ИМ. Диагноз НДСТ устанавливали на основании наличия 6 и более стигм дисэмбриогенеза. Структурно-функциональные параметры сердца оценивали методом эхокардиографии.

Результаты: Уровень оксипролина в сыворотке крови больных ИМ в первые сутки был существенно выше в I ($58,45 \pm 0,99$ мкмоль/л) и во II ($55,74 \pm 1,23$ мкмоль/л) группах, чем в группе сравнения ($28,15 \pm 0,34$ мкмоль/л) и контроля ($14,66 \pm 0,40$ мкмоль/л). Через 14 дней после развития ИМ у больных как с НДСТ ($63,25 \pm 1,05$ мкмоль/л), так и без НДСТ ($60,88 \pm 1,99$ мкмоль/л) наблюдалось достоверное повышение уровня оксипролина в сыворотке крови по сравнению с показателями 1-х суток ИМ. К 28-м суткам ИМ оксипролин крови в группе больных с НДСТ вырос до $66,04 \pm 0,94$ мкмоль/л по сравнению с 14-ми сутками ИМ. В группе без НДСТ оксипролин остался на том же уровне - $61,87 \pm 0,99$ мкмоль/л. В группе больных ИМ с НДСТ выявлено более выраженное увеличение размеров полости левого желудочка и снижение его насосной функции в сочетании с тенденцией к менее выраженному увеличению индекса массы миокарда левого желудочка по сравнению с больными ИМ без НДСТ.

Выводы: В 1-е сутки ИМ имеет место повышение уровня оксипролина в сыворотке крови независимо от наличия либо отсутствия НДСТ. При этом у больных с НДСТ увеличение уровня оксипролина является более пролонгированным, что свидетельствует о более выраженной и затяжной деградации соединительной ткани миокарда. Развитие ИМ у больных с НДСТ также сопровождается более существенным увеличением размеров полости левого желудочка и снижением его сократительной способности.

0519

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИПА 2

Мирсаева Г.Х., Андрианова О.Л., Мавзютова Г.А., Мухетдинова Г.А.

ГБ ОУ Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа

Значимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний является сахарный диабет - на его фоне риск выше в 2 – 6 раз, чем у лиц без диабета.

Цель: Оценить эффективность коррекции артериальной гипертензии и липидного обмена у больных сахарным диабетом типа 2 в рамках наблюдения «Триумвират».

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 36 до 74 лет, средний возраст – $56,7 \pm 4,4$ года. Проводились клиническое обследование больных, исследование гликемического профиля, уровня холестерина, креатинина.

Результаты: Продолжительность сахарного диабета 2 типа составила от 1 до 14 лет. Ожирение андроида типа выявлено у 100% (индекс массы тела – $35,4 \pm 0,6$ кг/м², окружность талии у мужчин – $112 \pm 2,5$ см и у женщин – $102 \pm 2,8$ см). Из анамнестических данных было установлено, что у 95% больных ожирение развивалось в возрасте от 26 до 43 лет и предшествовало выявлению сердечно-сосудистых заболеваний и/или диабета в течение 6 – 14 лет. Распределение ожирения по степеням – 70% больных имели 1 степень ожирения (индекс массы тела – $28,4 \pm 1,2$ кг/м²), 24% - 11 степень ожирения (индекс массы тела – $33,5 \pm 1,4$ кг/м²), 6% - 111 степень ожирения (индекс массы тела – $37,8 \pm 1,8$ кг/м²). Артери-

альная гипертензия выявлена у 90% (артериальное давление $167,6 \pm 13,1$ и $100,7 \pm 1,7$ мм. рт. ст.), ишемическая болезнь сердца – у 80%, нарушения ритма сердца – у 12%. Средний уровень глюкозы натощак – $7,4 \pm 0,4$ ммоль/л, холестерина – $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л. Гипертрофия левого желудочка (по ЭКГ и ЭхоКГ) отмечена у 80% больных и коррелировала с ИМТ и степенью артериальной гипертензии. Большинство пациентов (67%) имели традиционные представления о «рабочем давлении». Больным назначались амбулаторно антигипертензивные препараты – ингибиторы АПФ – 50%, диуретики – 10%, антагонисты кальция – 24%, β -блокаторы – 37%, комбинации препаратов – 46%. Только 17% пациентов принимали назначенные амбулаторно антигипертензивные препараты регулярно, самоконтроль проводили 8%, соблюдали рекомендации по питанию – 27%. Достижение амбулаторно целевого уровня АД не выше 130/80 мм. рт. ст. имелось у 14% пациентов. Пациентов обучали принципам рационального питания, самоконтролю артериального давления, оказанию самопомощи при гипертоническом кризе. В результате комбинированной терапии амлодипин 5 мг и лизиноприл 10 мг через 12 недель отмечалось снижение артериального давления (систолического – на $10,7 \pm 2,7$ мм. рт. ст. и диастолического – на $4,7 \pm 1,2$ мм. рт. ст.) и уменьшение уровня холестерина на $1,8 \pm 0,7$ ммоль/л в результате лечения розувастатином 10 мг. Целевой уровень АД был достигнут у 84% пациентов, целевой уровень холестерина – у 68%. Повысилась приверженность больных к лечению.

Выводы: Пациенты овладели навыками самоконтроля. Комбинированная терапия амлодипин 5 мг, лизиноприл 10 мг и розувастатин 10 мг привела к целевому контролю гипертензии, липидного обмена, улучшению метаболических показателей и продемонстрировала эффективность и безопасность у больных сахарным диабетом 2 типа.

0520

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Митрушкин Д. И., Мирошниченко А. А., Савчук О. М.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ имени В.И.Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия

Цель: Выявление частоты встречаемости нарушений ритма сердца у пациентов с острым калькулёзным холециститом (ОКХ)

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов с подтверждением лабораторных показателей ОКХ, ультразвукового исследования желчного пузыря с выявлением конкрементов и воспаления стенки желчного пузыря в возрасте от 35 до 55 лет. Оценка частоты встречаемости нарушений ритма сердца проведена в первые 48 часов после операции при помощи исследования холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ). Все пациентам проведена лапароскопическая холецистэктомия под общей анестезией.

Результаты: Только у 30% обследованных пациентов имелись нарушения ритма сердца. Из них по частоте встречаемости чаще наблюдались суправентрикулярные экстрасистолы одиночные в 60% случаев и пароксизмы суправентрикулярной тахикардии 15%. Желудочковые экстрасистолы встречались реже: одиночные монофокальные экстрасистолы 15%, одиночные полифокальные экстрасистолы 3%. В ночное время и во время сна нарушения проведения диагностировались в виде AV-блокада 1 степени в 25% и AV-блокада 2 степени 5%. Следует так же отметить, что все выше перечисленные нарушения ритма и проводимости появляются чаще в ночное время и во время сна.

Выводы: Не у всех пациентов в первые 48 часов после лапароскопической холецистэктомии проведенной по причине острого калькулёзного холецистита отмечаются нарушения ритма, что возможно связано с щадящей методикой оперативного вмешательства.

У 30% пациентов выявлено нарушения ритма и проводимости чаще во время сна и в ночное время, что связано с активацией вагусного влияния на миокард.

0521

АКТИВНОСТЬ ТКАНЕВОЙ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ У ГИПЕРТОНИКОВ С ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМ РИСКОМ

Михайличенко Е. С., Кардашевская Л. И.

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

Вступление: Экспрессия компонентов тканевой РАС значительно возрастает при артериальной гипертензии (АГ) и ассоциированных с ней состояниях независимо от активности циркулирующей ренин-ангиотензиновой системы (РАС).

Цель: сравнить активность тканевой РАС на основании оценки уровня экспрессии рецептора ангиотензина II 1-го типа (AT1R) в гладкомышечных клетках сосудов (ГМКС) интактных и пораженных атеросклерозом артерий у пациентов с АГ и очень высоким кардиоваскулярным риском (КВР).

Материалы и методы: Исследованы 31 резецированная артерия среднего калибра. Первую группу составили 17 артерий пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей, полученных во время реконструктивных операций. Вторую группу составили 14 неповрежденных маммарных артерий, взятых в ходе операции аортокоронарного шунтирования у пациентов с многососудистым поражением коронарного русла. Значимых различий между группами по полу, возрасту, выраженности АГ, наличия коморбидных заболеваний (сахарного диабета, ожирения и т.д.) не было. AT1R, локализованные в ГМКС, определяли иммуногистохимически со специфическими поликлональными антителами к AT1R. В каждом случае ИГХ-исследования экспрессию маркера Anti-AGTR1 в виде цитоплазматического или мембранного окрашивания коричневого цвета изучали в 30 полях зрения при увеличении $\times 200$. Интенсивность окрашивания AT1R в мышечном слое артерий оценивали полуколичественно по проценту позитивных клеток согласно 3-х уровневой шкале: «-», отрицательный (отсутствие позитивно окрашенных клеток); «+», очаговая или слабая экспрессия (<50% позитивных клеток); «++», диффузная или сильная позитивная реакция (>50% позитивных клеток).

Результаты: В обеих группах получили схожие результаты. В 1-й группе в 8 артериях (47,05%) наблюдалась слабая (+) экспрессия AT1R, в других 8 артериях экспрессия AT1R (47,05%) была выраженной (++) , в 1 случае (5,9%) экспрессия AT1R отсутствовала (-). В 2-й группе слабая (+) экспрессия AT1R наблюдалась в 7 случаях (50%), сильная (++) экспрессия AT1R - в 7 других случаях (50%). Таким образом, выраженная тканевая экспрессия AT1R наблюдалась примерно в 50% случаев, при этом она не зависела от исследуемого сосудистого русла (пораженного атеросклерозом или непораженного).

Выводы: Результаты исследования позволяют сделать вывод, что активность тканевой РАС возрастает неоднородно среди пациентов с АГ и высоким КВР. Уровни экспрессии AT1R в интактных артериях не отличаются от таковых в артериях, пораженных атеросклерозом ($p > 0.05$). У ряда пациентов с выраженным атеросклерозом отсутствует экспрессия AT1R в ГМКС, что ставит под сомнение ведущую роль РАС в патогенезе ремоделирования сосудов в некоторых случаях. Необходимо проведение исследований, направленных на изучение механизмов, влияющих на уровень экспрессии тканевых компонентов РАС и выясняющих причину низкой подверженности маммарных артерий атеросклерозу в условиях высокой активности в них РАС при наличии выраженного поражения артерий других локализаций (например, выраженного коронарного атеросклероза).

0522

ДИНАМИКА УРОВНЯ МЕЛАТОНИНА В ГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Михайлова З. Д., Шаленкова М. А.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить уровни мелатонина (МТ) в госпитальном периоде острого коронарного синдрома (ОКС), их диагностическое и прогностическое значение.

Материалы и методы: в исследование включены 172 больных ишемической болезнью сердца в возрасте от 31 до 75 лет (средний возраст 61 год), 123 мужчины и 49 женщин. Основная группа: 146 больных ОКС (53 - ОКС с подъемом сегмента ST и 93 - без подъема сегмента ST). У 58 больных диагностирована нестабильная стенокардия (НС), у 88 - инфаркт миокарда (ИМ): QИМ и неQИМ - по 44. Группа сравнения: 26 больных стабильной стенокардией (СС) II-III клинико-функционального класса. Для определения содержания метаболита МТ - 6-гидроксимелатонина (нг/мл) собирали мочу в 1-3 день госпитализации с 2300 до 800 (ночь-МТн1) и с 800 до 2300 (день-МТд1). У части больных ОКС (n=51) повторно определяли МТ (МТн2 и МТд2) через 14 суток. Анализ выполняли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием твердофазной экстракции. Результаты представлены в виде Me (P25; P75), где Me - медиана, P25 и P75 - нижний и верхний квартили; %. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: В исследуемой выборке уровень МТд1 был выше МТн1 как при ИМ [0,416 (0,208; 0,697) и 0,4 (0,227; 0,789)], так и при НС [0,59 (0,238; 3,163) и 0,375 (0,259; 4,72)]. В динамике сохранялась данная тенденция (уровень МТд2 был выше МТн2) как при ИМ [0,391 (0,082; 1,648) и 0,276 (0,037; 1,265)], так и при НС [0,357 (0,045; 0,622) и 0,222 (0,061; 1,507)], - т.е. ритм суточной секреции МТ был нарушен при НС и, в большей степени, при ИМ, $p > 0,05$. У больных СС Me МТн1 0,344 (0,153; 1,585) была выше МТд1 0,24 (0,145; 1,485), $p = 0,8$, - т.е. ритм суточной секреции МТ был сохранен (ночью больше, чем днем). У лиц с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) при НС Me МТн1 [0,358 (0,141; 0,694) и 0,272 (0,156; 2,431), $p = 0,7$] и МТд1 [0,831 (0,376; 3,98) и 0,435 (0,216; 2,61), $p = 0,3$] была выше, а при ИМ, напротив, ниже [0,203 (0,138; 0,378) и 0,252 (0,121; 0,529), $p = 0,28$ и 0,146 (0,127; 0,371) и 0,44 (0,374; 1,07), $p = 0,01$]. В госпитальном периоде различные кардиоваскулярные осложнения развились у 45,9% больных ОКС. Уровень МТн1 был выше у лиц с осложненным течением: НС [0,384 (0,19; 0,53) и 0,275 (0,137 и 1,81), $p = 0,8$], ИМ [0,293 (0,147; 0,548) и 0,176 (0,056; 0,351), $p = 0,034$], как QИМ [0,3 (0,12; 0,54) и 0,176 (0,068; 1,1), $p = 0,6$], так и неQИМ [0,293 (0,207; 0,635) и 0,177 (0,056; 0,363), $p = 0,022$].

Выводы: Суточный ритм секреции МТ нарушен при ОКС, в большей степени у больных ИМ. Медиана МТ (ночь) была выше у лиц с осложненным течением, как НС, так и ИМ. Уровни МТ могут быть использованы в качестве дополнительных диагностических критериев для прогнозирования течения госпитального периода ОКС.

0523

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мокиевская А. Н., Савельев В. П., Зиновьева Е. Г., Парфёнова И. В.

ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», Пенза

Цель: изучить психологические характеристики пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: тест Леонгарда, шкала Спилбергера-Ханина, тест описания поведения Томаса, опросник «Уровень субъективного контроля» Роттера, методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана.

Результаты: Обследовано 30 пациентов кардиологического отделения (12 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет, страдающих различными формами ИБС.

Выявлено, что 83,3% опрошенных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеют высокий уровень личностной тревожности. Высокой реактивной тревожности у пациентов исследуемой группы не отмечено. Значимых различий при оценке тревожности между мужчинами и женщинами не установлено.

Оценка результатов опросника Роттера показала, что у 57,1% пациентов имеется низкий (экстернальный), уровень субъективного контроля (УСК). Такие люди характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суетливых, неуверенных, неискренних, несамостоя-

тельных, раздражительных. У мужчин процент низкого УСК значительно выше, чем у женщин (71,7% и 42,9% соответственно). Только 21,5% из общего числа опрошенных имеют высокий УСК, или интернальный локус контроля.

По данным опросника Л.И. Вассермана выявлено, что наибольшую неудовлетворенность испытуемые демонстрируют по четырем пунктам: обстановка в обществе, материальное положение, сфера услуг и бытового обслуживания, возможность проводить отпуск. Наименьшим уровнем фрустрации характеризуются: отношения с коллегами, отношения с детьми, отношения с супругой (-ом), отношения с друзьями

Тест Леонгарда выявил, что наиболее часто отмечается (как у мужчин, так и у женщин) эмотивный тип акцентуации характера. Реже отмечался застревающий тип акцентуации, циклотимный тип (преимущественно у мужчин), дистимный (преимущественно у женщин).

Тест описания поведения Томаса продемонстрировал, что почти половина опрошенных (45,5%) в конфликте имеют тенденцию к поиску компромисса, 18,2% стремятся к сотрудничеству, столько же - к проявлению соперничества, и лишь для 9% опрошенных характерно избегание.

Выводы: В настоящем исследовании установлено, что для пациентов кардиологического профиля характерен ряд психологических особенностей. Типичным оказался высокий уровень личностной тревожности, эмотивный тип акцентуации характера, низкий уровень субъективного контроля. Поведение пациентов характеризуется стремлением к поиску компромиссов. Субъективно наиболее значима для пациентов неудовлетворенность в отношении сложностей социального характера. В тоже время семейные взаимоотношения в большинстве случаев остаются «интактной сферой», что позволяет использовать их с целью реадaptации больного. Установленные психологические особенности целесообразно использовать при проведении психокоррекции больных кардиологического профиля.

0524

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргунов Л. Ю.

ГБУЗ «ГКБ имени А.К.Ерамишанцева Департамента здравоохранения Москвы»

Цель: изучение тактики ведения стационарных пациентов с сахарным диабетом и коморбидной патологией.

Материалы и методы: приняли участие 1672 пациента метаболическим синдромом, сахарным диабетом, госпитализированных в эндокринологическое отделение стационара в течение года. Средний возраст пациентов составил $62 \pm 4,7$ года. Мужчин было 511 (30,5%), женщин-1161 (59,9%). В экстренном порядке госпитализировано 722 пациента (43,1%), планово-950 (56,9%). Показаниями к госпитализации послужила декомпенсация углеводного обмена вследствие декомпенсации основного заболевания. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) составил 11,4%.

Результаты: причиной декомпенсации сахарного диабета послужили обострение интеркуррентных заболеваний в сочетании с неэффективностью амбулаторной терапии на амбулаторном этапе. У 649 (38,8%) пациентов отмечалась декомпенсация сердечной недостаточности. Стенокардия всех функциональных классов была диагностирована у 682 больных (40,7%). Постинфарктный кардиосклероз выявлен у 536 пациентов (32,0%). Гипертонический криз послужил причиной декомпенсации углеводного обмена у 245 (14,7%) пациентов. У 1388 (83,0%) пациентов диагностировано различной степени ожирение. Таких пациентов оказалось 1423 (85,1%). Из них обострение хронической патологии почек отмечалось у 511 (30,6%), хронической обструктивной болезни легких - у 104 (6,2%), воспалительные заболевания патология малого таза- у 77 (4,6%). Ранее не диагностированная почечная недостаточность выявлена у 266 (15,9%) пациентов. Сочетание двух и более патологий отмечалось у 1385 пациентов (82,8%). Из поступивших в отделение пациентов неудовлетворительный углеводный обмен на амбулаторном этапе отмечался у 1478 пациентов (88,3%). Своевременную интенсификацию сахароснижающей терапии получили на амбулаторном этапе лишь 380 (22,7%) пациентов. На инсулинотерапию своевременно не было переведено 743 (44,4%) больных. Адекватное обследование и коррекцию

коморбидной патологии не получил 871 (52,0%) пациент. При этом все пациенты с кардиальной и эндокринной патологией наблюдались у всех профильных специалистов амбулаторного звена, однако недостаточное выделенное время на прием не позволяет уделить им достаточного внимания.

Выводы: главной причиной госпитализации пациентов в профильное эндокринологическое является недостаточно эффективное их ведение и оценка состояния на амбулаторном этапе. Несмотря на стопроцентный охват наблюдением профильных специалистов в условиях оптимизации здравоохранения, адекватный контроль над пациентами с метаболическим синдромом отсутствует. Необходимы своевременная диагностика и смена тактики ведения на амбулаторном этапе, что позволит сократить дорогостоящую госпитализацию.

0525

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргунов Л. Ю.

ГБОУ ВПО «МГМСУ имени А.И.Евдокимова Минздрава РФ», Москва, Россия

Цель: определить возможности реабилитационных мероприятий у пациентов с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: приняли участие 122 пациента, страдающих метаболическим синдромом (женщин-85, мужчин-37). Средний возраст исследуемых составил $55,4 \pm 2,8$ года. Все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа, средний уровень гликированного гемоглобина составил $8,8 \pm 1,4\%$, длительность сахарного диабета- $8,9 \pm 2,5$ лет. У всех имелась артериальная гипертензия 1 и 2 степени. У всех пациентов выявлено ожирение, индекс массы тела составил $33,8 \pm 2,4$ кг/кв.метр, окружность талии у мужчин $102,9 \pm 3,1$ см, у женщин- $99,2 \pm 1,7$ см. Программа включала курс физической активности, разработанный по оригинальной методике длительностью 1 час 3 раза в неделю и специальные диетические рекомендации в зависимости от степени компенсации сахарного диабета и сопутствующей соматической патологии. В начале исследования и через 4 месяца выполнялся тест с шестиминутной ходьбой. Исходно за 6 минут нагрузочной пробы пациенты преодолевали дистанцию менее 550 метров. Проводилась оценка качества жизни согласно опроснику SF-36, состоящему из 11 разделов, в которых результаты были представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Оценивая качество жизни (психологический и физический компоненты) пациенты в начале исследования имели в среднем $53,2 \pm 4,5$ балла и $43,9 \pm 4,0$ балла соответственно.

Результаты: Через 4 месяца от начала курса реабилитационных мероприятий, индекс массы тела снизился у всех пациентов и составил в среднем $32,4 \pm 1,3$ кг/кв.метр, Окружность талии у мужчин составила $97,6 \pm 1,4$ см, у женщин- $96,2 \pm 1,8$ см. Средний уровень гликированного гемоглобина снизился и составил $7,9 \pm 1,3\%$. Достоверно снизился уровень систолического артериального давления, диастолического- статистически недостоверно. Пройденная дистанция за 6 минут нагрузочной пробы составила более 600 метров. Существенно возросло качество жизни пациентов больных: психологический и физический компоненты составили в среднем $66,1 \pm 3,7$ балла и $51,2 \pm 2,2$ балла соответственно.

Выводы: Незаслуженно забытая методика физической реабилитации пациентов с метаболическим синдромом оказывает системное позитивное воздействие на массу тела, степень компенсации углеводного обмена, уровень артериального давления и существенно увеличивает качество их жизни.

0526

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Моргунов Л. Ю.

ГБОУ ВПО «МГМСУ имени А.И.Евдокимова Минздрава РФ», Москва, Россия

Цель: изучить особенности терапии метформинном и лозартаном артериальной гипертензии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: в 52-недельном исследовании приняли участие 37 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией. Средний возраст исследуемых составил $57,2 \pm 2,7$ года. Монотерапия сахарного диабета осуществлялась только метформинном либо диетой. Пациенты были разделены на две группы (18 и 17 человек): в группу 1 вошли исследуемые, получающие метформин в дозировке 2000 мг в сутки и лозартан 25 мг в сутки, в группу 2-получающие монотерапию лозартаном в такой же дозировке. Доза лорзартана титровалась в зависимости от уровня АД. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД.

Результаты: Через 52 недели от начала исследования отмечалось снижение систолического и диастолического АД в обеих группах. В группе 1 среднее АД снизилось со $165 \pm 4,7$ мм рт.ст. до $138 \pm 2,4$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), в группе 2-со $162 \pm 1,4$ мм рт.ст. до $147,7 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). Индекс массы тела в группе 1 снизился с $32,7 \pm 0,3$ м2 до $31,1 \pm 0,2$ м2 ($p < 0,005$), в группе 2-достоверно не изменился (исходные параметры индекса массы тела были сопоставимы). Объем талии у пациентов группы 1 снизился с $97,1 \pm 1,6$ см ($p < 0,005$), в группе 2-достоверно не изменился. Увеличение дозировки препарата у пациентов группы 1 потребовалось в 13 случаях, в группе 2-вв всех 17 ($p < 0,001$). Ни один пациент из исследования не выбыл, переносимость препаратов оказалась хорошей, побочных эффектов терапии не отмечалось.

Выводы: Комбинированная терапия лозартаном и метформинном пациентов с сахарным диабетом 2 типа эффективна, легко корректируется и является безопасной.

0527

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Морозова В. Ю., Михайлова Л. В., Соловьева М. В., Митрофанова Л. Б., Гордеев М. Л., Панов А. В.
ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава
России, Санкт-Петербург

Возобновление клиники ИБС после успешно проведенной операции коронарного шунтирования (КШ) в большинстве случаев ассоциируется с тромботическими, гиперпластическими и атеросклеротическими процессами в венозных шунтах.

Цель: оценить влияние высокодозной терапии розувастатином (40 мг/сутки) на морфологическое состояние венозных аутотрансплантантов у пациентов ИБС, готовящихся к операции КШ.

Материалы и методы: В рамках параллельного, рандомизированного исследования включено 87 пациентов ИБС с показаниями к КШ. Больные разделены на две группы: 1) контрольная группа (стандартное лечение + симвастатин 20 мг) 2) основная группа (стандартное лечение + розувастатин 40 мг/сутки за 28 дней до операции). Образцы большой подкожной вены получали во время операции КШ. Гистологическое исследование проводили на парафиновых срезах, окрашенных гематоксилином и эозином. Иммуногистохимические исследования проведены с помощью набора моноклональных мышиных антител к маркеру пролиферирующих клеток- Ki-67.

Результаты: Суммарно через 28 дней терапии розувастатином величина ХС ЛПНП дополнительно снизилась на 20 мг/дл (0,52 ммоль/л). В группе пациентов, получающих до операции стандартную терапию, циркулярная гиперплазия интимы вен наблюдалась в 42% случаев, а у получающих розувастатин – в 38% случаев. У пациентов, получающих розувастатин средняя толщина интимы составила $0,11 \pm 0,12$ мм, медики – $0,21 \pm 0,07$ ($P > 0,05$ по сравнению с контролем). Установлена достоверная разница между группами по показателю десквамации эпителия (45% случаев в контрольной группе и 19% – в основной, $P < 0,05$). У большинства пациентов контрольной группы количество слоев гладкомышечных клеток венозного кондуита составило 8-18 (в среднем $11,32 \pm 4,67$), в то время как основной группе у большинства пациентов – до 9 (в среднем $7,85 \pm 2,68$). По сравнению с группой пациентов, получающих стандартную терапию, при применении высокодозной терапии розувастатином обнаружена относительно более низкая пролиферативная активность как клеток эндотелия, так и гладкомышечных клеток.

Выводы: Розувастатин (40 мг/сутки) в течение 28 дней до операции КШ приводит к уменьшению десквамации эндотелия, гиперплазии интимы и снижению числа слоев гладкомышечных клеток медики в участках большой подкожной вены, используемых для аорто-коронарного анастомоза.

Применение розувастатина приводит к снижению индекса пролиферации по значению экспрессии Ki-67 в эндотелиальных и гладкомышечных клетках большой подкожной вены.

0528

ТИПЫ ДОМИНИРОВАНИЯ КРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕКМЕНТА ST

Морошкина Н. В., Яковлев А. Н., Зверев Д. А., Моисеева О. М., Есипович И. Д., Зуева И. Б.

ФГБУ «Северо-западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Определить встречаемость правого, смешанного и левого типов доминирования коронарного кровообращения при изолированном поражении и тромбозе правой коронарной артерии (ПКА) или передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: В исследование были включены 29 человек мужского пола в возрасте от 26 до 63 лет (средний возраст 46 ± 2 года), у которых в дебюте заболевания ишемической болезнью сердца была клиника ОКС с подъемом сегмента ST. С учетом результатов коронарографии, выполненной по неотложным показаниям, все больные были разделены на две группы. К I группе ($n=15$) отнесены пациенты с изолированным поражением и тромбозом ПКА, во II группу ($n=14$) вошли больные с аналогичными изменениями в ПМЖА. Группы были сопоставимы по количеству, полу, возрасту.

Результаты: По результатам коронарографии в I группе в 3,5 раза чаще, чем во II группе выявлялся правый тип доминирования коронарного кровообращения (14 человек (94%) и 4 человека (28%), соответственно, $p < 0,001$). Левый тип коронарного кровообращения выявлен только у пациентов II группы. Смешанный тип доминирования в 9 раз чаще был среди пациентов II группы (8 человек (58%) против 1 человека (6%), $p < 0,001$).

Заклучение Правый тип доминирования коронарного кровообращения чаще всего выявлялся у пациентов с изолированным поражением и тромбозом ПКА.

Смешанный и левый варианты доминирования коронарного кровообращения чаще встречались при изолированном поражении и тромбозе ПМЖА.

0529

ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ПРИ РАЗНОМ ТИПЕ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Морошкина Н. В., Есипович И. Д., Зверев Д. А., Яковлев А. Н., Зуева И. Б., Моисеева О. М.
ФГБУ «Северо-западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: Определить частоту выявления изолированного поражения и тромбоза правой коронарной артерии (ПКА) или передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) при правом, левом и смешанном типах доминирования коронарного кровообращения у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: Обследовано 29 мужчин в возрасте от 26 до 63 лет (средний возраст 46 ± 2 года), у которых была клиника ОКС с подъемом сегмента ST, что являлось дебютом ишемической болезни сердца. У всех пациентов по результатам коронарографии определялось изолированное поражение и тромбоз одной коронарной артерии. Было выделено три группы больных. В I группу (n=18) вошли пациенты с правым типом доминирования коронарного кровообращения. II группу (n=9) составили обследованные со смешанным типом доминирования. В III группу (n=2) были включены пациенты с левым вариантом коронарного доминирования. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Результаты: По результатам коронарографии в I группе в 7 раз чаще, чем во II группе были пациенты с поражением и тромбозом только ПКА (14 человек (78%) и 1 человек (11%), соответственно, $p < 0,001$).

Изолированное поражение и тромбоз ПМЖА выявлялись в 4 раза чаще во II группе пациентов (8 человек (89%) и 4 человека (22%), соответственно, $p < 0,001$).

В III группе в 100% случаев (2 человека) изменения были обнаружены только в ПМЖА.

Заключение Изолированное поражение и тромбоз ПКА чаще встречались у пациентов с правым типом коронарного кровообращения, в то время как поражение и тромбоз ПМЖА - при смешанном и левом типах доминирования.

0530

СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Морошкин В. С., Козленок А. В., Морошкина Н. В., Яковлев А. Н., Моисеева О. М., Зуева И. Б.
ФГБУ «Северо-Западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: Изучить частоту и степень поражения экстракраниальных сосудов у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перед планируемой коронарографией.

Материалы и методы: Проведено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием (ЦДК) на ультразвуковом аппарате Vivid 7Pro (HP, США) у 100 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения I-III функционального класса: 58 мужчин (средний возраст 58 ± 3 лет) и 42 женщины (57 ± 2). 67 больных в прошлом перенесли инфаркт миокарда различной локализации. У 2/3 обследованных выявлялись дислипидемические нарушения. У 65 пациентов была гипертензивная болезнь I-III стадии и у 10 больных - сахарный диабет 2 типа.

Результаты: Наличие атеросклеротических бляшек (АСБ) в плечеголовном стволе (ПГС) с заходом в правую подключичную артерию со стенозом просвета сосудов до 25% по площади было констатировано в 30% случаев у мужчин и в 34% - у женщин. Атеросклеротическое стенозирование просвета общих сонных артерий (ОСА) до 45% по площади выявлены у 78% мужчин и 54% женщин. У пяти пациентов

визуализировалась выраженная S-образная извитость хода правой ОСА сразу же после отхождения из ПГС. Атеросклеротические бляшки в устье внутренних сонных артерий (ВСА), стенозирующие просвет сосуда до 50%, были обнаружены у 38% мужчин и 20% женщин. Патологическая S-образная извитость ВСА была выявлена у 4 мужчин и 7 женщин. У 8 пациентов патологическая извитость ВСА отмечалась с правой стороны, у двух – с левой и у одной пациентки - с двух сторон. В зоне патологической извитости отмечался турбулентный ток крови, и пиковая систолическая скорость кровотока возрастала по отношению к проксимальному сегменту сосуда в среднем в 2-2,5 раза. По данным спектрального анализа и оценке сосудистого кровотока в режиме ЦДК в зоне патологического изгиба наблюдалась наибольшая дезорганизация кровотока, что свидетельствовало о наличии в зоне изгиба гемодинамического барьера (функционального стеноза). Умеренно выраженная C- или S-образная извитость хода ПА в I сегменте отмечена в 20% случаев у мужчин и вдвое чаще у женщин. У двух мужчин и двух женщин была обнаружена патологическая S-образная извитость в I сегменте правой ПА. Аномальный ход правой ПА был обнаружен у 5 пациентов, а одновременно левой и правой ПА - у трёх больных.

Выводы: У 2/3 пациентов с ИБС было выявлено различной степени выраженности атеросклеротическое поражение экстракраниальных сосудов. В половине случаев имело место наличие извитости хода сосудов с локальными нарушениями гемодинамики в зоне изгиба. Наличие двукратного и выше градиента систолической скорости между проксимальным и дистальным, по отношению к извитости, сегментами сосуда являлось значимым показателем локальных гемодинамических нарушений в извитой экстракраниальной артерии.

0531

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ГОРОДЕ БАРАНОВИЧИ В 2010-2014 ГОДАХ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА

Мощенко Ю. П.¹, Сапотницкий А. В.²

¹УЗ «Барановичская детская городская больница», Барановичи, Республика Беларусь

²УО ««Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Цель: изучение структуры врожденных пороков сердца (ВПС) и сосудов у детей и подростков, состоявших на диспансерном наблюдении кардиоревматологического кабинета г. Барановичи в 2010-2014 годах.

Материалы и методы: Произведен аналитический обзор медицинской документации: амбулаторных карт детей, находившихся на диспансерном наблюдении в кардиоревматологическом кабинете детской поликлиники №1 г. Барановичи за период 2010-2014 годов, а также годовых статистических отчетов.

Результаты: В динамике анализируемого периода выявлено увеличение числа детей с ВПС. При этом пороки сердца и сосудов продолжают занимать ведущее место в нозологической структуре детей, состоящих на диспансерном учете. В 2010 году на учете состояло 284 ребенка (76,1% от общего числа детей на диспансерном наблюдении), в 2011 – 298 (75,6%), в 2012 – 300 (79,8%) детей, в 2013 – 328 (78,1%), и в 2014 – 414 (76,4%) пациентов. Обнаружена тенденция к росту впервые выявленных ВПС: в 2010 ВПС были впервые диагностированы у 31 ребенка, то в 2011 уже у 50, в 2012 – у 70 детей, в 2013 – у 55, а в 2014 – у 134 детей.

Дефекты перегородок продолжают занимать ведущее место в структуре ВПС. Они отмечены у 168 детей в 2010 году (что составило 59% от всех наблюдаемых детей с ВПС), у 194 (65%), у 174 (57,6%) в 2012 г., у 170 (51%) в 2013 году, у 229 (55%) в 2014. Выявлен рост числа детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП): у 75 детей в 2010 году, 107 в 2011, 136 в 2012, 131 в 2013 году, и у 151 пациентов в 2014. Число детей с дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) нестабильно: с этим диагнозом находились под наблюдением 93, 87, 38, 39 и 78 детей в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответственно.

Стабильной остается встречаемость открытого артериального протока: 21, 22, 16, 16 и 26 детей в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответственно. Имеется тенденция к росту аномалии легочной артерии: они зарегистрированы у 12, 17, 18, 19 и 24 детей в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответ-

ственно. Стеноз и коарктация аорты выявлены у 14, 20, 11, 14 и 21 детей в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответственно. Стабильно число детей с тетрадой Фалло – 10, 8, 5, 7 и 6 детей в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответственно. В последние 2 года имеется тенденция к росту числа детей с сочетанными ВПС: 35, 20, 43, 68 и 64 в 2010, 2011, 2012, 2013 и 2014 годах соответственно.

Выводы: В 2010–2014 годах отмечен четкий рост числа детей с врожденными пороками сердца и сосудов. В структуре ВПС у детей и подростков преобладают дефекты перегородок (ДМЖП и ДМПП). ВПС продолжают занимать ведущее место в нозологической структуре детей, состоящих на диспансерном учете кардиоревматологического кабинета.

0532

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Муллабаева Г.У., Курбанов Р.Д., Киличев А.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии Узбекистан, Ташкент

Цель: провести интегральную оценку факторов риска развития нефатального инфаркта миокарда (НФИ).

Материалы и методы: Нами обследован 131 пациент мужского пола с первичным Q волновым ИМ, в возрасте от 30 до 69 лет ($51,9 \pm 9,13$ лет). На фоне проводимой стандартной терапии на 10-14 сутки ОИМ всем больным проводилось клиническое обследование, включающее осмотр, сбор анамнеза, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ЭхоКГ, манжеточную пробу для контроля функции эндотелия, ХМЭКГ, взятие крови на клинические и биохимические исследования. Суточное мониторирование ЭКГ осуществлялось в условиях свободного перемещения пациента с помощью компьютерной системы "Cardio Sens+" (ХАИ-МЕДИКА, Украина).

В основу разработки прогностической шкалы взята модификация вероятностного метода Байеса – метод нормированных интенсивных показателей (НИП). Значимость факторов и их градаций определялись применением показателя относительного риска (relative risk - RR), который представляет произведение НИП на «вес» фактора (EF).

Срок наблюдения составил 24 месяцев.

Результаты: Данные относительного риска и этиологической доли факторов в риске развития НФИ свидетельствуют, что факторы почти полной обусловленности НФИ не выявлены. Очень высокая обусловленность заболевания связаны соответственно с РПИС (RR=3,77; EF=73,47%) и АГ (RR=3,31; EF=69,79%). Высокая степень обусловленности неблагоприятного исхода наблюдается при наличии индекса массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ) >150 гр/м² (RR=3,08; EF=67,53%) и сахарного диабета (RR=2,93; EF=65,87%). Обусловленность средней степени связаны с индексом массы тела (ИМТ) >30,0 кг/м² (RR=1,99; EF=49,75%); фракции выброса левого желудочка (ФВ) <50% (RR=1,93; EF=48,19%); ЧСС покоя >80 уд мин (RR=1,89; EF=47,09%); отсутствие тромболизиса (RR=1,85; EF=45,95%); диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) E/A >1 (RR=1,75; EF=42,86%); ММЛЖ >200гр (RR=1,63; EF=38,65%); конечного систолического размера (КСР) >3,5см (RR=1,54; EF=35,06%) и вариабельности ритма сердца менее 100 мс (RR=1,51; EF=33,77%).

Заключение Разработана математическая модель прогнозирования развития повторного ИМ, позволяющая уже на 12-14 сутки первичного Q-волнового ИМ оценить риск развития повторного ИМ в ближайшие 24 мес. Таким образом, в развитии повторного инфаркта миокарда у больных, перенесших Q-волновой ИМ с высокой долей вероятности имеют значение следующие факторы: наличие ранней постинфарктной стенокардии, АГ в анамнезе, увеличенная ММЛЖ и наличие сахарного диабета, избыточной массы тела и частота сердечных сокращений в покое.

0533

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мурадова А. Е., Русских Н. А., Антончик К. С., Волков А. И., Соколова Н. В., Волкова С. Ю.

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ МЗ РФ, Тюменская больница ЗСМЦ ФМБА России, г.Тюмени, Россия

Поражения сердца и почек широко распространены в популяции и часто сосуществуют, повышая смертность, риск осложнений, сложность лечения и его стоимость. Принято определение патофизиологического расстройства сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого, как кардиоренального синдрома (КРС) [C.Ronco, 2007г].

Цель: изучить частоту выявления кардиоренального синдрома у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: исследования: Был проведен ретроспективный анализ 300 стационарных карт пациентов, проходивших лечение в ТБ ЗСМЦ ФМБА России за период 2013 – 2014 гг. с направительным диагнозом «Декомпенсация ХСН». Выборка произведена случайным образом. Из них- 119 мужчин (39,66%) и 181 женщина (60,33%). Средний возраст пациентов – $74 \pm 10,3$ года. Статистическая обработка материала проведена методами описательной статистики. Достоверность результатов исследования подтверждалась с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле MDRD

Результаты: Снижение скорости клубочковой фильтрации, соответствующее критериям хронической болезни почек (ХБП), было выявлено у 99% пациентов (297 человек). У обследованных пациентов выявлены хронический кардиоренальный (66%), хронический ренокардиальный (3%) и вторичный кардиоренальный (31%) синдромы. Снижение скорости клубочковой фильтрации чаще соответствовало 3 стадии ХБП (67,6%, $p < 0,05$). Чем выше был функциональный класс ХСН, тем чаще выявлялись ХБП 4 и 5 стадии. У больных с ХСН III стадии чаще встречался 5 тип кардиоренального синдрома (51,72%, $p < 0,05$). Перенесенный ИМ чаще наблюдался у пациентов с 5 типом КРС, у которых был сахарный диабет 2 типа ($p < 0,0001$).

Заключение Наше исследование показало, высокую распространенность КРС в в среде пациентов с ХСН, находящихся на стационарном лечении, с наиболее неблагоприятным сочетанием прогностически неблагоприятных признаков при 5-м типе КРС.

0534

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Мурлычев С. Н., Аветисов И. В., Старикова Н. Н.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

Цель: определить необходимость проведения коронароангиографии (КАГ) при углубленном обследовании работников железнодорожного транспорта, связанным с безопасностью движения поездов и маневровой работой.

Материалы и методы: углубленное обследование железнодорожников проводилось на экспертной койке - диагностической базе Центра сердечно-сосудистой хирургии с использованием: суточного мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД, ВЭМ и тредмил-тест, ЭхоКГ, по показаниям выполнялось: чрезпищеводное электрофизиологическое исследование, КАГ.

Результаты: многолетняя практика экспертизы профессиональной пригодности свидетельствует с одной стороны о необходимости более полного всестороннего обследования железнодорожников, с другой стороны о стремлении сделать это обследование простым и менее трудоемким. Решение указанных задач обеспечивается унификацией методик исследования, определением рационального объема расширенного обследования при наличии патологии, соблюдением единого экспертного подхода с реализацией принципа индивидуальной оценки. Набольшую сложность для экспертизы представляют: безболевого ишемия миокарда 1 типа, стенокардия напряжения 1-2 функционального класса, безболевого ишемия миокарда 2 типа (в силу возможной диссиммуляции), перенесенный инфаркт миокарда без зубца Q (в случае отсутствия архивных ЭКГ), изменения ЭКГ при синдроме напряжения миокарда левого желудочка (стрейн-синдром). В этих случаях требуется комплексное инструментальное обследование.

Учитывая современный взгляд на патогенез развития ишемии миокарда, когда коронарный стеноз является одним из ведущих, но не единственным патогенетическим фактором, разработан алгоритм углубленного обследования железнодорожникам с использованием КАГ.

Особенностью проведения КАГ на экспертной койке является выполнение ее не только по абсолютно медицинским, но и по социальным показаниям, когда проявления ишемии могут носить минимальный и нечеткий характер. Всего проведено 82 КАГ, у 55 - не выявлено патологии коронарных артерий, в 27 случаях - подтвержден диагноз ИБС. Среди обследованных работников локомотивных бригад 41 чел., из них у 29 - не выявлено изменений коронарных артерий, у 12 — подтвержден диагноз ИБС, у 5 (41%) – были показания для выполнения реваскуляризации миокарда, выполнено АКШ.

Выводы: 1. Проведение углубленного обследования с использованием коронарографии позволяет снизить риск ВСС при ИБС и выявить нуждающихся в реваскуляризации среди работников железнодорожного транспорта.

2. Коронарография позволяет максимально сохранить в профессии квалифицированных, опытных работников.

0535

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мусихина Н.А., Махнева Е.А., Гапон Л.И., Петелина Т.И.

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: Изучить гендерные особенности эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 120 человек (средний возраст 54,49±0,78 лет). В 1 группу контроля вошли - 20 человек без АГ и ИБС, во 2 группу - 56 пациентов с АГ, в 3 группу - 47 пациентов с АГ и ИБС. Все обследованные были разделены по полу. Для оценки функционального состояния эндотелия применялась проба с реактивной гиперемией на аппарате Caris Plus, "Esaote" (Италия) с использованием линейного датчика 7 МГц. В качестве потенциальных маркеров дисфункции эндотелия определялся уровень стабильных метаболитов NO (нитритов) и уровень эндотелина-1. Для определения эндотелина-1 в плазме крови использовался метод «иммуноферментного сэндвича». Определение нитритов в плазме крови проводили по методике Карпюк В.Б., с использованием реактивов производства фирмы «Реахим».

Результаты: У женщин 2 и 3 групп отмечалось снижение уровня нитритов по сравнению с женщинами 1 группы (1 группа - 3,70±0,51 мкг\мл; p<0.05; 2 группа - 2,17±0,18 мкг\мл; p<0.05 и 3 группа - 2,29±0,36 мкг\мл; p<0.05). У мужчин во всех группах достоверных различий по уровню нитритов, эндотелина-1 выявлено не было. В 1 группе у мужчин уровень нитритов был достоверно ниже, чем у женщин. Высокий уровень эндотелина-1 зарегистрирован у всех пациентов 3 группы независимо от пола. Повышение эндотелина-1 наблюдалось от группы здоровых, до группы АГ, а затем и АГ с ИБС (1 группа - 2,70±0,45

фмоль/мл; 2 группа - $5,13 \pm 1,66$ фмоль/мл и 3 группа - $7,03 \pm 1,03$ фмоль/мл; $p < 0,05$). Мужчины 2 группы отличались от женщин этой же группы более низкими значениями как эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), так и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) (ЭЗВД: $6,42 \pm 0,91\%$ и $9,83 \pm 0,78\%$ при $p < 0,05$ и ЭНВД: $12,99 \pm 1,25\%$ и $19,84 \pm 1,72\%$). У мужчин с АГ выявлена отрицательная корреляционная зависимость между ЭНВД и уровнем нитритов ($r = -0,71$; $p < 0,05$)

Выводы: таким образом, в развитии ЭД у больных АГ и ИБС мужской пол может играть определенную роль, причем, уже в группе здоровых мужчин, имеются более низкие, чем у женщин значения метаболитов оксида азота. Возможно, у женщин развитие ЭД происходит постепенно, по мере присоединения АГ, а затем и ИБС.

0536

ПОЛИМОРФНЫЕ МАРКЕРЫ ГЕНОВ МАЛЕКУЛ АДГЕЗИИ В РИСКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Муталова Э. Г., Хусаинова Л. Н., Садикова Р. И., Мингазетдинова Л. Н.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет. Институт биологии и генетики РАН. Уфа, Россия

Цель: Оценить влияние полиморфизма генов по маркеру S290N гена SELP, K462E гена ICAM1, и C928*420A > с гена VCAM1 на вероятность развития инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: В исследование включено 260 мужчин, средний возраст составил $49,6 \pm 1,45$ лет. Все больные имели инфаркт миокарда, находились на лечении в стационаре и прошли полное клиническое обследование. В рамках ген – кандидатного подхода проведен анализ ассоциаций с ИМ по полиморфным участкам генов молекул адгезии Р-селектина (SELP), иммуноглобулинов ICAM1 и VCAM1, мутация которых определяет дисфункцию эндотелия при стимуляции медиаторами воспаления с развитием атеросклероза и тромбоза.

Результаты: Статистический анализ полученных данных установил повышение уровня провоспалительных цитокинов Il-1 β , TNF- α как показателей иммунного воспаления, фактора роста эндотелия (VEGF) в 3,2 раза как триггера эндотелиальной дисфункции. Различия по частоте генотипов и аллелей по полиморфизму S290N гена SELP среди больных ИМ и группами сравнения оказались статистически незначимыми с тенденцией повышения аллеля *N ($p = 0,566$). Однако отмечено значимое повышение аллеля ICAM1 *E ($51,07\%$ и $42,9\%$ $p = 0,006$ OR = 0,6, Clor 0,42 – 0,86), а протективным маркером является генотип ICAM1 *K/*K и аллель *K ($33,33\%$ и $23,21\%$ $p = 0,008$, OR = 0,6 Clor 0,42 – 0,86). Отмечена тенденция к повышению доли генотипа VCAM1*A/*C ($48,43\%$ и $40,9\%$). При наличии полиморфизма гена ICAM1 вероятность развития ИМ возрастает на 32%, т.е. на возможность развития ИМ влияет полиморфизм гена молекулы адгезии ICAM1, которая стимулирует процессы воспаления эндотелия; Р-селектин оказывает лишь механическое взаимодействие между тромбоцитами и эндотелием, а его генотип не принимает прямого участия в тромбообразовании.

Выводы: Установлено влияние полиморфизмов генов молекул адгезии на развитие ИМ. Маркером повышенного риска ИМ является аллель ICAM1*E, а генетический полиморфизм этого гена, ответственного за формирование структурных нарушений эндотелия путем воспаления свидетельствует об участии эндотелиальной дисфункции как фактора риска инфаркта миокарда.

0537

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРИТМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА (I)

Мухамметгулыева О. С.

Больница с научно-клиническим центром физиологии, Ашгабат, Туркменистан

Учитывая разноречивость сведений о реакциях сердца при аритмической болезни сердца (АБС) на её различных этапах и отсутствие исследований в данном направлении в условиях жаркого климата, целью работы явилось изучение физиологических особенностей процессов адаптивного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и его сопряженности с электрической нестабильностью миокарда при идиопатическом синдроме предвозбуждения желудочков (ИСПВЖ).

Обследованы 38 больных с манифестирующей формой ИСПВЖ в возрасте $32,3 \pm 9,4$ лет. Они были разделены на 2 группы: 1-ая – 26 больных без желудочковой аритмии (ЖА), а 2-ая – 12 больных с ЖА. Группу контроля составили 24 практически здоровых лица, сопоставимых по возрасту и полу.

Проводилось общеклиническое обследование, включая СМ ЭКГ, чреспищеводное ЭФИ и эхокардиографию (ЭхоКГ). При анализе клинических проявлений был применен метод посиндромной оценки тяжести состояния больных (Д.Ж.Меметов, 1990).

У больных ИСПВЖ по сравнению с контролем при ЭхоКГ отмечено возрастание размеров ЛЖ и изолированная регрессия толщины межжелудочковой перегородки (Тмжп) на фоне гипертрофии его задней стенки (ЗСЛЖ) и сохранных фракциях выброса (ФВ) и сократимости (ФС). При анализе ЭФИ показателей в 2-х группах больных ИСПВЖ по сравнению с контролем была выявлена хронотропная недостаточность в виде признаков, аналогичных при синдроме слабости синусового узла (СССУ). Манифестация ИСПВЖ подтверждалась возрастанием т.Венкенбаха свыше 180 имп/мин. При анализе выраженности 3-х клинических синдромов у больных ИСПВЖ были обнаружены – в отсутствие признаков синдрома коронарной недостаточности – различия в значениях выраженности синдромов ЖА и недостаточности кровообращения, при этом они оказались большими по 2-ой группе. Гемодинамическую ситуацию по обеим группам больных ИСПВЖ можно рассматривать как состояние устойчивой в покое компенсации.

Выводы: 1. К особенностям течения ИСПВЖ в жарком климате относятся: изолированная регрессия Тмжп, ассиметричная гипертрофия ЗСЛЖ на фоне сохранности функционального состояния миокарда; сочетание его с ЭФИ проявлениями СССУ, которое выявляется в отсутствии сдвигов со стороны исходной ЧСС; наличие скрытых проявлений недостаточности кровообращения.

2. Выявление клинически синдрома ЖА сопровождается усугублением хронотропной недостаточности и большей гипертрофией ЗСЛЖ на фоне его адаптивного ремоделирования.

3. Эти особенности являются свидетельством уязвимости больных ИСПВЖ в плане развития фатальных аритмий и могут быть отнесены к начальным механизмам трансформации идиопатической стадии АБС в органическую.

0538

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРИТМИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА (II)

Мухамметгулыева О. С.

Больница с научно-клиническим центром физиологии, Ашгабат, Туркменистан

Учитывая сформировавшееся представление о различных клинических и проявлениях аритмической болезни сердца (АБС) и то, что в условиях жаркого климата исследований в данном направлении ранее не проводилось, целью исследования явилось изучение физиологических особенностей про-

цессов адаптивного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и его сопряженности с электрической нестабильностью миокарда (ЭНМ) при синдроме предвозбуждения желудочков (СПВЖ) у больных ИБС для выявления возможных единых патогенетических механизмов трансформации АБС.

Обследованы 38 больных ИБС с манифестирующей формой СПВЖ в возрасте $54,3 \pm 9,1$ лет. Они были разделены на 2 группы: 1-ая – 26 больных без желудочковой аритмии (ЖА), а 2-ая – 12 больных с ЖА. Длительность ЖА составила $6,3 \pm 0,1$ лет, при этом СПВЖ предшествовал появлению ИБС и ЖА. 35 больных ИБС неосложнённого течения, сопоставимых по возрасту и полу, составили группу контроля. Всем больным было проведено общеклиническое обследование, включая СМ ЭКГ, чреспищеводное ЭФИ и эхокардиографию (ЭхоКГ). При анализе клинических проявлений был применен метод посиндромной оценки тяжести состояния больных (Д.Ж.Меметов, 1990).

У 2-х групп больных по сравнению с контролем при ЭхоКГ отмечено возрастание размеров левого желудочка (ЛЖ) на фоне сохранных фракций выброса (ФВ) и сократимости (ФС). Эти сдвиги не превышали границы нормы, за исключением различий в толщине стенок ЛЖ: если по 1-ой группе была обнаружена симметричная гипертрофия миокарда (ГЛЖ), то во 2-ой группе отмечалась уже асимметричная ГЛЖ – толщина задней стенки ЛЖ (Тзслж) возросла до 12 мм. При ЭФИ в 2-х группах больных СПВЖ была выявлена хронотропная недостаточность в виде признаков синдрома слабости синусового узла (СССУ), более выраженная по 2-ой группе. Функционирование дополнительных путей проведения подтверждалось, в отсутствие перемен со стороны ЧССисх., возрастанием значения т.Венкенбаха свыше 180 имп/мин. по 1-ой группе и его снижением – по 2-ой. При анализе выраженности 3-х клинических синдромов у больных ИСПВЖ были обнаружены различной выраженности синдромы коронарной недостаточности (Фкн), ЖА (Фжнр) и недостаточности кровообращения (Фнк). Они оказались большими по 2-ой группе, при этом высокое – свыше 2 баллов – значение Фжнр сопровождало избирательную регрессию Тмжп. Гемодинамическую ситуацию по 1-ой группе больных СПВЖ можно рассматривать как состояние устойчивой в покое компенсации, а по 2-ой – как пограничное с декомпенсацией.

Выводы: 1. К особенностям течения СПВЖ в сочетании с ИБС в жарком климате относятся: сохранность функционального состояния миокарда и симметричная ГЛЖ; сочетание с ЭФИ проявлениями СССУ в отсутствие сдвигов со стороны исходной ЧСС; наличие выраженных проявлений коронарной и сердечной недостаточности. 2. Выявление клинически ЖА сопровождается усугублением хронотропной недостаточности и избирательной регрессией Тмжп.

0539

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Мясоедова Е. И., Олейников С. В., Копнин И. Г.

ООО «МЕДИС», Астрахань, Россия

Фибрилляция предсердий входит в число наиболее частых нарушений ритма сердца. Её распространённость составляет 0,4-1% среди населения. Болезнь существенно влияет на качество жизни пациентов и систему их личностных отношений, однако это влияние неоднозначно и может быть опосредовано социальными характеристиками.

Цель: Оценить качество жизни пациентов постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП) в зависимости от их социально-трудового статуса.

Материалы и методы: обследовано 85 мужчин в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст – $57,8 \pm 1,4$ года) с постоянной формой ФП. Всем больным проводились лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для верификации диагноза. Для оценки уровня качества жизни использовался опросник «Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (Зайцев В.П., Аронов Д.М.). Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 11.0. Исследование проводилось с информированного согласия пациентов.

Результаты: В зависимости от социально-трудового статуса пациенты были разделены на две группы: 1 группа (53 чел.) – пациенты, не имеющие группу инвалидности (работающие) и 2 группа (32 чел.) – инвалиды II и III групп (неработающие). Результаты исследования показали, что у пациентов

1 группы суммарный показатель качества жизни был менее благоприятным, чем у пациентов 2 группы ($-5,9 \pm 0,31$ и $-3,4 \pm 0,28$ соответственно, ($p < 0,05$)). Проанализированы различия в отношении к изменениям в их жизни. Трудоустроенные пациенты достоверно хуже оценивали изменения в жизни связанные с ограничениями в трудовой деятельности, понижением заработной платы, понижением в должности, уменьшением активности в повседневной жизни. Инвалиды предъявляли более низкие оценки в следующих направлениях: изменение взаимоотношения больного в связи с его заболеванием с родными и друзьями, необходимостью лечиться, необходимостью ограничений в проведении досуга, ведении домашнего хозяйства, причем в большей степени это касалось пациентов, имеющих II группу инвалидности. В отличие от неработающих пациентов, больные, продолжающие работать, были не склонны принимать свою болезнь и демонстрировали свою трудоспособность, но испытывали большие субъективные переживания в сфере работы, что демонстрирует снижение суммарного показателя качества жизни. Вне зависимости от трудоспособности, пациенты обеих групп испытывали неприятные переживания вследствие ограничения в питании и курении, а так же снижении физической активности.

Таким образом, социальный статус больных постоянной формой фибрилляции предсердий оказывает влияние на субъективную оценку качества жизни. Нарастание социальной дезадаптации по мере прогрессирования заболевания проявляется большей обращенностью интересов пациентов в мир внутренних переживаний (чем вовне), снижением уровня включенности в социальную среду.

0540

ПРОФИЛАКТИКА И АУДИТ ВНУТРИГОСПИТАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ

Назаренко Г. И.¹, Клейменова Е. Б.¹, Пающик С. А.¹, Отделёнов В. А.¹, Сычев Д. А.²

¹ Медицинский центр Банка России, Москва

² Российская Медицинская Академия Последипломного Образования, Москва

Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), включая тромбозы глубоких вен (ТГВ) и тромбозы легочных артерий (ТЭЛА), – одна из основных причин смертности и инвалидизации в развитых странах. Риск ВТЭО подвержены более половины госпитализируемых пациентов старше 40 лет, из них адекватную профилактику получают 58,5% пациентов хирургического и 39,5% терапевтического профилей.

Цель: Обеспечение эффективной профилактики внутригоспитальных ВТЭО с помощью оригинальной системы поддержки принятия решений (СППР).

Материалы и методы: В многопрофильном стационаре Медицинского центра Банка России (МЦ) разработана СППР на основе национальных и международных руководств по профилактике ВТЭО, позволяющая определить объем профилактики ВТЭО, исходя из индивидуальной оценки риска венозных тромбозов и кровотечения. Риск ВТЭО оценивали по шкалам Caprini, Rogers, Padua Prediction Score, Krogana, по дополнительным факторам риска. Риск кровотечений оценивали по шкале IMPROVE (у нехирургических пациентов) и шкалам риска: больших кровотечений (у хирургических пациентов), кровотечений после «больших» ортопедических операций, геморрагических осложнений у онкологических пациентов. СППР внедрена в июне 2014 г. Для анализа ее эффективности проанализированы случаи ВТЭО, выявленные по триггерам (диагноз ТГВ по данным ультразвуковой доплерографии сосудов и ТЭЛА на КТ легких) за 2014 г. до и после внедрения СППР. Для оценки статистических различий использован двусторонний вариант точного критерия Фишера.

Результаты: В 2014 г. зарегистрировано 45 случаев внутригоспитальных ВТЭО (0,72% госпитализированных пациентов), в т.ч., у 27 терапевтических и 18 у хирургических больных. Частота послеоперационных ВТЭО составила 6,01 на 1000 оперативных вмешательств, что статистически значимо не отличается от данных Agency for Healthcare Research and Quality (США) за 2013 г. (4,51 на 1000 операций, $p = 0,278$). По случаям ВТЭО у пациентов, не нуждающихся в приеме лечебных доз антикоагулянт-

тов (n=41), проведен аудит. Риск ВТЭО и кровотечений не был документирован для 56% ВТЭО. У пациентов хирургического профиля в 78% случаев внутригоспитальных ВТЭО проведенная профилактика соответствовала клиническим рекомендациям, у пациентов терапевтического профиля – только в 57% случаев. Частота ВТЭО у пациентов МЦ в I полугодии 2014 г. (n=24; 0,88%) статистически значимо превышала частоту ВТЭО в 83 университетских клиниках США (0,51%, $p < 0,005$), а во II полугодии после внедрения СППР значимых различий с клиниками США не выявлено (n=17; 0,69% vs 0,51%, $p = 0,207$).

Выводы: Применение СППР по выбору объема профилактики ВТЭО на основании индивидуальной оценки риска ВТЭО и кровотечения представляет собой перспективный метод снижения частоты внутригоспитальных ТГВ и ТЭЛА и повышения качества их профилактики.

0541

МОЖЕТ ЛИ С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК БЫТЬ МАРКЕРОМ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК?

Насыбуллина А. А., Булашова О. В., Газизянова В. М., Малкова М. И., Хазова Е. В.

ГБОУВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» Министерства здравоохранения РФ

ГАУЗ городская клиническая больница №7, Казань

Цель: Изучить уровень С-реактивного белка крови у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) и определить зависимость от варианта клинического течения.

Материалы и методы: исследования. Обследовано 111 больных с ХСН и ХБП, в качестве сравнения – 33 пациента с ХСН без коморбидной патологии; средний возраст составил $65,5 \pm 10,1$ г. Гендерное распределение в группах не отличалось. По этиологии все больные страдали ишемической болезнью сердца, в группе исследования 5,4% – в сочетании с артериальной гипертензией и в группе сравнения – 15,2%. Продолжительность ХСН – в среднем 7 лет. Анализ распределения больных по функциональному классу (ФК) ХСН показал: в группе исследования I-II ФК – 30,6%, III-IV – 69%; в группе сравнения I-II ФК – 60%, III-IV – 40%, что подтверждается данными шкалы оценки клинического состояния: 4,4 и 7,1 баллов соответственно. Критериями оценки функции почек были: отношение альбумин/креатинин (Ал/Кр) мочи, суточная экскреция белка (СЭБ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по СКД-ЕРІ. По СКФ у больных с ХСН определялась стадия, а по уровню альбуминурии – индекс ХБП. У всех больных исследовался С-реактивный белок (СРБ) количественным методом и альбумин крови.

Результаты: СКФ у больных в группе ХСН составил $71,0 \pm 17,2$ мл/мин/1,73 м², при ХСН и ХБП – $51,9 \pm 18,9$ мл/мин/1,73 м², что соответствовало С2 и С3 стадиям ХБП. У пациентов I-II ФК без ХБП СКФ была выше ($72,6 \pm 14,4$ мл/мин/1,73 м²), чем в группе с повреждением почек ($57,9 \pm 1,7$ мл/мин/1,73 м²; $p = 0,002$). Различие наблюдалось и при III-IV ФК ($68,6 \pm 2,1$ мл/мин/1,73 м² и $49,3 \pm 1,9$ мл/мин/1,73 м²; $p = 0,001$). Суточная экскреция белка различалась в контрольной группе и у пациентов с ХБП ($118,5 \pm 48,0$ мг/сут и $249,8 \pm 30,6$ мг/сут; $p < 0,05$), что было характерно и для Ал/Кр ($28,3 \pm 2,1$ мг/г и $92,6 \pm 8,7$ мг/г; $p < 0,05$). Значение СРБ у больных без поражения почек было значительно ниже (соответствовало норме), чем при ХБП ($5,2 \pm 1,6$ мг/г и $12,4 \pm 2,4$ мг/г; $p < 0,05$). Выявлена прямая корреляция ФК ХСН и СРБ ($r = 0,33$; $p = 0,05$). Отмечена связь СРБ и индекса альбуминурии по уровню СЭБ ($r = 0,28$; $p = 0,03$). Не наблюдалось достоверного различия между показателями альбумина крови у больных с ХСН с ХБП и без повреждения почек, а также различной степени тяжести. Но выявлена обратная связь уровня СРБ и альбумина крови ($r = -0,33$; $p = 0,05$). Выводы:

1. Уровень СРБ у пациентов с ХСН с ХБП выше, чем у лиц без поражения почек. 2. Значение СРБ увеличивается по мере повышения степени тяжести сердечной недостаточности. 3. Увеличение СЭБ находится в прямой связи с уровнем СРБ. 4. Уровень альбумина крови у больных с поражением почек и без него не отличается и находится в обратной зависимости от содержания в крови СРБ.

0542

ЧАСТОТА ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

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

Цель: выявить частоту обращаемости к врачу пациентов с сердечно-сосудистой патологией и возможную взаимосвязь ее с приверженностью к терапии.

Материалы и методы: анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г путем опроса о проводимой терапии и выявления частоты обращаемости к врачу. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40(57,1%) мужчин и 30(42,9%) женщин, 58(82,9%) пенсионного возраста, 12(17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертензия, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) - ИБС, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 38(54,3%) - нестабильная стенокардия, у 52(74,3%) - ХСН, у 26(37,1%) - нарушения ритма: 16(22,9%) - фибрилляция предсердий, 2(2,9%) - трепетание предсердий, 12(17,1%) - желудочковая экстрасистолия, у 12(17,1%) - ОНМК, у 12(17,1%) - сахарный диабет. Обращаются к врачу в плановом порядке с целью профилактического осмотра 10(14,3%) пациентов, при появлении первых симптомов заболевания - 10(14,3%) пациентов, в разгар заболевания, когда больше «нет сил терпеть» - 44 (62,8%), не ответили - 6(8,6%). Считают, что нужно принимать препараты постоянно - 46(65,7%) пациентов, курсами - 8(11,4%), по потребности - 6(8,6%), не ответили - 10(14,3%). Принимают назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами - 6(8,6%), иногда когда «прижмет» - 8(11,4%), 2(2,8%) - ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Пациенты, считающие, что нужно принимать препараты постоянно 10(100%) ($p=,06844$) и принимающие препараты постоянно 10(100%) ($p=,02734$) обращаются к врачу в плановом порядке с целью профилактического осмотра. Пациенты, считающие, что препараты нужно принимать по потребности 8(100%) ($p=,01345$), принимающие препараты курсами 6(100%) ($p=,03769$) и иногда когда «прижмет» 8(100%) ($p=,01514$) обращающиеся к врачу в разгар заболевания, когда больше «нет сил терпеть».

Выводы: Обращаемость к врачу за медицинской помощью у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями зависит от приверженности к их терапии. Пациенты, предпочитающие постоянную терапию, обращаются за медицинской помощью в плановом порядке. Пациенты, принимающие терапию по требованию, обращаются к врачу в разгар заболевания.

0543

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Невзорова В. А., Захарчук Н. В., Махарадзе Н. З., Баталова Т. Д.

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Владивосток

Цель: проанализировать факторы риска и приверженность к терапии по поводу имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы у пациентов с нестабильной стенокардией.

Материалы и методы: проведены анализ историй болезни и анкетирование 120 пациентов, поступивших в стационар по поводу нестабильной стенокардии.

Результаты: Из обследованных пациентов 70 человек (58%) были мужчинами в возрасте 62±5,4 года, оставшиеся 42% (50 человек) составили женщины в возрасте 72±6,2 года. Из заболеваний, влияющих на риск развития острых коронарных событий, отмечены гипертоническая болезнь (107 чел.; 88%), фибрилляция предсердий (43 чел.; 36%), сахарный диабет 2 типа (34 чел.; 28%), инфаркт миокарда и ишемический инсульт перенесли в прошлом 24% (29 человек) и 20% (24 человека) соответственно.

При анкетировании среди факторов риска наиболее значимыми оказались: избыточное потребление поваренной соли (96 чел.; 80%), отягощенная наследственность (94 чел.; 78%), малоподвижный образ жизни (86 чел.; 72%), психо-эмоциональные стрессы (67 чел.; 56%), курение (50 чел.; 42%), злоупотребление алкоголем (24 чел.; 20%). Несмотря на высокую распространенность факторов риска, школы здоровья посетили только 41 человек (34%). Избыточная масса тела зарегистрирована у 108 человек (90%). Дислипидемия установлена у 103 человек (86%). При этом, уровень общего холестерина в среднем составил – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 3,15 ммоль/л, триглицеридов – 2,08 ммоль/л. Оказалось, что 79 человек (66%) из поступивших в стационар с нестабильной стенокардией не соблюдали ранее назначенных рекомендаций на амбулаторном этапе и не принимали лекарственные препараты. Оставшиеся 41 человек (34%) соблюдали рекомендации, однако обращает на себя внимание низкая приверженность к терапии и у данных пациентов. Так, рекомендованные антитромботические средства (антиагреганты и пероральные антикоагулянты) принимали только 55 человек (46%), из них 32 человека получали антиагреганты, 10 человек – пероральные антикоагулянты и 13 человек – двойную антиагрегантную терапию. Несмотря на необходимость приёма пероральных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий у 43 человек, данные препараты получали только 20 пациентов. Обращает на себя внимание и тот факт, что из 22% пациентов, получающих статины, только 14% достигли целевых цифр липидограммы. Антигипертензивные препараты различных классов принимали 34% больных, что говорит о низкой приверженности к лечению на амбулаторном этапе, так как у 88% обследованных пациентов в анамнезе установлена гипертоническая болезнь. Несмотря на наличие сахарного диабета 2 типа у 28%, целевые уровни глюкозы только 12 человек (10%).

Выводы: полученные нами данные свидетельствуют, что у пациентов с острыми коронарными событиями регистрируется высокая частота факторов риска и отсутствует адекватная приверженность к рекомендованному лечению, что может являться одними из причин ухудшения течения ишемической болезни сердца.

0544

СОСУДИСТЫЕ ЭФФЕКТЫ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ. ФИКСИРОВАННАЯ КОМБИНАЦИЯ СИТАГЛИПТИНА И МЕТФОРМИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ

Недогода С. В., Барыкина И. Н., Саласюк А. С., Смирнова В. О.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; г. Волгоград

Цель: Изучить преимущества использования фиксированной комбинации ситаглиптин/метформин для лечения сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материалы и методы: Нами проведено проспективное открытое исследование, в которое было включено 90 пациентов (45% мужчин и 55% женщин) с СД типа 2 (длительность заболевания от 3 месяцев до 5 лет) и артериальной гипертензией 1-2 ст. Все пациенты исходно получали препараты сульфонилмочевины (глибенкламид 5-10 мг/сут, гликлазид МВ 60-120 мг/сут. или глимепирид 2-4 мг/сут) и не достигли удовлетворительного контроля гликемии. Гипотензивное лечение не меняли на протяжении всего исследования. После включения в исследование все пациенты в течение 24 недель получали фиксированную комбинацию ситаглиптин/метформин 50/1000 мг два раза в сутки (Янумет). В качестве критериев эффективности рассматривали изменение уровня глюкозы натощак и через 2 часа после приема пищи, гликированного гемоглобина (HbA1c), липидов крови к концу терапии. Была ис-

следована также динамика АД, артериальной жесткости, антропометрических и биохимических показателей. Средний возраст в начале исследования ~ 52,7 лет (82% пациентов старше 40 лет), средний индекс массы тела (ИМТ) - 34,9 кг/м², окружность талии - 110,5 см, уровень HbA1c - 8,8%, глюкозы плазмы натощак - 9,3 ммоль / л.

Результаты: Динамика HbA1c и гликемии в течение исследования отразила эффективность терапии в достижении целей лечения. К окончанию исследования, среднее снижение уровня постпрандиальной гликемии составило 25% (с 10,5 ммоль/л до 7,8 ммоль/л), тощачковой гликемии - 30% (с 9,3 ммоль/л до 6,5 ммоль/л) по сравнению с исходными показателями ($p < 0,001$ для всех). Уровень HbA1c снизился с 8,8% до 6,7% (- 24% в сравнении с исходным, $p < 0,01$). Показатели общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) натощак снизились у пациентов, получавших ситаглиптин/метформин по сравнению с исходными (-16,6% для ОХ, -15% для ЛПНП и -53% для ТГ, $p < 0,05$ во всех случаях). Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) у данных пациентов, напротив, увеличился на 23% ($p < 0,001$). К окончанию исследования получены данные о значительном улучшении параметров сосудистой жесткости. Так, скорость пульсовой волны (СПВ) на каротидно-фemorальном участке снизилась на 16,6%, а каротидно-радиальная СПВ - на 13,5% ($p < 0,05$ во всех случаях). В течение исследования не зарегистрировано серьезных побочных эффектов, в том числе гипогликемий и диспептических расстройств.

Выводы: Фиксированная комбинация ситаглиптин/метформин хорошо переносится и высокоэффективна у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и СД 2 типа. В дополнение к эффективному гликемическому контролю, эта комбинация оказывает кардиопротективный эффект, что особенно важно для этой категории больных.

0545

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Нелидова А. В., Бунова С. С., Усачева Е. В., Замахина О. В., Щербаков Д. В.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений артериальной гипертензии (АГ) таких как инфаркт миокарда (ИМ) является одной из основных целей в лечении больных АГ. У пациентов с индексом массы тела (ИМТ) выше 25 кг/м² риск развития ИМ доказано выше, чем у больных АГ с нормальной массой тела. Одним из значимых факторов возникновения и прогрессирования атеросклероза коронарных артерий является дисфункция эндотелия (ДЭ). Поскольку у больных АГ с повышенной массой тела развитию ДЭ способствует ряд метаболических факторов, нами проведено исследование, целью которого явилось изучение влияния гиперлептинемии на дисфункцию эндотелия у больных АГ с повышенной массой тела.

Материалы и методы: В исследование включено 95 больных АГ с ИМТ выше 25 кг/м², из них 64 (67,0%) женщин и 31 (33,0%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $47,7 \pm 7,4$ года. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, расчет суммарного сердечно-сосудистого риска по шкалам SCORE и Framingham на момент включения в исследование. Также всем пациентам проводился расчет ИМТ по Кетле, расчет отношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ), определение уровня лептина, инсулина, уровня молекул межклеточной адгезии (s-ICAM-1, s-VCAM-1) в сыворотке крови и уровня фактора Виллебранда в плазме крови. Анализ полученных данных проводился с использованием редактора электронных таблиц MS Excel 7.0 и статистической программы STATISTICA 6.0.

Результаты: У всех пациентов ТО и индекс ОТ/ОБ превышали нормальные значения. У 68% пациентов уровень лептина был выше нормы, и в 86% это были пациенты женского пола, что позволяет сделать вывод о влиянии пола на развитие гиперлептинемии. Уровень растворимого рецептора лептина, у больных АГ с повышенной массой тела и гиперлептинемией, был снижен ($r_s = 0,34$; $p = 0,019$) и говорит в пользу лептинорезистентности у данной категории больных. Уровень инсулина в сыворот-

ке крови при этом у всех пациентов был в пределах нормы, что свидетельствует о более раннем развитии гиперлептинемии и лептинрезистентности у больных АГ с повышенной массой тела. Уровень s-VCAM-1, и фактора Виллебранда также были в пределах нормы у всех пациентов, однако уровень s-ICAM-1 был повышен, что позволяет считать его более ранним маркером ДЭ у больных АГ с повышенной массой тела.

Выводы: Уменьшение отрицательного влияния метаболических факторов на прогрессирование дисфункции эндотелия у больных АГ с повышенной массой тела возможно при снижении уровня лептина в сыворотке крови, что в свою очередь приведет к уменьшению воспаления в сосудистой стенке и к профилактике инфаркта миокарда.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФНФ и Омской области в рамках научного проекта №15-16-55006 (название проекта: Предотвращение социальных потерь трудоспособного населения Омской области путем профилактики инфаркта миокарда).

0546

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОИНВАЗИВНОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST С ПЕРВИЧНЫМ ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Немик Д. Б.², Матюшин Г. В.¹, Протопопов А. В.², Шульмин А. В.¹, Алтаев В. Д.¹

¹ - КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого Минздравсоцразвития России, Красноярск

² – КГБУЗ “Краевая клиническая больница”, Красноярск, Россия

Цель: Сравнить эффективность и безопасность фармакоинвазивной стратегии лечения (ФИС) острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ) с первичным чрескожным коронарным вмешательством (пЧКВ) у пациентов старше 75 лет.

Материалы и методы: Проанализированы 236 случаев лечения ИМпСТ в первые сутки от начала симптоматики в группе пациентов старше 75 лет. В лечении 180 пациентов выполнено пЧКВ, у 56 больных проведена тромболитическая терапия (ТЛТ) в первые 3 часа от начала болевого синдрома и осуществлена транспортировка в центр ЧКВ для проведения коронароангиографии.

Ведение пациентов на догоспитальном и госпитальном этапе полностью соответствовало установленным стандартам лечения пациентов ИМпСТ и не отличалось в обеих группах. ТЛТ проводилась фибринспецифическим агентом (тенектеплазой) в весозависимой дозировке.

Результаты: В обеих группах преобладали женщины пЧКВ - 63,2±2,8, ФИС - 71,4±1,6%. Среднее время от симптомов до первичного медицинского контакта в группе пЧКВ составило 184,4 минуты (медиана 120,0 (49,5; 240,0)), а при ФИС - 79,7 минут (медиана 53,0 (35,0; 90,0)) (p<0,01). Время от двери приемного покоя до КАГ при пЧКВ – 82,2 минуты (медиана 47,0 (33,0;72,0)) против 68,8 минут (медиана 42 минуты (30,0;94,5)) (p=0,694). Временной интервал от болевого синдрома до КАГ включал 295,4 минут в группе пЧКВ (медиана 180 (130,0;345,0)) и 192,7 минуту (медиана 150 (120;210)) в группе ФИС (p=0,155). От симптомов до ТЛТ среднее значение составило 101,7 минуту (медиана 83 (50;120))

В группе ФИС отмечена тенденция к большей частоте формирования нетрансмурального инфаркта миокарда (16% против 13%, p=0,128). По данным ангиографии окклюзия ИЗА значительно реже наблюдалась в группе ФИС (39% против 69%, p<0,01). Частота больших кровотечений значимо не отличалась и составила около 1% в обеих группах.

Выживаемость больных на госпитальном этапе в обеих группах статистически значимо не отличалась (пЧКВ 79,4 ± 9,2% против ФИС 83,6 ± 6,6%, p=0,49).

Выводы: По нашим данным, ФИС и пЧКВ оказывают благоприятное влияние на течение и исходы ИМ у больных старшей возрастной группы. Догоспитальная ТЛТ у пациентов старше 75 лет сохраняет свою эффективность. Преимущество ФИС состоит в раннем наступлении реперфузии до КАГ (почти у 2/3 больных) и тенденцию к увеличению частоты формирования нетрансмурального поражения

миокарда. Ранее ЧКВ после ТЛТ не зависимо от ее эффективности не увеличивает частоту осложнений. Следует использовать ФИС, как приоритетную в случае возникновения болевого синдрома в течение 3 часов до первичного медицинского контакта и невозможности проведения ангиографии в течение 120 минут.

0547

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА АПНОЭ ВО СНЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Непран В.И., Коростовцева Л.С., Ваулина Д.А., Сазонова Ю.В., Маликов К.Д., Козленок А.В., Свиряев Ю.В., Конради А.О., Шляхто Е.В.

ФГБУ «Северо-Западный Федеральный медицинский исследовательский центр», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: Популяционные и клинические исследования свидетельствуют о связи нарушений дыхания во время сна (НДС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН), но роль НДС для прогноза больных ХСН до конца не установлена.

Цель: изучить прогностическое значение синдрома апноэ во сне у больных ХСН.

Материалы и методы: Обследовано 66 человек (57 мужчин, 9 женщин), в возрасте от 27 до 77 лет с систолической ХСН III-IV функционального класса (у 15 вследствие кардиомиопатии различного генеза, у 51 на фоне ишемической болезни сердца). Всем пациентам выполнено: общеклиническое и лабораторное исследование, эхокардиография, полисомнографическое исследование (Embla N7000, Natus, США). Каждые полгода проводился опрос по телефону, один раз в год пациенты были обследованы в плановом порядке в условиях специализированного кардиологического стационара. Оценивалась композитная конечная точка, включавшая такие события, как смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, нефатальный инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения, трансплантация сердца. Анализ выживаемости проводился путем построения кривых Каплана-Мейра.

Результаты: По результатам полисомнографического исследования НДС выявлены у 58 (87,9%) больных (50 мужчин и 8 женщин). У 8 (12,1%) пациентов (6 мужчин и 2 женщины) НДС не выявлены. Средняя продолжительность наблюдения составила 533 (473;594) дня. За период наблюдения зарегистрировано 10 (17,2%) событий в группе с НДС (летальный исход - у 7 пациентов, трансплантация сердца - у 7, нефатальное ОНМК - у1), и у одного (12,5%) пациента без НДС ($\chi^2=0,114$, $p=0,74$). По результатам анализа выживаемости в группе лиц с НДС частота достижения композитной точки была выше, а медиана продолжительности выживаемости ниже - 751,53 (643,4; 859,6) дней, по сравнению с больными без НДС - 919,2 (721;1117,5) дней, однако значимые различия не достигнуты (Log Rank = 1,033; $p = 0,31$). Выводы:

При проспективном наблюдении у больных ХСН продолжительность выживаемости сопоставима в группах лиц с нарушениями дыхания во время сна и без них, что может быть обусловлено малым сроком наблюдения и небольшим объемом выборки.

Работа выполнена ФЦНТП «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научно-технического комплекса России на 2007-2012 годы» (Государственный контракт № 02.527.11.0007 от 30 апреля 2009 года), в рамках деятельности научного консорциума SICA-HF (EC 7th Framework Programme (FP7/2007 – 2013), grant agreement No 241558).

0548

МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Нестерова Н. Н. Шорохов К. Н. Пушкин А. С. Ахмедов Т. А.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения “ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №2” Санкт-Петербург

Актуальность: Одышка у пациентов с различными патологическими состояниями затрудняет диагностику и лечение основного заболевания и требует применения дополнительных инструментальных и врачебных ресурсов в приемном отделении многопрофильного стационара.

Цель: Оценить возможность определения уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП) для диагностики острой сердечной недостаточности (СН).

Материалы и методы: В период 2013-2014гг. в приемном отделении (ПО) ГМПБ № 2 обследовано 97 пациентов с клиническими проявлениями дыхательной недостаточности (ДН). Пациенты обследованы в ПО кардиологом и пульмонологом. В соответствии со стандартами оказания помощи всем пациентам выполнено электрокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, при высокой вероятности тромбоэмболии легочной артерии выполнялась компьютерная томография легких в ангиорежиме, исследование высокочувствительного тропонина, МНУП, D-димера.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 67±17 лет, 60(61%) пациентов были мужчины. Заболевания легких в анамнезе регистрировались у 41(42%) пациента, застойная СН у 32(33%) пациентов, инфаркт миокарда у 26(27%). В 92% случаев основным симптомом была одышка, в 32% случаев имелось ортопноэ, кашель присутствовал у 45%. У 11(12%) пациентов имелся третий тон, у 40(41%) выслушивались хрипы в нижних отделах, набухание шейных вен имелось у 22(23%), отеки нижних конечностей определялись у 41(42%). Синусовый ритм отмечался у 55(57%) пациентов, фибрилляция предсердий у 44(43%).

СН как причина ДН была установлена у 47 (48%) пациентов. В 99% случаев имелись признаки дисфункции левого желудочка – снижение фракции выброса, в 81% отмечалось увеличение кардиоторакального индекса, в 70% имелись нарушения ритма, сердечная недостаточность в анамнезе встречалась в 73% случаев, застойные хрипы выслушивались в 69% случаев. МНУП был достоверно выше в группе пациентов с СН и составлял 689±213 пг/мл, против 125±105 пг/мл в группе пациентов без сердечной недостаточности. Уровень МНУП достоверно возрастал в зависимости от функционального класса (ФК) СН по NYHA. При I ФК значения МНУП составляли 219±51 пг/мл, II ФК - 389±111 пг/мл, III ФК - 408±61 пг/мл, IV ФК - 848±44 пг/мл. Уровень МНУП ниже верхней границы нормы позволял достоверно исключать наличие СН у пациента.

Выводы: Уровень МНУП является достоверным маркером наличия СН. Применение МНУП позволяет исключить острую СН у пациентов с одышкой при наличии сходной клинической картины ДН и СН.

0549

РИСК СЕРЬЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Нигматьянова А. А.^{1,2}, Мангушева М. М.^{1,2}, Лапшина С. А.^{1,2}, Чувашаева Ф. Р.², Еремин С. А.²

¹ГБОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,

²ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, г.Казань, Россия

Актуальность: Нарушения ритма сердца и проводимости могут быть как проявлением, так и осложнением спондилоартритов (СпА), представляющих собой группу хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, включающих такие заболевания как анкилозиру-

ющий спондилит (АС), псориатический артрит, СпА при хронических воспалительных заболеваниях кишечника и другое. Данные заболевания распространены в молодом возрасте. Существует мнение о влиянии хронического системного воспаления при ревматологических заболеваниях на автономную регуляцию деятельности сердца, заключающегося в снижении парасимпатической и/или усилении симпатической активности и ведущего к снижению variability сердечного ритма (ВСР).

Известно о наличии статистически достоверной обратной корреляционной взаимосвязи между величиной основных показателей variability сердечного ритма и уровнями острофазовых маркеров (СОЭ, СРБ, фибриногена).

Цель: Оценить частоту установления кардиостимуляторов у пациентов со СпА в сравнении с частотой имплантации кардиостимуляторов в популяции.

Материалы и методы: Проанализирована база данных пациентов с установленными кардиостимуляторами за 2013-2014 года, проживающими на территории Республики Татарстан (РТ), результаты соотнесены с численностью популяции. Частота установления кардиостимуляторов РТ составляет 2 на 10000 населения. В РТ на 2014 год проживает 3 855 258 человек, из них в возрасте от 18 до 50 лет 1831719 человек. У ревматологов Республики наблюдается 2958 пациентов со СпА, в том числе 2355 с АС.

Результаты: Из базы данных выбраны пациенты с имплантированными кардиостимуляторами молодого трудоспособного возраста без ишемической болезни сердца в анамнезе. Таких в возрасте от 18 до 50 лет оказалось 123 человека (0,7 на 10000 населения), из них 59 (47,9%) имели врожденные пороки сердца и нарушения проводимости, 5 (4,1%) пациентов были ревматологической патологией (2 (1,6%) имели в анамнезе острую ревматическую лихорадку, 3 (2,4%) – СпА). Среди пациентов со СпА установленный диагноз АС был у 1 человека, еще у 2 диагноз СпА был установлен ретроспективно: в истории болезни было найдено указание на боль в спине и проведено дообследование. Таким образом, частота имплантации кардиостимуляторов у пациентов со СпА в РТ составляет 0,1% или 10 случаев на 10000 больных, и 0,04% или 4 случая на 10000 больных АС.

Выводы: У пациентов со СпА существует риск серьезных нарушений ритма и проводимости, в ряде случаев, требующих установления постоянного кардиостимулятора. Частота имплантации кардиостимуляторов превышает таковую в популяции.

0550

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Нигматьянова А. А.¹, Мангушева М. М.¹, Абдулганиева Д. И.¹

¹ГБОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,

Актуальность: Обсуждается вопрос повышения кардиоваскулярного риска у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). Данные литературы о доклиническом изменении геометрии миокарда левого желудочка (ЛЖ) при АС малочисленны и противоречивы.

Цель: Изучение ранних доклинических параметров электрической нестабильности миокарда и анатомических поражений структур сердца у больных АС и их взаимосвязь с активностью, длительностью заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (44 мужчины и 16 женщин) с достоверным АС без диагностированной сердечно-сосудистой патологии клинически и/или по медицинской документации, в возрасте от 21 до 56 лет (средний – 40,3±10,0 лет). Давность заболевания на момент осмотра менее 5 лет была у 15 (50%), от 5-10 лет – у 5 (16,6%), более 10 лет – у 10 (33,4%) человек. Согласно BASDAI пациентов с низкой активностью – 12 (20%), умеренной – 18 (30%), высокой – 14 (23,3%), очень высокой – 16 (26,7%) человек, средний BASDAI 5,06 ±1,4. Для оценки геометрии сердца использовалась ЭхоКС с определением гипертрофии миокарда ЛЖ (ГЛЖ) по рекомендациям ASE и EAE(2005/2006). По векторкардиографии (ВКГ) оценивали направление максимального суммарного вектора QRS в проекции к трем плоскостям, расчет площади петли QRS и изменение угла проекции петли Т и Р к QRS.

Результаты: У 18 (30%) пациентов с АС выявлены изменения геометрии сердца по данным ЭхоКС: концентрическое ремоделирование - у 4 (6,7%), эксцентрическая гипертрофия - у 8 (13,3%), концентрическая гипертрофия - у 6 (10%) пациентов. По данным ВКГ у 26 (34%) человек выявлено изменение петли QRS. Изменения геометрии сердца были различны в зависимости от активности АС: при умеренной активности встречалось концентрическое ремоделирование - у 4 (6,7%) человек с продолжительностью заболевания менее 5 лет, при высокой активности концентрическая гипертрофия - у 6 (10%), при очень высокой активности эксцентрическая гипертрофия - 8 (13,3%) пациентов с продолжительностью заболевания 5-10 лет. ($p < 0,05$). Изменение петли QRS было у 2 (3%) пациента с низкой активностью, у 4 (7%) с умеренной с продолжительностью заболевания до 5 лет и у 14 (24%) человек - с высокой и очень высокой активностью заболевания с продолжительностью заболевания 5-10 лет и более.

Заключение

1. Выявлены ранние доклинические изменения миокарда при АС: а) по данным ЭхоКС изменения геометрии миокарда преимущественно при высокой и очень высокой активности заболевания б) По ВКГ электрофизиологическое ремоделирование миокарда при любой степени выраженности процесса, даже при низкой активности, когда изменения по ЭКГ и ЭхоКС не были констатированы.

2. При длительности заболевания менее 5 лет у большинства пациентов изменения электрофизиологического характера проявлялись при наличии концентрической формы ремоделирования миокарда и отсутствии диагностически значимой гипертрофии.

3. У части пациентов отмечены выраженные признаки электрического ремоделирования на фоне только эксцентрического характера изменения миокарда.

0551

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Нигматьянова А. А.¹, Мангушева М. М.¹, Абдулганиева Д. И.¹

¹ГБОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ,

Актуальность: Обсуждается вопрос повышения кардиоваскулярного риска у пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). Данные литературы о доклиническом изменении геометрии миокарда левого желудочка (ЛЖ) при АС малочисленны и противоречивы.

Цель: Изучение ранних доклинических параметров электрической нестабильности миокарда и анатомических поражений структур сердца у больных АС и их взаимосвязь с активностью, длительностью заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов (44 мужчины и 16 женщин) с достоверным АС без диагностированной сердечно-сосудистой патологии клинически и/или по медицинской документации, в возрасте от 21 до 56 лет (средний - $40,3 \pm 10,0$ лет). Давность заболевания на момент осмотра менее 5 лет была у 15 (50%), от 5-10 лет - у 5 (16,6%), более 10 лет - у 10 (33,4%) человек. Согласно BASDAI пациентов с низкой активностью - 12 (20%), умеренной - 18 (30%), высокой - 14 (23,3%), очень высокой - 16 (26,7%) человек, средний BASDAI $5,06 \pm 1,4$. Для оценки геометрии сердца использовалась ЭхоКС с определением гипертрофии миокарда ЛЖ (ГЛЖ) по рекомендациям ASE и EAE(2005/2006). По векторкардиографии (ВКГ) оценивали направление максимального суммарного вектора QRS в проекции к трем плоскостям, расчет площади петли QRS и изменение угла проекции петли Т и Р к QRS.

Результаты: У 18 (30%) пациентов с АС выявлены изменения геометрии сердца по данным ЭхоКС: концентрическое ремоделирование - у 4 (6,7%), эксцентрическая гипертрофия - у 8 (13,3%), концентрическая гипертрофия - у 6 (10%) пациентов. По данным ВКГ у 26 (34%) человек выявлено изменение петли QRS. Изменения геометрии сердца были различны в зависимости от активности АС: при умеренной активности встречалось концентрическое ремоделирование - у 4 (6,7%) пациентов с продолжительностью заболевания менее 5 лет, при высокой активности концентрическая гипертрофия - у 6 (10%), при очень высокой активности эксцентрическая гипертрофия - 8 (13,3%) с продолжительностью заболевания 5-10 лет. ($p < 0,05$). Изменение петли QRS было у 2 (3%) пациента с низкой актив-

ностью, у 4 (7%) с умеренной с продолжительностью заболевания до 5 лет и у 14 (24%) - с высокой и очень высокой активностью заболевания и с продолжительностью заболевания 5-10 лет. Таким образом, по данным ЭхоКС изменения геометрии миокарда преимущественно при высокой и очень высокой активности заболевания, а по ВКГ электрофизиологическое ремоделирование миокарда при любой степени выраженности процесса, даже при низкой активности, когда изменения по ЭКГ и ЭхоКС не были констатированы. При длительности заболевания менее 5 лет у большинства пациентов изменения электрофизиологического характера проявлялись при наличии концентрической формы ремоделирования миокарда и отсутствии диагностически значимой гипертрофии. У части пациентов отмечены выраженные признаки электрического ремоделирования на фоне только эксцентрического характера изменения миокарда.

Заключение Полученные данные позволяют свидетельствовать о раннем вовлечении миокарда в патологический процесс при любой степени активности и длительности АС, следовательно требуются диагностический поиск с целью прогнозирования кардиоваскулярных событий

0552

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА В ПРЕДПЕНСИОННОМ И РАННЕМ ПЕНСИОННОМ ВОЗРАСТЕ.

Никитин Ю. П., Макаренкова К. В., Малютина С. К.

ФГБНУ «НИИТПМ», г.Новосибирск, Россия

Цель: Изучение возрастных изменений у мужчин и женщин в предпенсионном и раннем пенсионном возрасте.

Материалы и методы: Работа проведена с использованием объединенных данных двух крупных международных проектов ВОЗ MONICA и HAPIEE. Всего обследовано 5569 мужчин и 6198 женщин в возрасте 45-64 лет. Липидные параметры крови проанализированы в возрастных декадах. Коэффициенты атерогенности рассчитаны по формулам: ХСнеЛВП/ХС-ЛВП и ХС-ЛНП/ХС-ЛВП.

Результаты: Возрастная «динамика» в уровнях ОХС, ХСнеЛВП и ХС-ЛНП у мужчин и женщин оказалась различной. У мужчин 55-64 лет указанные показатели мало, хотя и достоверно, отличаются от полученных в группе 45-54 лет (на 2-3%, $p < 0,01$). У женщин различия в возрастных группах оказались большими: разница между возрастными группами в уровнях ОХС составила 8%, ХСнеЛВП – 11%, ХС-ЛНП – 10% ($p < 0,001$). Различия в содержании ТГ (14%) получены только у женщин.

В концентрации ХС-ЛВП крови поло-возрастные отличия хотя и достоверны, но количественно не существенны ($p < 0,05$). Оба КА у женщин с возрастом увеличились в среднем на 12% ($p < 0,001$). У мужчин обеих возрастных групп значимых отличий в уровнях КА не получено.

Выводы: У женщин возрастная динамика липидов крови в предпенсионном и раннем пенсионном возрасте существеннее, чем у мужчин.

0553

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ КОЭФФИЦИЕНТОМ АТЕРОГЕННОСТИ

Нилова О. В., Колбасников С. В.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ, Тверь, Россия

Цель: Целью исследования было оценить особенности ремоделирования левого желудочка у больных артериальной гипертензией (АГ) при различном уровне коэффициента атерогенности (КА).

Материалы и методы: в исследование были включены 129 пациентов, средний возраст $54,2 \pm 3,2$ лет, по уровню КА все пациенты были распределены на 2 группы: в 1-ую были включены 56 человек с КА ниже 3,5, во 2-ую — 73 человек с КА выше 3,5. Проводили общеклиническое обследование, биохимический анализ крови с оценкой липидного спектра и расчетом коэффициента атерогенности, эхокардиографию (Эхо-КГ). Полученные результаты:

При изучении показателей ЭхоКГ у больных 1-ой группы отмечен меньший конечный диастолический размер на 3,8% ($p=0,04$), больший индекс массы миокарда левого желудочка на 9,1% ($p=0,001$), чем во 2-ой группе. У 62 больных 1-ой группы по сравнению со 2-ой отмечена меньшая скорость раннего пика Е на 9,5% ($p=0,001$) и большая скорость предсердного пика А на 19,1% ($p=0,001$), сниженное отношение Е/А на 33,3% ($p=0,001$), а также больший размер левого предсердия на 5,0% ($p=0,01$). Нарушение диастолической функции I типа было выявлено у 147 (74,6%) и 79 (59,8%) больных 1-ой и 2-ой групп соответственно. Таким образом, диастолическая дисфункция наблюдалась чаще на 14,8% ($\chi^2=8,0$; $p=0,005$) у лиц с КА ниже 3,5, чем во 2-ой группе. Гипертрофия левого желудочка была выявлена у 75 (38,1%) и 37 (28,1%) больных 1-ой и 2-ой групп соответственно, то есть частота ее была сопоставима. У пациентов 1-ой группы нормальная геометрия (НГ) ЛЖ определена у 72 (36,5%) больных, концентрическое ремоделирование (КР) — у 50 (25,4%), концентрическая ГЛЖ (КГЛЖ) — у 48 (24,4%), эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) — у 27 (13,7%) пациентов. Среди лиц 2-ой группы нормальная геометрия ЛЖ имела у 59 (44,7%) больных, концентрическое ремоделирование — у 36 (27,3%), концентрическая ГЛЖ — у 16 (12,1%), эксцентрическая ГЛЖ — у 21 (15,9%) пациентов. Выводы:

Таким образом, концентрическая ГЛЖ встречалась у больных с КА ниже 3,5 чаще на 12,3% ($\chi^2=7,9$; $p=0,05$). Таким образом, у больных АГ с КА ниже 3,5 имеются признаки ремоделирования левого желудочка: нарушению диастолической функции и гипертрофии левого желудочка.

0554

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ НА КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Нилова С. А., Нилова М. Б.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава, Тверь, Россия

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. В.В. Успенского», Тверь, Россия

Цель: изучить влияние избыточного потребления поваренной соли (ПС) на клинический статус и параметры гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследованы 320 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин — 174 и женщин — 146, средний возраст 57 ± 4 г.). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), определялся индекс массы тела (ИМТ), вычислялось соотношение объема талии/объем бедер (ОТ/ОБ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 21% (67) больных, средний (0,16%) у 23% (74), высокий (более 0,16%) у 56% (179). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я — лица с низким ПВЧПС, 2-я — с высоким.

Результаты: СЭИНМ была больше у больных ПИКС с АГ с высоким ПВЧПС, чем с низким ($p<0,01$). При проведении корреляционного анализа оказалось, что имеется положительная связь между ПВЧПС и СЭИНМ ($r = 0,4$; $p<0,01$). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 32%, а у 2-й в 87% ($p<0,01$) случаев, стенокардия напряжения I — III функциональных классов соответственно в 23% и 76% случаев ($p<0,01$). Курящих среди лиц 1-й группы было 27%, а 2-й — 75% ($p<0,01$). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 28% и 64%; $p<0,01$. У больных 2-й группы тяже-

лее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. Так же у больных с высоким ПВЧПС инфаркт миокарда развивался на 6 лет раньше, чем с низким порогом. У больных ПИКС с АГ в среднем ИМТ свидетельствовал о наличии избыточного ожирения, но статистически не различался, в зависимости от ПВЧПС. Однако в целом, у мужчин ИМТ был ниже, чем у женщин. В среднем у лиц с высоким ПВЧПС соотношение ОТ/ОБ было достоверно выше, чем с низким. Уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы составил $5,9 \pm 0,4$ Мм/л, у 2-й – $7,0 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), липопротеидов низкой плотности соответственно – $4,2 \pm 0,3$ и $5,0 \pm 0,2$ Мм/л ($p < 0,05$). При первом измерении АД оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило $146 \pm 5,0$ мм рт. ст., диастолическое – $86 \pm 4,0$ мм рт. ст., тогда как у 2-й – $168 \pm 4,4$ и $98 \pm 5,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). По данным СМАД в процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в 1-й группе больных ($p < 0,05$). Напротив, доля недипперов среди лиц 2-й группы почти в 3 раза была выше, чем среди больных 1-й ($p < 0,05$). При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найт-пикеры только во 2-й.

Выводы: Таким образом, больные ИБС с АГ с избыточным потреблением ПС имеют более выраженные гемодинамические изменения и метаболические нарушения, что определяет высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений у данного контингента больных.

0555

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Номоконова Е. А., Елыкомов В. А., Ефремушкина А. А., Киселева Е. В., Рудакова Д. М.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства
Здравоохранения РФ, г.Барнаул, Россия

Цель: Проанализировать результаты консервативного и хирургического лечения ишемической болезни сердца в Алтайском крае.

Материалы и методы: Ретроспективно включено 186 пациентов: в I группу $n=101$ – с ИБС, подвергшихся КШ в 2011, 2012 гг, во II группу $n=85$ – со стабильной ИБС, без оперативного лечения, выписанных из стационара в 2011 и 2012 гг. Критерий включения – наличие пациента в регистре ХИБС. Пациенты обеих групп были поставлены на диспансерный учет через $3 \pm 1,8$ месяца после выписки, длительность ИБС составила $4,1 \pm 3,1$ ($p \geq 0,3$). Исследование было наблюдательным, проводилось в течение 2-х лет. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel.

Результаты: Возраст включенных пациентов составлял в среднем 60 лет ($p=0,2$). В обеих группах преобладали жители сельской местности (60,4% и 56,5%, $p=0,5$) и лица мужского пола (88% и 57%, $p < 0,000$). АГ сопутствовала ИБС: I – 91%, II – 88% ($p=0,5$). Оценка целевого АД при постановке на учет: I – 93%, II – 71% пациентов ($p < 0,001$). К концу периода наблюдения достижение целевых уровней АД: I – 87%, II – 52% пациентов ($p < 0,001$). При постановке на учет: в I группе – 90% пациентов без стенокардии, во II – 56,5% ($p < 0,001$); 2 и 3 ФК чаще встречались у пациентов с консервативной тактикой ведения ($p < 0,001$). Через 2 года наблюдения: в I группе – 68,3% пациентов без стенокардии, во II 28,2% ($p < 0,001$); 2 ФК и 3 ФК опять же чаще встречались в группе с консервативной тактикой ведения ($p < 0,001$). Частота посещения кардиолога за первый год: в I группе – $2,9 \pm 2,02$, во II – $0,9 \pm 0,6$ ($p=0,06$). Частота посещения кардиолога за второй год: в I группе – $1,0 \pm 1,2$, во II – $0,43 \pm 0,6$ ($p=0,5$). Пациенты I группы были достоверно привержены к рекомендованной терапии, чем пациенты II группы ($p \leq 0,03$). Во II группе к концу наблюдаемого периода отмечено снижение потребления таких препаратов как статины, дезагреганты, β -блокаторы и иАПФ. В течение наблюдаемого периода проводилась коррекция терапии в I группе – у 57 (56,4%), во II группе – у 45 (52,9%, $p=0,6$); нерегулярная терапия в I группе – у 10 (9,9%), во II группе – у 9 (10,6%, $p=0,8$). Результаты лечения не были оценены по причине неявки на прием к врачу в I группе – у 3 (3%), во II группе – у 16 (18,8%, $p < 0,001$). За весь период наблюдения количество повторных госпитализаций с обострением ИБС не отличалось ($p=0,5$), повторное проведение КАГ при вновь возникшей стенокардии, для оценки коронарного русла проведено в I группе $n=11$ (10,9%), во II группе $n=14$ (16,5%, $p=0,2$). Летальных исходов заболевания в исследуемых группах не наблюдалось.

Выводы: Среди пациентов с ИБС в обеих группах преобладали лица мужского пола, но достоверно больше мужчин было в группе пациентов подвергшихся КШ. Отмечена высокая распространенность АГ у пациентов с ИБС в Алтайском крае. Достижение целевого уровня АД у прооперированных пациентов было чаще. Пациенты I группы достоверно были более привержены к рекомендованному лечению. У пациентов после хирургического лечения ИБС достоверно меньше встречалась стенокардия. Количество и причины госпитализации в исследуемых группах не имели различий.

0556

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Номоконова Е. А., Елыкомов В. А., Ефремушкина А. А., Момот А. П.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства
Здравоохранения РФ, г. Барнаул, Россия

Цель: Исследовать динамику системы гемостаза у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), после коронарного шунтирования (КШ).

Материалы и методы: Проспективно в основную (I) группу был включен 61 пациент с ХИБС, подвергшийся КШ в 2014-2015 гг. в КГБУЗ Краевая клиническая больница Алтайского края. Группу сравнения (II) составили пациенты (n=27), которым была исключена ХИБС. Изначально, параметры системы гемостаза были оценены в обеих группах на амбулаторном этапе. Динамика этих лабораторных тестов была оценена у I группы в 2 этапа: первый – на 13,3±4,2 день после КШ в стационаре и второй – на 97,4±9,2 день после операции при диспансерном наблюдении. Антикоагулянтная и дезагрегантная терапия I группы до и во время госпитализации осуществлялась согласно имеющимся рекомендациям РКО и соответствующим стандартам. Для исследования тромбинемии использовались: оценка фибриногенового пула и его производных, активность антитромбина III (АТ III), протеина С (Pг С) и системы фибринолиза (плазминоген, XIIa-зависимый фибринолиз – XIIa-ЗФ). Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel. Средние значения количественных признаков приведены в виде $X \pm m$.

Результаты: При оценке параметров системы гемостаза на амбулаторном этапе обнаружено в I группе (оперированных) в сравнении со II группой умеренное повышение фибриногена – $4 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,006$), РФМК – $8,9 \pm 0,6$ мг/100мл ($p < 0,001$) и уровня D-димеров – $224,6 \pm 15,7$ нг/мл ($p < 0,001$). При этом активность антикоагулянтного звена – АТ III и Pг С, не была изменена, оставалась высокой. Параметры внутреннего пути фибринолиза и плазминогена в сравниваемых группах на амбулаторном этапе достоверно не различались. После проведения КШ у больных с ХИБС в среднем через 13 дней после операции достоверно возросло содержание фибриногена – $6,8 \pm 0,2$ г/л и его производных: РФМК – $19,5 \pm 0,5$ мг/100мл и особенно D-димера – $1978,9 \pm 106,9$ нг/мл ($p < 0,001$). У троих больных после оперативного лечения диагностированы тромботические осложнения: острый инфаркт миокарда и мозговой инсульт. На фоне тромбинемии активность АТ III и Pг С у пациентов оставались высокими. Вместе с тем внутренний механизм фибринолиза (XIIa-ЗФ) оказался существенно нарушенным $53,9 \pm 0,9$ мин. ($p < 0,001$), при сохраненном уровне плазминогена. Большинство представленных выше измененных параметров вернулись к исходным величинам на 97 день после КШ, за исключением D-димеров ($305,8 \pm 19,5$, $p < 0,001$) и РФМК ($10,7 \pm 0,6$, $p = 0,04$).

Выводы: У пациентов с ХИБС до оперативного лечения уже имелись нарушения в системе гемостаза, в виде умеренного повышения уровня фибриногена и его производных. После операции КШ у большинства пациентов обнаружено существенное нарастание тромбинемии и угнетение внутреннего механизма фибринолиза, сдерживаемое нормально функционирующей антикоагулянтной системой. Через 3 месяца после КШ у пациентов оставались умеренно повышенными уровни РФМК и D-димера.

0557

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭСТРОГЕНДИФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К., Турсунбаев А. К., Шукуров Э. М.

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

Цель: изучить эффективность заместительной гормональной терапии(ЗГТ) и фитопрепарата КардиоХелп у женщин с сердечнососудистыми расстройствами в период менопаузы.

Материалы и методы: Больные с выраженными вегето-сосудистыми нарушениями с артериальной гипертензией, в возрасте 49-65 лет и давностью заболевания от 1 до 5 лет, получавшие индивидуально подобранную ЗГТ(фемостон, климонорм) по схемам, разделены на 2 группы(по 30). Лечение основной группы дополнялось препаратом КардиоХелп(HealthHHelpers) по 1 капсуле 2-3 раза в день, за 5-10 минут до еды в течение 10-14 дней, а затем по 1 капсуле на ночь. Определяли липидный спектр, показатели свертываемости крови, гормоны, проводили необходимые инструментальные исследования.

Результаты: До лечения пациентки жаловались на головные боли, кардиалгии, сердцебиение, одышку, чувство страха, бессонницу и приливы жара до 10-15 раз в сутки. Показатели артериального давления: среднее систолическое артериальное давление(САД) – 150-160, среднее диастолическое АД(ДАД) – 90-95 мм рт.ст. Ведущим фактором является резкое уменьшение или отсутствие положительного влияния эстрогенов на организм. Недостаток эстрогенов вызывал развитие комплекса тесно взаимосвязанных нарушений(атерогенной дислипидемии и триглицеридемии). У большинства обследованных уровень холестерина был выше нормальных значений на 12-15%, были повышены содержание глюкозы, фибриногена и индекс массы тела. Установлено, что у 90% больных, принимавших ЗГТ + КардиоХелп, в более ранние сроки наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности уже в первые 3 месяца лечения. При этом значительно уменьшилась или прошла раздражительность, бессонница, нормализовалось АД (САД \leq 130; ДАД \leq 90 мм рт.ст.) по сравнению с исходным АД. У большинства больных прошли головные боли кардиалгии, сердцебиения. В основной группе значительно раньше наблюдалось улучшение общего состояния и восстановилась трудоспособность. В этот же срок благоприятное действие отмечено у 70% больных, принимавших только ЗГТ. Отдаленные результаты показали усиление эффекта ЗГТ+КардиоХелп, отсутствие побочных действий. На наш взгляд, более выраженный благоприятный эффект от лечения у пациенток основной группы связан с положительным влиянием экстрактов каперсы, зеленого чая, боярышника, красного винограда, мелиссы и мяты перечной, которые входят в состав КардиоХелп.

Выводы: Комплексное применение ЗГТ и фитопрепарата КардиоХелп значительно облегчает состояние пациенток в период эстрогендефицитного состояния и предупреждает развитие грозных кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений.

0558

ЗНАЧЕНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Овсянников Е. С.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко Минздрава России», Воронеж

В России ежегодно проводится около 500 000 хирургических вмешательств на брюшной полости. Операции грыжесечения составляют до 25% от всех оперативных вмешательств в хирургических стационарах. Одним из последствий хирургических вмешательств на брюшной полости является развитие интраабдоминальной гипертензии, что существенно влияет на показатели центральной гемодинамики как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде.

Цель работы – определить роль эхокардиографии у больных с грыжами передней брюшной стенки в периоперационном периоде.

Материалы и методы: Обследованы 37 больных с абдоминальными грыжами без сопутствующей патологии в возрасте 19 – 77 лет (мужчин – 10, женщин – 27). Из них больных с пупочными грыжами – 8, грыжами белой линии живота – 6, послеоперационными срединными грыжами – 23. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от размеров грыжевых ворот. Первую группу составили 9 пациентов с размерами грыжевых ворот до 4 см (вне зависимости от типа грыжи); вторую – 17 больных с размерами грыжевых ворот 4-8 см; третью – 11 больных с размерами грыжевых ворот более 8 см. Дизайн: проводимое исследование являлось проспективным открытым последовательным. Всем больным до и на 2-й день после операции проводилось эхокардиографическое исследование. Анализировались сердечный индекс, ударный объем, минутный объем, конечно-диастолический объем, конечно-систолический объем, среднее давление в легочной артерии. Статистический анализ полученных данных осуществляли с использованием непараметрических методов. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: У больных с размерами грыжевого дефекта до 8 см (группа 1 и 2) независимо от способа герниопластики достоверных изменений показателей центральной гемодинамики до и после операции не отмечалось. У больных 3-й группы с размерами грыжевых ворот более 8 см наблюдались достоверные изменения всех параметров центральной гемодинамики, кроме среднего давления в легочной артерии. Так, снижение сердечного индекса произошло в среднем на 15%, ударного объема – на 13,2%, конечно-диастолического объема – на 21,4%, конечно-систолического объема – на 10,6%, минутного объема – на 9,7%, частота сердечных сокращений возросла на 23,6% после оперативного вмешательства.

Заключение Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки, особенно при значительных размерах грыжевых ворот, сопряжено с рядом негативных воздействий на функционирование сердечно-сосудистой системы. Эхокардиография, проводимая в периоперационном периоде, имеет важное прогностическое значение в определении индивидуального подхода к выбору объема и способа герниопластики (ушивание грыжевого дефекта, использование аллопластики, или функциональных методов) на этапе планирования операции.

0559

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ПРЕДЫНФАРКТНОГО СОСТОЯНИЯ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Округин С. А., Тукиш О. В., Кужелева Е. А., Гарганеева А. А., Борель К. Н.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Оценить влияние перенесенного ранее острого инфаркта миокарда (ОИМ) и предынфарктного состояния (ПС) на общую продолжительность догоспитального этапа (ОПДЭ) ОИМ в Томске.

Материалы и методы: В основу исследования положены данные информационно-аналитической базы программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» за 2008 и 2013 гг. Догоспитальным этапом (ДЭ) считался интервал времени от момента появления первых признаков заболевания до поступления больного в стационар. Выделялось три временных периода: приступ-обращение, обращение-осмотр, осмотр-госпитализация. Было проанализировано 627 случаев заболевания ОИМ в 2008 и 840 – в 2013 году. Удельный вес лиц с ОИМ в анамнезе в первый и во второй анализируемый год исследования составил 27% и 27,7%, с ПС в анамнезе – 60,9% и 53,3% соответственно. Статистическая обра-

ботка выполнялась с использованием программы Statistica 10.0. Описание количественных признаков производилось в виде медианы и интерквартильного размаха [Me (Q25;Q75)]. Различие считалось статистически значимым при $P < 0,05$.

Результаты: В 2008 г. средняя ОПДЭ у больных ОИМ старше 20 лет, с ОИМ в анамнезе составила 229(152-490) минут (мин) и в 2013 г. снизилась до 190(135-366) мин ($P < 0,02$) за счет более быстрого обращения больных за помощью – со 102(50-298) до 91(34-213) мин ($P < 0,05$) и более быстрой госпитализации больных после первого врачебного осмотра – с 79(54-110) до 63(44-91) мин ($P < 0,003$). В группе больных моложе 60 лет ОПДЭ сократилась с 261(177-625) до 160 (110-300) мин ($P < 0,009$), за счет быстрого обращения за помощью – с 122(55-329) до 50(25-124) мин ($P < 0,005$). Аналогичные изменения выявлены у мужчин данного возраста; у женщин изменения отсутствовали. В группе больных старше 60 лет ОПДЭ не изменилась. Такие же изменения в ОПДЭ в динамике были установлены и в группе больных без ОИМ в анамнезе. В 2008 и в 2013 гг. значительных различий в ОПДЭ и ее составляющих между больными с ОИМ в анамнезе, и без него, выявлено не было. В 2008 году ОПДЭ у больных с ПС составила 260(170-440) мин и в 2013 году сократилась до 235 (146-370) мин ($P < 0,004$), что явилось следствием снижения врачебной задержки с 80(59-109) до 68(48-99) мин ($P < 0,001$). Аналогичная ситуация отмечена в группе больных моложе 60 лет, как в целом, так и у мужчин. Отсутствовали изменения в группе больных старше 60 лет. За анализируемые годы ОПДЭ у больных без ПС осталась неизменной, отмечено только снижение «врачебных затрат» с 75(53-110) до 64(46-86) мин ($P < 0,004$). И в первый и во второй год исследования ОПДЭ у больных с ПС была больше, чем у больных без ПС, составив, в среднем за два года, 245(160-405) и 185(130-386) мин ($P < 0,001$) соответственно. Больные с ПС больше тратили времени на принятие решения обратиться за помощью.

Заключение Таким образом, перенесенный в прошлом ОИМ не оказывает стабильного и существенного влияния на ОПДЭ у больных с ОИМ. Наличие ПС способствует большей продолжительности ДЭ ОИМ, поскольку больные, привыкая к своим болевым ощущениям, тратят больше времени на принятие решения обратиться к врачу.

0560

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ФОРМУЛИРУЮЩИХ ВЕЛИЧИНУ ДЕСЯТИЛЕТНЕГО РИСКА, ФАТАЛЬНЫХ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Олейник Д. А., Олейник А. И.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Клиническая практика отмечает значительное ухудшение прогноза при часто встречающемся сочетании факторов формирующих величину общего кардио-васкулярного риска (Рссз), что может быть объяснено явлениями потенцирования их действия.

Цель проведенного исследования состояла в построении математической модели количественно оценивающей силу непосредственного влияния трёх модифицируемых факторов риска (ФР) и их взаимодействий на величину вероятности развития фатальных сердечно-сосудистых событий в течении десятилетнего периода. Факторами кардио-васкулярного риска являлись величины систолического артериального давления (САД), содержание липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и не-ЛПВП, рассчитываемого вычитанием ЛПВП из величины содержания общего холестерина (ОХС).

Методика построения моделей базировалась на основных положениях теории статистически планируемого эксперимента. Постулируемый вид модели, отражающей влияние трёх модифицируемых факторов на величину риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (Рссз), представлен уравнением:

$$P_{ссз} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_{11}x_1^2 + b_{22}x_2^2 + b_{33}x_3^2 + b_{12}x_1x_2 + b_{13}x_1x_3 + b_{23}x_2x_3$$

Где x_1 и x_2 и x_3 – безразмерные кодированные значения величин САД и ОХС-ЛПВП, и ЛПВП соответственно.

В соответствии с применённой методикой значения x_1 и x_2 и x_3 рассчитывались по формулам:

$X_1=0,033$ (САД)- $5,0$ $x_2=0,5$ (ОХС-ЛПВП)- $2,5$ $x_3=2,5$ (ЛПВП)- $3,5$

Коэффициент линейной части модели b_1 , b_2 , b_3 указывает на силу влияния соответствующего фактора. Чем больше численная величина коэффициента, тем больше влияния оказывает фактор. С увеличением фактора величины $R_{ссз}$ увеличивается, если коэффициент имеет знак плюс, и уменьшается, если коэффициент имеет знак минус. Коэффициенты b_{11} , b_{22} и b_{33} определяют величину ускоренного изменения $R_{ссз}$. Коэффициенты взаимодействия ФР b_{12} , b_{13} и b_{23} меняют величину значений b_1 , b_2 и b_3 . Разработанные модели влияния САД (x_1), ОХС-ЛПВП (x_2) и ЛПВП (x_3) на величину $R_{ссз}$ для не курящих мужчин 60 и 65 лет соответственно имеют вид:

$R_{ссз} = 7,01 + 3,77x_1 + 2,51x_2 - 1,36x_3 + 0,92x_1x_2 + 0,57x_1x_3 + 0,94x_2x_3 - 0,50x_1x_2x_3$
(1);

$R_{ссз} = 10,11 + 5,20x_1 + 3,08x_2 - 1,49x_3 + 1,35x_1x_2 + 0,47x_1x_3 + 1,18x_2x_3 - 0,62x_1x_2x_3$ (2);

Анализ моделей (1-2) показал, что наиболее существенным фактором риска является САД. Рост САД сопровождается увеличением $R_{ссз}$, однако темп прироста $R_{ссз}$ зависит от уровня значения других факторов.

Таким образом, разработанные регрессионные модели позволяют с высокой степенью точности решать задачи прогнозирования величины риска развития фатальных сердечно-сосудистых заболеваний; количественной оценки влияния на величину $R_{ссз}$ каждого фактора риска и их взаимодействия; создавать компьютерные программы, позволяющие оптимизировать процессы диагностики и лечения пациента, основанные на оценке кардиоваскулярного риска.

0561

АРИТМОГЕННАЯ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНАЦИЕЙ ПЕРИНДОПРИЛА И АМЛОДИПИНА

Олейник Е. А., Либис Р. А.

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Цель: Изучить влияние комбинации периндоприла и амлодипина на аритмогенную активность миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка.

Материалы и методы: Обследовано 42 пациента с ранними стадиями хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, развившейся на фоне артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца в возрасте от 47 до 77 лет (средний возраст $60,8 \pm 7,2$ лет). Все пациенты получали терапию комбинацией амлодипина и периндоприла в течение $12,8 \pm 0,9$ недель. Средняя суточная доза периндоприла составила $5,9 \pm 1,9$ мг, амлодипина – $5,8 \pm 1,7$ мг.

При включении в исследование и после курса терапии всем больным выполнялось холтеровское мониторирование ЭКГ на системе «Кардиотехника» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург) с регистрацией наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма сердца.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica, version 6.0».

Результаты: Среднее время регистрации ЭКГ при первичном обследовании составило $22,8 \pm 0,93$ часа, при повторном – $22,8 \pm 0,8$ часов. После проведенной терапии общее количество НЭ достоверно уменьшилось с $75,5 [28,0; 249,0]$ до $46,0 [28,0; 88,0]$ в сравнении с исходными данными ($p=0,01$), в общем количестве ЖЭ отмечена тенденция к снижению с $209,0 [78,0; 498,0]$ до $171,0 [124,0; 386,0]$ при $p=0,06$. Исходно регистрировались следующие виды нарушений ритма сердца: парные наджелудочковые экстрасистолы – у 13 пациентов (31,0%), частые наджелудочковые экстрасистолы – у 3 (7,1%), пароксизм наджелудочковой тахикардии – у 4 (9,5%), пароксизм мерцательной аритмии – у 1 (2,4%), желудочковая бигеминия – у 1 (2,4%), желудочковые экстрасистолы III и выше градации – у 12 (28,6%). После

курса терапии структура нарушений ритма распределялась следующим образом: парные наджелудочковые экстрасистолы регистрировались у 12 пациентов (28,6%), частые наджелудочковые экстрасистолы – у 1 (2,4%), пароксизм наджелудочковой тахикардии – у 2 (4,8%), пароксизм мерцательной аритмии – у 4 (9,5%), желудочковая бигеминия – у 1 (2,4%), желудочковые экстрасистолы III и выше градации – у 8 (19,0%).

Выводы: Применение комбинации амлодипина и периндоприла у больных хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса уменьшает частоту возникновения наджелудочковых нарушений ритма и способствует тенденции к снижению количества желудочковых нарушений ритма сердца.

0562

ОЦЕНКА СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT ПРИ ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ СО STEMI

Олейников В. Э., Лукьянова М. В., Душина Е. В.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: оценка показателей интервала QT при телеметрической регистрации ЭКГ по 12 отведениям у пациентов на 1-2 сутки STEMI после фармако-инвазивной реперфузии.

Материалы и методы: в исследование включено 62 пациента со STEMI в возрасте от 33 до 85 лет (57,2±10,4 лет): 53 мужчины (85,5%) и 9 женщин (14,5%). Всем пациентам, включенным в исследование, проводилась фармако-инвазивная реперфузия: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с установкой кобальт-хромовых стентов. Среднее время от появления боли до начала ТЛТ составило 174±27 мин, средний интервал «боль-ЧКВ» 420±48 мин. В течение первых 24-48 часов после ЧКВ проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ по 12 отведениям с использованием комплекса «Астрокард- Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с последующим анализом динамики интервала QT.

Во время компьютерной оценки записи телеметрической регистрации ЭКГ определялись следующие показатели интервала QT: максимальный QT интервал при мануальном анализе, измеренный на минимальной ЧСС; автоматическое измерение интервала QT (QTe), дисперсия длительности интервала QT (QTe disp, QTa disp), стандартные отклонения длительности интервала QT (sd QTe, sd QTa).

Результаты: Среднее значение интервала QT на минимальной ЧСС, измеренного вручную составило 454,31±49,31 мс.

По результатам проведенного автоматического измерения интервала QTe – интервала между началом Q зубца и окончанием зубца T, установлено, что среднесуточные значения 391,67±31,73 мс, дневные 387,23±34,87 мс, ночные 398,44±32,16 мс.

При анализе дисперсии длительности интервала QT до окончания волны T (QTe disp) выявлено: средние цифры за сутки составляют 51,5 (28; 68) мс, за день 45,5 (24; 70) мс, в ночное время 54,5 (28;68) мс. Для показателя QTa disp, отражающего дисперсию интервала QT до вершины волны T, выявлены суточные значения 59,5 (30; 80) мс, дневные 57,0 (29;76) мс, ночные 63,5 (27,78) мс. Для стандартного отклонения дисперсии длительности интервала QT до окончания зубца T (sd QTe) получен следующий результат: 18 (10;25) мс за сутки, 16,5 (8;25) мс в дневное время и 18,5 мс (10;25) в период сна. В результате проведенного автоматического измерения sd QTa – стандартного отклонения длительности интервала QT до вершины зубца T, установлено, что среднесуточные значения 22 (10;29) мс, дневные 21 (11;29) мс, ночные 22,5 (10;28) мс.

Выводы: в ходе проведенного исследования не выявлено отклонений от нормы средних значений показателей суточной динамики интервала QT при телеметрической регистрации ЭКГ в первые 24-48 часов в группе пациентов со STEMI, получивших фармако-инвазивную реперфузию.

0563

МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ РЕТРОМБОЗА ПОСЛЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Олейников В. Э.¹, Шиготарова Е. А.², Кулюцин А. В.^{1, 2}

¹ – ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия;

² – ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», Пенза, Россия

Цель: изучить клиническую и диагностическую значимость эпизодов реэлевации сегмента ST, выявляемых при телеметрии ЭКГ у пациентов после эффективной системной тромболитической терапии (ТЛТ) при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: включено 85 пациентов обоего пола со STEMI, которым в течение первых 6 часов от момента начала заболевания выполнена эффективная ТЛТ. Эффективность ТЛТ оценивалась по общепринятым критериям ЭКГ. Всем больным проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ с использованием комплекса «Астрокард- Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия) с анализом динамики сегмента ST по 12-ти отведениям в автоматическом режиме с последующей врачебной верификацией. В интервале от 3 до 24 часов больным выполнена селективная коронароангиография (КАГ) с оценкой проходимости инфаркт-связанной коронарной артерии и проведением чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Результаты: в выборке преобладали мужчины (87,1%). Средний возраст больных составил 58,5(49;64) года. Среднее время от начала ОИМнST до проведения ТЛТ составило 144,56 (90; 180) минут. По отсутствию или наличию диагностически значимых эпизодов реэлевации сегмента ST пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу включено 60 больных (70,6%) без эпизодов реэлевации ST, в группу 2 - 25 пациентов (29,4%) с зарегистрированными эпизодами реэлевации сегмента ST. При анализе динамики сегмента ST в группе 2 установлено, что в среднем регистрировалось 3 (2;6) эпизода реэлевации сегмента ST, продолжительностью $15 \pm 2,7$ мин. В большинстве случаев (80%) они протекали бессимптомно, и лишь у 5 больных сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа ($p=0,02$). По данным коронарографии признаки тромбоза инфаркт-связанной венечной артерии достоверно чаще выявлялись в группе пациентов с эпизодами реэлевации сегмента ST (у 84% больных) по сравнению с группой без эпизодов реэлевации, в которой признаки тромбоза диагностированы в 11,7% случаев ($p=0,0001$). Метод выявления преходящих эпизодов реэлевации сегмента ST при телеметрии ЭКГ для диагностики ретромбоза инфаркт-зависимой коронарной артерии обладает хорошей чувствительностью (84%) и специфичностью (95%), диагностическая эффективность составила 91,8%.

Выводы: регистрация преходящей реэлевации сегмента ST на 1 мм и более в инфаркт-ассоциированных отведениях является достоверным диагностическим критерием развивающегося ретромбоза коронарной артерии и позволяет идентифицировать группу пациентов, которым показано проведение спасительного ЧКВ в ранние сроки после проведения ТЛТ. Безболевого эпизода острой ишемии миокарда, достоверно чаще встречаемые в данной ситуации и требующие оперативной коррекции тактики ведения пациентов, могут быть своевременно выявлены только при телеметрии ЭКГ.

0564

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ВЛИЯНИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК НА РАЗВИТИЕ И РЕЦИДИВИРОВАНИЕ ФП

Онучина Е. Л., Соловьёв О. В., Онучин С. Г., Ральникова У. А., Онучина Ю. С.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Киров, Россия.

Цель: Оценить влияние поражения почек на развитие и рецидивирование фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2).

Материалы и методы: обследованы 118 пациентов с СД2. Рецидивы ФП более 1 года (4[1,5; 9] лет (Me[Q1;Q3]) зафиксированы по суточному ЭКГ-мониторингу у 73 пациентов (53 женщины, 20 мужчин, возраст 66,3±9,7 (1 группа); ФП отсутствовала у 45 больных СД2 (32 женщины, 13 мужчин; 63,5±11,4 лет) (контрольная группа). Исключили пациентов с перманентной ФП, значимыми пороками сердца, нарушением функции щитовидной железы. Оценены потеря альбумина с мочой; отношение альбумин/креатинин в первой утренней порции мочи (Uralb/UCr); скорость клубочковой фильтрации (СКФ); динамика прогрессирования хронической болезни почек (ХБП); углеводный и липидный обмены; индекс инсулинорезистентности HOMAIRindex. Период активного наблюдения составил 12 месяцев (осмотры; контроль терапии, в том числе адекватные дозировки ИАПФ/сартанов, статинов).

Результаты: Диабетическая нефропатия (ДНФП) установлена у 61% в 1 группе и 35% пациентов группы контроля. В 1-й группе зафиксирован больший уровень альбуминурии (205 [43; 321] мг/сут (Me[Q1;Q3]); $p=0,039$ в сравнении с контрольной группой); больший Uralb/UCr коэффициент (43 [12; 155]; $p=0,038$); большее снижение СКФ (75 [63;96] мл/мин; $p=0,002$). Оценены факторы риска развития ФП при альбуминурии; точка разделения – 60 мг/сут. Специфичность (Sp) альбуминурии более 60 мг/сут – 0,85; ИДЭ – 0,73; ОР 7,9; 95%CI 3,1-18,6 ($\chi^2=19,7$; $p=0,01$). В течение 1-го года наблюдения и терапии в обеих группах не отмечено значимого усугубления поражения почек. В отдалённом периоде (через 3-5 лет) в обеих группах увеличилась альбуминурия, Uralb/UCr; снизилась СКФ с прогрессированием ХБП. В 1-й группе у 25% больных ФП перешла в перманентную форму; во 2-й группе ФП развилась у 35% пациентов (в большинстве случаев с ХБП III-IV). Малосимптомное течение ФП у пациентов с СД2, ДНФП и ХБП III-IV фиксировалось в 55% случаев.

Выводы: у пациентов с СД2 альбуминурия является значимым фактором риска развития ФП на фоне метаболических нарушений; для предупреждения развития и рецидивирования ФП необходима длительная адекватная нефропротективная многокомпонентная терапия.

0565

ОЦЕНКА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ

Онучин С. Г., Соловьёв О. В., Онучина Е. Л.

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Киров

Цель: оценить ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и частоту сердечно-сосудистых событий в отдалённом периоде наблюдения.

Материалы и методы: 136 мужчин 61±8,4 лет (M±s) с длительностью СД более 4-5-ти лет (10[4;15] (Me[Q1;Q3])) и 628 женщин 62,3±8,7 года, длительность СД 10[5;16] лет; в начале наблюдения с неудовлетворительным контролем СД2 (97%), АГ (95%), дислипидемией (97%). Группа сравнения – 60 пациентов (35Ж:25М) с АГ, дислипидемией без СД2, сопоставимы по сопутствующей патологии. Пациенты стандартизированы по антигипертензивной и гиполипидемической терапии. Период активного наблюдения и лечения 1 год, в дальнейшем рутинное амбулаторное наблюдение. Через 1 год оценены ЭХОКГ, метаболические параметры, через 5 лет – рутинные показатели ЭХОКГ и частота сердечно-сосудистых событий.

Результаты: у пациентов обоих полов с СД2 в сравнении с контролем выявлено увеличение объёмных показателей левых отделов сердца ($p<0,05$), более выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ и диастолическая дисфункция (ДДЛЖ) ($p<0,05$) при сохранении систолической функции ЛЖ ($p<0,05$). У мужчин преобладает концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ ($\chi^2=4,97$; $p=0,026$); у женщин эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ ($\chi^2=3,87$; $p=0,048$). Выявлена взаимосвязь прогрессирования ДДЛЖ с увеличением длительности АГ ($r=-0,58$, $p<0,001$) и СД2 ($r=-0,38$, $p<0,05$), увеличением альбу-

минурии ($r = -0,42$, $p < 0,001$) и инсулинорезистентности ($r = -0,39$, $p < 0,05$). Обнаружено прогрессирующее ремоделирование миокарда ЛЖ и ДДЛЖ по мере снижения СКФ. В динамике в течение 1-го года наблюдения на фоне улучшения углеводного, липидного обменов, снижения альбуминурии, отмечено обратное ремоделирование миокарда ЛЖ, уменьшение ДДЛЖ. Максимальное уменьшение гипертрофии ЛЖ и ДДЛЖ в группе пациентов, получавших метформин в комбинации с гликлазиллом МВ, более выраженное у женщин ($p < 0,05$). В отдалённом периоде отмечена тенденция к ухудшению ДДЛЖ; более частое развитие сердечно-сосудистых событий независимо от вида терапии отмечено у мужчин с СД2. За 5 лет умерло 57 пациентов с СД2 (32 М; 25Ж): 77% - сердечно-сосудистые причины, 23% другие (онкология, сепсис и пр). Отмечено снижение комплаентности в отдалённом периоде при отсутствии тщательного динамического наблюдения.

Выводы: установлена взаимосвязь ремоделирования миокарда с длительностью СД2 и АГ; выраженностью альбуминурии и инсулинорезистентности. Для улучшения прогноза и снижения частоты развития сердечно-сосудистых событий при СД2 необходима многолетняя адекватная многокомпонентная терапия.

0566

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ИЛИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЧЕСКУЮ АТАКУ

Опольская С. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель: изучить особенности структурно - функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ) или транзиторную ишемическую атаку (ТИА).

Материалы и методы: исследования. Обследован 61 пациент с неконтролируемой АГ в возрасте от 40 до 85 лет (медиана возраста 63 года), перенесший в ближайшие до включение в исследование 4 недели острое нарушение мозгового кровообращения, из них у 32 человек диагностирована ТИА, у 29 - ИИ. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) при помощи аппарата «ALOKA SSD 2500» (Япония) с определением конечного диастолического размера (КДР), конечного систолического размера (КСР) ЛЖ, толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, массы миокарда (ММ) ЛЖ и индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ. Наличие диастолической дисфункции и ее вариант оценивались на основании анализа соотношения скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (коэффициент E/A), времени изоволюметрического расслабления (IVRT), времени замедления раннего диастолического кровотока (DT).

Результаты: В обеих группах пациентов параметры структурно - функционального состояния и диастолической функции миокарда ЛЖ достоверно не отличались. В группах пациентов, перенесших ТИА и ИИ, значения КДР составили 49 (42-52)мм и 48 (41-50)мм, КСР - 29 (22-36)мм и 30 (21-39)мм, ТМЖП - 11 (10-12)мм и 12 (10-13)мм, ТЗСЛЖ - 10 (9-11)мм и 10,5 (10-12)мм соответственно; ММ и ИММ ЛЖ у больных АГ, перенесших ТИА составили 193,78 (134,83-248,88)г и 100,92 (75,5-127,09)г/м², у лиц, перенесших ИИ - 200,18 (139,5-257,19)г и 96,17 (70,6-122,6)г/м² соответственно. Коэффициент E/A в группе пациентов с ТИА или ИИ составил 1,4 (0,9-1,5) и 1,4 (0,8-1,5), IVRT - 76,2 (70,2-97,9)мс и 90 (76,2-100,2) мс, DT - 200,05 (166,3-219,05)мс и 200,1 (172,9-208,3)мс соответственно. Наиболее частым вариантом ремоделирования миокарда ЛЖ в обеих группах являлось концентрическое ремоделирование, которое диагностировалось у 18 (56%) больных с ТИА и 16 (55%) - с ИИ. Концентрическая гипертрофия ЛЖ имела место у 6 (19%) человек с ТИА и 9 (31%) с ИИ, эксцентрическая гипертрофия - у 4 (12,5%) пациентов с ТИА и 2 (7%) с ИИ. Гипертрофический вариант диастолической дисфункции ЛЖ у больных с ТИА и ИИ определялся в 31% случаев, а псевдонормальный - у 25% и 28% обследованных соответственно.

Выводы: У пациентов с АГ, перенесших ТИА или ИИ исходные показатели структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ оказались сопоставимыми. В обеих группах больных преобладающим вариантом ремоделирования оказалось концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ. Гипертрофический и псевдонормальный типы диастолической дисфункции ЛЖ определялись практически с одинаковой частотой в обеих группах больных. Таким образом, можно предполагать, что вариант развития нарушения мозгового кровообращения мало зависит от выраженности структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ.

0567

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ СОЧЕТАНИЕМ С ИБС

Орехова Ю. Н., Заковряшина И. Н., Иванченко Д. Н., Дорофеева Н. П., Куликова И. Е., Машталова О. Г., Чибинева С. А.

Ростовский Государственный Медицинский Университет, РКБ ЮОМЦ ФМБА России, Ростов-на-Дону

Проблема низкой комплаентности является одной из ключевых в ведении больных с артериальной гипертензией. Доля приверженных пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) редко составляет более 25-30%. В связи с этим является актуальным изучение факторов, способствующих снижению приверженности к терапии.

Цель: Изучить приверженность пациентов с ГБ к проводимой терапии в зависимости от наличия у них коморбидной патологии и расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Материалы и методы: Проведено анкетирование 46 пациентов с ГБ, находящихся на стационарном лечении. Оценка комплаентности проводилась при помощи опросника Мориски-Грина. Для выявления тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) использовалась шкала HADS, для оценки коморбидности - индекс Чарлсона.

Результаты: Средний возраст опрошенных составил $60,65 \pm 10,3$ лет. У 62,2% имелось сочетание ГБ с ишемической болезнью сердца (ИБС). В целом, среди опрошенных пациентов наблюдался низкий уровень приверженности к проводимой терапии: 24,4% были отнесены к высоко приверженным, 26,6% - к группе риска по развитию неприверженности, 48,8% оказались неприверженными.

У пациентов был выявлен высокий уровень коморбидности — среднее количество баллов по Чарлсону — $3,39 \pm 1,94$. 19,56% набрали 1 балл, 8,69% - 2 балла, 21,7% - 3 балла, 15,2% - 4 балла, 28,2% - 5 баллов и более. Распространенность субклинически и клинически выраженных тревожных расстройств (ТР) составила 24,4% и 8,88%. Субклинические депрессивные расстройства (ДР) встречались у 20%, клинически выраженные — у 8,88%.

Пациенты были разделены на группы с ГБ и с ГБ в сочетании с ИБС. Средний возраст пациентов с ГБ составил $53,23 \pm 9,9$ лет, средний индекс Чарлсона - $1,94 \pm 1,56$. В этой группе имелась тесная связь между выраженностью ТР и снижением приверженности ($r = -0,5521$). Зависимости между уровнем комплаентности и ДР, а также коморбидностью среди пациентов с ГБ выявлено не было. Средний возраст в группе пациентов с ГБ в сочетании с ИБС составил $68 \pm 9,35$ лет. Индекс коморбидности также оказался выше - $3,93 \pm 1,9$. Наличие ТР не оказывало негативного влияния на уровень приверженности ($r = 0,0973$), в отличие от более молодых пациентов с ГБ. ДР также не были связаны с приверженностью ($r = 0,113$). Однако у пациентов данной группы с повышением коморбидности комплаентность достоверно снижалась ($r = -0,533$).

Выводы: 1. Для пациентов с ГБ характерна низкая комплаентность (24,4% высоко приверженных пациентов), высокая распространенность ТДР и наличие коморбидной патологии.

2. ТР оказывают негативное влияние на приверженность к терапии у пациентов с ГБ. ДР и коморбидная патология не оказывают влияния на уровень комплаентности у данных пациентов.

3. У пациентов с ГБ в сочетании с ИБС негативное влияние на приверженность оказывает наличие коморбидной патологии. ТР и ДР не связаны с уровнем приверженности к терапии.

0568

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗДОРОВОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПО РАЗЛИЧНЫМ КРИТЕРИЯМ

Орлов А. В., Бояринова М. А., Ротарь О. П., Алиева А. С., Могучая Е. В., Солнцев В. Н., Баранова Е. И., Конради А. О.

ФГБУ «Северо-Западный Медицинский Исследовательский Центр», Санкт-Петербург, Россия

Введение: Лица с метаболически здоровым ожирением (английская аббревиатура МНО) имеют меньший уровень сердечно-сосудистого риска по сравнению с остальными пациентами с ожирением, однако стандартных критериев диагностики МНО не существует. Цель нашего исследования – оценить распространенность МНО у жителей Санкт-Петербурга по различным критериям.

Материалы и методы: В рамках российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ была сформирована случайная выборка 1600 жителей Санкт-Петербурга, стратифицированная по полу и возрасту. Всем участникам была выполнена антропометрия - измерен рост и вес с расчетом индекса массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), измерено артериальное давление (АД), выполнены анализы крови натощак: глюкоза, липидный спектр, инсулин, СРБ.

У лиц с ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м²) использовались следующие критерии МНО:

Meigs (USA, 2006): менее 3х критериев: ЛПВП $<$ 1.30/1.04 ммоль/л; ТГ \geq 1.7 ммоль/л; глюкоза \geq 5.6 ммоль/л или терапия; ОТ $>$ 102(М)/88(Ж) см и АД \geq 130/85 мм.рт.ст. или терапия.

Wildman (USA, 2008): менее 2х критериев: ЛПВП $<$ 1.30/1.04 ммоль/л; ТГ \geq 1.7 ммоль/л; глюкоза \geq 5.55 ммоль/л или терапия; АД \geq 130/85 мм.рт.ст. или терапия; СРБ $>$ 90ого перцентиля; ИИР (НОМА IR) $>$ 90ого перцентиля

Нами были использованы 3 критерия оценки повышенного СРБ и ИИР: 90ый перцентиль лиц с ИМТ $<$ 25 кг/м² (Var.1) (СРБ $>$ 2,4 мг/л, ИИР $>$ 2,5), всей когорты (Var.2)(СРБ $>$ 4,6 мг/л, ИИР $>$ 4,8) и использованы критерии Oliveros et al. (Prog Cardiovasc Dis, 2014) (Var.3)(СРБ $>$ 5,1 мг/л, ИИР $>$ 2,5).

Результаты: Ожирение (ИМТ \geq 30 кг/м²) было выявлено у 430 участников. МНО по критериям Wildman выявлено: Var.1 – 49 (12%) из них 13 (10%) мужчин и 36 (14%) женщин (p=0,15); Var.2 – 85 (22%) из них 24 (18%) мужчин и 61 (23%) женщин (p=0,13); Var.3 – 59 (15%) из них 13 (10%) мужчин и 46 (18%) женщин (p=0,02). По критерию Meigs – 138 (35%) из них 48 (36%) мужчин и 90 (35%) женщин (p=0,4). Индекс согласованности Каппа был максимален между Var.2 Wildman и Meigs-критерием (каппа=0,7, p $<$ 0,001), минимален между Var.1 Wildman и Meigs (каппа=0,4, p $<$ 0,001).

Заключение В зависимости от выбранных критериев отмечалась значимая разница в распространенности МНО. Гендерные различия были отмечены лишь для наиболее строгого варианта критерия Wildman.

0569

НЕИНВАЗИВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИОКАРДИТА В СОПОСТАВЛЕНИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МИОКАРДА

Осипова Ю. В., Благова О. В., Недоступ А. В., Коган Е. А., Фролова Ю. В., Сулимов В. А.

ФТК им В.Н.Виноградова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва, РФ

Цель: изучить диагностическую значимость различных клинических, лабораторных и инструментальных признаков в выявлении миокардита у больных с «идиопатическими» аритмиями, синдромом ДКМП и в группе сравнения в сопоставлении с морфологическим исследованием сердца.

Материалы и методы: 100 больным (35 женщин, ср. возраст 44,7 \pm 12,5 лет) с «идиопатическими» аритмиями (n=20) и синдромом ДКМП (n=80) выполнены эндомиокардиальная биопсия (n=71), интрао-

перационная биопсия (n=13), исследование эксплантированного сердца (n=5) и аутопсия (n=11), а также определение уровня антикардиальных антител (АТ) непрямым методом ИФА, вирусного генома в крови и миокарде методом ПЦР, коронарография (n=47), МСКТ сердца (n=45), МРТ (n=25), сцинтиграфия миокарда (n=26). Группу сравнения составили 50 больных (26 женщин, средний возраст 53,3±11,9 лет) с невоспалительными заболеваниями сердца (КДР левого желудочка <6,0 см, ФВ>50%), которым проводилась операция на открытом сердце.

Результаты: активный/пограничный миокардит диагностирован у 76,0% больных основной группы (75,0% в группе аритмий и 76,3% в группе ДКМП) и у 24,3% больных группы сравнения (p<0,001). Проведена оценка чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной предсказательной ценности следующих неинвазивных маркеров миокардита: вирусный геном в крови (21.6, 82.2, 66.7 и 38.9%), вирусный геном в миокарде (51.3, 59.6, 65.0 и 45.6%), антитела к ядрам кардиомиоцитов (45.7, 80.0, 80.4 и 45.0%), антитела к антигенам эндотелия (50.6, 66.7, 73.2 и 42.9%), антитела к антигенам кардиомиоцитов (43.2, 73.3, 74.5 и 41.8%), антитела к антигенам проводящей системы сердца (81.5, 51.1, 75.0 и 60.5%), кластеры АТ 3-8 (88.9, 44.4, 74.2 и 69.0%), связь с инфекцией (55.3, 65.2, 84.0 и 30.6%); данные признаки оценивались как в основной группе, так и в группе сравнения. В основной группе установлена диагностическая значимость следующих признаков: анамнестическая триада (26.3, 95.7, 95.2 и 28.2%), ангины/тонзиллит в анамнезе (22.4, 87.0, 85.0 и 25.3%), системные иммунные проявления (31.6, 91.3, 92.3 и 28.8%), микроваскулярная стенокардия/ишемия (21.1, 78.3, 76.2 и 23.1%), лейкоцитоз (18.6, 76.2, 72.2 и 21.9%), повышение уровня АСЛО (15.7, 83.3, 80.0 и 18.9%), повышение уровня СРБ (33.3, 73.3, 84.0 и 20.8%), зубцы Q/ комплексы QS на ЭКГ (18.2, 83.3, 80.0 и 21.7%), локальные гипокинезы по данным ЭхоКГ (12.0, 91.3, 81.8 и 24.1%), выпот в полости перикарда (20.0, 87.0, 83.3 и 25.0%), очаговые изменения перфузии по данным сцинтиграфии (41.7, 100, 100 и 12.5%), отсроченное накопление по данным МСКТ (54.1, 62.5, 87.0 и 22.7% и отсроченное накопление по данным МРТ (50.0, 62.5, 75.0 и 35.7%).

Выводы: наибольшей значимостью в диагностике миокардита у больных с «идиопатическими» аритмиями и синдромом ДКМП обладают антикардиальные антитела. Разработано диагностическое правило, основанное на подсчете количества баллов (по 2 балла – большие критерии и по 1 баллу – малые критерии диагноза), которое позволяет индивидуально устанавливать вероятность миокардита, а также определять показания к проведению биопсии миокарда.

0570

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Осокина А. В., Каретникова В. Н., Калаева В. В., Евсеева М. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

Цель: оценить концентрацию маркеров неспецифического воспаления и почечной дисфункции и определить их влияние на развитие неблагоприятных исходов на госпитальном этапе лечения больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и хронической болезнью почек (ХБП).

Материалы и методы: Обследованы 107 (100%) пациентов с ИМпST, госпитализированных в сроки до 24 часов от момента развития симптомов. Всем пациентам проведено стандартное клинико-анамнестическое обследование, а также оценено наличие структурных изменений почек, верифицированных инструментальными методами, и выявления снижения СКФ в анамнезе в течение, как минимум трех месяцев, согласно данным амбулаторной мед. документации. Всем пациентам забиралась кровь на 1-е и 12-14-е сутки госпитализации для определения: фактора некроза опухоли (ФНО)-α, интерлейкина (ИЛ)-12, -18, NGAL, цистатина С. На госпитальном этапе проводилась оценка конечных точек – ранней постинфарктной стенокардии (РПИС), рецидива ИМ, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Вся выборка разделена на две группы: I группа больные ИМпST без ХБП - n= 65 (60,7%), II группа – с наличием ХБП – n= 42 (39,2%).

Результаты: Группа II характеризовалась большим количеством женщин ($p=0,000$), более старшего возраста ($p=0,000$), с большей частотой случаев сахарного диабета 2 типа ($p=0,000$), артериальной гипертензии ($p=0,000$), перенесенных ранее ИМ ($p=0,005$). Процент несмертельных осложнений был большим в группе II по сравнению с лицами без ХБП (35,5% и 23,3%, соответственно, $p=0,000$). В группе пациентов с ХБП выявлены наибольшие значения всех изучаемых маркеров. Так, в группе II концентрация ФНО- α на первые сутки значимо превышала значение данного маркера в первой группе (0,73 пг/мл и 0,57 пг/мл, $p=0,003$), ИЛ-12 на 12-е сутки (28,1 пг/мл и 8,8 пг/мл, $p=0,000$), ИЛ-18 на 1-е и 12-14-е сутки (288 пг/мл и 112 пг/мл, $p=0,000$; 367,2 пг/мл и 141 пг/мл, $p=0,000$), NGAL на 12-14-е сутки (2,27 нг/мл и 1,62 нг/мл, $p=0,000$), цистатин С на 1-е сутки (1,2 мг/л и 0,92 мг/л, $p=0,027$). В группе с ХБП корреляционный анализ показал наличие связи между развитием несмертельных осложнений госпитального периода и повышенным уровнем ФНО- α ($r=0,43$, $p=0,010$) и NGAL ($r=0,30$, $p=0,049$), оцененных на 1-е сутки госпитализации. Однако в логистический регрессионный анализ изучаемые маркеры не вошли.

Выводы: В группе пациентов с ИМпСТ и наличием ХБП выявлены значимо более высокие концентрации ФНО- α , ИЛ-12, -18, NGAL и цистатина С. Корреляционный анализ показал наличие связи между развитием несмертельных исходов госпитального периода и уровнями ФНО- α и NGAL в группе пациентов с ИМпСТ и ХБП.

0571

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНОЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Осокин Я. А., Кузнецова Л. М., Подзолков В. И., Карпов Н. В., Матвеев В. В.

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва

Цель: сравнительный анализ показателей импульсной тканевой доплерографии (DTI) митрального кольца у больных с впервые выявленной эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) I степени и здоровых лиц.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 58 человек. Были сформированы две группы: I – 24 больных, страдающих АГ; из них 13 (54%) мужчин и 11 (46%) женщин; средний возраст – 54 ± 14 лет; систолическое артериальное давление (АД) – 145 ± 14 мм рт.ст., диастолическое АД – 93 ± 8 мм рт.ст., индекс массы миокарда (ИММ) – $139,3 \pm 36,7$ г/м². II группа – 34 здоровых лиц; из них 14 (41%) мужчин и 20 (59%) женщин; средний возраст – 45 ± 13 лет; систолическое АД – 115 ± 13 мм рт.ст., диастолическое АД – 73 ± 8 мм рт.ст., ИММ – $106,9 \pm 19,7$ г/м². Критерии включения: впервые выявленная эссенциальная АГ I степени, отсутствие медикаментозного лечения. Для анализа функции ЛЖ использовался эхокардиограф экспертного класса SIEMENS Acuson SC2000. В апикальной 4-камерной позиции методом импульсной доплерографии были записана скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (E), а в режиме DTI – пиковая скорость систолического (Sa), раннего (Ea) и позднего (Aa) диастолического движения митрального кольца; вычислялись отношения Ea/Aa и E/Ea. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10,0 (StatSoft Inc., USA). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения и среднего квадратического отклонения ($S \pm \sigma$). Различия признавались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: При анализе показателей диастолической функции ЛЖ в режиме DTI было получено статистически значимое различие параметра Ea и отношений Ea/Aa и E/Ea в двух группах. В группе здоровых пациентов среднее значение Ea составило 0,12 м/с, а в группе больных АГ – 0,09 м/с. Отношение Ea/Aa составило 1,11 в группе здоровых, а в группе больных АГ – 0,84 ($p < 0,05$); среднее значение E/Ea в группе здоровых составило 7,20, в группе больных АГ – 9,14. Статистически значимой различия параметров Aa и Sa между двумя группами обнаружено не было.

Выводы: У больных с впервые выявленной АГ I степени наблюдались достоверно более низкие значения показателей раннего диастолического движения ЛЖ, а также более низкое значение E/Ea, вместе с тем в обеих группах значение E/Ea находится в пределах нормы (<10).

0572

ЛЕПТИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ РАЗНЫХ ФЕНОТИПАХ ОЖИРЕНИЯ

Отт А. В.^{1,2}, Шенкова Н. Н.^{1,3}, Чумакова Г. А.^{1,4}, Веселовская Н. Г.^{2,4}

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

³ЗАО Санаторий Белокуриха, Белокуриха

⁴ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

Следствием висцерального ожирения (ВО) нередко является резистентность к регулирующему действию лептина. В настоящее время изучается роль растворимых рецепторов к лептину в передаче лептинового сигнала и формировании лептинорезистентности.

Цель: Изучить взаимосвязь уровней сывороточного лептина (SL), растворимых рецепторов к лептину (sLR), а также свободного лептинового индекса (FLI) у мужчин с общим и висцеральным типами ожирения.

Материалы и методы: В исследование были включены 139 мужчин с общим ожирением (индекс массы тела >30). Обследуемые были разделены на 2 группы по наличию висцерального ожирения (ВО), которое оценивалось по величине толщины эпикардиальной жировой ткани (ТЭЖТ), определенной при эхокардиографии: Группа 1 – 69 пациентов с ТЭЖТ <7 мм, группа 2 – 70 пациентов с ТЭЖТ ≥7 мм. Все исследуемые не имели установленных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Всем определяли уровень инсулина, индекс инсулинорезистентности HOMA-IR, сывороточный лептин (SL), растворимые рецепторы к лептину (sLR), а также свободный лептиновый индекс (FLI), вычисленный как отношение SL/sLR.

Результаты: В группе 2 отмечался более высокий уровень SL [18,6 (12,3; 23,5) против 12,3(8,9;16,8) нг/мл, p=0,018] и FLI [16,5(13,4;22,4) против 6,8 (4,5; 10,5) нг/мл p=0,03], чем в группе 1, тогда как уровень sLR в группе 2 был значимо ниже, чем в группе 1 (p=0,028). Также в группе 2 были более высокие показатели индекса HOMA – IR [2,3(0,9;5,3) против 1,6(1,0;2,3)], триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) (p<0,01). В группе 2 была установлена положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем лептина и индексом HOMA-IR, ТГ, ХСЛПНП (r=0,620, p=0,01; r=0,502, p=0,02; r=0,580, p=0,01, соответственно) и отрицательная корреляция между уровнем sLR и индексом HOMA-IR и ТГ (r=-0,334, p=0,018; r=-0,528, p=0,01, соответственно). Уровень FLI в группе с ВО положительно коррелировал с индексом HOMA-IR (r= 0,260, p=0,015), ТГ (r=0,610, p=0,02); ХСЛПНП (r=0,460, p=0,01), отрицательно коррелировал с ХСЛПВП (r=-0,410, p=0,021). В группе 1 была получена положительная корреляционная взаимосвязь между ХСЛПВП и уровнем sLR (r=0,418, p=0,017).

Таким образом, в группе с ВО отмечался более высокий уровень SL и FLI, чем в группе с нормальной ТЭЖТ. Уровень sLR в группе с ВО был значимо ниже, чем в группе с нормальной ТЭЖТ. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что дефицит sLR может привести к лептинорезистентности и развитию ВО. Уровень FLI может быть маркером лептинорезистентности, так как в нашем исследовании он в группе с ВО положительно коррелировал с инсулинорезистентностью по индексу HOMA-IR.

0573

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА НЕРАСПОЗНАННОЙ ПРИ ЖИЗНИ

Паневская Г. Н., Андриевская К. С., Сейтаблаева А. Е.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь, Российская Федерация.

Введение: Феохромоцитома является опухолью, состоящей из хромоаффинных клеток, наиболее часто имеет надпочечниковую локализацию и встречается в возрасте от 20 до 50 лет, с тяжелым течением артериальной гипертензии (АГ). Из-за сложности диагностики, у одной трети больных при жизни обнаружить феохромоцитому не удастся. В связи с этим, необходимо проанализировать каждый случай нераспознанной при жизни феохромоцитомы надпочечника.

Цель: Рассмотреть клинический случай заболевания феохромоцитомой надпочечника, установленной посмертно, с целью улучшения диагностики и лечения данной патологии.

Материалы и методы: Проведен анализ данных истории болезни и амбулаторной карты пациентки К., 47 лет, которая находилась на лечении в Республиканской клинической больнице по поводу острого тромбоза подвздошно-бедренного сегмента слева, мезентериального тромбоза и некроза подвздошной кишки, перитонита. Изучены материалы протокола патологоанатомического вскрытия, результаты гистологического исследования.

Результаты: Выявлено, что у пациентки уже в возрасте 16 лет отмечалось повышение артериального давления (АД), по поводу чего она неоднократно обращалась за медицинской помощью. Однако, регулярную гипотензивную терапию больная не получала. Ухудшение состояния больной, высокие цифры систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, частые гипертонические кризы отмечались с 2005 г. Ультрасонография органов брюшной полости (2005г.) не выявила объемных образований в забрюшинном пространстве и в области надпочечников. 26.12.13г пациентка была госпитализирована в тяжелом состоянии, и прооперирована по поводу острого тромбоза подвздошно-бедренного сегмента слева и мезентериального тромбоза. После проведенного хирургического вмешательства состояние больной было крайне тяжелым и завершилось летальным исходом. При патологоанатомическом исследовании была диагностирована феохромоцитома правого надпочечника 9x10x9 см с единичными мелкими очагами прорастания капсулы и прилежащей клетчатки. **Выводы:**

Проведенный ретроспективно анализ случая нераспознанной при жизни феохромоцитомы надпочечника выявил расхождение диагнозов по основному заболеванию, что связано как с относительной редкостью данной патологии, так и сложностью диагностики. По-видимому, это и стало причиной постановки неправильного диагноза, отсутствия необходимого лечения больной на амбулаторном этапе, что привело к развитию тяжелых осложнений, повлекших за собой смерть пациентки. Для улучшения диагностики феохромоцитомы у больных с кризовым течением АГ, высокими цифрами САД и ДАД необходимы своевременное лабораторное и инструментальное исследование пациента в сопоставлении с данными клинического обследования.

0574

ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ИБС В 3-Х СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Панов А. В., Алугишвили М. З., Абесадзе И. Т., Корженевская К. В., Титенков И. В.

ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и проводимой антигипертензивной терапии на основании анализа регистра больных ИБС, направляемых для планового коронарного шунтирования.

В исследование включено 30 больных АГ 1-2-й степени, относящихся к категории «очень высокого» риска сердечно-сосудистых осложнений согласно классификации рекомендованной ESH/ESC 2013. Средний возраст основной группы больных составил $57,65 \pm 1,59$ года, стаж АГ - $10,55 \pm 1,99$ года. Не включались в исследование больные с текущим ИМ, острым нарушением мозгового кровообращения, нарушениями функции почек и печени, сердечной недостаточностью II-IV функционального класса (по NYHA) и дисфункцией левого желудочка (ФВ < 40%), СД тип 1.

В качестве контрольной группы в анализ были включены 30 больных АГ 1-2-й степени, ранее получавших в качестве антигипертензивной терапии какие-либо иАПФ и БКК, которым при выписке было рекомендовано продолжение соответствующей антигипертензивной терапии. Статистически значимых различий по возрасту, длительности ИБС, тяжести стенокардии, перенесенным цереброваскулярным событиям, наличию сахарного диабета (СД), статусу курения, показателям липидного спектра крови, данным коронарографии между группами больных на момент операции выявлено не было.

Данные, полученные в ходе анализа регистра, позволили установить, что среди факторов риска больных ИБС, направляемых на КШ, наибольшую распространенность имеет АГ - 83,3% пациентов. 74,9% больных имели дислипидемию, 33,1% - отягощенную наследственность по ИБС, почти половина - 45,5% - поражение брахицефальных артерий и артерий нижних конечностей, 13% - сопутствующую патологию дыхательной системы, 17% - СД, треть пациентов — курила на момент госпитализации. В целом полученные результаты соответствуют данным о распространенности факторов риска атеротромботических заболеваний, полученным в других исследованиях. Гиперхолестеринемия встречалась в 52,5% случаев, проявления атеротромботического поражения более чем в одном сосудистом бассейне - в 21% случаев, частота СД отмечалась реже, чем во всем регистре (18,8% против 44,3%). Ситуация с курением в нашей стране характеризовалась как крайне неблагоприятная: 24,9% больных курила на момент включения в регистр.

Приведенные данные свидетельствуют о благоприятном влиянии реваскуляризации миокарда на течение ИБС в виде низких показателей смертности, частоты развития ИМ и инсульта. Вместе с тем, следует отметить высокие показатели рецидива стенокардии после КШ, как в контрольной группе пациентов, так и в целом по регистру.

0575

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ЛИЗИНОПРИЛА И АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Панов А. В., Алугишвили М. З., Абесадзе И. Т., Корженевская К. В., Титенков И. В.

ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности фиксированной комбинации иАПФ и БКК на основании анализа регистра больных ИБС, направляемых для планового коронарного шунтирования.

В исследование включено 30 больных АГ 1-2-й степени, относящихся к категории «очень высокого» риска сердечно-сосудистых осложнений (как имеющие установленное сердечно-сосудистое заболевание в виде ИБС) согласно классификации рекомендованной ESH/ESC 2013. Средний возраст основной группы больных составил $57,65 \pm 1,59$ года, стаж АГ - $10,55 \pm 1,99$ года. Не включались в исследование больные с текущим ИМ, острым нарушением мозгового кровообращения, нарушениями функции

почек и печени, сердечной недостаточностью II-IV функционального класса (по NYHA) и дисфункцией левого желудочка (ФВ<40%), СД тип 1, наличием в анамнезе указаний на непереносимость иАПФ.

В качестве контрольной группы в анализ были включены 30 больных АГ 1-2-й степени, ранее получавших в качестве антигипертензивной терапии какие-либо иАПФ и БКК, которым при выписке было рекомендовано продолжение соответствующей антигипертензивной терапии. Статистически значимых различий по возрасту, длительности ИБС, тяжести стенокардии, перенесенным цереброваскулярным событиям, наличию сахарного диабета (СД), статусу курения, показателям липидного спектра крови, данным коронарографии между группами больных на момент операции выявлено не было.

Отмечено статистически значимое снижение САД и ДАД через 12 месяцев комбинированной терапии иАПФ и амлодипина. Среднее снижение САД составило 25,8 мм рт.ст., снижение ДАД – 10,5 мм рт.ст. ЧСС в процессе лечения значимо не изменилась в обеих группах больных. Следует подчеркнуть, что подавляющее число пациентов принимало БАБ.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали высокую антигипертензивную эффективность и хорошую переносимость комбинированной терапии иАПФ и амлодипина в составе комплексной терапии больных ИБС и АГ 1-2-й степени тяжести при КШ шунтировании и в течение 12 месяцев наблюдения после хирургической реваскуляризации. Применение фиксированных комбинаций лекарственных препаратов у больных после КШ, их доступность, активное наблюдение за пациентами в рамках программ комплексной кардиологической реабилитации перспективно с позиций повышения комплаентности пациентов и улучшения исходов реваскуляризации миокарда.

0576

СУТОЧНЫЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Панченкова Л. А., Хамидова Х. А., Шелковникова М. О., Юркова Т. Е., Рассудова Н. В., Устинова М. Р., Зиновьева С. Ю., Казанцева Е. Э., Бычкова Е. В.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Москва, Россия

Цель: оценить параметры центрального аортального давления (АДао) в течение суток у больных АГ, ассоциированной с метаболическим синдромом (МС), МС и ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом 2 типа (СД) и гипотиреозом (ГТ).

Материалы и методы: в исследование включено 72 пациента, мужчин- 44, женщин- 28. Средний возраст больных с АГ- 49.6±12.9 лет. Они составили 4 основные группы: 1 – 21 больной с МС, 2 – 21 больной с МС и ИБС, 3 – 10 больных с ГТ и АГ, 4- 20 больных СД 2 типа и АГ. Контрольную группу (КГ) составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем больным проводилось исследование среднесуточных показателей центрального аортального давления (АДао): систолическое (САДао), диастолическое (ДАДао), пульсовое (ПАДао), мм.рт.ст.; индекс аугментации в аорте (АIао,%); амплификация пульсового давления (РРА, %) с помощью комплекса для суточного мониторинга и офисного измерения показателей АД и состояния жесткости сосудов (BPLab Vasotens ООО «Петр Телегин», Россия).

Результаты: Анализ показателей АДао выявил статистически значимое повышение уровня САДао, ПАДао, АIао в основных группах больных по сравнению с КГ. Наиболее высокие показатели САДао отмечены у больных МС (124.7±14.6) и ГТ и АГ (124.0±14.8) по сравнению с КГ (112.7±8.0). ДАДао достоверно выше у больных АГ с МС (84.8±7.8) по сравнению с КГ (78.4±6.3); в остальных группах получены недостоверные различия с КГ. Наибольшее значение ПАДао отмечено у пациентов СД 2 типа и АГ (42.4±11.8) по сравнению с КГ (34.4±4.7). Значение индекса аугментации в аорте достоверно выше у пациентов с ГТ и АГ (28.1±16.7) по сравнению с КГ (11.8±11.5) Также выявлено достоверно низкое значение показателя амплификации пульсовой волны в группах больных МС и ИБС (124.2±8.2), ГТ и АГ (123.7±7.2) и СД 2 типа и АГ (129.6±6.6) по сравнению с КГ (134.6±7.7). Достоверное снижение РРА наблюдалось у

больных с ГТ и АГ (123.7 ± 7.2) по сравнению с группой МС (130.6 ± 9.7) и группой СД 2 типа и АГ (129.6 ± 6.6), а также в группе МС и ИБС (124.2 ± 8.9) по сравнению с группой МС и СД 2 типа и АГ.

Выводы: суточный мониторинг показателей центрального аортального давления у коморбидных больных выявил патологические изменения, свидетельствующие об уменьшении эластичности центральных артерий, во всех группах. Измерение параметров центрального аортального давления необходимо для стратификации риска сердечно-сосудистых событий у коморбидных больных, в том числе и с гипофункцией щитовидной железы.

0577

ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СПЕКТР ЛИПИДОВ МЕМБРАН ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пасиешвили Л. М.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Структурными компонентами липидов, которые входят в состав клеточных мембран, являются жирные кислоты (ЖК). Они определяют ее физиологическую и патологическую роль в организме: служат предшественником синтеза биологически активных эйкозаноидов, участвуют в регуляции сосудистого тонуса, воспалительных реакциях, являются основным энергетическим субстратом клеток.

Цель: определить жирнокислотный (ЖК) спектр липидов лейкоцитов у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 39 больных АГ в возрасте от 23 до 45 лет и длительностью анамнеза от 2 до 21 года. Большинство составили женщины – 71,8%. Группа контроля была представлена 25 практически здоровыми пациентами, репрезентативными основной группе по возрасту и полу.

ЖК спектр липидов лейкоцитов определяли методом газохроматографии.

Результаты: Проведенное исследование показало, что у лиц основной группы отмечается снижение относительного содержания пальмитиновой ЖК ($23,1 \pm 1,1\%$ при норме $41,9 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$) – основной кислоты липидного слоя, что приводит к разбалансированности структуры клеточной мембраны, ее нестабильности и неустойчивости к действию патологического агента. Т.е. создаются условия для хронизации процесса и усиления апоптоза. Одновременно отмечено повышение уровня арахидоновой ($11,6 \pm 0,7\%$ при норме $2,8 \pm 0,3\%$) и ленолевой ($24,8 \pm 1,1\%$, в контроле – $16,0 \pm 1,4\%$) кислот, как результат деструкции лецитиновой фракции фосфолипидов сыворотки крови. Таким образом, возникают возможности для нарушения образования эйкозаноидов, что оказывает влияние на дистантную регуляцию гомеостатических процессов. В тоже время наблюдаемое снижение содержания стеариновой и олеиновой ЖК приводит к увеличению ненасыщенности липидного комплекса. Суммарное значение насыщенных ЖК определяется ниже показателей нормы ($43,9 \pm 1,9\%$ и $57,0 \pm 1,3\%$ соответственно, $p < 0,05$). В тоже время уровень ненасыщенных ($56,2 \pm 2,3\%$ и $43,0 \pm 1,3\%$ соответственно, $p < 0,05$) и полиненасыщенных ЖК ($39,1\% \pm 1,7\%$ и $18,8 \pm 1,4\%$ соответственно, $p < 0,05$) превышал данные контроля. Таким образом, изменения в ЖК спектре крови у больных АГ характеризуются увеличением уровня ненасыщенности и суммы ПНЖК, что свидетельствует об активности процессов ПОЛ в реакции «респираторного взрыва».

Выводы: У больных АГ отмечаются изменения в ЖК спектре клеточных мембран, что указывает на разбалансированность фосфолипидного слоя и, тем самым, способствует хронизации процесса и усилению апоптоза. Учитывая тот факт, что биохимические процессы в клеточной мембране определяются соотношением состояния системы ПОЛ-АОЗ, можно констатировать как формирование эндотелиальной дисфункции, так и ее прогрессирование у таких больных. Нарушение синтеза ЖК, которые используются в качестве субстрата для синтеза эйкозаноидов (простагландинов, лейкотриенов, простациклинов, тромбоксанов), может привести к нарушению регуляции иммунного статуса, воспалительных реакций и сосудистого тонуса, что обеспечит прогрессирование АГ.

0578

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ФОРМИРОВАНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Пасиешвили Т. М., Железнякова Н. М.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Одним из серьезных осложнений бронхиальной астмы (БА) является поражение сердечно-сосудистой системы, которое может протекать в виде дисметаболической кардиомиопатии, миокардиосклероза или легочного сердца. При этом клиническая симптоматика указанных нозологий усугубляет течение основного заболевания, что проявляется формированием тяжелых форм БА, рефрактерных к общепринятой терапии. Установлено, что предиктором таких изменений является дисфункция эндотелия, одним из маркеров которой можно рассматривать полиморфизм гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ).

Цель: оценка диагностического и прогностического значения инсерционно-делеционного полиморфизма гена АПФ у больных БА.

Материалы и методы: Проведено изучение полиморфизма гена АПФ с использованием диагностической тест-системы «SNP-экспресс» ACE Alu Ins/Del I>D, разработанной НПФ Литех (Россия). Анализ полиморфных ДНК-локусов осуществляли методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с последующей электрофоретической детекцией.

Результаты: При обследовании 50 практически здоровых лиц (контрольная группа) I/I генотип гена АПФ был выявлен у 16,0% пациентов, генотип I/D – у 54,0% и генотип D/D – у 30,0%. У 60 больных БА (16 мужчин и 44 женщины), средний возраст которых составил $46,5 \pm 6,1$ лет и длительность заболевания – от 3 до 27 лет генотипические соотношения гена АПФ имели другое распределение. Так, I/I генотип регистрировали в 11,7% случаев, I/D – в 35% и патологический генотип D/D – у 53,3% пациентов, т.е. у больных БА патологические мутации гена АПФ встречались в 1,8 раз чаще, чем в контроле. Сопоставление генотипов с клиническими проявлениями заболевания показало, что у 30 из 32 больных с генотипом D/D была зарегистрирована 4 стадия заболевания, а у 2- третья. При этом отмечался короткий анамнез заболевания до формирования тяжелой стадии (до 5 лет) и частое обострение патологического процесса в бронхолегочной системе (3-4 раза в год). По результатам клинических наблюдений было установлено, что у лиц с патологической мутацией обострение заболевания в 90,6% случаях сопровождалось умеренным повышением АД (до $155,2 \pm 3,4$ мм рт.ст. САД и $87,3 \pm 3,2$ мм рт.ст. ДАД), нарушением ритма (экстрасистолия у 59,4% больных и пароксизмальная тахикардия – у 28,1%) и проводимости (12,5%). В группе с генотипом I/D изменения АД регистрировали в 33,3%, нарушение ритма в 19% и 14,3% соответственно и проводимости – 9,5%. При нормальном I/I генотипе повышение АД наблюдалось в 14,3%, экстрасистолия – в 14,4%, а нарушение проводимости не регистрировали.

Выводы: Наличие мутантного генотипа D/D гена АПФ у больных БА позволяет прогнозировать тяжелое течение заболевания с частым обострением бронхолегочной патологии и гемодинамическими нарушениями. Таким образом, определение генотипической структуры гена АПФ возможно использовать при прогнозировании кардиоваскулярных нарушений у больных БА и, следовательно, разработки вопросов профилактики и диспансеризации таких больных.

0579

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Пенина Е. О., Чернышова Е. С..

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

Лечение больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с микроваскулярной стенокардией или коронарным синдромом Х (КСХ) является актуальной проблемой современной кардиологии и требует поиска новых как медикаментозных, так и немедикаментозных методов воздействия на коронарную микроциркуляцию.

Цель: повышение эффективности восстановительного лечения больных ИБС с КСХ путем включения сухих углекислых ванн в комплексное лечение на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: в исследование вошли 66 больных ИБС с КСХ (средний возраст пациентов - $52,3 \pm 0,45$ лет, среди них мужчин - 44,2%). После первичного скрининга и отбора пациенты были рандомизированы на контрольную (КГ - 32 больных) и основную группы (ОГ - 34 пациента). КГ получала стандартную медикаментозную терапию, ОГ дополнительно назначался курс из 12 процедур сухих углекислых ванн длительностью до 15 мин., с концентрацией углекислоты 1,2 г/л, температурой газовой смеси 35-36°C, через день. Всем больным была проведена ВЭМ по стандартному протоколу Брюса до и после лечения.

Результаты: После лечения пиковая мощность нагрузки (ПНМ) в КГ повысилась с $9,65 \pm 0,39$ до $12,34 \pm 0,33$ кгс·м/с, ($p=0,014$), в ОГ ПНМ достоверно повысилась с $9,62 \pm 0,33$ до $13,45 \pm 0,34$ кгс·м/с, ($p=0,008$), разница между группами достоверна ($p=0,034$). ФК стенокардии после лечения в КГ снизился с $2,22 \pm 0,18$ до $1,45 \pm 0,14$ ед., ($p=0,032$), в ОГ - снизился с $2,13 \pm 0,16$ до $1,12 \pm 0,11$ ед., ($p=0,007$), разница между группами достоверна ($p=0,042$).

Таким образом, применение сухих углекислых ванн у больных ИБС с КСХ достоверно повышает уровень переносимости физической нагрузки, снижает ФК стенокардии и может быть эффективно использовано в комплексном восстановительном лечении данной категории пациентов.

0580

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Перфильева М. В.¹, Макеева А. В.¹, Раскина Е. А.¹, Филатова Ю. И.¹, Якимова О. В.²

¹. ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

². МБУЗ ГО «ГКБ №17», Воронеж

Цель: Оценить распространённость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных артериальной гипертензией (АГ) разных возрастных групп.

Материалы и методы: Материалами исследования явились 356 медицинских карт стационарных больных АГ в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст - $48,6 \pm 10,6$ года), из них 163 мужчины и 193 женщины, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГКБ №17 г. Воронежа за 2014 год. Анализировались паспортные данные, данные анамнеза, результаты опросов, осмотров, инструментальных и лабораторных исследований, диагностические заключения. Оценка факторов риска ССЗ проводилась в соответствии с рекомендациями ВНОК/РМОАГ по диагностике и лечению АГ (2010, четвертый пересмотр). Полученный материал подвергался статистической обработке. Все данные анализировали методом вариационной статистики. Статистически значимыми принимали данные при $p < 0,05$.

Результаты: Данные исследования показали, что распространенность АГ возрастает с увеличением возраста пациента. Однако, частота встречаемости АГ у лиц обоего пола различна. Более высокая доля встречаемости АГ у женщин отмечается в старших возрастных группах, так у женщин 55-54 лет доля составляет 61,7%, в возрасте старше 65 лет - 57,5%, а у мужчин (74,1%) частое распространение наблюдается в молодом возрасте. Среди всех больных АГ факт курения имеет место у 18,8% мужчин, 1,4% женщин. Причем курение имеет наибольшее распространение среди мужчин с АГ (41,3%) по сравнению с женщинами, что показывает высокую его значимость у мужчин как фактор риска АГ. Наибольший процент встречаемости ожирения отмечается в возрастной группе 55 - 64 года и составляет

17,3%, а также в группе старше 65 лет и составляет 19,6%. Согласно исследованию параметров липидного спектра, процент пациентов с дислипидемией был достоверно наибольшим в старших возрастных группах и составил 28,7% в группе возрастной категории 55-64 года и 36,5% в группе старше 65 лет. Отмечено преобладание частоты встречаемости дислипидемии у женщин старшего возраста и у мужчин молодого возраста. С возрастом имеет место увеличение распространенности сахарного диабета среди пациентов АГ. Наибольшая частота встречаемости сахарного диабета зафиксирована с частотой 11,8% в возрастной группе старше 65 лет. Выводы:

С увеличением возраста пациентов с АГ увеличивается распространенность модифицируемых факторов риска ССЗ: нарушения жирового обмена, курения, гиподинамии, нарушения углеводного обмена, дислипидемии. Применяемые немедикаментозные методы лечения, такие как изменение образа жизни, отказ от курения, диетотерапия, регулярное выполнение динамических физических нагрузок способствуют уменьшению риска развития сердечно-сосудистых осложнений и замедлению развития ССЗ.

0581

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В Г.ЯКУТСКЕ

Петрова М. Н.

ФГАОУ ВПО «Северо-восточный федеральный университет», Якутск, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из значимых проблем современной медицины. В настоящее время метаболический синдром (МС), наряду с другими факторами риска (ФР) выделяется как самостоятельный предиктор прогрессирования ХСН. МС отягощает течение ХСН, оказывая негативное влияние на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и почек. Снижение функции почек приводит к значительному ухудшению течения ХСН. Сопутствующий МС и нарушенная функция почек свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе у больных ХСН. Гиперурикемия (ГУ) является независимым ФР сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому диагностика и лечение подагры, ГУ, осложнений заболевания являются актуальной задачей терапии. Помимо непосредственного патологического влияния повышенного уровня мочевой кислоты (МК) на стенку сосудов важное значение у больных подагрой приобретает воздействие повышенного артериального давления (АД). Артериальная гипертензия (АГ), в свою очередь, значительно увеличивает риск кардиоваскулярных катастроф.

Цель: изучить ассоциированные клинические состояния и метаболические нарушения, встречаемые у пациентов с подагрой, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУ «ЯГКБ» г. Якутска в 2007-2012 гг. в рамках многоцентрового обследования по подагре.

Материалы и методы: анкетирование пациентов согласно опроснику, разработанному в ФГБУ «НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой», который включает в себя следующие разделы: паспортная часть, приверженность пациентов вредным привычкам, анамнез заболевания подагрой, число пораженных суставов, сопутствующая патология, эффект от проводимой терапии. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевины, МК, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, креатинкиназа; общий анализ мочи; суточный анализ мочи (объем выделенной за сутки мочи, креатинин, белок, МК), в день выполнения биохимического анализа крови; 2. Инструментальные методы: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей; УЗИ почек. Клиническая диагностика ИБС, АГ, СД типа 2, ХПН, ХСН.

Результаты: наблюдали 41 пациента с подагрой, из них с ХСН (n=6) и без ХСН (n=35). Средний возраст пациентов составил 57 лет [50; 66] и 53 [35; 77] года, соответственно. Индекс массы тела составил, в среднем 33,5 [31; 34] и 32 [24; 49], индекс объем талии/объем бедер 1, 12 [1, 02 - 1, 26] and 1,08 [0,9-1, 46]. Сопутствующая патология: ИБС у 12 пациентов (83% и 20%), АГ у 28 (83% и 74%) СД тип 2 у 4 пациентов (17% и 9%); ХПН у 3 (17%; 6%), сердечно-сосудистые катастрофы у 4 (50%; 6%), нефролитиаз у 9 (33% и 20%). МК 571 мкмоль/л [449;735] и 479 мкмоль/л [383;787], креатинин 144 ммоль/л [113; 226]

и 106 ммоль/л [44; 272], мочевины 10 ммоль/л [5,3; 15,4] и 6 ммоль/л [3,1; 12,5]; ХС 3,8 ммоль/л [2,4; 4,4] и 4,4 ммоль/л [2,5; 6,3], ТГ 1,73 ммоль/л [1,1; 2,8] и 2,61 ммоль/л [1,2; 6,7].

Выводы: у пациентов с подагрой и ХСН больше сопутствующих заболеваний и осложнений. Выше МК, креатинин, мочевины.

0582

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Петрухин В. А., Мравян С. Р., Пронина В. П., Вишнякова М. В., Абраменко А. С., Мареева М. Ю., Стоцкая Т. В.

ГБУЗ МЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, Москва

Целью исследования явилось изучение течения беременности, кардиологических осложнений и подходов к родоразрешению после операции резекции коарктации аорты (КА).

Материалы и методы: В МОНИАГ с 2006 по 2015 наблюдалось 15 беременных (18 родов), перенесших оперативное лечение по поводу КА, у которых проводилось динамическое эхокардиографическое обследование. Средний возраст составил 25,7 года (от 19 лет до 31 года). Оперативное лечение по поводу КА проведено в среднем в 9,4 года (от 2,3 лет до 21 года). Остаточный ГД в области проведенной операции во время беременности у 12 пациенток с хорошим результатом операции составил $9,3 \pm 3,7$ мм рт.ст. У 3 пациенток (20%) уже в первом триместре беременности был выявлен высокий ГД в области анастомоза (в среднем $45,7 \pm 4,3$ мм рт.ст.). У 11 пациенток КА сочеталась с другими врожденными пороками сердца. Чаще всего выявлялся двустворчатый аортальный клапан (8 пациенток), причем у подавляющего числа отмечался его стеноз (7 женщин) со средним градиентом давления (ГД) в области стеноза $28,7 \pm 4,7$ мм рт.ст., еще у 3 – недостаточность аортального клапана 2-3 степени.

Результаты: Наряду с акушерскими показаниями к преждевременному родоразрешению кесаревым сечением (истончение рубца на матке и т.д.), оперативное родоразрешение часто осуществлялось по кардиологическим показаниям (22,2%). В основе этого лежали или развитие сердечной недостаточности или ее угроза, причем в трех случаях причиной являлись некоррегированные сопутствующие пороки сердца (стеноз устья аорты, недостаточность аортального клапана, гипертрофическая кардиомиопатия). Снижение dp/dt менее 800 мм ст./с наряду с предельными значениями конечно-диастолического размера левого желудочка (более 5,5 см) у пациенток после резекции КА в сочетании даже с минимальными клиническими признаками сердечной недостаточности являлось показанием к оперативному родоразрешению под общим наркозом. Выделены две группы пациенток с риском развития сердечной недостаточности: беременные с выраженной рекоарктацией (или КА в сочетании со стенозом устья аорты) либо КА в сочетании с недостаточностью аортального клапана. Самопроизвольное родоразрешение нами осуществлялось практически у половины обследованных пациенток, а использование эпидуральной аналгезии – только по акушерским показаниям.

Выводы: Таким образом, обращает внимание частое сочетание КА с другими пороками сердца, в частности – с двустворчатым аортальным клапаном (53,3%) при его стенозе (чаще всего) или недостаточности. Проведение операции резекции КА с анастомозом «конец в конец» в подавляющем большинстве случаев является адекватным в плане возможности вынашивания в дальнейшем беременности, редко отмечается сохранение артериальной гипертензии, а развитие рекоарктации не оказывает самостоятельного влияния на течение беременности или способ родоразрешения.

0583

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ БЛОКАД У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Пешкова С. В., Баркан В. С.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО «РЖД», Чита, Россия

Актуальность: Известно, что у молодых лиц преобладание тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы значительно более выражено, чем у лиц старшего возраста. По литературным данным распространенность атриовентрикулярных блокад (АВ-блокад) в общей популяции составляет 0,45%-5% в том числе у 0,5%-2% здоровых лиц. В 0,65-1,1% АВ-блокады 1 степени регистрируются у молодых людей старше 20 лет и у около 5% мужчин в возрасте старше 60 лет. Общая распространенность АВ-блокад - 1,13 случаев на 1000 человек, и их частота увеличивается с возрастом.

Цель: оценить встречаемость АВ-блокад у работников локомотивных в зависимости от возраста.

Материалы и методы: в исследование включены 3883 работников локомотивных бригад в возрасте от 20 до 60 лет. Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование электрокардиограммы в течение 20±4 часов на аппаратах «Кардиотехника-04-ЗРМ» и «Полиспектр-СМ» фирмы «Нейрософт». При выборе пациентов учитывалось отсутствие других сопутствующих патологических нарушений ритма. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе «Statistica 6.0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа - 1487 (39%) пациентов в возрасте от 20 до 35 лет, 2-ая группа - 2396 (61%) пациентов в возрасте от 36 до 60 лет. Замедление АВ-проводимости зарегистрировано у 16 (1%) человек 1-гр, и 21 (0,8%) пациента во 2-гр, что статистически значимо не отличалось. Установлено, что транзиторные ночные АВ-блокады 1 степени встречались чаще у пациентов 1 группы (9%), чем у пациентов 2 группы (4%) ($p < 0,004$). Выявлено, что АВ-блокады 2 степени регистрировались у мужчин 1-ой группы чаще в 4 раза (8,3% случаев), чем 2-ой группе (1,3% случаев) ($p < 0,0001$). Из них АВ-блокада 2 степени тип Мобитц 1 регистрировалась в возрастной группе от 20 до 35 лет у 7% пациентов, в то время как в группе пациентов от 36 до 60 лет - в 1% случаев. АВ-блокада 2 степени тип Мобитц 2 встречалась в 2% и 0,3% у мужчин 1-ой и 2-ой групп, соответственно. При чём в 50% случаев АВ-блокад 2 степени только в ночное время регистрировался один единственный эпизод за сутки. По одному случаю в каждой из групп зафиксирована далекозашедшая АВ-блокада 2 степени. АВ-блокада 3 степени встречалась у одного пациента во 2-ой группе.

Выводы: выявлено, что транзиторные АВ-блокады 1 степени и единичные транзиторные эпизоды АВ-блокады 2 степени тип Мобитц 1 встречаются чаще у лиц молодого возраста, что, вероятно всего, связано с воздействием тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы. Единичный случай далекозашедшей АВ-блокады у молодого пациента связан с тяжелой вирусной инфекцией и, вероятно, развившимся постмиокардитическим кардиосклерозом. Встречаемость АВ-блокад 2 степени тип Мобитц 2 и АВ-блокады 3 степени в группе пациентов старше 35 лет обусловлена преобладанием органических поражений сердца.

0584

НОРМАЛЬНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ЛИЦ 55 ЛЕТ И СТАРШЕ В ПОПУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ ДОМАШНИХ ИЗМЕРЕНИЙ ДАВЛЕНИЯ

Платонова Е. В., Деев А. Д., Шальнова С. А., Константинов В. В., Баланова Ю. А., Капустина А. В., Худяков М. Б.

ФГБУ «ГНИЦ ПМ» МЗ России, Москва

За последние десятилетия доля активного пожилого населения в мире стремительно растет. Поэтому анализ показателей здоровья в этой возрастной группе является актуальной задачей. Целью

исследования было изучить показатели домашних измерений при самоконтроле артериального давления (СКАД) в популяции 55 лет и старше без артериальной гипертензии.

Материалы и методы: Обследованная случайная выборка лиц 55 лет и старше, сформированная с 61% откликом, численностью 1876 человек, репрезентативна для всего населения г. Москвы по параметрам общего состояния здоровья, образовательного уровня, время проживания в Москве. СКАД проводили в течение 2 дней перед визитом по схеме по 2 измерения утром (6:30-10:00) и вечером (17:00-23:00) на правой руке в положении сидя после 5' отдыха с минутным интервалом между измерениями. Офисное АД выполняли стандартным anerоидным сфигмоманометром с точностью до 2 мм рт.ст. в положении сидя после 10' отдыха, 2 раза с минутными интервалами в первый день обследования на визите у врача. Нормальным домашним АД считали данные ниже диагностических критериев артериальной гипертензии по данным двух методов для систолического/диастолического (САД/ДАД) $\geq 140/90$ мм рт.ст. при офисном измерении и $\geq 135/85$ мм рт.ст. при СКАД. Анализировали средние значения для САД, ДАД. Для обобщения результатов проводился логистический регрессионный анализ (процедура PROC LOGISTIC системы SAS 6.12)

Результаты: (предварительные): Из обследованных 1120 участников исследования (ср. возраст $68,9 \pm 8$ лет, 43% мужчин, 44% с антигипертензивной терапией, у 50% данные офисного АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.) в анализ вошли только 556 респондентов, не получавших антигипертензивную терапию. Средний уровень нормального домашнего артериального давления был 119 ± 0.56 и 73.5 ± 0.39 мм рт.ст. для систолического и диастолического давления, соответственно. Предикторами, влияющими на вероятность выявить фенотип нормального артериального давления (с поправкой на возраст, пол, основные факторы риска и медицинский анамнез) были женский пол (1.52; 95% [1.12-2.07]; $p=0.0078$), более молодой возраст (0.96; 95% [0.94-0.98], $p=0.0001$), отсутствие абдоминального ожирения (0.48; 95% [0.36-0.65], $p=0.0001$), сахарного диабета (0.38; 95% [0.23-0.66], $p=0.0005$), и ЭКГ-признаков ишемической болезни сердца (0.64; 95% [0.42-0.98], $p=0.0411$).

Заключение Нормальное домашнее артериальное давление в популяции пожилых москвичей встречается в менее половины случаев (42%) от всех лиц без антигипертензивной терапии. Учитывая, что пожилые респонденты с нормальным домашним артериальным давлением были здоровыми в сравнении с общей выборкой обследованных без лечения, требуется дальнейшее наблюдение для определения референсных значений нормального домашнего АД в этой возрастной группе.

0585

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА АССОЦИИРОВАНЫ С ДЛИНОЙ ТЕЛОМЕР ЛЕЙКОЦИТОВ

Плохова Е. В., Акашева Д. У., Ткачева О. Н., Покшубина И. А., Стражеско И. Д., Дудинская Е. Н., Кругликова А. С., Пыхтина В. С., Умярова Л. И., Бойцов С. А.

ФБГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель: Возраст является значимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Однако точный механизм влияния возраста на риск возникновения ССЗ не ясен. С возрастом наблюдаются субклинические изменения структуры и функции миокарда левого желудочка (ЛЖ), предрасполагающие к развитию ССЗ у пожилых людей. Наиболее часто отмечают диастолическую дисфункцию ЛЖ. Мы предположили, что причиной возраст-ассоциированного изменения диастолической функции может быть укорочение теломер и клеточное старение. Длина теломер лейкоцитов (ДТЛ) признана маркером биологического возраста. Известно также, что в миокарде есть популяция кардиомиоцитов, в которых с течением времени наблюдается уменьшение длины теломер и признаки клеточного старения. ДТЛ эквивалента длине теломер других тканей, несмотря на разный пролиферативный статус. Целью нашего исследования было оценить связь возрастных изменений миокарда ЛЖ с ДТЛ.

Материалы и методы: В исследование включены 303 человека обоих полов в возрасте 23-91 года, без клинических проявлений ССЗ. Всем участникам исследования выполнялась трансторакальная эхокардиография (Philips iE-33) по стандартной методике. Проводилось измерение относительной дли-

ны теломер в лейкоцитах методом ПЦР в реальном времени. Рассчитывалась разница циклов порогов амплификации теломер и однокопийного гена и из них – значение длины теломер. Использовали корреляционный, множественный регрессионный и логистический регрессионный анализ. Различие считалось достоверным при $p < 0,05$.

Результаты: Лица старшего возраста ($n=159$) в сравнении с лицами младшего возраста ($n=144$) чаще имели диастолическую дисфункцию ЛЖ (17%, $n=25$ vs 73%, $n=117$, $p < 0,001$). Мы получили связь ДТЛ с возрастом ($\beta = -0,012$, $p < 0,001$), а также с параметрами диастолической функции – E/A ($r = 0,55$, $p < 0,001$), IVRT ($r = -0,33$, $p < 0,001$), DT ($r = -0,29$, $p < 0,001$), E' ($r = 0,34$, $p < 0,001$) и E'/A' ($r = 0,46$, $p < 0,001$). ДТЛ оказалась достоверным независимым предиктором возраст-ассоциированной диастолической дисфункции ЛЖ ($\beta = -0,323$, $p < 0,001$) после учета пола и факторов сердечно-сосудистого риска. Наименьшие значения ДТЛ в пределах первого квинтиля увеличивают риск диастолической дисфункции ЛЖ в 55 раз ($x^2 = 27,78$, $p = 0,001$; ОШ = 55,1; 95% ДИ 12,41-244,87).

Выводы: Мы получили достоверную связь возраст-ассоциированной диастолической дисфункции с ДТЛ. Длина теломер наряду с возрастом вносит независимый вклад в наличие диастолической дисфункции, обусловленной снижением релаксации миокарда ЛЖ. Возможно, укорочение длины теломер является одним из патогенетических механизмов возрастного нарушения диастолической функции ЛЖ.

0586

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Подзолков В. И., Тарзиманова А. И., Лория И. Ж.

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

Цель: изучить взаимосвязь между значением мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) и продолжительностью пароксизма аритмии у больных с персистирующей формой ФП в первые сутки после восстановления синусового ритма.

Материалы и методы: В исследование было включено 123 пациента с персистирующей формой ФП в возрасте от 39 до 83 (средний возраст $61,1 \pm 8,8$ лет). В зависимости от основного заболевания сердца больные были разделены на 2 группы: I группу составили 61 больной АГ с персистирующей формой ФП, II группу – 62 пациента ИБС с персистирующей формой ФП. В первые сутки после восстановления синусового ритма всем больным проводилось исследование уровня натрийуретических пептидов в плазме крови.

Результаты: Все пациенты, включенные в исследование, имели аритмический анамнез от 1 года до 20 лет. Частота возникновения пароксизмов ФП колебалась от 1 раза в неделю до 1 раза в 3 месяца и была сопоставима при сравнении I и II группы – $2,7 \pm 3,30$ и $2,3 \pm 1,3$ эпизода в месяц. Продолжительность последнего пароксизма ФП находилась в пределах от 2 до 48 часов, и составила в среднем $22,65 \pm 16,84$ часов у пациентов I группы и $22,57 \pm 2,33$ часов у больных II группы.

В первые сутки после восстановления синусового ритма показатели Nt-proBNP были выше нормальных значений у всех пациентов, включенных в исследование. У больных АГ с персистирующей формой ФП уровень Nt-proBNP был несколько меньше, чем у пациентов ИБС с персистирующей формой ФП и составил $159,3 \pm 12,8$ пг/мл и $178,2 \pm 8,6$ пг/мл соответственно. У пациентов АГ с персистирующей формой ФП (I группа) была выявлена положительная зависимость умеренной силы между концентрацией Nt-proBNP в плазме крови и продолжительностью последнего пароксизма ФП: $r = 0,6$, $p < 0,05$. Аналогичная зависимость была выявлена у больных ИБС с персистирующей формой ФП (II группа): $r = 0,7$, $p < 0,05$.

Выводы: У больных с персистирующей формой ФП в первые сутки после восстановления синусового ритма выявлена положительная зависимость умеренной силы между концентрацией Nt-proBNP и продолжительностью последнего пароксизма аритмии.

0587

ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Подзолков В. И., Тарзиманова А. И.

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

Цель: Изучить изменение биохимических маркеров функции эндотелия у больных АГ при различных формах ФП.

Материалы и методы: В исследование включено 113 больных с эссенциальной АГ в возрасте от 34 до 72 лет (средний возраст $60,2 \pm 5,7$ лет). В зависимости от наличия и формы ФП больные были разделены на три группы: в I группу включены 50 больных с персистирующей формой ФП, во II группу 33 больных с постоянной формой ФП, в III группу (группу сравнения) 30 пациентов АГ без нарушений сердечного ритма. После достижения целевых значений АД всем пациентам выполнялся забор крови для определения коллаген-связывающей активности фактора фон Виллебранда (vWf) и эндотелина (ЭТ).

Результаты: При оценке коллаген-связывающей активности vWf отмечалось достоверное увеличение показателя у пациентов АГ с постоянной формой ФП до 150 ЕД/дл, при сравнении с аналогичными значениями у больных АГ с персистирующей формой ФП 106 ± 12 ЕД/дл ($p=0,04$) и пациентов АГ без нарушений сердечного ритма 84 ± 11 ЕД/дл ($p=0,001$) соответственно.

При сравнении среднего значения ЭТ у пациентов АГ с аритмией и больных АГ без нарушений сердечного ритма достоверных изменений показателя выявлено не было. Было отмечено, что при достижении III степени АГ уровень ЭТ в плазме крови был достоверно выше, чем при I степени АГ и находился на верхней границе нормы во всех исследуемых группах.

Для изучения взаимосвязи между частотой развития ФП и показателями протромботической дисфункции эндотелия был проведен корреляционно-регрессионный анализ. Выявлена прямая сильная зависимость между частотой пароксизмов ФП в течение года и коллаген-связывающей активностью vWf у пациентов АГ с персистирующей формой ФП: $r=0,59041$, $p<0,05$

Выводы: Коллаген-связывающая активность vWf у больных АГ с постоянной формой ФП была достоверно выше при сравнении с пациентами АГ без нарушений сердечного ритма и не зависела от степени АГ. Концентрация эндотелина в плазме крови увеличивалась при повышении степени АГ как у больных с ФП, так и у пациентов без нарушений сердечного ритма и не зависела от формы аритмии.

0588

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОПАФЕНОНОМ

Подзолков В. И., Тарзиманова А. И., Лория И. Ж.

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

Цель: изучить изменение концентрации предсердного (NT-proANP) и мозгового натрийуретических пептидов (Nt-proBNP) у больных артериальной гипертензией (АГ) с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) при лечении пропafenоном.

Материалы и методы: В исследование было включено 60 пациентов АГ с персистирующей формой ФП в возрасте от 46 до 67 (средний возраст $61,1 \pm 8,8$ лет). После восстановления синусового ритма пациенты были распределены на 2 группы: 30 пациентов I группы для сохранения синусового ритма в течение последующих 6 месяцев принимали пропafenон в суточной дозировке 450 мг, 30 больных II

группы для контроля частоты желудочковых сокращений использовали бисопролол. Все пациенты I и II группы были сопоставимы по полу и возрасту, длительности существования АГ и продолжительности пароксизмов ФП. Исследование уровня NT-proANP и Nt-proBNP проводилось в первые сутки после восстановления синусового ритма и через 6 месяцев лечения.

Результаты: В первые сутки после восстановления синусового ритма показатели Nt-proBNP и NT-proANP были выше нормальных значений и не имел достоверных различий между группами. Уровень Nt-proBNP составил $160,5 \pm 15,2$ пг/мл в I группе и $158,2 \pm 8,6$ пг/мл во II группе, NT-proANP - $15,3 \pm 6,4$ нмоль/л и $16,7 \pm 8,2$ нмоль/л соответственно.

Через 6 месяцев удержания синусового ритма при приеме пропранолола у пациентов I группы отмечалось достоверное уменьшение концентрации Nt-proBNP в плазме крови с $160,5 \pm 15,2$ пг/мл до $130,1 \pm 12,2$ пг/мл ($p < 0,05$) и достоверное уменьшение концентрации NT-proANP с $15,3 \pm 6,4$ нмоль/л до $11,5 \pm 5,3$ нмоль/л ($p < 0,05$). У пациентов II группы через 6 месяцев лечения бисопрололом достоверных изменений Nt-proBNP и NT-proANP выявлено не было.

Выводы: У пациентов АГ с персистирующей формой ФП через 6 месяцев удержания синусового ритма при лечении пропранололом обнаружено достоверное и значимое уменьшение концентрации NT-proANP и Nt-proBNP.

0589

ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА НА ЭВОЛЮЦИЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Подзолков В. И., Тарзиманова А. И., Гатаулин Р. Г.

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

Цель: Изучить влияние изменений сократительной функции миокарда на эволюцию клинического течения аритмии у больных ИБС с персистирующей формой фибрилляций предсердий (ФП).

Материалы и методы: в исследование включено 69 пациентов ИБС с персистирующей формой ФП в возрасте от 57 до 74 лет (средний возраст $62,6 \pm 2,8$ лет); из них 36 (52,4%) мужчин и 33 (47,6%) женщины. Наблюдение за больными проводилось с 2009 по 2014 год и включало выполнение ежегодного клинического и лабораторно-инструментального обследования. Эволюция течения фибрилляций предсердий оценивалась по следующим параметрам: частота возникновения приступов ФП в месяц и появление бессимптомных приступов аритмии по данным суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты: При первичном обследовании все больные, включенные в исследование, имели нормальные значения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ). Через 5 лет наблюдений отмечалось прогрессирование клинического течения аритмии в виде достоверного увеличения среднего числа пароксизмов ФП в месяц с $2,8 \pm 0,73$ до $3,5 \pm 0,89$ ($p = 0,04$) и количества бессимптомных приступов аритмии с 15% до 27%.

Выявлена достоверная отрицательная прямая зависимость умеренной силы между показателем ФВ ЛЖ и количеством бессимптомных приступов ФП ($r = -0,67$), ФВ ЛЖ и средним числом пароксизмов аритмии в месяц ($r = -0,61$, $p < 0,05$). Обнаружена прямая сильная взаимосвязь между КСО ЛЖ и количеством бессимптомных приступов ФП ($r = 0,42$, $p < 0,05$).

Выводы: У пациентов ИБС с персистирующей формой ФП уменьшение ФВ ЛЖ взаимосвязано с увеличением частоты приступов ФП и возникновением бессимптомных пароксизмов аритмии.

0590

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МНОГОКЛАПАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Подпалов В. В.¹, Курганович С. А.¹, Севрукевич В. И.¹, Шкет А. П.¹, Деев А. Д.², Островский Ю. П.¹

¹ - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

² - ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины», Москва, Российская Федерация

Цель: Создать способ прогнозирования 5-летнего выживания пациентов с тяжелым аортальным стенозом (АС), осложненным относительной недостаточностью атриовентрикулярных клапанов.

Материалы и методы: Из всех пациентов, проходивших лечение в Республиканском центре «Кардиология» (г. Минск) в 2005-2007 гг., в проспективное исследование было включено 198 пациентов с тяжелым АС и относительной недостаточностью митрального и трехстворчатого клапанов (наличие регургитации как минимум 2-ой степени). Они были разделены на 2 группы: 1-я группа – 46 пациентов, не оперированных по различным причинам; 2-я группа – 152 пациента, которым выполнили протезирование аортального клапана (АК) в сочетании с пластикой атриовентрикулярных клапанов. Период наблюдения составил 5 лет.

Результаты: Средний возраст 198 пациентов был 59,12±11,2 лет. Распределение по полу: мужчины – 133 человек (67,2%), женщины – 65 человек (32,8%). Большинство пациентов относилось к 3-ему функциональному классу ХСН по NYHA – 146 человек (73,7%), 39 пациентов – к 2-ому (19,7%), 13 пациентов – к 4-ому (6,6%). 5-летняя выживаемость составила 23,9% в группе неоперированных пациентов и 81,6% - в группе пациентов после операции, последняя была достоверно выше после поправки на пол и возраст ($p=0,0001$). С помощью многофакторного регрессионного анализа Кокса была оценена связь дооперационных значений клинических и эхокардиографических параметров с 5-летним выживанием пациентов. Параметры с наибольшей статистической значимостью были включены в прогностическую регрессионную модель: масса миокарда левого желудочка ($p=0,086$), систолическое давление в легочной артерии ($p=0,002$), фракция выброса левого желудочка ($p=0,018$), пиковый систолический градиент на АК ($p=0,038$), - также были добавлены возраст ($p=0,012$), пол ($p=0,189$) и поправочные регрессионные коэффициенты для учета эффекта операции ($DF=10$; $Wald=103,7$; $p=0,0001$). На основе модели была составлена формула для вычисления профиля факторов риска (ПФР) 5-летнего выживания пациентов с тяжелым АС в случае консервативного и хирургического лечения. Было произведено децильное распределение значений ПФР. Числовые значения децилей легли в основу составления таблиц определения вероятности 5-летнего выживания пациентов при консервативном и хирургическом лечении.

Выводы: Полученная многофакторная прогностическая модель методом расчета ПФР позволяет определить вероятность 5-летнего выживания пациентов с тяжелым АС, осложненным недостаточностью атриовентрикулярных клапанов, как при консервативном, так и при хирургическом лечении.

0591

СТЕНООККЛЮЗИРУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КАК ПРЕДИКТОР ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Подсонная И. В., Ефремушкин Г. Г., Крячкова Т. В.

КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн»,

**ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Барнаул**

Цель: изучить взаимосвязь между развитием острого нарушения мозгового кровообращения и поражением брахиоцефальных артерий у больных артериальной гипертензией, имеющих в анамнезе контакт с ионизирующим излучением.

Материалы и методы: Обследовано 466 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС, страдающих артериальной гипертензией, из них 86 человек перенесли ОНМК (основная группа) и 380 ликвидаторов с признаками хронической ишемии мозга (группа сравнения), все мужчины в возрасте на 1986 год от 18 до 50 лет. Пациентам проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА) по стандартной методике на аппарате Vivid 7 (GE HC, США). Оценивали наличие структурных изменений брахиоцефальных артерий (БЦА), измеряли толщину комплекса интима-медиа, определяли наличие внутрисосудистых образований в церебральных артериях.

Результаты: У ЛПА с АГ при развитии ОНМК стенозы сонных артерий определялись в 93,5% случаев. Патологическая извитость, как одна из причин ОНМК, регистрировалась у них в 64,2% случаев, изменения вертебральных артерий – в 45,9%, сочетанные поражения БЦА определялись в 88,1%. У большинства (96,3%) ЛПА с ОНМК, связанного с повышенным уровнем артериального давления, имелись признаки атеросклеротического изменения БЦА в виде утолщения комплекса интима-медиа в двух и более церебральных артериях и наличия единичных или множественных атеросклеротических бляшек (чаще гетерогенные гипо- и гиперденсивные).

У ЛПА с АГ без эпизодов ОНМК изменения БЦА определялись значительно реже, чем у тех, кто перенес ОНМК: стенозы каротидных артерий были выявлены реже в 2,0 раза ($p < 0,001$), патологическая извитость сонных артерий – в 2,2 раза ($p < 0,001$), изменения позвоночных артерий – в 1,6 раза ($p < 0,001$), сочетанные поражения БЦА – в 2,7 раза ($p < 0,001$). У каждого пятого ЛПА (20,6% случаев) лоцировалось утолщение комплекса интима-медиа в одной из церебральных артерий, сформировавшиеся атеромы БЦА были установлены у 94,6% ликвидаторов-«гипертоников». Выявляемые стенозы сонных артерий у ЛПА с АГ и ОНМК в 93,5% случаев были обусловлены наличием атеросклеротических бляшек, а у ЛПА без ОНМК атеромы, вызывающие редукцию просвета каротидных артерий, определялись в 48,3% случаев (реже в 2,0 раза). Установлена корреляционная связь между развитием ОНМК и стенозом сонных артерий ($r=0,4$), патологической извитостью сонных артерий ($r=0,3$) или сочетанным поражением БЦА ($r=0,5$). То есть, у ЛПА с АГ формирование атеросклеротического поражения сонных артерий в 2,0 раза ($p < 0,001$) увеличивало риск развития острого нарушения мозгового кровообращения.

Выводы: У ликвидаторов с артериальной гипертензией острое нарушение мозгового кровообращения чаще всего развивалось на фоне гемодинамически значимого атеросклеротического стенозующего поражения сонных артерий, в сочетании с другими деформациями БЦА (извитости, петли, изгибы). Ремоделировании церебральных артерий с наличием гетерогенных атером более, чем двух магистральных артериях головы, обуславливающих локальное нарушение церебральной гемодинамики.

0592

РАННЯЯ ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОГО СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Подшивалова О. Ю., Ильдарова Р.А., Школьникова М.А.

ГБОУ ВПО «РНИМУ ИМЕНИ Н.И. Пирогова» МЗ РФ, обособленное структурное подразделение
–«Научно-исследовательский институт педиатрии», Москва, Россия

Синдром удлиненного интервала QT – тяжелая наследственная сердечная каналопатия, сопряженная с высокой летальностью (до 70%) на первом году с момента появления первых клинических симптомов. В настоящее время перспективным является изучение динамики скорректированного интервала QT (QTc) у детей на стандартной ЭКГ в покое и в различных функциональных состояниях с целью своевременной диагностики и лечения СУИQT.

Цель: анализ прогностического значения удлинения интервала QT в пограничных значениях на стандартной ЭКГ у детей в покое и в различных функциональных состояниях для ранней диагностики первичного СУИQT.

Описание наблюдения: мальчик наблюдается в институте с возраста 9 лет в течение 6 лет. По данным ЭКГ в возрасте 1 года нарушений ритма и проводимости, удлинения интервала QT (QTc) не зарегистрировано. С возраста 9 лет регистрировалось выраженное удлинение интервала QTc в ортостазе и после физической нагрузки (максимально до 556 мс). С 11 лет имели место пограничные значения интервала QTc (95-98%O) на стандартной ЭКГ наряду с выраженным удлинением интервала QTc после физической нагрузки (до 506 мс). По данным холтеровского мониторирования в динамике значения ЧСС, циркадного индекса, пауз ритма были в пределах возрастной нормы, отмечалось удлинение интервала QTc свыше 450 мс на протяжении всего времени исследования. Желудочковые нарушения ритма сердца не зарегистрированы. По данным эхокардиографического исследования органическая патология сердца исключена. В динамике за 6 лет наблюдения по результатам тредмил-теста интервал QTc в ортостазе сократился с 511 мс до 474 мс. На максимуме нагрузки также уменьшился с 506 мс до 433 мс. Вторичное удлинение интервала QT было исключено. Наследственность не отягощена. В возрасте 14 лет ребенку проведено молекулярно-генетическое исследование, в результате которого выявлена мутация R98W в гене KCNE1, ответственного за развитие пятого варианта СУИQT.

Выводы: Оценка интервала QTc на ЭКГ у детей в покое и в различных функциональных состояниях имеет важное значение для ранней доклинической диагностики СУИQT. Клинические проявления СУИQT такие как степень удлинения интервала QT и адаптации к физической нагрузке у одного пациента могут варьировать. Данный клинический случай подтверждает значимость даже однократного значительного удлинения интервала QTc (более 450 мс) для диагностики СУИQT в отсутствии данных за вторичное удлинение интервала QT. В сложных случаях при выраженной вариабельности значений интервала QTc, важным критерием диагностики служит определение молекулярно-генетического варианта на основании генетического исследования. Окончательная верификация диагноза способствует правильной тактике ведения и профилактики внезапной сердечной смерти не только у пациента, но и у его родственников.

0593

АССОЦИАЦИИ ОСТЕОКАЛЬЦИНА И ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ БИОМАРКЕРАМИ В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Полонская Я. В.¹, Каштанова Е. В.¹, Стахнёва Е. М.¹, Мурашов И. С.², Волков А. М.², Рагино Ю. И.¹

¹Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск, Россия

²Федеральное Государственное бюджетное учреждение «Новосибирский Научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск, Россия

Целью нашего исследования стало изучение остеокальцина, остеопротегерина и маркеров воспаления в сосудистой стенке у мужчин с коронарным атеросклерозом, а также оценка влияния этих маркеров на нестабильность атеросклеротического очага коронарных артерий.

Материалы и методы: В исследование были включены 76 мужчин в возрасте 46-79 лет, с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом, без острого коронарного синдрома (ОКС) со стабильной стенокардией напряжения, поступивших в Клинику ФГБУ «ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина» Росздрава РФ на операцию коронарного шунтирования (КШ). В ходе операции по интраоперационным показаниям у них была проведена эндартериэктомия из коронарной(-ых) артерии(-й). Материал эндартериэктомии был продольно и поперечно симметрично разделён на несколько фрагментов для проведения гистологических и биохимических исследований. Гистологический анализ материала эндартериэктомии после макроскопического описания и стандартной

окраски гематоксилин-эозином и Ван Гизон проводился на бинокулярном микроскопе. Для проведения биохимических исследований замороженные в жидком азоте образцы были гомогенизированы в растворе фосфатно-солевого буфера. Полученные гомогенаты делили на аликвоты для проведения дальнейших биохимических анализов. В гомогенатах иммуноферментными методами определяли ИЛ6, ИЛ8, ИЛ1В, ФНО α , остеопротегерин и остеокальцин. Статистическую обработку результатов проводили в лицензионной версии программы SPSS for Windows. Критерием статистической достоверности был уровень $p < 0,05$.

Результаты: Полученные данные показали значимые отличия в стабильных и нестабильных атеросклеротических бляшках для таких маркеров воспаления, как ИЛ8, ИЛ1В ($p < 0,05$). Уровень ИЛ 6 был в 1,4 раза выше в нестабильных бляшках, но разница для этого показателя была не достоверной. Содержание остеокальцина было достоверно выше ($p < 0,05$) в 1,84 раза в нестабильных бляшках. Концентрация остеопротегерина в стабильных и нестабильных коронарных очагах не отличалась. При проведении корреляционного анализа была выявлена связь маркеров воспаления с остеопротегерином и остеокальцином. Так остеокальцин показал обратную связь с ИЛ6, а остеопротегерин – прямую с ИЛ1В, ИЛ6 и ИЛ8. Выявлены ассоциации маркеров воспаления между собой.

Выводы: кальцификация атеросклеротической бляшки связана с усилением воспалительных процессов в атеросклеротическом очаге.

0594

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ

Полтавцева О. В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Кемерово

Качество жизни (КЖ) – это оценка параметров, позволяющих определить влияние болезни на психологическое, эмоциональное состояние больного и его социальный статус. В последние годы определение КЖ является неотъемлемой частью обследования пациентов, страдающих различными заболеваниями.

Цель: оценить качество жизни, обусловленное здоровьем, у пациентов с перенесенным инсультом, а также выявить взаимосвязь между КЖ и уровнем тревожности у обследуемых пациентов.

Материалы и методы: исследования. Проведено анкетирование 33 пациентов с артериальной гипертензией 2-3-й степени, 17 (51,5%) мужчин и 16 (48,5%) женщин в возрасте от 40 до 70 лет. Средний возраст составил $57,8 \pm 2,3$ года. Критерием включения в исследование явилось нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, перенесенное пациентами в течение предшествующих 1 - 6 месяцев. В исследовании не участвовали больные с инсультом по геморрагическому типу, перенесенным инфарктом миокарда, фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью выше II функционального класса, сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью, ревматоидным артритом, онкологическими заболеваниями.

Результаты: При анализе результатов анкеты «Ноттингемский профиль здоровья» у обследованных пациентов было обнаружено значительное снижение КЖ по параметрам «энергичность» – в среднем $44,84 \pm 34,47$ баллов, «сон» – $44,18 \pm 28,91$, «физическая активность» – $27,86 \pm 23,34$ и «болевые ощущения» – $27,42 \pm 29,28$. Менее выражено снижение КЖ по таким параметрам, как «эмоциональные реакции» и «социальная изоляция», в среднем $23,38 \pm 18,51$ и $14,28 \pm 23,34$ балла, соответственно.

Согласно результатам теста Спилбергера-Ханина для большинства пациентов (69,7%) был характерен высокий уровень тревожности (свыше 46 баллов). Среди больных с высоким уровнем тревожности отмечены более низкие показатели КЖ по таким параметрам, как «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» ($p = 0,03$) и «физическая активность», чем у пациентов с умеренной тревожностью.

Выводы: У пациентов с перенесенным инсультом отмечено значительное снижение качества жизни. Больные с высокой тревожностью имели худшие показатели КЖ, чем с умеренной.

0595

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Полтавцева О. В.

ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово

Цель: оценить качество лечения пациентов с артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС) в условиях поликлиники.

Материалы и методы: исследования. В исследовании участвовали 340 амбулаторных больных с АГ 1-3 степени на фоне МС, в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст составил $57,6 \pm 1,25$ года. С целью оценки качества лечения проводился опрос пациентов и анализ амбулаторных карт.

Результаты: В результате опроса пациентов выявлено, что 63,5% из них не соблюдали низкокалорийную и/или противосклеротическую диету; 70,4% мужчин и 8,5% женщин курили. Регулярные физические нагрузки выполняли только 22,8% опрошенных.

При анализе амбулаторных карт установлено, что с целью медикаментозного лечения АГ использовались 5 классов основных антигипертензивных средств: ингибиторы АПФ (46,9%), диуретики (19,9%), β -адреноблокаторы (БАБ) (19,1%), антагонисты кальция (АК) (14%), блокаторы ангиотензина II (10%).

Эналаприл принимали 82,7% из всех пациентов, получавших ингибиторы АПФ. Реже применялись лизиноприл (5,3%), периндоприл (4,4%), квинаприл (2,5%). Из всех пациентов, которым были назначены АК, 60% получали пролонгированные формы нифедипина, остальные (примерно по 20%) - верапамил и амлодипин. Гидрохлортиазид, усугубляющий метаболические нарушения, назначался 51% пациентов из получавших диуретики, вместо метаболически нейтрального индапамида. Из БАБ в основном применялись метопролол (56,1%) и бисопролол (30,8%). Недостаточно был востребован БАБ с вазодилатирующим действием небиволол (2,3%).

Регулярно лечились с помощью антигипертензивных препаратов 35,7% пациентов, но только у 12,4% достигались целевые уровни артериального давления (АД). 34,3% больных лечились нерегулярно, а 30% не получали медикаментозного лечения. Комбинированная антигипертензивная терапия назначалась в 34% случаев.

Выводы: У пациентов с АГ и метаболическим синдромом отмечена низкая приверженность к немедикаментозным методам лечения, антигипертензивные препараты регулярно принимали 35,7% пациентов. Целевой уровень АД достигнут только у 12,4% больных. Комбинированная антигипертензивная терапия используется только у одной трети пациентов.

0596

ОСТРАЯ КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ

Поляева Л. В., Симаков А. А., Рязанова Е. И.

ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», Самарский медицинский институт «Реавиз», Самара, Россия

Цель: изучение особенностей миокарда при острой коронарной недостаточности (ОКН).

Материалы и методы: исследовались образцы миокарда из зоны ишемии и внешемических участков миокарда левого желудочка умерших 35 больных от ОЖН с помощью комплекса светооптических методик и электронномикроскопически. Обзорные гистологические препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Ван Гизон. Повреждения миокарда обнаруживали по Селье, гликоген- по Мак Манусу, РНК- по Браше с ферментными контролями. Активность лактат (ЛДГ), изоцитрат (ИЦДГ), сукцинат-дегидрогеназ (СДГ), глюкозо-6-фосфат выявляли на срезах из свежезамороженной ткани с нитро-СТ (Пирс). Ультраструктуру миокарда изучали в электронном микроскопе на срезах, полученных на ультратоме из ткани, фиксированной в 1% растворе ОО и заключенной в смесь эпона.

Результаты: выявили отличия зоны ишемии от неповрежденного миокарда. Хотя на обзорных гистологических препаратах пучки мышечных волокон по тинкториальным свойствам мало отличались от таковых во внешемической зоне, тем не менее выявлена структурная перестройка сократительного аппарата миокарда. Выявлена деформация турбулярной системы с вакуолизацией и повреждением мембран саркоплазматического ретикула, разнонаправленные колебания электроннооптической плотности матрикса, фрагментация и гомогенизация крист митохондрий, лизис контрактильных субстанций, отек саркоплазмы, набухание ядер, нарушение межклеточных контактов и уменьшение числа полирибосом. Биохимический анализ выявил снижение активности ферментов цикла Кребса в миокарде при ОЖН. Достоверно снижалось содержание гликогена, что в совокупности с изменением активности дегидрогеназ указывало на анаэробный тип метаболизма.

Выводы: ОЖН имеет свою морфофункциональную характеристику и она может быть использована в практической работе морфологов.

0597

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ НАЛИЧИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНЕ АЛЬФА-ГАЛАКТОЗИДАЗЫ А

Полякова А. А.^{1,2}, Семернин Е. Н.^{1,2}, Гудкова А. Я.^{1,2}, Шляхто Е. В.^{1,2}

¹ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Цель: установить соотношение саркомерной и несаркомерной гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), изучить особенности клинического течения при наличии полиморфизмов в гене альфа-галактозидазы А (GLA).

Материалы и методы: Обследовано 136 симптомных пациентов, имеющих гипертрофию левого желудочка ≥ 13 мм. Проведены стандартные клиничко — лабораторные и инструментальные методы диагностики, дополненные по показаниям биопсией подкожно — жировой клетчатки, определением уровня каппа и лямбда цепей в сыворотке крови и моче, электрофорезом сывороточных белков, стеральной пункцией, эндомикардиальной биопсией, определением активности фермента альфа-галактозидазы А в сыворотке крови, генетическим исследованием: прямым секвенированием экзонов 1-7 гена GLA, а также прилегающих интронных областей, 1-4 экзонов гена транстиретина.

Результаты: Диагноз ГКМП установлен в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов по диагностике и лечению ГКМП от 2014 года. Из 130 обследованных пациентов саркомерная ГКМП диагностирована в 107 случаях, в 8 - выявлена несаркомерная ГКМП (в 3 случаях - саркоидоз сердца, в 4 случаях - системные формы амилоидоза, у одного пациента - болезнь Данаона), в 21 случаях имела место гипертрофия левого желудочка неясного генеза. 18 пациентам, у которых ГКМП сочеталась с экстракардиальными проявлениями, в частности с поражением почек, периферической полинейропатией, острым нарушением мозгового кровообращения в молодом возрасте, наличием ангиокератом, имеющих X-сцепленный тип наследования заболевания, проведен скрининг на выявление болезни Фабри. По полученным данным снижения активности фермента не было выявлено, мутаций, приводящих к развитию заболевания не установлено. У четырех пациенток обнару-

жены полиморфизмы в гене GLA. У пациентки К., 48 лет выявлен редкий полиморфизм, приводящий к нарушению функции белка (rs3027584). Пациентки Н., 64 года, П., 41 год и П., 75 лет являлись гетерозиготами по двум полиморфизмам в гене GLA (rs2071397, rs2071228).

Заключение Саркомерная ГКМП особенно на ранних стадиях заболевания может быть маской болезней накопления и инфильтративных заболеваний миокарда. Поиск несаркомерной ГКМП в структуре гипертрофического фенотипа необходимо продолжать, так как своевременная диагностика заболеваний, в частности болезни Фабри, приведет к началу разработанного этиопатогенетического лечения. Влияние обнаруженных у женщин полиморфизмов в гене GLA на особенности клинического течения и наличие экстракардиальных проявлений требует дальнейшего уточнения.

0598

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ

Помыткина Т. Е.

ГБОУ ВПО «Кемеровской государственной медицинской академии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кемерово, Россия

Термин «ревматическая полимиалгия» впервые был предложен в 1957г. H. S. Varber. По данным мировой статистики частота заболевания колеблется от 28,6 до 133 на 100 000 населения старше 50 лет с возрастным пиком в 65–75 лет (Cimmino M. A., Zaccaria A 2000 г.)

Пациент Ч., 67 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на постоянные боли в суставах, скованность движения в них, миалгии, отсутствие эффекта от нестероидных противовоспалительных средств и наркотических анальгетиков. Из анамнеза: болен в течение 2 месяцев, связывает начало с переохлаждением и физическими нагрузками. В лабораторных анализах - умеренные анемия и лейкоцитоз, ускоренное СОЭ до 39 мм/ч, снижение уровня сывороточного железа до 3,9 ммоль/л, повышение мочевины до 9,1 ммоль/л, фибриногена до 10,3 ммоль/л, синдром цитолиза (АСТ – 60,4, АЛТ – 177,2 ед/л), повышение ЛДГ – 363ед/л, КФК – 521 ед/л. Наличие ревмофактора (25,0 МЕ/мл). При электрофорезе белков сыворотки крови: диспротеинемия, двадцатикратное увеличение СРБ. При обследовании исключены паранеопластический процесс, системные заболевания соединительной ткани, тифы, паратифы, гепатиты В и С. При проведении ЭМГ была выявлена картина характерная для первично – мышечной патологии. Консультирован в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой научным сотрудником Дадыкиной И.С., которой был выставлен диагноз ревматической полимиалгии высокой активности – SDAI PMR 171 балл. На фоне начатого лечения системными глюкокортикостероидами (метипредом по 20 мг) на 2 день уменьшился болевой суставной и миалгический синдромы. Больной выписан из клиники в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по дальнейшему лечению и контролю его эффективности.

Выводы: Постановка данного диагноза является сложной задачей и требует комплексного и индивидуального подхода. Назначение с целью терапии глюкокортикостероидов дает быстрый регресс симптомов.

0599

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СОСУДОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Попова А.А., Яковлева И.В., Березикова Е.Н., Крылова В.Б., Яковлева Н.Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет

Цель: оценить состояние эндотелиальной функции сосудов у мужчин с артериальной гипертензией в различных возрастных группах и с сопутствующей соматической патологией.

Материалы и методы: в исследование включили 39 мужчин с артериальной гипертензией (АГ) (средний возраст $62,3 \pm 4,5$ г.) и сопутствующей ИБС: стенокардией напряжения II–III ФК; 35 человек (средний возраст $59,4 \pm 3,8$ г.) с АГ и сахарным диабетом 2-го типа; 58 человек (средний возраст $68,6 \pm 4,9$ г.) с АГ и диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–II ФК (NYHA). Программа обследования включала: СМАД; ЭКГ; ЭхоКГ; доплерометрическое измерение диаметра плечевой артерии (ПА) в покое и во время пробы с реактивной гиперемией (РГ); оценку толщины комплекса интима/медиа (КИМ); определение сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота (NO) по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов); определение уровня эндотелина-1 (ELISA), МАУ и оценку состояния системы про- и антиоксидантной активности (АОА) сыворотки крови.

Результаты: Сравнивая характеристики функционального состояния эндотелия сосудов у пациентов с АГ и сопутствующей патологией установлено, что в покое средний диаметр ПА у пациентов с АГ в сочетании с ИБС составил $2,7 \pm 0,22$ мм, что несколько меньше, чем у пациентов с АГ и СД – $2,9 \pm 0,23$ мм и у больных с АГ и диастолической ХСН – $2,9 \pm 0,23$ мм. В фазу РГ отмечалось увеличение диаметра ПА до $2,9$ мм у пациентов с АГ и ИБС, до $3,0$ мм у больных с АГ и СД, и до $3,5$ мм у больных с АГ и ХСН, что оказалось в $1,2$ раза больше по сравнению с первой и второй группами ($p < 0,05$). Самый большой прирост диаметра ПА в фазу реактивной гиперемии был получен у больных с АГ и ХСН – $20,69\%$. Самый маленький прирост диаметра оказался у пациентов с АГ и СД – $3,4\%$. У больных с АГ и ИБС прирост диаметра плечевой артерии произошел только на $7,4\%$.

Оценивая уровень продукции NO, оказалось, что он наибольший у больных с гипертензией, осложненной ХСН – $13,8 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$). У пациентов с АГ в сочетании с ИБС и СД продукция NO составила $11,6 \pm 1,2$ мкмоль/л и $8,5 \pm 0,6$ мкмоль/л соответственно. Таким образом, у больных с гипертензией и ХСН продукция оксида азота больше в $1,2$ раза и в $1,6$ раз, чем у исследуемых с АГ в сочетании с ИБС и СД соответственно. Измерение концентрации МДА показало, что наибольшие ее значения у больных с АГ и ХСН – $22,3 \pm 0,48$ ммоль/л, а наименьшие – $17,2 \pm 0,28$ ммоль/л – у больных с АГ и СД. Самая высокая АОА достоверно оказалась у пациентов с СД ($3,8 \pm 0,12$ Е/м), а наименьшая ($2,3 \pm 0,13$ Е/м) – у исследуемых с АГ и ХСН ($p < 0,05$).

Между показателями дисфункции эндотелия и маркерами окислительного стресса выявили достоверную положительную коррелятивную связь.

Таким образом, комплексное исследование состояния эндотелиальной функции, определение параметров окислительного стресса позволяет определить степень и тяжесть эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии.

0600

КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКИХ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Попова А. А., Яковлева И. В., Березикова Е. Н., Крылова В. Б., Яковлева Н. Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет

Цель: изучить моно- и мультифакторное влияния соматических, метаболических показателей на функцию эндотелия и разработать вероятностную модель их комплексного влияния на формирование эндотелиальной дисфункции.

Материалы и методы: в исследование включили 318 мужчин с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 18–78 лет (средний возраст $50,8 \pm 4,4$ лет). Группа сравнения была представлена лицами без АГ той же возрастной категории. Использован метод логистической регрессии (множественная регрессия с логит-преобразованием) с применением модуля «Нелинейное оценивание» (Nonlinear Estimation) с функцией Quick logit regression пакета статистических программ STATISTICA v.6.0. Оценка

чувствительности и специфичности сделана при помощи ROC-анализа (использовался Индекс Юдена и правила Кульбака-Лейблера).

Результаты: При моделировании формирования эндотелиальной дисфункции (ЭД) в качестве первого шага оценили отношение шансов исследованных переменных для выбора наилучших предикторов. Исследованными переменными явились: САД 24 ч, ДАД 24 ч, ИММЛЖ, показатели пробы с реактивной гиперемией - D 1, D 2, D 3; КИМ пр., КИМ л., dOCA пр., dOCA л., об. холестерин, ЛПВП, ТГ, АОА, МДА. Из выбранных претендентов на окончательные предикторы была сформирована наилучшая модель. Качество лучших предикторов и полученных моделей проверили при помощи ROC-анализа (для оценки чувствительности и специфичности).

При анализе влияния единичных факторов на формирование ЭД (вне зависимости от возраста) выявлены следующие значения показателей: САД 24 ч (OR=1.2010; CI 1.1268-1.2802), ДАД 24 ч (OR=1.3475; CI 1.2205-1.4877), ИММЛЖ (OR=1.2416; CI 1.1083-1.3909), D1(OR=0.0014; CI 0.0002-0.0122), D2(OR=0.0001; CI 1.18E-06-0.0088), D3(OR=0.7168; CI 0.6519-0.7881), КИМ пр.(OR=12242.8300; CI 507.5127-295336.2242), КИМ л.(OR=12772.1378; CI 518.3916-314680.0612), dOCA пр.(OR=0.0060; CI 0.0001-0.4358), dOCA л.(OR=0.0008; CI 9.79E-06-0.0645), об. холестерин (OR=11.1668; CI 5.6944-21.8981), ЛПВП(OR=8.9717; CI 0.5810-138.5519), ТГ(OR=5.7246; CI 1.9958-16.4201), АОА(OR=0.9191; CI 0.8689-0.9722), МДА(OR=135.3885; CI 15.5570-1178.2480).

При двухфакторном дисперсионном анализе влияния исследованных показателей было выявлено, что часть из них оказывает и совместное действие. Так, доказано совместное статистически значимое влияние на ЭД САД за 24 часа и эндотелий-зависимой вазодилатации ($p=0,00005$); уровня МАД и эндотелий-зависимой вазодилатации ($p=0,00001$).

При трехфакторном дисперсионном анализе выявлено совместное действие на ЭД эндотелий-зависимой вазодилатации, гиперхолестеринемии и гипертриглицеридемии ($p=0,00117$).

Использованные методы многопараметрического анализа позволили разработать несколько вариантов модели комплексного влияния показателей на формирование ЭД.

0601

ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС У ГЕРОНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Попова Е. К.^{1, 2}, Архипова Н. С.²; Попов И. О.¹

¹ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет», Якутск, Россия;

²ФГБНУ «Якутский научный центр клинико-медицинских проблем», Якутск, Россия

Цель: Целью настоящего исследования явилось изучение этнических, возрастных различий в возникновении ИБС и её основных факторов риска у некоренного и коренного населения пожилого, старческого возраста Республики Саха (Якутия).

Дизайн исследования. Было обследовано 442 больных мужчин пожилого возраста, 60 лет и старше (средний возраст $80,24 \pm 1,36$). Исследуемые были подразделены на две группы. В первую группу вошли 234 пациента с ИБС, во вторую группу – 208 без ИБС. Диагноз ИБС верифицирован на основании ЭКГ (Q – позитивные изменения миокарда), ЭхоКГ, средний возраст $79,41 \pm 1,27$. 2 группа больные – геронты ($n=208$) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и деформирующим остеоартрозом (ДОА), (средний возраст $80,64 \pm 1,38$). Все участники исследования в группах были подразделены на подгруппы по возрасту и этнической принадлежности: коренной (К) и некоренной (НК) национальности. В план обследования входили определение анамнеза, физикальное обследование, антропометрия, измерение АД и ЧСС, определение содержания липидного профиля и глюкозы крови, ЭхоКГ. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica for Windows, v. 6.0.

Результаты: Самой частой формой АГ у обследованных геронтов было ИСАГ ($p<0,01$). Уровни САД и ДАД были достоверно выше у больных некоренного этноса ($p<0,001$). Выявлены значимо более низкие показатели ИМТ у якутов по сравнению с представителями некоренной национальности. Среднее

значение ИМТ у якутов составило $25,4 \pm 0,2$ кг/м² в сравнении с лицами некоренного этноса $27,4 \pm 0,3$ кг/м² ($t=5,23$; $p<0,001$). АО достоверно чаще встречалась у лиц некоренной этнической принадлежности (у 162 человек (66,7%)) в сравнении с якутами (у 128 (48,9%) человек; $s_2=16,0$; $p<0,001$). Анализ показателей липидограммы выявил, что у якутов концентрация ХС ЛПВП была значимо выше, чем у лиц некоренного этноса ($1,16 \pm 0,1$ и $0,99 \pm 0,1$ ммоль/л, соответственно, $z=5,34$; $p<0,00001$), а также отмечались более низкие значения ХС ЛПНП ($z=3,53$; $p=0,0004$), ОХС ($z=2,37$; $p=0,018$), ТГ ($z=3,61$; $p=0,0003$). Фактор курения выявил, что у курящих в возрасте 60-74 лет увеличивался риск развития ИБС в 1,5 и определялась более тяжелая степень АГ ($\geq 180/110$ мм рт. ст.).

Таким образом, самой частой формой АГ у геронтов выявлена ИСАГ. Уровни САД, ДАД выше у геронтов некоренного этноса, чем у якутов. Анализ зависимости ФР от возраста и этноса показал, что уровень САД увеличивается с возрастом у лиц НК национальности и не меняется у якутов ($p>0,10$); у якутов отмечается достоверное снижение ИМТ ($p<0,001$). Выявлены значимо более низкие показатели ИМТ у якутов по сравнению с представителями некоренной национальности. Не исключено, что особенности адаптация к холодному климату у мужчин некоренного этноса оказывали отрицательное влияние на факторы МС.

0602

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 60 ЛЕТ И СТАРШЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Попова Е. К.^{1, 2}, Архипова Н. С.²; Попов И. О.¹

¹ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет», Якутск, Россия;

²ФГБНУ «Якутский научный центр клинко-медицинских проблем», Якутск

Цель: Изучение этнических различий метаболического синдрома у мужчин с ИБС старшей возрастной группы коренной и некоренной этнической принадлежности, проживающих в условиях Крайнего Севера.

Дизайн исследования. В исследование было включено 505 пациентов. Критериями включения были: ИБС, наличие информированного добровольного согласия, мужской пол, возраст пациентов от 60 лет и старше (средний возраст $75,5 \pm 0,4$ года; медиана 75 лет). Исследуемые были разделены на две большие клинические группы. В первую группу вошли 262 пациента коренного этноса (средний возраст $74,6 \pm 0,6$ года), во вторую группу – 243 пациента некоренного этноса (средний возраст $76,3 \pm 0,6$ года). Диагноз ИБС был верифицирован на основании данных анамнеза, физического обследования, данных инструментального исследования (регистрация стандартной ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ) и на результатах коронарографии (у части больных). За артериальную гипертензию принимали уровень АД $> 140/90$ мм рт. ст. (ВНОК, 2011). За избыточную массу тела принимали ИМТ ≥ 25 и < 30 кг/м², ожирение при ИМТ ≥ 30 кг/м² (ВНОК, 2011). Абдоминальное ожирение (АО) диагностировали по критериям для жителей Азии – объем талии (ОТ) ≥ 90 см и европеоидной расы ≥ 94 см (IDF, 2005). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica for Windows, v. 6.0.

Результаты: АГ значимо реже наблюдалась среди геронтов-якутов (225 (85,9%) человек в сравнении с некоренными (234 (96,3%) человек ($s_2=16,53$; $p<0,001$). Значимые различия отмечались по уровню САД и ДАД. Так, средний уровень САД в группе геронтов некоренного этноса составил $150,8 \pm 1,4$, а в группе якутов – $141,9 \pm 1,2$ ($t=4,67$; $p<0,001$). Такая же тенденция прослеживалась и в отношении уровня ДАД. Значимые различия отмечались и по предикторам дислипидемии и нарушению углеводного обмена среди больных в зависимости от этноса. Частота ГХС (с критерием ОХС $> 5,0$ ммоль/л) у мужчин-якутов составило (70 (26,7%) человек), что оказалось в 1,5 раза реже в сравнении с больными некоренного этноса (98 (40,3%) человек; $s_2=10,52$; $p<0,001$). Отмечалось увеличение частоты гипо-а-холестерина в 1,6 раза, гиперХС ЛПНП в 1,4 раза, гиперТГ – 1,8 раза у пациентов некоренного этноса в сравнении с якутами ($p<0,001$). С учетом критериев IDF (2005) абдоминальное ожирение достоверно

чаще встречалась у больных некоренного этноса (у 162 человек (66,7%)) в сравнении с якутами (у 128 (48,9%) человек; $\chi^2=16,0$; $p<0,001$).

Заключены Выявлены достоверные различия по комплексу метаболических нарушений в зависимости от этнической принадлежности. Метаболические нарушения у геронтов некоренного этноса являются проявлением дизадаптацией к проживанию в экстремальных условиях Крайнего Севера. В этой связи, необходимо изучение основного обмена веществ и разработкой региональных нормативов для жителей Крайнего Севера с учетом этнической принадлежности.

0603

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Гатаулин Я. А., Курапеев Д. И., Попов М. А., Юхнев А. Д.

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный политехнический университет», Санкт-Петербург

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

На сегодняшний день заболевания, связанные с нарушением мозгового кровообращения вышли на ведущее место среди причин смерти и инвалидизации в развитых странах. Основной причиной инсульта являются стено-окклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий. В диагностике данной патологии наиболее распространенным исследованием является дуплексное сканирование. К сожалению, оно не позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента, и не всегда может ответить на интересующие специалистов вопросы: степень стеноза в «сложной» гемодинамической ситуации (тандемные стенозы, нарушение фракции выброса при аритмиях и т.д.), оценить сдвиговые напряжения, возникающие на стенке сосуда во время сердечного цикла (один из факторов атерогенеза).

Целью работы являлась разработка эффективной методики оценки гемодинамической значимости стенозов брахиоцефальных артерий с учетом индивидуальных особенностей кровотока пациента, расчет сдвиговых напряжений и определение областей сосудистой стенки склонных к развитию атеросклеротических бляшек методом математического (компьютерного) моделирования.

Для проведения исследования были отобраны МСКТ ангиографии пациентов с поражением брахиоцефальных артерий. На полученных данных строилась трехмерная модель сосуда, которая служила для задания граничных условий и являлась основой для построения расчетных сеток. Затем была выполнена разработка математической модели, что предполагает построение замкнутой механико-математической модели процесса, описывающей поведение биологической среды на основе системы уравнений в частных производных механики сплошных сред. Для описания пространственного течения использована модель вязкой несжимаемой жидкости. Кровь моделируется ньютоновской жидкостью с плотностью 1000 кг/м³ и коэффициентом динамической вязкости 0.004 Па·с. Течение ламинарное, пульсирующее. Частота сердечных сокращений составляла 86 ударов в минуту. В расчетах стенки артерии полагались жесткими. На входе в сосуд задавался равномерное распределение скорости. Построенная в программе генератора сеток ICEM CFD v.12 вычислительная сетка содержала в среднем около 600 000 элементов. Расчеты выполнены в программном комплексе ANSYS CFX 12, со вторым порядком пространственной и временной дискретизации по методу конечных объемов с шагом 0.01с.

В результате выполненной работы была разработана математическая модель кровотока дуги аорты и ее ветвей. Создана методика оценки степени стеноза и гемодинамических характеристик потока, его взаимодействия с сосудистой стенкой. Рассчитанное осредненное поле сдвиговых напряжений на стенке показывает, что наиболее опасные места для развития атеросклероза - зоны с отрывом потока (бифуркации, изгибы). В них величина сдвиговых напряжений на стенке мала и не достигает нижней границы физиологического значения -1 Па.

Разработанная методика позволяет выполнять оценку степени стеноза у пациентов со «сложной» гемодинамической ситуацией, что повышает точность диагностики и снижает риск ошибочных заключений. Дает возможность рассчитывать значения сдвиговых напряжений на стенке сосуда для прогнозирования развития атеросклеротических бляшек. В дальнейшем планируется использование данной методики при планировании таких сложных оперативных вмешательств, как дебрининг у пациентов со стено-окклюдированным поражением брахиоцефальных артерий при эндоваскулярных вмешательствах на дуге аорты, шунтирующих операциях.

0604

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Породенко Н. В., Машукова М. Р., Скибицкий В. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель: Проанализировать назначение антикоагулянтных препаратов пациентам с неклапанной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике.

Материалы и методы: Проведен анализ 50 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении №1 Больницы скорой медицинской помощи в течение месяца (27 мужчин и 23 женщины, средний возраст $69,4 \pm 5,6$ лет). Для оценки риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий и риска кровотечений использованы шкалы CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED.

Результаты: При оценке по шкале CHADS₂ в группу низкого и среднего риска развития ТЭО (0-1 балл) попали 6 пациентов, по шкале CHA₂DS₂-VASc – 3 пациента. Баллы ≥ 2 по первой шкале (высокий риск) получило 88% больных, по второй – 94%. Средний балл составил 2,8 (из максимальных шести) и 4,86 (из максимальных девяти) соответственно. Частота встречаемости факторов риска ТЭО распределилась следующим образом: артериальная гипертензия (96%), застойная сердечная недостаточность (92%), атеросклероз (88%), сахарный диабет (24%), ОНМК в анамнезе (12%), женский пол (46%); 35 пациентов (70%) находились в возрасте ≥ 65 лет, из них возраст ≥ 75 лет наблюдался у 22 пациентов (44% от общего числа). При оценке по шкале HAS-BLED высокий риск кровотечения выявлен в 80% случаев (≥ 3 баллов). Средний балл составил 3,06 (из максимальных девяти). Кровотечение в анамнезе или анемия имели место у 5 пациентов, тяжелое поражение печени и ургентный гемодиализ – по 1 пациенту, лабильное МНО – у 7 пациентов из 9, получающих варфарин.

Антикоагулянтная терапия назначалась в стационаре 58% пациентов. 18% больным рекомендовано амбулаторно решить вопрос об их назначении. Чаще всего применялись апиксабан – в 45% случаев, варфарин – 31%, ривароксабан – 21%, дабигатрана этексилат – в 3% случаев. Препараты не назначались в 24% случаев по причинам высокого риска геморрагических осложнений (сумма баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3) или нежелания пациента принимать антикоагулянты, либо отсутствия определенности в выборе препарата к моменту выписки.

Выводы: 1. Антикоагулянтные препараты в стационаре получали всего 58% пациентов.

2. Выявлено увеличение частоты назначения новых оральных антикоагулянтов (2/3 случаев).

3. Требуется усиление мер для повышения комплаентности как пациентов, так и врачей в отношении своевременного применения антикоагулянтной терапии, включая, в том числе, и новых оральных антикоагулянтов.

0605

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИСТРА (НА ПРИМЕРЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Посненкова О. М.¹, Белова О. А.², Рачкова С. А.², Киселев А. Р.¹, Гриднев В. И.¹, Романчук С. В.², Довгалецкий П. Я.¹

¹ НИИ кардиологии ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

² ОБУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Цель: оценить по данным регионального регистра выполнение ключевых мероприятий лечебного процесса у больных артериальной гипертензией (АГ), обратившихся за медицинской помощью в учреждения Ивановской области в 2014 году.

Материалы и методы: Изучены данные 13638 больных АГ, зарегистрированных в регистре Ивановской области за 2014 год. В ведении регистра принимали участие 20 учреждений, среди них 13 центральных районных больниц, 3 городские больницы, 2 поликлиники, 1 областной кардиодиспансер. Оценивалось выполнение мероприятий, которые ассоциированы с достижением целевого артериального давления (АД) по данным федерального регистра АГ: наличие 4 и более результатов измерения АД в течение года, назначение 2 и более антигипертензивных препаратов при неадекватном контроле АД. Результат лечения оценивался как доля лиц, у кого последний результат измерения АД в 2014 г. был менее 140/90 мм рт.ст.

Результаты: Среди 13638 больных АГ, проходивших лечение в учреждениях Ивановской области в 2014 году, только у 197 (1,4%) пациентов имелись результаты 4 и более измерений АД за последние 12 месяцев. АД превышало целевой уровень у 7389 (54,2%) больных, из них 3454 (46,7%) пациентов было назначено 2 и более антигипертензивных препарата. Целевой уровень АД зарегистрирован у 6249 (45,8%) больных АГ.

Выводы: По данным регистра Ивановской области наибольшую проблему в лечении больных АГ представляет динамическое наблюдение. Кроме того, антигипертензивные препараты рекомендованных групп не назначаются в необходимом объеме половине пациентов с неконтролируемым АД. В результате целевой уровень давления достигается лишь у 1/2 больных АГ, обратившихся за медицинской помощью.

0606

СЕРИЯ СЛУЧАЕВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТИКАГРЕЛОРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Починка И. Г., Ботова С. Н., Суворов А. В., Дьячкова К. И., Пиманкина М. С.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ

Цель: оценить безопасность использования Тикагрелора в составе антитромбоцитарной лечения при проведении тромболитической терапии инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST по сравнению со стандартной терапией Клопидогрелем на основании данных Госпитальных регистров острого коронарного синдрома.

Материалы и методы: данные Госпитальных регистров Регионального сосудистого центра на базе ГБУЗНО Городская клиническая больница №13 и первичного сосудистого отделения на базе ГБУЗНО Городская клиническая больница №39 г. Нижнего Новгорода за 2013 год включают 276 случаев применения ТЛТ у больных ИМсПST. Из них в 222 случаях в качестве блокатора P2Y12 использовался Кло-

пидогрель, в 54 случаях выявлено «off-label» использование Тикагрелора. По клиническим характеристикам, определяющим эффективность и безопасность тромболитической терапии, группы не имели отличий. Проводилось сравнение между группами по эффективности реперфузии на основании электрокардиографических и ангиографических критериев, количеству зарегистрированных геморрагических осложнений и летальных исходов. Под ЭКГ-критерием эффективности понимали редукцию элевации ST 50% исходного уровня в течение 60-90 минут от начала проведения ТЛТ. Под ангиографической эффективностью понимали наличие кровотока в инфаркт-связанной артерии 2 или 3 по TIMI при проведении селективной коронарографии (СКГ) в течение первых 24 часов после выполнения ТЛТ. Различия долей оценивали с помощью двухстороннего метода Фишера.

Результаты: тромболитический по ЭКГ-критериям был признан эффективным у 33 (61%) пациентов в «группе Тикагрелора» и 100 (45%) больных в «группе Клопидогреля», $p = 0,048$. Ангиографическая эффективность в «группе Тикагрелора» была обнаружена у 9 больных (39% от числа пациентов, которым выполнена СКГ) против 98 (57%) в «группе Клопидогреля», $p = 0,12$. В «группе Тикагрелора» зарегистрировано 1 нефатальное внутричерепное кровоизлияние (2%). В «группе Клопидогреля» зафиксированы 2 случая внутричерепной гематомы (1%), $p = 0,48$; в одном из этих случаев наступил летальный исход. Кроме того, в «группе Клопидогреля» имелся 1 случай массивного желудочного кровотечения. В «группе Тикагрелора» госпитальная летальность составила 5,6%. Выявлены 3 случая смерти: один от кардиогенного шока, один от фибрилляции желудочков, один от острой левожелудочковой недостаточности. В «группе Клопидогреля» госпитальная летальность оказалась равной 5,4%, $p = 1,0$. Из 12 случаев смерти: 7 обусловлены кардиогенным шоком, 2 - острой левожелудочковой недостаточностью, 2 - разрывом стенки левого желудочка, 1 - внутричерепной гематомой.

Выводы: анализ серии случаев использования Тикагрелора в составе антитромбоцитарной поддержки при проведении тромболитической терапии у больных инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST в реальной клинической практике не выявил увеличения риска геморрагических осложнений по сравнению со стандартной терапией Клопидогрелем.

0607

ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЗАВИСИТ НЕ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА НА СТЕНТИРОВАНИЕ, А ОТ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОСТИ.

Проваторов С. И., Кузнецова Г. В., Потехина А. В., Пылаева Е. А., Масенко В. П., Жарова Е. А., Ноева Е. А., Меркулов Е. В., Самко А. Н.

ФГБУ «Российский Кардиологический Научно-Производственный Комплекс» Минздрава России, Москва

Цель: Изучить долгосрочные изменения концентрации высокочувствительного С-реактивного белка в крови после имплантации сиролимус-содержащих коронарных стентов и связь этих изменений с прогнозом после стентирования.

Материалы и методы: В исследование были включены 260 пациентов со стабильной стенокардией, которым выполнялась имплантация сиролимус-содержащих коронарных стентов. Каждому пациенту были имплантированы от 1 до 5 стентов. Образцы крови для определения содержания С-реактивного белка (вЧСРБ) нефелометрическим методом были получены у каждого пациента перед стентированием, спустя 1, 2, 7 суток, 1, 3, 6 и 12 месяцев после процедуры. По истечении года после стентирования контрольная ангиография была выполнена у 158 пациентов. Рестеноз был выявлен у 21 пациента.

Результаты: На протяжении 7 суток после стентирования концентрация вЧСРБ повышалась в сравнении с исходной 1,7 [0,9-3,3 мг/л] (здесь и далее данные представлены как медиана [25-75 перцентиль]) до максимального уровня 4,8 [2,2-10,1 мг/л] на 2-е сутки после стентирования. Начиная с 1-го месяца и в дальнейшем отмечалось снижение содержания вЧСРБ в крови пациентов в сравнении с

исходным. Минимальное содержание вчСРБ в крови 0,9 [0,5-1,6 мг/л] отмечалось через 12 месяцев после вмешательства. Мы не отметили различий в содержании вчСРБ в крови пациентов с развившимся впоследствии рестенозом и у больных без рестеноза на всем протяжении наблюдения. Концентрация вчСРБ в крови через 3 месяца после стентирования была ниже исходной у 24% пациентов с развивающимся рестенозом и у 56% больных без рестеноза. Положительное значение разницы между исходной концентрацией вчСРБ в крови и концентрацией вчСРБ через 3 месяца после стентирования являлось предиктором развития рестеноза, ОВ=3,3; ДИ (1,2-9,1), $p=0,02$.

Выводы:

После имплантации сиролимус-содержащих коронарных стентов у пациентов со стабильной стенокардией отмечается повышение содержания вчСРБ в крови в течение первой недели и последующее снижение концентрации вчСРБ вплоть до конца 1-го года наблюдения. Длительное (более 3 месяцев) повышение содержания вчСРБ в крови после стентирования может являться предиктором последующего рестенозирования.

0608

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ РЕСТЕНОЗ, СЛУЖИТ ПРИЧИНОЙ ПОВТОРНЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СИРОЛИМУС-СОДЕРЖАЩИХ КОРОНАРНЫХ СТЕНТОВ.

Проваторов С. И., Кузнецова Г. В., Потехина А. В., Пылаева Е. А., Масенко В. П., Жарова Е. А., Ноева Е. А., Меркулов Е. В., Самко А. Н.

ФГБУ «Российский Кардиологический Научно-Производственный Комплекс» Минздрава России, Москва

Цель: Оценить вклад рестенозирования и прогрессирования коронарного атеросклероза в общее количество повторных реваскуляризаций после имплантации сиролимус-содержащих коронарных стентов.

Материалы и методы: В исследование включены 260 пациентов со стабильной стенокардией напряжения, которым выполнялась имплантация сиролимус-содержащих коронарных стентов в связи со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий. Средний возраст пациентов составил 59,2±8,3 года; мужчины составили 83,5% пациентов. Каждому пациенту имплантировали от 1 до 5 стентов, всего было установлено 384 стента. Перед вмешательством у каждого пациента в крови измеряли концентрацию С-реактивного белка нефелометрическим методом (вчСРБ) и общего холестерина. Каждый пациент получал аспирин 100 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут в течение года после вмешательства. По окончании года проводилось контрольное обследование; у всех пациентов с возможными проявлениями ишемии выполнялась коронароангиография.

Результаты: Контрольная ангиография выполнена у 158 (55,7%) пациентов. Рестеноз выявлен у 21 пациента, у 8 из них выполнено повторное вмешательство. Прогрессирование атеросклероза коронарных артерий (появление нового 50% или более стеноза или прогрессирование ранее выявленного стеноза выраженностью 20% и более как минимум на 30%) выявлено у 34 пациентов, у 20 из них выполнено повторное вмешательство. Содержание вчСРБ в крови пациентов с последующим прогрессированием коронарного атеросклероза было существенно выше, чем у пациентов без прогрессирования атеросклероза: 1,94 [0,90-6,03] против 1,40 [0,67-2,43] мг/л, $p<0,05$. Концентрация холестерина в крови у пациентов с последующим прогрессированием коронарного атеросклероза и у пациентов без его прогрессирования существенно не отличалась. 4,55±1,04 ммоль/л против 4,96±1,51 ммоль/л

Пациенты с развивающимся рестенозом и без него не отличались по исходному содержанию вчСРБ в крови: 1,4 [0,7-2,3] и 1,6 [0,8-2,8] мг/л соответственно.

Выводы: Прогрессирование коронарного атеросклероза чаще, чем рестеноз стентированных участков, было причиной повторных реваскуляризаций после имплантации сиролимус-содержащих

коронарных стентов. Прогрессирование коронарного атеросклероза было сопряжено не с исходной концентрацией холестерина в крови, а с содержанием в СРБ.

0609

РИСК РАЗВИТИЯ МАКРОАНГИПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 ПО ДАННЫМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Пушкарева С. В.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{2,3}, Леонова Н. В.¹

КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул¹

ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово²

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул³

Цель: Изучить взаимосвязь кардиометаболических факторов риска (ФР) с макроангиопатиями у пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД 2).

Материалы и методы: исследования: в исследование включены пациенты СД 2, входящие в регистр сахарного диабета Алтайского края за 2011 год. Изучена распространенность стенокардии (Ст), атеросклероза артерий нижних конечностей (ААНК), инфаркта миокарда (ИМ) в текущем году и инсульта (Ин) в текущем году. При исследовании ассоциации осложнений СД 2 с кардиометаболическими ФР сравнивалась распространенность ФР в группе пациентов, не имеющих данные осложнения [группа 1 (контроль)] и в группа с вышеперечисленными макроангиопатиями [группа 2 (сравнения)]. Изучены следующие ФР: возраст, пол, длительность СД до 10 лет и более 10 лет, наличие артериальной гипертензии (АГ) и длительность АГ до и более 10 лет, наличие ожирения (Ож), курение (К), гиперхолестеринемия (ГХС). Набор ФР ограничивался возможностями регистра СД. Проводился логистический регрессионный анализ полученных данных с расчетом отношения шансов (ОШ). Достоверность проверялась с помощью таблиц сопряженности с использованием непараметрического критерия χ^2 -квadrat по Пирсону. Результат считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты: статистически значимо ($p < 0,001$) среди пациентов СД 2 с мужским полом ассоциировались Ст (ОШ 1,4), ИМ (ОШ 2,1), Ин (ОШ 1,4) и ААНК (ОШ 1,1); с возрастом мужчин ≥ 55 лет - Ст (ОШ 1,7), ИМ (ОШ 2,2), Ин (ОШ 1,6), ААНК (ОШ 1,3); с возрастом женщин ≥ 60 лет - Ст (ОШ 1,7) и ААНК (ОШ 1,5); с наличием АГ - Ст (ОШ 6,6), Ин (3,7) и ААНК (ОШ 3,2); с длительностью АГ ≥ 10 лет - Ст (ОШ 1,2), ИИ (ОШ 1,3) и ААНК (ОШ 1,3). ИМ не ассоциировался с АГ и ее длительностью. С длительностью СД ≥ 10 лет ассоциировались Ст (ОШ 2,1) и ААНК (ОШ 4,9); с курением у пациентов СД 2 статистически значимо ассоциировался только ИМ (ОШ 1,7); с гиперхолестеринемией - Ст (ОШ 1,2). Избыточная масса тела и ожирение не имели ассоциации ни с одним проявлением макроангиопатии.

Выводы: Изучение факторов риска развития осложнений СД 2, характерных для конкретного региона (в данном случае Алтайского края), является актуальной задачей профилактики этих осложнений. Для снижения риска макроангиопатий должны разрабатываться профилактические программы, включающие воздействие на те факторы риска, с которыми ассоциируется данное осложнение СД 2.

0610

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

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

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень

Цель: оценить распространенность психосоциальных факторов риска у больных ИБС, перенесших коронарное стентирование (КС).

Материалы и методы: В исследование включались все пациенты, подвергшиеся КС по поводу гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий в Тюменском кардиологическом центре. Всего было обследовано 1018 пациентов: 764 мужчин и 254 женщин. Средний возраст составил $58,9 \pm 9,7$ лет. Уровень социальной поддержки оценивали шкалой MSPSS. Для определения типа личности D применяли опросник DS-14, для определения симптомов тревоги и депрессии – госпитальную шкалу HADS, уровень стресса измеряли шкалой психосоциального стресса Л. Ридера. Такие свойства личности как агрессивность, депрессивность, тревожность и любознательность оценивали с помощью опросника Спилберга-Радюка (STPI). Отклик на анкетирование составил 95,8%

Результаты: Низкий показатель социальной поддержки определялся у 5,7% пациентов, средний показатель у 30,4% пациентов и у 63,9% – высокий. Тип личности D встречался у 31,8% пациентов. Клинически значимая тревога наблюдалась у 19,4% пациентов, субклинически выраженная тревога у 27,6% пациентов. Клинически значимую депрессию диагностировали у 12,1% пациентов, субклиническую депрессию у 24,5% пациентов. Высокий уровень психосоциального стресса определяли у 12,0% пациентов, средний уровень стресса у 48,7% пациентов и низкий у 39,3% пациентов. Средний балл по шкале агрессивность составил $15,5 \pm 3,8$, по шкале депрессивность – $17,8 \pm 4,2$, по шкале тревожность – $17,8 \pm 3,7$ и по шкале любознательность – $30,2 \pm 5,5$.

Заключение В ходе нашего исследования было установлено, что распространенность психосоциальных факторов риска у больных ИБС после КС, была высока. Таким образом, нам представляется обоснованным выявление психосоциальных факторов риска в данной категории больных с целью их модификации в ходе реабилитационного периода.

0611

НАРУШЕНИЕ СНА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Пшеничная Е. В., Тонких Н. А., Бордюгова Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Совокупность метаболических нарушений, объединенных понятием метаболический синдром (МС), длительное время может протекать бессимптомно и нередко возникает в подростковом возрасте. При этом возрастающая распространенность ожирения у детей, а также высокая частота изменений углеводного и жирового обмена на данном фоне, обуславливают актуальность изучения ранних механизмов формирования МС у детей. Известно, что избыточную массу тела чаще имеют люди с недостаточной длительностью сна.

Цель: изучение состояния цикла сон-бодрствование у детей с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: обследовано 82 ребенка 10-17 лет с МС. Диагноз верифицировали согласно критериям Международной диабетической федерации (2007). Для установления характера распределения жира определяли соотношение объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ). При соотношении ОТ/ОБ > 0,85 у девочек и > 0,9 у мальчиков констатировали абдоминальную форму ожирения. Артериальное давление измеряли на правой руке и считали повышенным, если при трехкратном измерении оно превышало 95-й перцентиль для данного возраста и пола (согласно Рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте, Москва, 2012). Качество сна оценивали субъективно путем анкетирования по собственной методике.

Результаты: у 88,4% детей с МС выявлено неудовлетворительное качество сна, 57,2% опрошенных ложились спать позже 23 часов, 15,4% обследованных – около полуночи, 12,4% – после часа ночи. 75,8% респондентов засыпали позже, чем через 15 мин. и имели продолжительность ночного сна менее 7 часов. 60,2% детей неоднократно просыпались в течение ночи. У 55,6% обследованных отсутствовало чувство отдыха после пробуждения. Снижение концентрации внимания отмечалось у 54,4% пациентов, снижение настроения и мотивации к обучению – у 64%, дневная сонливость – у 75% детей. Согласно данным литературы, при дестабилизации ритма сон-бодрствование, в период ночного сна на фоне физиологической активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) также активизируется симпатический отдел, что приводит к одновременной работе обоих отделов ВНС и развитию так называемого «автономного конфуза». Вследствие указанного угнетается функция и

секреция мелатонина, повышается уровень глюкозы и триглицеридов за счет атерогенных фракций, увеличивается синтез и секреция пролактина. В отдаленной перспективе это приводит к стимуляции атеросклероза, развитию артериальной гипертензии, снижению толерантности к глюкозе, повышению массы тела, нарушению менструального цикла и формированию фолликулярных кист яичников.

Выводы: у 88,4% обследованных детей с МС выявлено нарушение цикла сон-бодрствование. При этом снижение концентрации внимания выявлено у 55,6% чел., снижение настроения и мотивации к обучению – у 64% чел., у 75% опрошенных – дневная сонливость. Указанное может являться одним из ранних механизмов формирования метаболического синдрома у детей.

0612

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТРУДОВОМ КОЛЛЕКТИВЕ – ЭКОНОМИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ

Пырикова Н. В.^{1,2}, Осипова И. В.¹, Концевая А. В.³, Зальцман А. Г.², Антропова О. Н.¹

¹ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул¹

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

³ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель: провести клинико-экономический анализ реализации профилактических мероприятий в трудовом коллективе и оценить их целесообразность с позиции работодателя.

Материалы и методы: работники локомотивных бригад 20-55 лет. На первом этапе для оценки ущерба от заболеваний в организованном коллективе проведен анализ «cost of illness». На втором этапе разработаны профилактические мероприятия, которые включали: 1) Информирование и повышение мотивации работников к контролю сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) – ведомственные газеты с рекламой здорового образа жизни (ЗОЖ), интернет-ресурсы, спортивные корпоративные мероприятия; 2) Обеспечение условий для формирования ЗОЖ на рабочем месте – тренажерный зал и кабинет психологической разгрузки в физкультурно-оздоровительном центре локомотивного депо; 3) Школа здоровья на рабочем месте (в локомотивном депо) по ведущим ФР; 4) Углубленное индивидуальное профилактическое консультирование с выдачей дневника самоконтроля. На третьем этапе проведено внедрение профилактических мероприятий в трудовом коллективе (1-я группа), контрольная (2-я группа) находилась под регулярным медицинским наблюдением (предрейсовые осмотры, диспансеризация и медицинская комиссия). На четвертом этапе проведена оценка эффективности профилактических мероприятий в среднесрочном периоде (2010-2012 год): динамика потерь работодателя от пропусков по болезни (сердечно-сосудистые заболевания, ССЗ) работников и возврат инвестиций работодателя (ROI).

Результаты: Анализ «cost of illness» позволил определить, что ССЗ занимают ведущее место по суммарным медицинским (прямым и косвенным) затратам, составляя 30,2%, что определило экономические приоритеты профилактических мероприятий. Через три года в 1-й группе снизилось число случаев временной нетрудоспособности по ССЗ на 32,8%, число дней нетрудоспособности и госпитализации на 34,6%, амбулаторных обращений на 38,3%. Во 2-й группе возросло число случаев нетрудоспособности по ССЗ на 18,2%, число дней на 8,7%, число амбулаторных обращений по причине ССЗ на 34,6%, дней госпитализации на 11,1%. Соответственно, в 1-й группе произошло снижение потерь работодателя от пропусков по ССЗ в 1,6 раза, во 2-й группе через три года отмечен рост потерь работодателя от пропусков по ССЗ в 1,4 раза, по итогу, в 2012г. в 1-й группе потери работодателя от пропусков работников по причине ССЗ были меньше в 2,1 раза, чем во 2-й группе. При анализе экономической целесообразности реализации профилактических мероприятий с позиции работодателя установлено, что на каждый затраченный в 2010г. рубль возврат инвестиций работодателя через три года составил 3,9 рубль.

Таким образом, формирование профилактической среды в организованном коллективе позволяет улучшить состояние здоровья работников и является экономически выгодным для работодателя.

ДИНАМИКА МОТИВАЦИИ И ГОТОВНОСТИ К КОНТРОЛЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У МУЖЧИН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Пырикова Н. В.^{1,2}, Осипова И. В.¹, Концевая А. В.³, Зальцман А. Г.², Антропова О. Н.¹

¹ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул,

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

³ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва

Цель: Оценить динамику информированности и готовности работников к контролю сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) при проведении Школы здоровья на рабочем месте в течение пяти лет.

Материалы и методы: работники локомотивных бригад станции Барнаул, 20-55 лет, машинисты и помощники машинистов. Школа здоровья на рабочем месте (групповое профилактическое консультирование) проводится в локомотивном депо на постоянной основе с 2006 года, 1 раз в неделю, длительностью до 15 минут перед планерным совещанием работников. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии в Школе здоровья, составляет от 50 до 100 человек еженедельно; школы сопровождаются показом слайдов и наглядного материала. Тематика занятий, проводимых в Школе здоровья на рабочем месте, включает основные наиболее важные вопросы по коррекции ведущих ФР, регулярно обновляется и актуализируется. Каждое занятие структурировано: вводная, информационная, практическая, заключительная часть. В конце Школы каждому работнику выдаются памятки, буклеты по теме занятия и изученному ФР. Специально для работников локомотивных бригад разработана анкета по оценке потребности в профилактических мероприятиях и готовности работников к коррекции имеющихся ФР. Анкетирование проводилось на фоне Школы здоровья на рабочем месте в 2006 (исходно) и в 2010 году.

Результаты: Среднее число посещений Школы здоровья на рабочем месте каждым работником составило $14,7 \pm 3,3$ раз в год: от 14 до 17 занятий – 52,8%, от 10 до 13 – 30,5%, более 17 занятий – 16,7% опрошенных. При проведении анкетирования в динамике при реализации Школы здоровья на рабочем месте (2006-2010гг.) уровни своих ФР знали большинство работников: вес 97,8%, окружность талии 93,3% (в 1,8 раза больше, чем в 2006г., $\chi^2 = 36,0$; $p < 0,001$), уровень общего холестерина 95,6% (в 3,8 раза больше, чем в 2006г., $\chi^2 = 89,9$; $p < 0,001$), уровень артериального давления (АД) 94,4% (в 1,4 раза больше, чем в 2006г., $\chi^2 = 19,9$; $p < 0,001$), при этом контролировали уровень АД 77,8%, регулярно принимали антигипертензивные препараты 76,2% (больше, чем в 2006г., соответственно в 1,5 раза, $\chi^2 = 11,7$; $p < 0,001$ и в 1,8 раза, $\chi^2 = 19,7$; $p < 0,001$). На вопрос о знании своего суммарного коронарного риска положительно ответили 53,3% работников, что в 2,6 раза больше, чем в 2006г. ($\chi^2 = 19,7$; $p < 0,001$). В 2010г., по сравнению с 2006г., работников железнодорожного транспорта, считающих необходимым изменить свои привычки в питании было больше в 2 раза (78,9 и 40,1% соответственно, $\chi^2 = 20,1$; $p < 0,001$), в 2,4 раза больше ($\chi^2 = 22,1$; $p < 0,001$) – желающих бросить курить (66,7 и 27,1% соответственно).

Заключение Таким образом, на фоне Школы здоровья на рабочем месте в течение пяти лет в коллективе работников железнодорожного транспорта произошло повышение информированности и готовности работников к коррекции имеющихся ФР: курение, нерациональное питание, АД, абдоминальное ожирение, уровень общего холестерина.

0614

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК С ПРИЗНАКАМИ
СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ
ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

Пыхтина В. С., Стражеско И. Д., Ткачева О. Н., Шарашкина Н. В., Акашева Д. У., Плохова Е. В.,
Кругликова А. С., Браилова Н. В., Бойцов С. А.

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

Введение: Хроническая болезнь почек (ХБП) - фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Пациенты с ХБП, в частности, с уреимией при терминальной почечной недостаточности, представляют собой модель ускоренного атерогенеза. Усиление атерогенеза связывают с окислительным стрессом и хроническим воспалением на фоне повышенного уровня уреимических токсинов, в частности, мочевины. Однако имеются ограниченные данные о влиянии показателей функции почек на проявление атеросклероза у пациентов без ХБП и клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС). Мы предполагаем, что показатели почечной функции могут вносить вклад в развитие субклинического атеросклероза у пациентов без хронической болезни почек. Хроническое воспаление может служить движущим фактором этих изменений.

Цель: Определить взаимосвязь показателей почечной функции с признаками субклинического атеросклероза и вЧС-РБ у пациентов без ХБП.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 253 пациента без ХБП и клинических проявлений ИБС. Средний возраст пациентов составил $51,5 \pm 13,3$ г. Среди них было 172 женщины, 81 мужчина. 55 пациентов имели АГ 1-2 ст. Все пациенты имели нормальную функцию почек (СКФ >60 мл/мин/1,73м²). Уровень альбуминурии (МАУ) у всех пациентов был <30 мг/сут. Определение креатинина, мочевины, вЧС-РБ, МАУ проводилось рутинными методами. Расчет СКФ с помощью формулы MDRD. Ультразвуковым методом с помощью прибора Fillips в общей сонной артерии оценивалась толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) ($>0,9$ мм), наличие атеросклеротических бляшек (АСБ).

Результаты: Статистический анализ результатов проводился с помощью пакета прикладных статистических программ SAS, США. Корреляционный анализ Спирмена показал статистически значимую взаимосвязь уровней СКФ, креатинин, мочевина, МАУ с ТКИМ, АСБ, а также СКФ, креатинина и МАУ с вЧС-РБ ($p < 0,05$ для всех показателей). В ходе многофакторного линейного регрессионного анализа при учете поправки на возраст, пол, АГ выявлена статистически значимая связь уровня МАУ и мочевины с ТКИМ ($p=0,01$, $p=0,003$, соответственно), а также МАУ с АСБ ($p=0,02$), вЧС-РБ ($p=0,04$). Уровни СКФ и креатинина оказались не связаны с ТКИМ, АСБ, вЧС-РБ ($p > 0,05$). Уровень мочевины не был связан с вЧС-РБ и АСБ ($p > 0,55$).

Выводы: У пациентов без ХБП показана взаимосвязь уровней мочевины и МАУ с признаками субклинического атеросклероза (ТКИМ, АСБ). Показана взаимосвязь МАУ с вЧС-РБ – маркером хронического воспаления, что может объяснить связь с атеросклерозом. Таким образом, мочевина и МАУ – мишени для терапевтического воздействия в целях профилактики атеросклероза.

0615

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИПРАГМАЗИИ И ПОЛИТЕРАПИИ
В КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ СТАЦИОНАРОВ КИРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Пьянков В. А., Чепурных А. Я.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: Оценить распространенность полипрагазии и политерапии в кардиологических отделениях стационаров Кировской области.

Материалы и методы: В исследование были включены 100 пациентов проходивших стационарное лечение в кардиологических отделениях стационаров Кировской области в 2014 году. Средний возраст пациентов составил 67 ± 10 лет (50 человек мужчины и 50 человек женщины). Причинами госпитализации в обследованной группе больных в 70% была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в 30% случаев декомпенсация хронической сердечной недостаточности (ХСН). Распространенность полипрагазии и политерапии оценивалась по выписным эпикризам пациентов. Полипрагазией считалось одновременное назначение более 6 препаратов для лечения одного заболевания. Политерапией считалась одновременная терапия более трех имеющихся у пациентов заболеваний.

Результаты: В результате проведенного исследования было выявлено, что 42% пациентов госпитализированных в кардиологические стационары получали более 6 препаратов в течение всей госпитализации. 23% пациентов получали 8 и более препаратов. 37% пациентов после выписки из стационара были рекомендованы более 6 препаратов для постоянного приема. Политерапия одновременно более трех заболеваний в течение госпитализации была выявлена у 20% пациентов. Наиболее частыми причинами политерапии были обострение остеоартроза, полисегментарная дорсопатия позвоночника, острые респираторные вирусные инфекции, аффективные расстройства и обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности полипрагазии и политерапии в кардиологических отделениях стационаров Кировской области. Для уменьшения полипрагазии и политерапии необходимо повсеместное внедрение системы рациональной фармакотерапии, основанной на национальных руководствах, рекомендациях и стандартах лечения.

0616

БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Рагино Ю. И.

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

Важными этиопатогенетическими факторами коронарного атеросклероза наряду с липидными нарушениями, являются и воспалительные и окислительные нарушения.

У мужчин с коронароангиографически документированным коронарным атеросклерозом в результате параллельно проведенных биохимических исследований сосудистой стенки (атеросклеротических бляшек) коронарных артерий и крови определены значимые воспалительные и окислительные маркеры атеросклероза. При преобладании нестабильных атеросклеротических бляшек в коронарных артериях в крови повышены уровни С-реактивного протеина (СРП), интерлейкинов 6 и 8 (ИЛ-6, ИЛ-8), лиганда рецептора CD40 (sCD40L), окисленных аполиipoproteинов липопротеинов низкой плотности (ЛНП), и снижены уровни адгезивных молекул (sVCAM), ингибитора металлопротеиназ 1 типа (ТИМП-1) и резистентность ЛНП к окислению. Между показателями в сосудистой стенке и в крови из воспалительных и окислительных биомаркеров выявлены значимые корреляционные связи и ассоциации для СРП, ИЛ-6, ИЛ-8 и показателей процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).

У мужчин с коронарным атеросклерозом изучены связи биохимических воспалительных биомаркеров атеросклероза с отдаленными 7-ми летними результатами и неблагоприятным прогнозом. При неблагоприятном течении коронарного атеросклероза в отдаленном периоде исходно отмечены в крови уровни вСРП выше в 1,7 раза и фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) выше в 3 раза. Выявлены ассоциации повышенных уровней в крови вСРП ($p=0,01$, отношение шансов, ОШ=1,33) и ИЛ-8 ($p=0,02$, ОШ=1,02) со случаями смерти в отдаленном периоде, ИЛ-6 ($p=0,01$, ОШ=1,02) со случаями развития инфаркта миокарда (ИМ), вСРП ($p=0,02$, ОШ=1,24) с неблагоприятным течением отдаленного периода в целом (смерть, ИМ, утяжеление функционального класса стенокардии).

В мужской популяции изучены связи биохимических окислительных биомаркеров атеросклероза с отдаленными 7-ми летними результатами и неблагоприятным прогнозом. Выявлены значимые ассоциации исходного уровня продуктов ПОЛ в ЛНП ($p=0,019$, Hazard Ratio, HR=1,39) и резистентности ЛНП к окислению на начальной стадии окисления ($p=0,048$, HR=1,18) со случаями инсульта. Выявлены значимые ассоциации концентрации бета-каротина в ЛНП ($p=0,034$, HR=0,98) и концентрации антител к окисленным ЛНП ($p=0,041$, HR=0,99) со случаями сердечно-сосудистой смертности в 7-летней проспекции.

Таким образом, значимыми воспалительными и окислительными биомаркерами коронарного атеросклероза являются повышенные уровни в крови СРП, ИЛ-6, ИЛ-8 и показателей процесса ПОЛ в ЛНП. Повышенные уровни этих биомаркеров ассоциируются с неблагоприятным отдаленным прогнозом.

0617

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ.

Радаева Е. В., Говорин А. В., Чистякова М. В.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г.Чита, Россия

Цель: оценить информативность тканевой доплер-эхокардиографии в оценке диастолической функции сердца у больных хроническим вирусным гепатитом.

Материалы и методы: Обследовано 106 больных хроническим вирусным гепатитом, средний возраст которых составил $33,9 \pm 8,4$. Подавляющее большинство больных были инфицированы вирусом гепатита С – 80 человек, 19 – вирусом гепатита В, 7 – В+С. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, цирроз печени, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца, хронический алкоголизм и другая тяжелая сопутствующая патология. Группу контроля составили 22 человека сопоставимых с исследуемой группой по возрасту и полу.

Оценка диастолической функции сердца проводилась с помощью стандартной доплеровской эхокардиографии (ДЭхоКГ) на аппарате «VIVID – S5» (США) и методики импульсного тканевого доплеровского картирования (ТДЭхоКГ).

Статистическую обработку результатов исследования проводили при помощи пакета статистических программ STATISTICA v. 6.0 (StatSoft Inc., США). Применяли непараметрические методы статистики. Для оценки различия между группами использовали U-критерий Манна-Уитни, для сравнения качественных показателей — критерий χ^2 . Данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25; 75).

Результаты: В зависимости от биохимической активности заболевания печени все больные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили пациенты с лабораторно неактивным гепатитом ($n=38$), 2-ю – с его биохимической активностью ($n=68$).

По результатам эхокардиографического исследования нарушения диастолических свойств левого желудочка при использовании традиционной ДЭхоКГ выявлены у 13% пациентов, одинаково часто во всех группах (11 человек в 2-й группе и 3 в 1-й). Нарушения диастолической функции правого желудочка зарегистрировано у 7% пациентов (у 2 человек в 1-й группе, 5 – во 2-й).

При проведении тканевой доплер-эхокардиографии количество пациентов с нарушением функции расслабления миокарда увеличилось кратно. Так диастолическая дисфункция левого желудочка выявлялась почти в 2 раза чаще чем при стандартном доплеровском исследовании ($p=0,03$), у 21% ($n=22$) больных, и статистически значимо чаще в группе больных активным гепатитом (3 случая в группе неактивного гепатита и 19 в 2-й группе ($p=0,002$)). Нарушение диастолических свойств правого желудочка диагностировано в 6 раз чаще у 38% ($n=40$) больных ХВГ ($p<0,00001$) и также преимущественно у больных с биохимической активностью заболевания печени (11 – в 1-й группе, 29 – во 2-й, ($p<0,0001$)).

Выводы: наиболее информативным методом для оценки ранних нарушений диастолических свойств миокарда желудочков у больных ХВГ является тканевая миокардиальная доплер-эхокардиография.

0618

ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСТРЕСС ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Райх О. И., Сумин А. Н., Индукаева Е. В., Артамонова Г. В.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Цель: Изучение распространенности типа личности Д и взаимосвязь с основными факторами риска ССЗ в популяции сибирского города в рамках эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ

Материалы и методы: Исследование проведено в рамках «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в Российской Федерации (ЭССЕ-РФ). Объектом исследования явилась случайная популяционная выборка мужского и женского взрослого населения в возрасте 25-64 года. В конечном виде объем выборки составил 1610 человек (мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет). Тип личности Д оценивался с помощью опросника DS-14. Сформировано 2 группы больных: 1 группа – пациенты с наличием типа Д (n=231), и 2 группа – пациенты без типа Д (n=1379). В качестве основных ФССР рассматривались артериальная гипертензия, курение, наличие сахарного диабета, гиперхолестеринемия, ожирение.

Результаты: Пациенты обеих групп были сравнимы по возрасту (p=0,113), полу (p=0,412). Распространенность ожирения среди лиц с типом Д (47,6%) была выше, чем в группе без типа Д (37,9%; p=0,006). Получены значимые различия по наличию таких факторов риска как: стаж курения- 12,3 (9,3; 15,6) лет в группе с типом Д и 9,2 (6,2; 12,4) года в группе без типа Д (p=0,009). У пациентов с типом Д чаще встречались гипертоническая болезнь (p=0,033), сахарный диабет (p=0,002), перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака (p=0,041), бронхиальная астма (p=0,046). При проведении логистического регрессионного анализа в итоговую таблицу регрессии вошли 17 показателей, для которых значимость вклада при пошаговом включении была на уровне $\alpha < 0,1$. В наибольшей степени влияли на выявление типа личности Д: наличие СД (ОР 3,48; 95% ДИ 1,53-7,93; p=0,001), ИБС (ОР 2,75; 95% ДИ 1,07-7,04; p=0,034), табакокурение (ОР 1,38; 95% ДИ 1,90-3,34; p=0,001), стаж курения (ОР 1,04; 95% ДИ 1,03-1,00; p=0,036), наличие АГ (ОР 2,12; 95% ДИ 0,75-6,02; p=0,01), индекс массы тела (ОР 1,52; 95% ДИ 1,07-2,14; p=0,02). Для построения моделей многофакторного анализа учитывался парный коэффициент корреляции. По результатам многофакторного анализа в несколько моделей предикторами выявления типа личности Д оставались для таких показателей как наличие АГ (в 2,12 раза), ИМТ в 1,28 раза (p=0,02), стажа курения (в 3,21 раза).

Выводы: Связь психологического дистресса с основными факторами риска ССЗ, такими как АГ, ИМТ, ожирение, курение следует учитывать при скрининговой диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

0619

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОСОСУДИСТОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Ракитов Б. Л., Игнатенко К. Г., Субботина Е. А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Как известно, у 15-30% пациентов с кардиоишемическим синдромом при ангиографическом исследовании коронарных сосудов не обнаруживают гемодинамически значимых нарушений венозного кровотока. Лечение таких пациентов с микрососудистой стенокардией (МС) остается неудовлетворительным. Несмотря на активное применение при МС базисной медикаментозной терапии, вопрос о целесообразности назначения длительной метаболитотропных препаратов остается дискуссионным.

Цель работы заключалась в анализе отдаленных результатов лечения пациентов МС с использованием липосомальных форм фосфатидилхолина и кверцетина.

Материалы и методы: В исследование включено 60 больных МС с наличием продолжительной боли при нагрузке и ишемическими изменениями на ЭКГ при выполнении нагрузочных тестов, неопределённым эффектом от сублингвальных нитратов. Критериями не включения в исследование были: признаки гипертрофии левого желудочка, клапанные пороки сердца, инфаркт миокарда в анамнезе, стенозирующий коронарный атероматозный процесс по данным ангиографии, позитивная проба с ацетилхолином. Методом случайной выборки пациенты были разделены в две однотипные группы наблюдения. В 1-ю включены 30 больных, которые получали бета-адреноблокатор и/или антагонист кальция, ингибитор АПФ, статины, аспирин. Вторая группа наблюдения в дополнение к аналогичному лечению получала внутривенные инъекции «Липина» (липосомальный фосфатидилхолин) по 0,5 гр. на 50 мл. физиологического раствора хлорида натрия внутривенно утром и «Липофлавона» (27,5 мг липосомального лецитина-стандарта и 0,75 мг кверцетина) внутривенно вечером (производственное объединение «Биолек», Харьков, Украина) по 10 дней 4 раза в год.

По результатам клинико-инструментального сопоставления, проведенного через год от начала терапии, у представителей 2-ой группы была выявлена статистически меньшая частота наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии ($\chi^2=12,4$, $p=0,001$ и $\chi^2=5,9$, $p=0,02$ соответственно), диффузных изменений миокарда ($\chi^2=7,8$, $p=0,03$), ишемии миокарда ($\chi^2=10,4$, $p=0,02$), тяжести митральной регургитации ($\chi^2=6,9$, $p=0,02$), диастолической дисфункции ($\chi^2=4,9$, $p=0,04$).

При анализе параметров качества жизни (опросник SF-36), были установлены более высокие значения показателей физического ролевого функционирования, физического функционирования, общего здоровья, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья при достоверном снижении величины показателя боли, что является весьма важным при данной патологии.

Таким образом, годичная терапия больных МС с включением фосфатидилхолина и кверцетина в липосомальной форме является патогенетически оправданным компонентом терапевтической программы, позволяющей снизить порог ангинозной боли, уменьшить явления ишемии миокарда и нарушения сердечного ритма, что в целом оказывает позитивное влияние на некоторые параметры качества жизни.

0620

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ СЕРДЦА ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Рак Л. И., Кашина-Ярмак В. Л., Бессонова И. Н., Костенко Т. А., Введенская Т. С.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

Физические нагрузки являются определенным стрессовым фактором, который способствует, с одной стороны, активизации психофизических резервов подростка, а с другой – при недостаточности адаптационных ресурсов негативно влияет на сердечно-сосудистую систему. Учитывая современные тенденции, предусматривающие расширение охвата подрастающего поколения спортивно-оздоровительными мероприятиями, а также рост патологической пораженности детей с каждым годом, очевидна необходимость уточнения механизмов адаптации растущего организма к физическим нагрузкам различной интенсивности.

Цель работы – изучение адаптационных реакций подростков с патологией сердечно-сосудистой системы в зависимости от уровня их физической активности. Наблюдались 53 подростка 11-17 лет (средний возраст $15,1 \pm 0,3$ лет), проходивших обследование по поводу вторичных кардиомиопатий, отклонений артериального давления или планово как посещающие спортивные секции. Проводились ЭКГ, Эхо-доплер-ЭхоКГ, пробы с дозированной физической нагрузкой. Пациенты были распределены на две группы: в первой уровень физических нагрузок детей ограничивался только уроками физического воспитания в школе (38,6%); во вторую вошли подростки, регулярно занимающиеся в спортивных секциях (61,4%). Морфометрические параметры сердца существенно не отличались у детей обеих групп. Однако показатели насосной функции сердца спортсменов существенно превышали данные детей первой группы (фракция выброса левого желудочка спортсменов 67,9% против 64,5%, $p < 0,05$; ударный объем 70,4 мл против 58,0 мл, $p < 0,01$). Снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (по пробе Руфье) наблюдалось у 47,4% детей, не занимающихся спортом, у которых отмечены неудовлетворительный и слабый результаты. У подростков-спортсменов в 15% случаев зафиксирована слабая реактивность, а у 85% – удовлетворительная, хорошая и отличная. В то же время у половины пациентов обеих групп (50,0% и 54,2% соответственно) отмечалась нормальная вегетативная реактивность (по данным клино-ортостатической пробы). Среди патологических превалировали варианты с недостаточным включением симпатико-адреналовой системы: асимпатикотонический наблюдался у 25,0% подростков первой и 37,5% – второй группы. Частота гипердиастолического варианта была достоверно выше среди пациентов первой группы (25,0% против 4,1% во второй, $p < 0,05$). Гиперсимпатикотонический ответ отмечен в единичных случаях у спортсменов.

Очевидно, что регулярные физические нагрузки позитивно влияют на функциональную способность сердца детей (о чем свидетельствует проба Руфье). Однако высокая частота асимпатикотонической вегетативной реактивности может являться предиктором истощения резервов адаптации сердечно-сосудистой системы в подростковом возрасте на фоне интенсивных спортивных тренировок.

0621

РАЗРАБОТКА И ОПТИМИЗАЦИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК

Расулова З. Д., Камилова У. К., Тагаева Д. Р.

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

Цель: Изучить влияние лозартана на функциональное состояние почек и почечный кровоток у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при II-III функциональном классе (ФК).

Материалы и методы: Обследовано было 28 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС) со II (15) и III ФК (13) ХСН (средний возраст $53,3 \pm 5,8$ лет). Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Больные принимали в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (спиранолактон, бета-блокаторы, антиагреганты) – лозартан (средняя доза препарата составила $66,3 \pm 25,6$ мг/сут). Функциональное состояние почек оценивали по уровню сывороточного креатинина (Кр), СКФ (расчетным методом по формуле MDRD (в мл/мин/1,73 м²)). Оценка почечного кровотока проводилась при помощи аппарата ультразвукового исследования SONOACEX6 (Корея) с определением пиковой систолической и диастолической скорости кровотока (Vs и Vd), усредненной по времени скорости кровотока (Vmean), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных) артерий.

Результаты исследования показали, что у больных II и III ФК ХСН исходные показатели Кр составили $95,62 \pm 10,26$ и $103,9 \pm 9,4$ мкмоль/л, СКФ по формуле MDRD составила $68,4 \pm 11,3$ и $58,1 \pm 9,3$ мл/мин/1,73 м² соответственно.

Анализ данных почечной гемодинамики показал, что у всех пациентов с II-III ФК ХСН на уровне почечных артерий отмечено повышение резистивного и пульсационного индексов ($p < 0,05$) и снижение

показателей скорости кровотока в период диастолы и систолы по сравнению с контролем с более выраженным изменением данных показателей на уровне сегментарных артерий.

Шестимесячное лечение с включением лозартана привело к увеличению СКФ у больных с II и III ФК ХСН на 10,1% и 11,6%, но данный прирост имел достоверные значения только у больных с III ФК ХСН ($p < 0,05$).

Шестимесячное лечение с включением лозартана у больных ХСН II-III ФК привело к снижению RI на 9,9% и 7%, PI - на 15,5% и 13,5% ($p < 0,05$) и увеличение скоростных показателей в период систолы на 9,9% и 11,9% и диастолы на 13,5% и 11,5% ($p < 0,05$) на уровне правой и левой почечной артерии по сравнению с исходными показателями. Также было отмечено улучшение показателей почечного кровотока на уровне сегментарных артерий, но не достигнув достоверных значений.

Выводы: У больных ХСН II-III ФК на уровне почечных и сегментарных почечных артерий было отмечено наряду с увеличением RI и PI, снижение скоростных показателей в период систолы и диастолы по сравнению с показателями контроля. Шестимесячное лечение с включением лозартана улучшает показатели функционального состояния почек с улучшением показателей почечного кровотока на уровне почечных и сегментарных почечных артерий, что характеризует нефропротективный эффект проводимой терапии.

0622

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

Камилова У. К., Расулова З. Д., Тагаева Д. Р.

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

Цель: Изучить влияние лозартана и лизиноприла на толерантность к физической нагрузке и параметры качества жизни (КЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III функциональном классе (ФК).

Материалы и методы: Обследовано было 120 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) I-III ФК (13) с I-III ФК ХСН (средний возраст $53,3 \pm 5,8$ лет). Первую группу (I) составили 60 больных с I ФК (18), II ФК (22) и III ФК ХСН (20 больных), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (спиронолактон, бета-блокаторы, антиагреганты) – лозартан; вторую группу (II) – 60 больных с I ФК (19), II ФК (21) и III ФК ХСН (20) принимали на фоне стандартной терапии – лизиноприл (средняя доза лозартана составила $66,3 \pm 25,6$, лизиноприла – $6,8 \pm 2,6$ мг/сут). Средний возраст больных составил $62,3 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), исследование КЖ больных с помощью «Миннесотского опросника» по суммарному индексу (СИ КЖ), клиническое состояние оценивали по шкале оценки клинического состояния больных с ХСН (ШОКС).

Результаты: Результаты исследования показали, что 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 ($p < 0,001$). Анализ оценки КЖ больных по результатам Миннесотского опросника показал достоверное увеличение СИ КЖ при увеличении ФК ХСН. На фоне 6 месяцев лечения с включением лозартана или лизиноприла было отмечено: у больных с I ФК ХСН первой группы на фоне лечения СИ КЖ, сумма баллов по шкале ШОКС увеличились на 32,4%, 50,7% ($p < 0,001$), а у больных II группы на 25% и 42,6% ($p < 0,001$); со II ФК ХСН у больных 1 группы на 23,8% и 29,2% ($p < 0,001$), а у II группы на 12,8% и 41,8% ($p < 0,001$); с III ФК у больных в группе лозартана на 13,9%, 22,5% ($p < 0,001$), в группе лизиноприла на 8,5% ($p < 0,005$), 18,2% ($p < 0,001$) соответственно по сравнению с исходными показателями, что сопровождалось повышением

дистанции ТШХ у больных с I, II и III ФК первой группы на 13,1%, 14,5% и 16,6% ($p < 0,001$), второй группы на 16,3%, 9,4% и 13% ($p < 0,005$).

Выводы: Таким образом, у больных с ХСН было отмечено достоверное улучшение КЖ больных с ХСН и повышение толерантности к физической нагрузке с увеличением дистанции шестиминутной ходьбы и уменьшением СИ КЖ по данным Миннесотского опросника, суммы баллов по шкале ШОКС в динамике шестимесячного лечения в обеих группах с недостоверным преимуществом в группе лозартана.

0623

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ КАРТИНА АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА И СИСТЕМА ГЕМОРЕОЛОГИИ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Рашид М. А., Карпова Н. Ю., Быкова А. Ю., Шостак Н. А., Погонченкова И. В., Ядров М. Е., Казакова Т. В., Аксенова А. В.

ГОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва; ГБУЗ ГБН[№] 56 ДЗМ, Москва

Цель: изучить показатели реологии крови и гемостаза в зависимости от клинической картины и инструментальных параметров аортального стеноза.

Материалы и методы: включены пациенты с кальцинированным аортальным стенозом (КАС, $n=50$), ревматической болезнью сердца (РБС, $n=17$) и ишемической болезнью (ИБС, $n=30$), в возрасте от 65 до 85 лет. Исследовались следующие показатели гемореологии (ГР): фибриноген, МНО, АЧТВ, РФМК, фибринолиз, агрегация тромбоцитов, фактор Виллебранда (ФВ), гематокрит, а также вязкость плазмы и цельной крови при различных скоростях сдвига.

Результаты: при оценке клинической картины одышка в целом была отмечена в 98% случаев при КАС, 100% - при РБС и в 83,3% случаев при ИБС. В указанных группах пароксизмальная ночная одышка встречалась в 20%, 29% и 7% случаев соответственно. Типичные проявления стенокардии выявлены у 40%, 41% и 43%; головокружения – 50%, 35% и 70%, в том числе и спровоцированные физической нагрузкой – в 22%, 35,3% и 20% случаев соответственно. Среди ассоциированных клинических состояний встречались: ОНМК – 18%, 6% и 13%; острая потеря зрения – 2%, 0% и 7%; ТЭЛА – 2%, 6% и 0%; тромбозы – 12%, 0% и 3,3%. Максимальное значение случаев нарушений ритма выявлено в группе РБС (82,4%) в сравнении с КАС (56%; $p=0,046$) и ИБС (53%; $p=0,045$). Группа КАС отличалась большей частотой встречаемости артериальной гипертензии (96,7%), от группы РБС (76,5%; $p=0,032$) и была сопоставима с ИБС (96,3%).

Максимальными значениями вязкости крови обладала группа РБС. При этом, с увеличением скорости сдвига ее отличие от группы КАС сохранялось, а от группы ИБС – исчезало. Пароксизмы ночной одышки в группе КАС сочетались с уменьшением вязкости крови ($p=0,04$), усилением АДФ-агрегации тромбоцитов в группе РБС ($p=0,01$), а также увеличением вязкости плазмы ($p=0,04$), крови ($p=0,02$) и МНО ($p=0,04$) в группе ИБС. Для стенокардии большую роль играла продолжительность ее существования более 5 лет. Указанное обстоятельство сочеталось с повышением уровня фибриногена с 2,4 до 3,5 г/л в группе КАС ($p=0,03$), снижением вязкости крови при всех скоростях сдвига при ИБС ($p < 0,05$). Для группы КАС большую роль играла продолжительность существования головокружений (более 3 лет), которая сочеталась с удлинением АЧТВ с 26 до 35 секунд ($p=0,02$) и снижением вязкости плазмы ($p=0,005$). В тоже время для групп ИБС и РБС именно наличие головокружений в анамнезе определяло снижение вязкости плазмы и крови ($p < 0,05$). Сопоставление эхокардиографических параметров выявило прямую корреляционную зависимость уровня ФВ от выраженности стеноза аортального клапана ($R=0,28$; $p=0,01$).

Выводы: полученные данные демонстрируют сочетание тромботических состояний с повышением вязкости крови при наличии тенденции к гипокоагуляции. Длительность существования клинических симптомов и тяжесть аортального порока сочеталась с активацией эндотелиального звена гемостаза, что необходимо учитывать при определении показаний к оперативной коррекции аортального стеноза.

0624

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Реброва Н. В.², Анисимова Е. А.¹, Мордовин В. Ф.¹, Карпов Р. С.¹, Рипп Т. М.¹, Саркисова О. Л.², Богомолова И. И.²

НИИ кардиологии, Томск, ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России, Томск

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание, характеризующееся деструкцией суставов, высокой сердечно-сосудистой заболеваемостью (ССЗ) и смертностью. Артериальная гипертония (АГ), важнейший модифицирующий фактор риска ССЗ в общей популяции, встречается у больных РА с частотой от 18 до 70,5%. При этом эффективность лечения АГ при РА остается неудовлетворительной. Сложность лечения АГ при РА обусловлена возможным ослаблением эффективности антигипертензивной терапии вследствие гипертензивного действия противоревматических препаратов, а также отрицательного влияния иммунного воспаления на органы сердечно-сосудистой системы.

Цель: оценить влияние 6-месячной монотерапии амлодипином на показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и состояние сосудистого эндотелия у больных АГ в сочетании с РА.

Обследовано 28 пациентов с эссенциальной АГ с достоверным диагнозом РА в возрасте 59,0[53; 63] лет. Длительность АГ составила 9,0[6; 16] лет, РА – 8,0[5; 13] лет. У 22(79%) больных выявлена АГ 1-2 степени, у 6(21%) – 3 степени. Дислипидемию выявили у 24(86%) больных, атеросклероз сонных артерий со стенозом <30% – у 15(71%), нарушение толерантности к глюкозе – у 3(14%), ожирение I-II степени – у 7(37%) пациентов. До и через 6 месяцев монотерапии амлодипином в дозе 2,5-10 мг в сутки пациентам проводили СМАД, оценивали эндотелийзависимую (ЭЗВД) и эндотелийнезависимую дилатацию плечевой артерии (ЭНВД) по стандартной методике. Средняя эффективная доза амлодипина составила 9,2[7,5; 12,5] мг. Данные представлены в виде Me[Q25; Q75].

По результатам СМАД через 6 месяцев монотерапии амлодипином наблюдали достоверное снижение АД за сутки со 142,0[131; 149]/79,5[77; 91] до 125,0[119; 134]/74,0[69; 78] мм рт. ст. ($p < 0,04$), за день со 145,0[134; 150]/85,0[76; 93] до 132,0[124; 136]/78,0[74; 83] мм рт. ст. ($p < 0,03$), за ночь со 136,0[121; 141]/74,5[67; 82] до 120,0[108; 130]/66,0[61; 76] мм рт. ст. ($p < 0,04$). На фоне лечения амлодипином наблюдали недостоверное изменение количества dipper с 38 до 52%, non-dipper с 33 до 19%, over-dipper с 5 до 19%, night-peaker с 24 до 10% больных. Целевой уровень АД к концу курса терапии амлодипином был достигнут у 22(79%) больных. Исходно выявлена высокая частота нарушения ЭЗВД у 20(71%) больных. Через 6 месяцев терапии амлодипином количество больных с сохраненной ЭЗВД увеличилось не значимо с 8(29%) до 14(50%; $p > 0,05$). Нарушение ЭНВД встречалось реже – у 4(14%) пациентов и оставалось неизменным к концу курса терапии.

Таким образом, у большинства больных АГ, ассоциированной с РА, монотерапия амлодипином оказывала значимый антигипертензивный эффект, но не влияла на сниженную ЭЗВД.

0625

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С МАРФАНОИДНОЙ ВНЕШНОСТЬЮ

Реева С. В.^{1,2}, Малев Э. Г.², Тимофеев Е. В.^{1,2}, Панкова И. А.², Земцовский Э. В.^{1,2}

¹Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 2ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Марфаноидная внешность (МВ) – диспластический фенотип, характеризующийся выявлением не менее 4х костных признаков дизэмбриогенеза без изменений со стороны сердечно-сосудистой и зрительной систем. Признаки МВ могут быть выявлены у практически здоровых лиц молодого возраста. Однако распространенность МВ и кардиальные проявления вегетативной дисфункции у лиц молодого возраста с МВ изучены недостаточно.

Цель: Изучить кардиальные проявления вегетативной дисфункции у практически здоровых лиц молодого возраста с марфаноидной внешностью.

Материалы и методы: Всего обследовано 285 лиц молодого возраста (средний возраст 19,5±2,4лет). Из них 205 практически здоровых студентов СПбГПМУ и 80 пациентов НИЛ соединительнотканых дисплазий СЗФМИЦ. Проведено фенотипическое и инструментальное обследование, которое включало ЭхоКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и вегетативные тесты по D. Ewing. У 72 обследованных выполнен тредмил-тест по стандартному протоколу Bruce.

Результаты: По результатам обследования 205 практически здоровых студентов СПбГПМУ наиболее распространенными диспластическими фенотипами оказались МВ и первичный (классический или неклассический) пролапс митрального клапана (ПМК), выявленные у 15% и 10% обследованных, соответственно. Из числа обследованных юношей сформированы 3 группы: 15 человек с ПМК (1 группа), 30 человек с МВ (2 группа) и 18 человек – группа контроля. Анализ вегетативных тестов показал патологический результат активной ортостатической пробы (АОП), выражающийся в уменьшении коэффициента 30:15 (К 30:15), снижении или избыточном повышении САД в ортоположении лишь у лиц с ПМК (38%) и МВ (53%), что достоверно выше, чем в контроле ($p < 0,01$). Нарушения процессов реполяризации (НПР) в АОП также выявлены только у лиц с ПМК (46%) и МВ (50%). Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) выявил существенное уменьшение показателей, характеризующих выраженность синусовой аритмии у лиц с ПМК и МВ в сравнении с контролем, а также достоверно меньшие значения спектральных показателей ВРС у лиц с ПМК. Такие изменения ВРС и результаты анализа вегетативных тестов принято трактовать как признак повышения симпатического тонуса. По результатам тредмил-теста толерантность к физической нагрузке (ТФН) в группах лиц с ПМК и МВ оказалась достоверно ниже, чем в контроле и составила 10,8±2 МЕТ, 11,4±3 МЕТ и 12,4±3 МЕТ, соответственно. НПР во время тредмил-теста у лиц с ПМК (33%) и МВ (36%) выявлялись значительно чаще, чем в контроле (11%). Экстрасистолические аритмии по результатам ХМ и тредмил-теста у лиц с ПМК и МВ регистрировались значительно чаще, чем в контроле, а экстрасистолия высоких градаций выявлена только у лиц с ПМК и МВ.

Выводы: 1. МВ является одним из наиболее распространенных диспластических фенотипов у лиц молодого возраста. 2. Распространенность и характер вегетативных нарушений, нарушений процессов реполяризации и экстрасистолических аритмий у лиц с МВ существенно выше, чем у практически здоровых лиц без МВ и сопоставима с таковой у лиц с ПМК.

0626

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II – III ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Резанова Н. В., Корниенко Н. В.

Федеральное государственное автономное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И.Вернадского» Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, кафедра внутренней медицины №1, Симферополь, Республика Крым, Россия

Цель: оценить динамику качества жизни больных со стабильной стенокардией II-III функционального класса при назначении блокатора If рецепторов ивабрадина на фоне базисной терапии.

Материалы и методы: Обследовано 28 больных (средний возраст 63 ± 7 года) с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения II-III ф.к. и с синусовым ритмом. Всем пациентам исходно проводились электрокардиографические пробы с дозированной физической нагрузкой. Адекватный контроль симпто-

мов стенокардии и ЧСС на фоне базисной терапии не был достигнут. Все пациенты исходно получали статин, дезагрегантную терапию и антиангинальную терапию.

По данным Холтеровского мониторирования средняя дневная ЧСС - 75 уд/мин, ночная - 68 уд/мин, среднее количество приступов стенокардии 3,8 раза в сутки, что требовало применения в среднем 2,5 доз нитратов короткого действия в сутки.

К лечению был добавлен ивабрадин в дозе 15 мг/сут. Через 3 и 6 месяцев с помощью опроса оценивали частоту приступов стенокардии, среднюю суточную частоту применения нитратов короткого действия, повторяли нагрузочные ЭКГ пробы на фоне проводимой терапии.

Через 3 месяца средняя ЧСС днем была 68, ночью - 59 уд/мин, среднее количество приступов стенокардии сократилось до 2,1, а доз нитратов короткого действия - до 1,5 в сутки.

По итогам 6 месяцев Средняя дневная ЧСС была 66, а ночная - 56 уд/мин. Средняя частота ангинозных приступов составила 1,8 в сутки, потребность в нитратах короткого действия 0,8 доз в сутки.

Толерантность к физической нагрузке, по итогам нагрузочных тестов, повысилась у 67,8% пациентов (n=19).

Заключение Назначение ивабрадина в дозе 15 мг на фоне базисной терапии, а также при недостаточности эффективности бета-блокаторов или противопоказаниях к их применению приводило к улучшению качества жизни, контроля симптомов стенокардии и, у 68% пациентов со стабильной стенокардией II-III ф.кл, позволило добиться улучшения толерантности к физической нагрузке.

0627

МИНЕРАЛЬНЫЕ И КОСТНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Резник Е. В., Гендлин Г. Е., Сторожаков Г. И.

ГБОУ ВПО Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация

Цель: Нарушения минерального и костного обмена (МКН) широко распространены и ухудшают прогноз при хронической болезни почек (ХБП). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) часто осложняется ХБП. Целью работы стало изучение МКН при ХСН.

Материалы и методы: У 207 больных с ХСН I-IV ФК (NYHA) без первичной почечной, костной, аутоиммунной, эндокринной, онкологической патологии (86% мужчин) определены в сыворотке крови концентрации фосфора (P), кальция (Ca, с коррекцией по альбумину), интактного паратгормона (ИПГ), 25-ОН-витамина D, кальцитонина, интактного остеокальцина (ОК), С-концевого телопептида коллагена I типа (СТП), остеопротегерина (ОПГ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ, СКД-ЕPI), экскреция альбумина с мочой (ЭАМ) и минеральная плотность костной ткани (МПК) с помощью DXA L1-4 позвоночника, бедренной кости (Т) и ее шейки (N). Медиана (25;75 процентиля) возраста составили 64,0(57,0;70,0)лет, фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ, Simpson) - 30,8(25,7;37,1)%, длительности ХСН - 53(24-67) месяца.

Результаты: Гипокальциемия выявлена у 48,3% пациентов, гиперкальциемия - у 4,3%, гипофосфатемия - у 10,3%, гиперфосфатемия - у 6,8%. Концентрация кальцитонина составила 4,67(3,99;8,39) пг/мл. Вторичный гиперпаратиреоз был у 59,8(95%ДИ48,0-71,6)%, недостаточность витамина D - у 53,8(95%ДИ38,4-69,2)%. У больных с гиперпаратиреозом были ниже ФВЛЖ, СКФ и выше ЭАМ по сравнению с остальными (p<0,05). Концентрация ИПГ коррелировала с длительностью ХСН (r=0,62, p=0,002) и уровнем витамина D (r=-0,5, p=0,01). Остеопения выявлена у 40,5(95%ДИ22,0-59,0)%, остеопороз - у 32,4(95%ДИ14,7-51,9)% пациентов. МПК коррелировала с выраженностью ХСН (способностью подниматься по лестнице r=0,73, p=0,027 для N; r=0,68, p=0,046 для Т), СКФ (r=0,57, p=0,039 для N; r=0,7, p=0,005 для L1), ЭАМ (r=-0,66, p=0,036 для N; r=-0,69, p=0,026 для Т). Т-критерий коррелировал с этими показателями, уровнем ИПГ (r=-0,47, p=0,033 для N; r=-0,47, p=0,033 для Т; r=-0,51, p=0,019 для L1; r=-0,53, p=0,014 для L4) и витамина D (r=0,63, p=0,029 для L4). ОК составил 17,8(16,0;23,4)нг/мл; СТП-0,41(0,31;0,60)нг/мл; ОПГ-194(151,5; 244,0)пг/мл. Уровень ОК коррелировал с ИПГ (r=0,39, p=0,001),

T-критерием L2 и L4 ($r=-0,35$, $p=0,049$ и $-0,41$, $p=0,019$). СТП коррелировал с СКФ ($r=-0,76$, $p<0,001$), Са ($r=-0,43$, $p=0,045$), P ($r=0,40$, $p=0,046$). ОПГ коррелировал с ИПГ ($r=0,34$, $p=0,014$), кальцитонином ($r=0,28$, $p=0,046$), МПК ($r=0,42$, $p=0,039$ для N, $r=0,47$, $r=0,017$ для T). У больных с остеопорозом, вторичным гиперпаратиреозом и снижением кальцитонина ниже медианы выживаемость была ниже ($p<0,05$). У больных с меньшей концентрацией 25-ОН-витамина D, ОПГ и большей концентрацией СТП выявлялась тенденция к неблагоприятному прогнозу ($p=0,055$, $0,057$ и $0,052$). Прогностического влияния остеопороза выявлено не было. Выводы:

Минеральные и костные нарушения часто встречаются при ХСН и связаны с большей тяжестью клинической симптоматики, кардиоренальной дисфункции и неблагоприятным прогнозом. Необходима разработка методов профилактики и коррекции минеральных и костных нарушений при ХСН с целью улучшения качества жизни и прогноза.

0628

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Реуков А. С., Морошкин В. С., Козленок А. В., Симаков К. В.,

ФГБУ «Северо-западный Федеральный Медицинский Исследовательский Центр» Минздрава России, Санкт-Петербург

Цель: Оценка результатов применения инфракрасного излучения с терагерцевой модуляцией (ИКТГМ) на динамику состояния больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 60 пациентов с ИИ в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст 59 ± 1) из них 24 женщины и 36 мужчин, которые были разделены на две группы: основную (средний возраст 61 ± 1) и контрольную (средний возраст 58 ± 1) по 30 человек в каждой. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Пациенты контрольной группы получали стандартную фармакотерапию и ЛФК, находясь в реанимации и в условиях неврологического отделения стационара. Фармакотерапия включала прием антикоагулянтов, антиагрегантов, гипотензивных, антиаритмических и противолипидемических препаратов. Пациентам основной группы дополнительно к фармакотерапии и ЛФК проводилось транскраниальное воздействие инфракрасным излучением, модулированным терагерцевыми частотами (ИКТГМ) аппаратом ИК-Диполь (ООО «Дипольные структуры», Санкт-Петербург). Спектр излучения аппарата 1–56 мкм с терагерцевой модуляцией 0,086–7,5 мм. Мощность излучения 30 мВт. Плотность потока излучения 2,4 мВт/см². Площадь основания излучателя 79 см². Расстояние от излучателя до кожи 5–10 см. Длительность процедуры 22,5 мин. Курс лечения 8–15 процедур в зависимости от динамики регресса неврологической симптоматики.

Результаты: По сравнению с контрольной группой, у пациентов основной группы уменьшалось время восстановления сознания при его угнетении; регресс неврологической симптоматики, раннее расширение реабилитационных мероприятий, которые наглядно представлены в шкалах Рэнкин, Бартелл, NIHSS, Шестибальная шкала оценки двигательных нарушений (степени пареза). Показатели шкалы Рэнкин в контрольной группе до лечения составляли 4,13 балла, после – 3,1; в основной группе 4,8 и 1,97 соответственно. Показатели шкалы NIHSS: 18,94 и 8,87 баллов в контрольной группе, и 26,73 и 6,37 в основной. Показатели шкалы Бартелл составили: 1,94 до и 11,4 после лечения в контрольной группе, и 0,2 до лечения и 15,8 после лечения в основной группе. Показатели Шестибальной шкалы оценки степени пареза в основной группе составили 0,2 до лечения и 4,27 баллов после лечения; и в контрольной 1,23 и 2,49 соответственно.

Выводы: Использование ИКТГМ в комплексе с медикаментозным лечением у больных с ИИ значительно ускоряет регресс неврологического дефицита (восстановление сознания, речи, зрения, функции тазовых органов), способствует раннему расширению реабилитационных мероприятий, уменьшает частоту осложнений, в том числе повторных инсультов и транзиторных ишемических атак.

0629

СТОИМОСТЬ БОЛЕЗНИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Романенко Т. С., Концевая А. В., Фитилев С. Б.¹

ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава РФ, г.Москва;

¹ГОУ ВПО РУДН, г.Москва

Цель: Провести анализ стоимости болезни (СБ) среди пациентов с артериальной гипертонией (АГ) специализированного кардиологического учреждения в течение 6 месяцев.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе одного из окружных кардиологических диспансеров г.Москвы (КД). Исходно из числа пациентов с АГ, впервые обратившихся в 2010 г. к кардиологу КД, была сформирована первичная выборка участников исследования (N=1766). Второй этап исследования проводился через 6 месяцев после первичного приема кардиолога КД методом телефонного опроса (N=1419). СБ определена с учетом прямых и непрямых затрат, понесенных в течение 6 месяцев. К прямым затратам отнесены расходы на использование ресурсов системы здравоохранения (вызовы скорой медицинской помощи, госпитализации, амбулаторные консультации терапевта и кардиолога) и медикаментозные затраты (лечение АГ/купирование гипертонических кризов (ГК)). В качестве непрямых затрат определялись экономические потери в связи с временной нетрудоспособностью (ВН) работающих пациентов.

Результаты: Суммарные прямые затраты в течение 6 месяцев в среднем составили 9283,13 руб./1 пациента, при этом среди участников исследования с АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС) они оказались в 2 раза выше, чем у пациентов без ИБС (11965,14 руб. и 6415,38 руб. на 1 пациента, соответственно), что объяснимо значительным различием использования ресурсов системы здравоохранения в данных группах. Отмечается существенное превышение показателей СБ у работающих лиц (28654,89 руб./1 пациента) по сравнению с неработающими (10077,29 руб./1 пациента). Данное различие обусловлено значительным вкладом в суммарные затраты непрямых расходов, связанным с ВН у работающих пациентов. СБ по причине большего ресурсного обеспечения оказалась выше среди пациентов периодически/регулярно измеряющих артериальное давление, имеющих возможность использования дополнительного льготного обеспечения, с ИБС, отметивших факт ГК, не принимающих фиксированные комбинации, изменивших схему АГТ, рекомендованную кардиологом КД/отказавшихся от антигипертензивной терапии (АГТ) в отличие от сравниваемых групп участников исследования. Существенный вклад в СБ кроме больших прямых немедикаментозных затрат внесли более высокие медикаментозные затраты у пациентов регулярно принимающих АГТ и принимающих 3 и более антигипертензивных препарата (АГП) по сравнению с периодически принимающими АГТ/отказавшимися от АГТ и использующими в лечении 1-2 АГП участниками исследования. Высокие непрямые затраты, связанные с ВН, привели к получению высоких показателей СБ среди мужчин и пациентов в возрасте до 60 лет.

Выводы: Анализ стоимости болезни позволяет выявить категории пациентов со значительным расходом ресурсов системы здравоохранения.

0630

АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Романенко Т. С., Концевая А. В., Фитилев С. Б.¹

ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава РФ, г.Москва; ИГОУ ВПО РУДН, г.Москва

Цель: Провести анализ «затраты-эффективность» среди пациентов с артериальной гипертонией (АГ) специализированного кардиологического учреждения в течение 6 месяцев.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе одного из окружных кардиологических диспансеров г.Москвы (КД). Исходно из числа пациентов с АГ, впервые обратившихся в 2010 году к кардиологу КД, была сформирована первичная выборка участников исследования (N=1766). Второй этап исследования проводился через 6 месяцев после первичного приема кардиолога КД методом телефонного опроса (N=1419). Стоимость болезни определена с учетом прямых и непрямых затрат, понесенных в течение 6 месяцев. К прямым затратам отнесены расходы на использование ресурсов системы здравоохранения (вызовы скорой медицинской помощи, госпитализации, обращения за амбулаторными консультациями терапевта и кардиолога) и медикаментозные затраты (лечение АГ/купирование гипертонических кризов (ГК)). В качестве непрямых затрат определялись экономические потери в связи с временной нетрудоспособностью (ВН) работающих пациентов. При определении коэффициента затраты/эффективность (КЗЭ) за единицу эффективности принята доля пациентов с достигнутым целевым АД на момент телефонного опроса.

Результаты: В целом среди всех амбулаторных пациентов КД показатель КЗЭ составил 53461,51 рублей на 1% достижения целевого уровня АД на 100 пациентов в течение 6 месяцев. Затраты на достижение единицы эффекта снижения АД оказались ниже у женщин (КЗЭ=45467,75), в возрасте 60 лет и старше (КЗЭ=50293,81), не работающих (КЗЭ=38996,77), регулярно принимающих антигипертензивную терапию (АГТ) (КЗЭ=53562,84), не имеющих возможность использования дополнительного льготного обеспечения (ДЛО) (КЗЭ=33356,98), без ишемической болезни сердца (ИБС) (КЗЭ=30865,14), не имевших ГК за время участия в исследовании (КЗЭ=30930,82), принимающих 1-2 антигипертензивных препарата (АГП) (КЗЭ=50064,28), использующих фиксированные комбинации (ФК) (КЗЭ=41457,52), сохранивших схему АГТ, рекомендованную кардиологом КД (КЗЭ=22788,90) по сравнению с мужчинами (КЗЭ=69947,15), пациентами в возрасте до 60 лет (КЗЭ=55919,25), работающими (КЗЭ=78489,48), периодически принимающими АГП/отказавшимися от АГТ (КЗЭ=60311,92), имеющих возможность получения препаратов в рамках ДЛО (КЗЭ=80169,74), с ИБС (КЗЭ=77705,96), указавшими факт наличия ГК в течение 6 месяцев с момента первичной консультации в КД (КЗЭ=242770,73), имеющих в схеме лечения АГ 3 и более препарата (КЗЭ=79139,40), не использующих ФК (КЗЭ=60430,06), не соблюдающих рекомендации кардиолога по схеме АГТ/прекратившими прием АГП (КЗЭ=71861,38).

Выводы: Выявленные факторы, ассоциированные с низкой целесообразностью расходов с экономических позиций, в ряде случаев являются корректируемыми (содержание схемы АГТ, приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций), и при их устранении следует ожидать оптимизации расходов на лечение АГ.

0631

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПОДВИЖНОГО СОСТАВА

Романова Н. А.

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

Цель: изучить частоту врожденной патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) у лиц молодого возраста ведущих железнодорожных профессий для обеспечения безопасности движения поездов.

Материалы и методы: Помимо рутинных методов исследования, проводились электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ), доплерэхокардиография (ДЭхоКГ).

Результаты: Под наблюдением находился 121 пациент (мужчины) в возрасте от 18 до 44 лет, средний возраст составил 28,9±0,4 лет. Установлены диагнозы: практически здоров – 36 чел.(29,8%), вегетососудистая дистония с нарушениями ритма у 62 чел.(51,2%), врожденная патология ССС у 23 чел.

(19,0%), Синдром WPW выявлен у 7 чел., двустворчатый аортальный клапан (ДАК) – у 6 чел., первичный пролапс митрального клапана (ППМК) – у 4 чел., открытое овальное окно (ООО) – у 2 чел., дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – у 1 чел., миксоматозная дегенерация АК – у 1 чел., синдром СЛС – у 1 чел., ложная хорда левого желудочка (ЛХЛЖ) – у 1 чел. С помощью ЭКГ, СМЭКГ и ВЭМ обнаружен синдром WPW. При ДЭхоКГ выявлены ДАК, ППМК, ООО, ДМПП, ЛХЛЖ, миксоматозная дегенерация АК. Синдром СЛС установлен при проведении ЭКГ исследования и СМЭКГ. Переносимость физической нагрузки при ВЭМ исследовании была средней у всех обследуемых. У 5 из 7 пациентов выявлена постоянная форма синдрома WPW, сохранявшаяся при проведении ВЭМ, у 1 из них обнаружен перемежающийся синдром WPW, исчезнувший при нагрузке и на 1-й минуте отдыха; на 2-й минуте отдыха диагностирован пароксизм суправентрикулярной реципрокной тахикардии с числом сердечных сокращений до 230 в 1 мин., сохранявшийся до 10-й минуты отдыха и не купированный с помощью вагусных проб. Пациент помещён в палату интенсивной терапии, где проводилась антиаритмическая терапия, в последующем отстранён от работы, связанной с движением поездов. У пациента с ООО при проведении ВЭМ установлена дистоническая реакция на физическую нагрузку: снижение артериального давления (АД) до 90/60 мм рт. ст. при нагрузке 50 ватт и в дальнейшем низкие цифры диастолического АД, гипотония во время отдыха с 7-й минуты; при СМЭКГ в течение 27% времени исследования выявлена выраженная синусовая аритмия (90-60), которая чередовалась с эпизодами синоаурикулярной блокады II степени. Больной не допущен к работе.

Выводы: Врождённая патология ССС установлена у 19,0% лиц молодого возраста подвижного состава. При проведении ВЭМ у 2 чел. (1,7%) обнаружено сложное нарушение ритма и проводимости. Указанные пациенты отстранены от работы, связанной с движением поездов, в целях обеспечения безопасности движения поездов.

0632

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ДЕФОРМАЦИОННЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ STEMI

Романовская Е. М., Томашевская Ю. А., Олейников В. Э.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», Пенза, Россия

Цель: изучить влияние реваскуляризации на деформационные характеристики миокарда у больных STEMI с помощью технологии X-Strain.

Материалы и методы: 1-я группа включала 48 пациентов со STEMI, состоявших из 44 мужчин и 4 женщин в возрасте от 34 до 65 лет (47,56±9,9 лет), и контрольная 2 группа – 20 здоровых добровольцев (12 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 30 до 58 лет (52,2±9,4 лет). Критериями включения в группу 1 было отсутствие предшествующих инфарктов в анамнезе и другой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Инфаркт миокарда подтверждали по данным ЭКГ, уровню кардиоспецифических маркеров некроза миокарда (тропонин Т, КФК-МВ) и результатам коронароангиографии (КАГ) при наличии одной инфаркт-связанной коронарной артерии. 2 больным проводилась тромболитическая терапия (ТЛТ), 33 – чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 13 – ТЛТ и ЧКВ. Эхокардиографическое обследование (ЭХО-КГ) проводили на ультразвуковом сканере MyLab 90 (Esaote, Италия) на 6 – 7 день от начала заболевания. Для оценки показателей глобальных деформаций использовалось программное обеспечение X-Strain™. Определены следующие деформационные показатели: глобальная продольная деформация (Global Longitudinal Strain) (GLS), глобальная циркулярная деформация (Global Circular Strain) (GCS) и глобальная радиальная деформация (Global Radial Strain) (GRS).

Результаты: 1 группа была разделена на 2 подгруппы с учетом оценки эффективности реваскуляризации по шкале TIMI: в подгруппу 1а (71%) вошли пациенты с хорошим ангиографическим результатом (TIMI 2-3), в подгруппу 1б (29%) – с неудовлетворительным реперфузионным эффектом (TIMI 0-1). GLS в подгруппе 1а и 1б составляла 20,2±4,14 и 11,44±5, в контрольной группе – 20,3±2,6. Таким образом, показатели GLS в подгруппе 1а практически не отличались от контрольных значений и снижа-

лись в подгруппе 1б на 44% ($p=0,001$). GCS в исследуемых группах составляла $22,27\pm 5,72$, $17,07\pm 4,97$ и $25,1\pm 4,01$ соответственно. В подгруппе 1а отмечалось снижение значений GCS на 11% по сравнению с контрольными показателями, в подгруппе 1б – на 32% ($p=0,001$). GRS у больных с TIMI 2-3 на 12% ($37,57\pm 13,88$) превышала результаты контрольной группы ($33,5\pm 2,19$); с TIMI 0-1 была достоверно ниже на 22% ($26,19\pm 7,92$; $p=0,001$).

Выводы: показатели глобальной деформации миокарда у больных STEMI, подвергшихся реваскуляризации, существенно зависят от ее эффективности по шкале TIMI. При TIMI 0-1 снижаются показатели всех видов глобальной деформации левого желудочка. У больных с TIMI 2-3 отмечалось сохранение глобальной продольной и увеличение глобальной радиальной деформации.

0633

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ

Ромашов Б. Б.

ГБОУВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко Воронеж, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) и развитие осложнений, обусловленных этой патологией, являются одной из основных причин нетрудоспособности и смертности населения. Большой интерес представляет лечение, направленное на коррекцию системного воспалительного ответа, при артериальной гипертензии, особенно в период развития гипертонических кризов.

Целью настоящего исследования было определение эффективности применения противовоспалительного лечения при гипертоническом кризе.

Материалы и методы: В исследование было включено 69 пациентов с первичной артериальной гипертензией, средний возраст $58\pm 3,4$ года, с развитием гипертонического криза. Обследованные больные были распределены на 2 группы: 1 группа включала 36 пациентов с артериальной гипертензией, получавших стандартную гипотензивную терапию в сочетании с одновременным назначением кетопрофена, 2 группа включала 33 пациента, получавших только гипотензивную терапию (контрольная). Кетопрофен назначали коротким курсом в первые 2 дня терапии.

Проведенные обследования включали стандартные клинические и лабораторные исследования, выполнение суточного мониторирования артериального давления (СМАД) на аппарате «КАРДИОТЕХНИКА-04-АД-3 (М)», проведение транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС) на аппарате LOGIQ7 с проведением функциональных проб. При изучении когнитивных нарушений использовали Mini-Mental State Examination (MMSE). Инструментальные исследования и изучение когнитивных нарушений проводили на третий день лечения.

Обработка полученных данных производилась на компьютере в программе Statistica 6.0. Достоверными считали результаты при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты: Динамика параметров мозговой гемодинамики при проведении пробы с задержкой дыхания (метаболический механизм) имела одинаковую положительную направленность в обеих группах и заключалась в увеличении Vps, Ved и снижении RI. Процент прироста Vps у больных АГ в 1 группе составил 29,7%, во 2 – 19,1%, что характеризует недостаточность функционального резерва мозгового кровообращения во втором случае ($p < 0,05$).

Нарушение когнитивных функций было выражено в меньшей степени у больных 1 группы, получавших комбинированную терапию, в сравнении со 2 группой: по тесту MMSE — $23,2\pm 0,6$ и $26,0\pm 0,4$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Выводы:

Включение противовоспалительных средств в неотложную терапию гипертонического криза оказывает положительное влияние на динамику функционального резерва церебральных артерий, улучшение когнитивного статуса пациентов.

При гипертоническом кризе развивается системная воспалительная реакция, которая утяжеляет состояние пациента и ухудшает прогноз.

0634

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Рубаненко А. О., Щукин Ю. В., Терешина О. В.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Цель: Оценить распространенность аритмий у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: Обследовано 7385 пациентов в возрасте от 60 до 74 лет, из них 3684 мужчин и 3701 женщин, проходивших стационарное лечение в клиниках ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России в период с 2013 по 2014 год. Всем пациентам регистрировалась электрокардиограмма в 12 стандартных отведениях на 12-канальном компьютерном электрокардиографе «Миокард-12» (НИМП ЕСН и лаборатория искусственного интеллекта, Саров, Нижегородская область, Россия).

Результаты: Из всех обследованных различные аритмии были выявлены у 3096 (41,9%) пациентов. Среди аритмий чаще всего встречалась фибрилляция предсердий - у 457 (14,8%) пациентов. Среди остальных нарушений ритма желудочковая экстрасистолия отмечена у 321 (10,4%), суправентрикулярная экстрасистолия - у 316 (10,2%), синусовая аритмия - у 196 (6,3%), миграция водителя ритма - у 193 (6,2%), трепетание предсердий - у 67 (2,2%), ниже-предсердный ритм - у 58 (1,9%) пациентов. Частой находкой на ЭКГ была синусовая брадикардия - у 1152 пациентов (37,2%) и синусовая тахикардия - у 685 (22,1%). При анализе распространенности различных нарушений ритма среди всех обследованных пациентов пожилого возраста, фибрилляция предсердий встречалась у 6,2%, желудочковая экстрасистолия - у 4,3%, суправентрикулярная экстрасистолия - у 4,3% пациентов, синусовая аритмия - у 2,7%, миграция водителя ритма - у 2,6%, трепетание предсердий - у 0,9%, ниже-предсердный ритм - у 0,79% пациентов. У пациентов пожилого возраста, включенных в исследование, встречаемость фибрилляции предсердий у мужчин была на 3,6% выше, чем у женщин ($p=0,001$). По другим аритмиям различия по полу не достигли статистической значимости.

Выводы: У пациентов пожилого возраста терапевтического профиля различные аритмии встречаются в 41,9% случаев, из них наиболее часто - у 14,8% пациентов, выявляется фибрилляция предсердий. Распространенность фибрилляции предсердий в субпопуляции пациентов пожилого возраста составила 6,2%, при этом у мужчин это нарушение ритма встречалось на 3,6% чаще, чем у женщин.

0635

ВЛИЯНИЕ МНОГОСОСУДИСТОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Рубаненко О. А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель: Оценить распространенность фибрилляции предсердий после одно- и многососудистого коронарного шунтирования.

Материалы и методы: исследования. Обследован 431 пациент, подвергавшийся операции коронарного шунтирования в период с 2013 по 2014 гг. Пациенты распределены на 4 группы: 1 группа - с однососудистым шунтированием, 2 группа - с двухсосудистым, 3 группа - с трех- и 4 группа с четырехсосудистым шунтированием.

Результаты: За период наблюдения ПОФП возникла у 6,4% пациентов в 1 группе, у 18,8% во 2 группе, у 17% в 3 группе и у 19,4% пациентов в 4 группе. При сравнении групп не было выявлено различий по клиническим характеристикам, кроме сахарного диабета, который чаще отмечался в 3 и 4 группе по сравнению с 1 группой. Из эхокардиографических показателей обращает внимание больший передне – задний размер левого предсердия в группах с многососудистым шунтированием, в частности во 2, 3 и 4 группах на 9,3%, 7,8% и 8,9% больше чем в 1 группе. При проведении коронарографии стволное поражение ЛКА $\geq 50\%$ наблюдалось в 3 группе по сравнению с 1 группой. У больных 2, 3, 4 группы время пережатия аорты было на 23%, 42% и 52% соответственно больше чем в 1 группе. Время ИК среди пациентов с многососудистым шунтированием на 19%, 36% и 47% соответственно было продолжительнее при сравнении с 1 группой. Время ишемии у пациентов 2, 3, 4 группы было больше на 81%, 85% и 88% соответственно больше.

После выполнения многофакторного анализа предсказательная ценность сохранилась для следующих параметров: время пережатия аорты более 36 минут – 1,7 (95% ДИ, 1,1-3,2, $p=0,03$), для времени ишемии более 19 минут составило 2,0 (95% ДИ, 1,1-3,7, $p=0,02$), возраст более 59 лет – 2,4 (95% ДИ, 1,3-4,4, $p=0,005$), размер левого предсердия более 39 мм – 3,7 (95% ДИ, 2,1-6,6, $p<0,0001$), фракция выброса менее 51% – 1,9 (95% ДИ, 1,3-3,3, $p=0,04$). В то же время для времени ИК более 56 минут – 1,2 (95% ДИ, 0,56-2,8, $p=0,5$) значение p стало недостоверным.

Выводы: Таким образом, в нашем исследовании фибрилляция предсердий в раннем послеоперационном периоде наиболее часто встречалась при многососудистом коронарном шунтировании. При этом на риск развития аритмии наиболее значимое влияние оказывал размер левого предсердия.

0636

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Рубаненко О. А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Цель: Провести сравнительный анализ клинической картины пациентов гериатрического профиля с ФП.

Пациенты и методы. Обследовано 768 пациентов с ФП, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Клиник СамГМУ и кардиологических отделениях ГБУЗ СОККД с июня 2013г. по октябрь 2014г. Больные разделены на 3 группы: 1 группу составили 286 больных (37%) в возрасте до 60 лет; 2 группу – 340 пациентов (44%) пожилого возраста, 3 группу – 142 человека (18%) старческого возраста.

Результаты: Больные пожилого и старческого возраста были в преобладающем большинстве представлены женским полом по сравнению с лицами трудоспособного возраста ($p<0,05$). Постоянная форма ФП встречалась чаще во 2 группе на 15% и в 3 группе на 21% чаще в сравнении с 1 группой ($p<0,05$).

Длительность ФП в 3 группе была на 23% больше в сравнении с 1 группой ($p<0,05$). CHA₂DS₂Vasc во 2 группе – на 49%, в 3 группе – на 67% больше по сравнению с 1 группой ($p<0,05$). Шкала HASBLED во 2 группе составила на 25%, в 3 группе – на 36% больше по сравнению с 1 группой ($p<0,05$). Индекс EHRA достоверно не различался между группами.

Средний уровень систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), частота сердечных сокращений (ЧСС) статистически значимо не отличались между группами ($p>0,05$). Коморбидная патология (стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, сахарный диабет, заболевания органов дыхания и мочевого выделения) встречалась чаще у пациентов старческого возраста.

Выводы: У пациентов пожилого и старческого возраста фибрилляция предсердий сочетается с различными кардиоваскулярными (перенесенный инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертензия) и заболеваниями

органов дыхания, мочевыделения. При этом с возрастом увеличивается частота коморбидной патологии, что обуславливает тяжесть состояния пациентов.

0637

ОТНОШЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ FGF-2 / TGF- β 1 В ЭНДОТЕЛИАЛЬНОМ СЛОЕ СТЕНКИ БРЮШНОЙ АОРТЫ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

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

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

Цель: исследовать соотношение экспрессии основного фактора роста фибробластов (FGF-2) и трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF- β 1) в эндотелиальном слое стенки брюшной аорты крыс линии Вистар при различных вариантах хронического стресса в эксперименте.

Материалы и методы: исследования. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Моделирование хронического холинергического стресса (ХХС) — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Моделирование стресса со смешанным влиянием (ХСС) — 10 крысам в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводились одновременно адреналин из расчета 50 мкг/кг и прозерин из расчета 20 мкг/кг. Затем во всех трех сериях крыс под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. В качестве контроля исследованы 10 крыс-самцов соответствующего возраста и массы, не подвергавшиеся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Для иммуногистохимического исследования использовались мышинные моноклональные антитела к TGF- β 1 (TB21) в разведении 1/100, кроличьи поликлональные антитела к FGF-2 (147) в разведении 1/400 производства Santa Cruz Biotechnology, Inc., США. TGF- β 1 и FGF-2 – позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание, по степени окрашивания выделяли клетки с сильной и средней экспрессией. Рассчитывался показатель отношения FGF-2/TGF- β 1. При статистической обработке полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты: в эндотелиальном слое показатель отношения FGF-2/TGF- β 1 при ХАС уменьшился в 2,1 раза по сравнению с контрольной серией (с 1,24 до 0,61) и это уменьшение произошло за счет значительного увеличения выработки TGF- β 1 в 3,5 раза по сравнению с контрольной серией ($p < 0,05$). При ХХС показатель отношения FGF-2/TGF- β 1 увеличился в 3,2 раза (с 1,24 до 4,0), причем за счет выраженного в 3,2 раза увеличения экспрессии FGF-2 ($p < 0,05$). То есть выработка факторов роста фибробластов идет разнонаправлено при различных вариантах хронического стресса. При ХСС значение показателя отношения FGF-2/TGF- β 1 в эндотелиальном слое занимало промежуточное положение и составило 2,6 (в 2,1 раза больше чем в контрольной серии). Увеличение этого показателя как и при ХАС связано с увеличением выработки FGF-2, но в меньшей степени ($p = 0,066$).

Учитывая патофизиологические особенности воздействия FGF-2/TGF- β 1 можно предполагать особенности формирования фиброза при том или ином варианте стресса.

0638

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ МНОГОКОМПОНЕНТНУЮ ГИПОТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Руденко Б. А., Шаноян А. С., Ахадова А. Ш., Андреев Е. Ю., Власов В. Ю., Бойцов С. А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, Москва

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность денервации почечных артерий у пациентов с артериальной гипертонией, принимающих многокомпонентную медикаментозную терапию (три антигипертензивных препарата + диуретик).

Материалы и методы: в исследование включено 19 пациентов с артериальной гипертонией (10 мужчин, 9 женщин), которым выполнена процедура почечной абляции по унифицированному протоколу – 5 точек приложения радиочастотной энергии с каждой стороны, подача радиочастотной энергии в течение 2 минут с обязательным изменением импеданса тканей в пределах 10-20% (показатель эффективной деструкции ткани и изменения сопротивления). Средний возраст пациентов составил 55 ± 7 лет, средняя продолжительность гипертонической болезни – 14 ± 6 лет. ИБС выявлена у 8 (42%) больных, атеросклероз брахиоцефальных артерий – у 16 (84%), сахарный диабет – у 5 (26%), синдром ночного апноэ – у 2 (10.5%) больных. Все пациенты принимали многокомпонентную медикаментозную терапию (минимум 3 антигипертензивных препарата + диуретик), 5 (26%) пациентов – симпатолитики центрального типа действия.

Результаты: среднее САД, измеренное на приеме врача (“офисное” САД), до процедуры почечной абляции составляло 175 ± 30.4 мм.рт.ст., через 3 месяца после процедуры – 127 ± 24.3 , $p < 0.0001$. Среднее ДАД до процедуры составляло 93 ± 12.6 мм.рт.ст., после процедуры – 78 ± 11.4 мм.рт.ст. Среднее количество антигипертензивных медикаментов, принимаемых до процедуры, составило 4.6 ± 1.2 , после процедуры – 2.8 ± 1.6 , $p < 0.01$. В ближайшем послеоперационном периоде, осложнений, связанных с радиочастотным воздействием на почечные артерии, не было. У 1 (5.2%) пациента отмечена гематома в месте пункции. Через 3 месяца после проведения почечной денервации не было выявлено стенозов почечной артерии по данным УЗДГ, не наблюдалось снижение СКФ и повышения уровня креатинина.

Заключение проведение почечной денервации по протоколу, мониторирующему признаки эффективной радиочастотной деструкции симпатического нервного сплетения, сопровождается выраженным клиническим снижением АД у пациентов, находящихся на лечении многокомпонентной антигипертензивной терапией.

0639

ПОВЫШЕНИЕ ТОЧНОСТИ И ИНФОРМАТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИМПЛАНТИРУЕМЫХ УСТРОЙСТВ НОВЫМ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ФАЗОВОГО АНАЛИЗА СЕРДЕЧНОГО ЦИКЛА

Руденко М. Ю., Зернов В. А., Воронова О. К.

Российский Новый университет, г. Москва, Россия

Цель: Значительное повышение точности и информативности диагностики и контроля качества имплантируемых устройств новым мультипараметрическим методом фазового анализа сердечного цикла.

Материалы и методы: В основе метода лежит научное открытие режима сверхтекучести крови в крупных кровеносных сосудах, которое обеспечивается фазовым функционированием сердечно - сосудистой системы. Метод является первым косвенным методом измерения фазовых объемов крови. Высокая точность обеспечивается математическими уравнениями описывающими режим сверхтекучести. Регистрируя только одно отведение ЭКГ, но в оригинальном отведении, которым является восходящая аорта, а также синхронно с ней реограмму восходящей аорты, метод позволяет не только измерять 7 фазовых объемов крови в каждом сердечном цикле, но и качественно оценивать функции каждого сегмента сердца и аорты.

Результаты: Метод прошел сравнительные клинические исследования с прямыми методами измерения термодилуции и Фика. Результаты показали значительное превосходство нового косвенного метода измерения, получившего название мультипараметрического, за счет его возможностей диагностики. Разработанный прибор, основанный на теории сверхтекучести крови, выпускается серийно с 2004 года. Имеет сертификаты РФ и ЕС. Прибор, позволяет с высокой точностью отслеживать любые изменения в работе сердечно-сосудистой системы. При имплантации различных устройств, таких как электрокардиостимуляторы или клапаны аорты, оперативно отслеживает качество их функционирования.

Выводы: Мультипараметрический метод фазового анализа сердечного цикла впервые предоставил возможность точно оценивать качество работы имплантируемых устройств. Особенно важно, что с его помощью можно отслеживать точность функционирования механизма регуляции диастолического артериального давления и систолического. Это дает возможность совершенствовать имплантируемые устройства и приближать замещаемые ими функции к реальным.

0640

ЭНДОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ СЕРДЦА ПРИ СТРЕССЕ

Руденко Н. С., Максимов В. Ф., Коростышевская И. М.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины»,
Новосибирск, Россия

Эндокринную функцию сердца обеспечивают предсердные натрийуретические пептиды (ANP), которые усиливают диурез и расширяют сосуды. Они являются антагонистами активных при стрессе гипертензивных нейрогуморальных регуляторных систем. Эффективная работа стресс-лимитирующих систем предотвращает переход неспецифической адаптации в звено патогенеза гипертензии и многих других сердечно-сосудистых заболеваний. Для выяснения роли сердечных гормонов в стресс-реакциях определяли содержание ANP в крови иммуноферментным анализом (ab 108797 – ANP Rat ELISA Kit, Великобритания) и изучали морфологию клеточных источников пептида (миоэндокринных клеток предсердия) у крыс линии WAG в условиях иммобилизационного стресса. В эксперименте 6 самцов ежедневно в течение 4 суток высаживали в тесные клетки на 20 мин., 6 контрольных крыс - интактные. Препараты уха правого предсердия приготавливали по стандартным методикам, исследовали в световом (AxioStar plus, Германия) и электронном (JEM-1400, Япония) микроскопах, стереоморфометрию проводили в пакете iTEM 5.1 (Япония).

У крыс в эксперименте артериальное давление было достоверно выше, чем в контроле ($123 \pm 2,9$ и $144 \pm 3,5$ мм рт. ст., соответственно), а концентрация ANP в сыворотке крови оказалась почти в 6 раз ниже (медианы 1,53 и 0,24 нг/л). Гистологическое исследование показало, что при неизменном диаметре мышечных клеток (8,4-8,9 мкм) паренхимо-стромальное отношение за счет выраженного отека интерстиция снижается более чем вдвое (с $5,0 \pm 0,22$ до $2,3 \pm 0,07$), капилляры сильно расширены - удельная площадь просвета единичного капилляра оказывается на 60% больше, чем в контроле. Ультраструктурная композиция миоэндокринных клеток в условиях стресса заметно изменена, появляются признаки кальциевой перегрузки митохондрий. Секреторные гранулы, содержащие прогормон, встречаются около ядра и между миофибриллами почти в два раза чаще, чем в контроле (183 ± 11 и 348 ± 17 на 1000 мкм^2) и их диаметр почти на треть крупнее (диаметр 249 ± 4 до 324 ± 5 нм, соответственно). У контрольных животных в клетках 48% зрелых секреторных гранул, около трети (33%) – растворяющихся

и меньше всего (19%) – формирующихся разновидностей. При стрессе происходит перераспределение качественного состава гранул за счет уменьшения на 10% растворяющихся форм в пользу зрелых разновидностей, которые в условиях стресса составляют более 60% всего гранулярного пула.

Можно заключить, что в условиях субхронического умеренного иммобилизационного стресса концентрация ANP в крови у крыс резко снижается за счет подавления его выделения из миоэндокринных клеток предсердия. Так как синтез пептидов в этих условиях сохраняется, они накапливаются в многочисленных крупных секреторных гранулах миоцитов. Таким образом, пептиды сердца не препятствуют эффективной реализации стресс-реакции и создают запас, который может быть реализован наряду с другими стресс-лимитирующими системами.

0641

ЭКСПРЕССИЯ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ В ПРЕДСЕРДИЯХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

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

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

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

Цель: исследовать особенности экспрессии трансформирующего фактора роста фибробластов (TGF-β1) в миокарде левого и правого предсердий при адренергическом и холинергическом вариантах хронического стресса.

Материалы и методы: при моделировании хронического адренергического стресса (ХАС), – 10 крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился адреналин из расчета 50 мкг/кг. Моделирование хронического холинергического стресса (ХХС) – крысам 10 крысам-самцам линии Вистар в течение 2 недель три раза в день интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Через 2 недели введения препаратов при обеих моделях стресса, под эфирным наркозом проводилась декапитация животных и забор материала на исследование. Иммуногистохимические исследования проводились с использованием автоматической установки для иммуногистохимического и иммуноцитологического окрашивания препаратов Autostainer 360 (Thermo Shandon, Великобритания). Использовались мышиные моноклональные антитела к TGF-β1 (TB21) в разведении 1/100 производства Santa Cruz Biotechnology, Inc., США. TGF-β1-позитивные клетки имели отчетливое коричневое окрашивание. По степени окрашивания выделялись клетки с сильной и средней экспрессией TGF-β1. В левом предсердии (ЛП) и в правом предсердии (ПП) рассчитывался индекс экспрессии (ИЭ, кл/мм²) – количество позитивных клеток (с сильной и средней экспрессией) в 1 мм² миокарда. Площадь 1 поля зрения, с учетом увеличения микроскопа, составляла 0,088 мм². Так же определялся индекс активности (ИА) эндотелиоцитов, который рассчитывался как % эндотелиоцитов, экспрессирующих TGF-β1, от общего количества клеток, экспрессирующих данный фактор роста фибробластов.

Результаты: при ХАС количество клеток с сильной и средней экспрессией TGF-β1 в ПП было в 2,1 раза больше, чем в ЛП (ИЭ составил 52,3 кл/мм² и 24,5 кл/мм², соответственно; $x^2=4,544$; $p=0,033$).

При ХХС экспрессия TGF-β1 была примерно одинакова в обоих предсердиях (ИЭ=37,1 кл/мм² в ЛП и 41,7 кл/мм² в ПП, $p>0,05$). В ПП наблюдалась тенденция к большей экспрессии эндотелиоцитами TGF-β1 при ХХС по сравнению с ХАС (23,7 кл/мм² и 9,6 кл/мм², соответственно, $x^2=3,446$; $p=0,063$). Необходимо отметить, что ИА эндотелиоцитов был одинаков при ХАС как в ЛП (50,5%) и в ПП (45,45%), так и в ЛП при ХХС (49,7%). Однако, в ПП при ХХС индекс активности эндотелиоцитов был достоверно ниже и составил 23,03% ($x^2=4,934$; $p=0,026$).

При сравнении двух вариантов хронического стресса более сильное негативное влияние TGF-β1 на миокард правого предсердия можно ожидать при ХАС.

0642

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА NO-REFLOW ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ ЧРЕСКОЖНОЙ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Румянцев О. Н., Спирочкин Д. Ю., Магнитский А. В.

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы»,
Россия

Цель: улучшение качества интенсивной терапии феномена no-reflow после транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) у больных с острым коронарным синдромом. В настоящем сообщении представлен опыт диагностики и лечения синдрома no-reflow. Больная М., 84 лет госпитализирована в блок реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) 2 отделения неотложной кардиологии Госпиталя для ветеранов войн № 3 02.03.2015 с диагнозом «Острый с подъемом сегмента ST нижне-задне-боковой инфаркт миокарда левого желудочка (ЛЖ)» давностью около 6 часов. На электрокардиограмме (ЭКГ) при поступлении отмечался синусовый ритм, признаки трансмуральной ишемии в области нижней, задней и боковой стенок ЛЖ. Частота сердечных сокращений (ЧСС) составляла 71 в минуту (мин.), АД - 117/72 мм рт ст. В экстренном порядке выполнена ТЛБАП дистальной трети огибающей ветви (ОВ) левой коронарной артерии (ЛКА) и стентирование ветви тупого края ЛКА голметаллическим стентом. После ТЛБАП коронарный кровоток в бассейне ОВ ЛКА степени TIMI III. При переводе больной в БРИТ ее состояние оставалось тяжелым. ЧСС составляло 40 - 50 в мин., АД - 80/40 мм рт ст. На ЭКГ отмечались миграция водителя ритма до атриовентрикулярного соединения, отсутствие снижения сегмента ST к изолинии по сравнению с предоперационной ЭКГ. Учитывая сохранение признаков ишемии миокарда на ЭКГ после полного восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии, было заподозрено развития феномена no-reflow. Больной внутривенно введен атропин, начата инфузия симпатомиметиков и кристаллоидных растворов. Планировалось начать введение ингибиторов IIb/IIIa рецепторов, однако через 10 мин после поступления больной из операционной в БРИТ отмечен пароксизм устойчивой желудочковой тахикардии с признаками остановки кровообращения. Проведена экстренная дефибриляция монофазным разрядом в 360 Дж, после которой у больной восстановился синусовый ритм с ЧСС 60 в мин и эффективное кровообращение с АД 120/60 мм рт ст, инотропная поддержка была прекращена. Через 5 мин после реанимации на ЭКГ отмечено снижение сегмента ST до изолинии, что косвенно свидетельствует о полном восстановлении кровотока в микроциркуляторном русле и купировании феномена no-reflow. В дальнейшем были продолжены двойная антитромбоцитарная и кардиотропная терапия; больная выписана из госпиталя через 22 дня в удовлетворительном состоянии.

Заключение феноменов no-reflow сложно отделить от реперфузионного повреждения миокарда, однако патофизиологически он представляет собой отсутствие адекватной микроциркуляции в миокарде. Анализ динамики сегмента ST в совокупности с клиническими проявлениями является наиболее простым подходом при косвенной оценке адекватности реперфузии. Купирование феномена после применения разряда электрической дефибриляции с явным восстановлением коронарной микроциркуляции является еще неопианным способом лечения. Воздействие электроимпульсной терапии на микроциркуляцию миокарда требует дальнейшего изучения.

0643

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ХОРТОНА

Румянцев О. Н., Спирочкин Д. Ю., Магнитский А. В., Фатхи Н. Ф.

ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3 Департамента здравоохранения города Москвы»,
Россия

Цель: улучшение качества неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом при сопутствующих заболеваниях аорты и ее ветвей. Опыт лечения инфаркта миокарда у больной с синдромом Хортона представлен в настоящем сообщении.

Больная Х., 83 лет поступила в блок реанимации и интенсивной терапии 2 отделения неотложной кардиологии Госпиталя для ветеранов войн № 3 11.03.2015 с острым без подъема сегмента ST передним распространенным инфарктом миокарда левого желудочка давностью около 24 часов. В анамнезе у больной отмечается гипертоническая болезнь с максимальными подъемами артериального давления (АД) до 200/100 мм рт ст, височный гигантоклеточный артериит в течении 20 лет, по поводу которого больная принимает препараты глюкокортикоидов более 10 лет. Нарушений мозгового кровообращения в анамнезе не было. В связи со сроками инфаркта миокарда и сохранением ангинозного статуса больной была выполнена экстренная коронарография, при которой выявлен правый тип кровоснабжения миокарда, бифуркационный стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА) с диагональной ветвью (ДВ) около 99% (1-1-1 по А. Medina), стеноз устья ДВ до 99%. В остальных коронарных артериях видимых стенозов не обнаружено. Далее выполнена ангиопластика и стентирование ПМЖВ ЛКА голометаллическим стентом. В раннем послеоперационном периоде отмечена тенденция к пониженным значениям АД и ортостатическим реакциям. В связи с этим гипотензивная терапия проводилась минимальными дозами ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, также выполнялась инфузия кристаллоидных растворов. Антитромбоцитарная терапия проводилась препаратами клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты. В послеоперационном периоде была продолжена терапия глюкокортикоидами. У больной проведено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, при котором выявлена S-образная деформация правой и левой внутренних сонных артерий со сдвигом линейной скорости кровотока на участке извитости. Больная консультирована ангиохирургом, было рекомендовано продолжение гормональной терапии, от оперативного лечения, учитывая перенесенный инфаркт миокарда, было решено воздержаться. В результате проводимого лечения состояния больной улучшилось, она была выписана из госпиталя через 12 дней в удовлетворительном состоянии.

Заключение гигантоклеточный артериит или синдром Хортона - Магата - Брауна может проявляться поражением коронарных артерий с развитием инфаркта миокарда, при этом необходимо проводить дифференциальный диагноз с атеросклерозом коронарного русла. Особенностью течения острого коронарного синдрома у данной больной является локальное поражение бифуркации ПМЖВ с интактными остальными коронарными артериями. В клинической картине обращает на себя внимание нестабильность АД со склонностью к ортостатическим реакциям. Необходимо тщательно контролировать АД в раннем послеоперационном периоде у таких больных, проводить инфузионную терапию, с осторожностью наращивать дозы гипотензивных препаратов.

0644

РАБОТА ИНФАРКТНОГО БЛОКА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Рункова О. М.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии» Екатеринбург

Благодаря внедрению высоко-технологичных методов лечения в Институте Кардиологии произошло значительное снижение продолжительности лечения пациентов в стационаре.

Для определения дальнейшей тактики лечения – консервативной или инвазивной, осуществляется визуализация коронарного русла путем проведения коронароангиографии (КАГ), которой подвергается более 80% пролеченных в отделении пациентов. Пациентам, которые госпитализируются с диагнозом ОКС в Блок интенсивной терапии и реанимации, КАГ проводится в экстренном порядке с целью восстановления кровотока в инфаркт – связанной артерии. Пациентам, поступающим в инфарктный блок из консультативной поликлиники, либо из реабилитационного отделения, на первоначальном этапе проводится исследование коронарного русла на компьютерном томографе (КТ-КАГ). В случае выявления гемодинамически значимых стенозов, пациент направляется на инвазивную КАГ с целью проведения чрезкожного вмешательства. При выявлении тяжелого многососудистого поражения, либо стеноза основного ствола левой коронарной артерии, пациент, не покидая стационар, после ускоренной предоперационной подготовки и обследования переводится в кардиохирургическое отделение для проведения операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

У 40% пациентов с клиникой нестабильной стенокардии, при проведении КТ-КАГ выявляются фиброзные, так называемые «нестабильные» атеросклеротические бляшки, без значимого стенозирования коронарных артерий. В этой ситуации пациентам назначается высоко-интенсивная терапия статинами с целью достижения стабилизации атеросклеротических бляшек, уменьшения их размеров и рекомендуется повторное исследование через полгода.

Таким образом, проведение КТ-КАГ позволяет не подвергать больных инвазивному исследованию коронарного русла, сопряженному с вероятностью развития осложнений, необходимостью соблюдения постельного режима, сократить длительность пребывания пациентов в стационаре и уменьшить экономические затраты.

Благодаря внедрению в рутинную клиническую практику высоко-технологичных методов диагностики и лечения КАГ, ангиопластики и стентирования коронарных артерий, удалось сократить койко/день, уменьшить количество осложнений, летальность, повысить реабилитационный потенциал пациентов.

0645

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕВОСИМЕНДАНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Рыбас А. В.^{1.}, Данилова Е. Н.^{2.}, Джазаева М. Б.²

¹Государственный медицинский университет, Ставрополь

²ГБУЗ СК «Краевая клиническая больница», Ставрополь

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему остается одной из актуальных проблем кардиологии. Частота развития острой сердечной недостаточности (ОСН) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на госпитальном этапе составляет 30%, при этом летальность достигает 20% в течение месяца и возрастает до 50% в течение года.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения нового инотропного агента левосимендана (сенситизатор кальция) у пациентов с ОСН, развившейся на фоне ОИМ.

Материалы и методы: В исследование включены 60 пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии и реанимации регионального сосудистого центра с диагнозом ОИМ (40 мужчин и 20 женщин, средний возраст 51±6,8 лет). ОИМ диагностировали согласно рекомендациям ВНОК и ОССН (2009). ОСН определяли по классификации Kilip. Всем пациентам помимо стандартных анализов выполнялись электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной полости, эхокардиоскопия, коронароангиография, определяли уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP). Всем больным проводились баллонная ангиопластика и/или стентирование коронарных артерий. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «SPSS».

Результаты: Пациенты с ОИМ были разделены на 2 группы, группы были сопоставимы. В I группе (30 больных) в качестве инотропной поддержки использован левосимендан в нагрузочной дозе 12–24 мкг/кг в течение 10 минут с последующей длительной инфузией (10–24 часа) со скоростью 0,05–0,1 мкг/кг/минуту. II группе пациентов (30) вводили допамин в дозе 5–10 мкг/кг/минуту. В I группе после инфузии левосимендана через 48 часов отмечалось достоверное увеличение фракции выброса (ФВ) с $31\pm 6,7\%$ до $47\pm 4,5\%$ в сравнении со II группой. После введения левосимендана установлено достоверное снижение BNP (с $876,2\pm 58,6$ пг/мл до $346,8\pm 65,9$ пг/мл, $p < 0,05$). Добутамин достоверно не снижал уровень BNP, хотя отмечалась тенденция к снижению его уровня на третьи сутки после инфузии добутамина (исходно $845,5\pm 53,6$ пг/мл, через 3 дня $645,0\pm 72,4$ пг/мл, $p > 0,05$). У пациентов I группы на 1–2 сутки определялась положительная динамика по данным рентгенографии органов грудной полости от начала терапии, клиническое улучшение в виде уменьшения одышки в покое. У 2 пациентов, получающих левосимендан, развилась артериальная гипотензия. В период лечения в отделении реанимации летальных исходов и развития аритмий у больных, получающих левосимендан, не наблюдалось. В группе левосимендана через 6 месяцев наблюдения умерли 6,7% пациентов; в группе больных, получающих добутамин, летальность составила 16,7%.

Выводы: Включение в схему интенсивной терапии пациентам с ОИМ, развившейся на фоне острого ИМ, левосимендана позволяет добиться увеличения сократительной способности миокарда, серьезных осложнений и побочных эффектов на введение левосимендана в комплексной терапии ОИМ не отмечалось.

0646

СОСТОЯНИЕ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗРЫВОМ СЕРДЦА

Рязанова Е. И., Симаков А. А., Поляева Е. И.

Самарский медицинский институт «Реавиз», ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», Самара, Россия

Цель: изучение состояния калликреин-кининовой системы крови при инфаркте миокарда (ИМ), осложненным разрывом миокарда

Материалы и методы: обследовано 97 больных (55 женщин, 42 мужчин) в возрасте 54 – 75 лет: 50 – с неосложненным ИМ и 57 – с ИМ осложненным разрывом миокарда, подтвержденный патоморфологическим исследованием. Исследовались концентрация кининов, калликреина, ингибиторов калликреина, кининаз в динамике заболевания. Для определения стандартов было обследовано 30 здоровых лиц: уровень свободных кининов составил $2,58\pm 0,11$ нг/мл, калликреина- $1,81\pm 0,04$ мкг/мл, ингибиторов калликреина- $12,0\pm 0,33$ мкг/мл/ч, кининаз- $0,90\pm 0,20$ мкг/мл/мин. Исследование указанных параметров проводили ежедневно. Во всех случаях ИМ был трансмуральным.

Результаты: у больных ИМ с неосложненным течением заболевания изменения в состоянии калликреин-кининовой системы крови были отмечено только у 11% больных с нормализацией параметров к 3–4 дню заболевания. При этом содержание свободных кининов составило $9,11\pm 0,45$ нг/мл, калликреина- $3,11\pm 0,11$ мкг/мл, ингибиторов калликреина (ИКЛ)- $5,22\pm 0,19$ мкг/мл/ч, кининаз- $0,66\pm 0,20$ мкг/мл/мин. У больных ИМ, осложненным разрывом миокарда активация кининовой системы крови была отмечена во всех случаях, начиная с 1-го дня заболевания и достигала максимальных значений к 7–9 дню после развития ИМ. Средний уровень кининов при этом составлял $20,11\pm 1,30$ нг/мл, калликреина- $12,01\pm 0,56$ мкг/мл на фоне сниженных показателей ИКЛ и кининаз ($8,01\pm 0,12$ мкг/мл/ч и $0,74\pm 0,12$ мкг/мл/мин).

Выводы: оценка состояния калликреин-кининовой системы крови у больных ИМ может быть полезной в плане прогнозирования развития разрыва миокарда.

0647

ТОЛЩИНА ВИСЦЕРАЛЬНОГО, ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Рязанова Т. А., Логачева И. В., Сурнина О. В., Борисова Т. И.
ГБОУ ИГМА МЗ РФ, БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», Ижевск, Россия

Цель: Выявление взаимосвязи между толщиной висцерального жирового слоя передней брюшной стенки, эпикардиального жира (ТЭЖ) и показателями ультразвукового исследования (УЗИ) печени у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с метаболическими нарушениями (МН).

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе РКДЦ. В исследование включены 51 человек (мужчин и женщин) в возрасте от 41 до 74 лет (средний возраст $56,9 \pm 1,9$ лет). Проведено обследование 25 больных ИБС с МН (основная группа) и 26 больных ИБС без МН (группа сравнения).

Всем пациентам определялись индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), проводилось Эхо-КГ с расчетом индекса массы миокарда (ИММ) и измерением ТЭЖ в В-режиме. При УЗИ передней брюшной стенки измерялась толщина предбрюшинной клетчатки (ПрК). При УЗИ печени оценивалась паренхима и ее структура, на основании чего определялись признаки жирового гепатоза (ЖГ), переведенные в бальную систему кодирования.

Результаты: Анализ результатов исследования показал, что значение ИМТ в основной группе находился в пределах $31,3 \pm 0,9$ кг/м², в группе сравнения $26,5 \pm 0,4$ кг/м² ($p < 0,001$). Значение ИММ в основной группе составило $110,6 \pm 4,2$ г/м², в группе сравнения $87,0 \pm 2,4$ г/м² ($p < 0,001$). ТЭЖ в основной группе составила $9,1 \pm 0,4$ мм, в группе сравнения $5,9 \pm 0,4$ мм ($p < 0,001$). При корреляционном анализе обнаружена достоверная прямая связь между значениями ИММ и ТЭЖ как в основной группе ($r = 0,55$; $p < 0,001$), так и в группе сравнения ($r = 0,45$; $p < 0,05$). В основной группе выявлена прямая связь между значениями ИМТ и ТЭЖ ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Толщина ПрК в основной группе $2,49 \pm 0,36$ мм, в группе сравнения $1,4 \pm 0,1$ мм ($p < 0,05$). При УЗИ печени у больных ИБС с МН выявлены признаки ЖГ, соответствующие $4,81 \pm 0,33$ баллам, в группе сравнения $0,5 \pm 0,13$ баллов ($p < 0,001$). При измерении объема талии (ОТ) в основной группе значение составляло $108,4 \pm 2,18$ см, в группе сравнения $93,4 \pm 1,91$ см ($p < 0,001$). Была выявлена прямая корреляция между показателями УЗИ печени и ОТ у больных ИБС с МН ($r = 0,44$; $p < 0,05$).

Выводы: У больных ИБС с метаболическими нарушениями выявлено утолщение предбрюшинной клетчатки, а также увеличение объема талии, сопровождающееся наличием выраженных ультразвуковых признаков жирового гепатоза по сравнению с больными ИБС без метаболических нарушений. Обнаружена прямая связь между объемом талии и проявлениями жирового гепатоза. У больных ИБС с метаболическими нарушениями и ультразвуковыми признаками жирового гепатоза выявлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, сопровождающаяся увеличением толщины эпикардиального жира. У больных ИБС без метаболических нарушений при возрастании индекса массы миокарда выявлено увеличение толщины эпикардиального жира.

0648

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Савельева Т. В., Пименов Л. Т., Ежов А. В.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Ижевск

Цель: установить отклонения при суточном мониторинге ЭКГ у больных с циррозами печени (ЦП).

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов в возрасте 37-60 лет с ЦП по Child-Pugh классов В и С без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 27 больных с ЦП вирусной (HBV и HCV) этиологии – 1-я группа и 23 пациента с алкогольным ЦП – 2-я группа. Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на аппарате «Миокард-холтер» (г. Саров).

Результаты: Средняя ЧСС в дневное и ночное время была достоверно выше у пациентов 2 группы. Патологическое число наджелудочковых экстрасистол регистрировалось у 7 (25,9%) пациентов 1-й группы и у 14 (61%) больных 2-й группы, желудочковых экстрасистол – у 4 (14,8%) и 13 (56,5%) пациентов соответственно ($p < 0,01$), аллоритмии – у 3 пациентов 2-й группы. Пробежки желудочковой тахикардии были зафиксированы у 6 (26,1%) пациентов этой же группы. Удлинение скорректированного интервала QT определялось у трети больных 2-й группы. Нарушения проводимости в виде преходящей атриовентрикулярной (АВ) блокады 1-2 степени были зарегистрированы у 4 (14,8%) и 7 (30,4%) больных 1-й и 2-й групп соответственно. Эпизоды депрессии интервала ST до 12 эпизодов в сутки продолжительностью до 40 мин, возникающие на фоне физической нагрузки и тахикардии и не сопровождающиеся болями, имели место у 2-х (7,4%) пациентов 1-й группы и у 4 (17,4%) больных 2-й группы ($p < 0,05$). Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у 7 (25,9%) пациентов 1-й группы и у 16 (69,6%) больных 2-й группы ($p < 0,01$). 25,9% пациентов 1-й группы и 73,9% больных 2-й группы не достигли субмаксимальной ЧСС ($p < 0,01$).

Выводы: При суточном мониторировании ЭКГ у пациентов с ЦП были выявлены нарушения ритма сердца и проводимости в виде наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии, желудочковой тахикардии, удлинения скорректированного интервала QT, снижения вариабельности сердечного ритма, преходящей АВ блокады, а также безболевого ишемии миокарда и снижении толерантности к физической нагрузке. В большей степени отклонения определялись при ЦП алкогольной этиологии.

0649

ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савинова Е. Б., Соколова Л. А., Неженцева Е. Л.

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт - Петербург

Гипертензивные состояния у беременных представлены хронической АГ (ХАГ), гестационной АГ (ГАГ), преэклампсией (ПЭ) и преэклампсией на фоне хронической АГ (ПЭ на фоне ХАГ). Однако, прогностическая значимость отдельных видов АГ у беременных женщин остается неуточненной.

Цель: определение особенностей показателей суточного мониторирования АД (СМАД) у беременных женщин с различными формами АГ.

Материалы и методы: обследовано 130 беременных женщин с АГ, средний возраст составил $26,1 \pm 1,7$ года, сроки беременности – 28-32 недели. При клинико-лабораторном исследовании у всех пациенток была исключена вторичная симптоматическая АГ. Тип АГ уточнялся через 12 недель после родов. Всем беременным проводили двукратное измерение офисного АД, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты: ХАГ диагностирована у 50 (38%), ГАГ – у 42 (32%), ПЭ – у 20 (16%), ПЭ на фоне ХАГ – у 18 (14%) пациенток. Наиболее высокие значения офисного САД и ДАД были отмечены у беременных женщин с ПЭ на фоне ХАГ – $173,7 \pm 18,0$ мм. рт. ст. и $111,5 \pm 13,8$ мм. рт. ст. При ХАГ эти показатели были достоверно ниже, составив $165,0 \pm 13,0$ мм. рт. ст. и $95,0 \pm 12,0$ мм. рт. ст. Наименьшие значения офисных САД и ДАД отмечены у пациенток с ГАГ – $152,0 \pm 10,0$ мм. рт. ст. и $88,1 \pm 7,0$ мм. рт. ст. соответственно. Подобный характер степени выраженности АГ выявлен при проведении СМАД у исследуемых групп пациенток. Среднесуточное САД и ДАД составило $139,4 \pm 9,4$ мм. рт. ст. и $85,2 \pm 10$ мм. рт. ст. у беременных с ПЭ на фоне ХАГ, $136,4 \pm 9,8$ мм. рт. ст. и $83,0 \pm 10,0$ мм. рт. ст. – с ПЭ, $125,0 \pm 9,5$ мм. рт. ст. и $71,0 \pm 8,6$ мм. рт. ст. – с ХАГ, $120,0 \pm 6,6$ мм. рт. ст. и $70,8 \pm 4,7$ мм. рт. ст. – с ГАГ соответственно. Среднедневное АД состави-

ло $141,0 \pm 8,3$ мм. рт. ст. и $87,6 \pm 6,9$ мм. рт. ст. у пациенток с ПЭ на фоне ХАГ, $139,2 \pm 9,0$ мм. рт. ст. и $87,0 \pm 7,4$ мм. рт. ст. – с ПЭ, $130,0 \pm 9,8$ мм. рт. ст. и $75,0 \pm 7,5$ мм. рт. ст. – с ХАГ и $125,8 \pm 7,1$ мм. рт. ст. и $71,0 \pm 5,8$ мм. рт. ст. – с ГАГ. Среднечасовое АД: $130,4 \pm 17,8$ мм. рт. ст. и $78,2 \pm 15,5$ мм. рт. ст. у беременных с ПЭ на фоне ХАГ, $126,2 \pm 10,8$ мм. рт. ст. и $76,2 \pm 16,5$ мм. рт. ст. – с ПЭ, $120,0 \pm 10,0$ мм. рт. ст. и $65,0 \pm 8,5$ мм. рт. ст. – с ХАГ и $110,6 \pm 6,2$ мм. рт. ст. и $60,0 \pm 3,8$ мм. рт. ст. – с ГАГ. Индекс времени АГ у беременных с ПЭ на фоне ХАГ составил $53,7 \pm 11,7$ мм. рт. ст., с ПЭ – $46,8 \pm 12,4$ мм. рт. ст., с ХАГ – $25,0 \pm 10,0$ мм. рт. ст. и $10,0 \pm 4,7$ мм. рт. ст. – с ГАГ. При анализе циркадных суточных ритмов АД недостаточное снижение АД в ночные часы (тип «non-dipper») выявлено у всех (100%) пациенток с ПЭ, в 85% – с ПЭ на фоне ХАГ, в 39% – с ХАГ, в 42% – с ГАГ. Во всех 4-х группах выявлены статистически значимые отличия сравниваемых показателей как офисного САД и ДАД, так и СМАД ($p < 0,05$).

Заключение показателя СМАД у беременных женщин с АГ различаются в зависимости от вида АГ. Наибольшая степень тяжести АГ отмечена у беременных с ПЭ на фоне ХАГ и ПЭ. Это проявлялось как в степени АГ и длительности ее в течение суток, так и в частоте нарушений циркадных суточных ритмов АД.

0650

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ХАРАКТЕРИСТИК АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Савчук Н. О., Савчук О. М., Ушаков А. В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Российская Федерация

Цель: Определить особенности аритмического синдрома и структурно-функционального состояния миокарда у больных с патологией щитовидной железы, сопровождающейся повышением и понижением её функции.

Материалы и методы: В исследование было включено 96 пациентов с патологией щитовидной железы, 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 щитовидной железы, 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 щитовидной железы, определение уровней гормонов щитовидной железы, тиреотропного гормона, антитиреоидных антител.

Результаты: Структурно-функциональное ремоделирование сердца у пациентов с гипертиреозом характеризовалось достоверно большими размерами полостей сердца как по сравнению с группой контроля, так и с группой гипотиреоза, при отсутствии гипертрофии миокарда. При гипотиреозе имело место снижение фракции выброса и развитие гипертрофии миокарда левого желудочка. По данным суточного мониторирования ЭКГ при гипотиреозе достоверно чаще отмечалось снижение вариабельности сердечного ритма, частая суправентрикулярная экстрасистолия, неспецифические изменения реполяризационного комплекса. В группе больных с гипертиреозом достоверно чаще встречались миграция суправентрикулярного водителя ритма, а также выраженная синусовая аритмия. Различия в частоте встречаемости других нарушений ритма (желудочковой экстрасистолии различных градаций, неустойчивых пароксизмов фибрилляции, трепетания предсердий, наджелудочковой тахикардии) не достигали уровня статистической значимости.

Выводы: Повышение функции щитовидной железы ассоциируется с ремоделированием сердца в виде дилатации его левых отделов, в то время как наличие гипотиреоза приводит к гипертрофии миокарда левого желудочка и снижению его сократительной функции. Гипо- и гипертиреоз в равной степени способствуют развитию как наджелудочковых так и желудочковых нарушений ритма. При этом

наличие гипотиреоза ассоциируется с резким снижением вариабельности сердечного ритма, что является фактором риска внезапной сердечной смерти.

0651

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО ОТХОЖДЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТ ПРАВОГО КРОНАРНОГО СИНУСА.

Садовой В. И., Доля Е. М., Садовой С. В., Цидиленко Д. В.

ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко», Симферополь, Республика Крым, Российская Федерация

В большинстве случаев аномалии коронарных артерий (КА) не проявляются клинически или проявляются внезапной коронарной смертью. Верификация данной патологии возможно только при проведении коронароангиографии (КАГ).

Цель: Проанализировать клинический случай аномального отхождения КА по данным КАГ.

Материалы и методы: В 2014 году в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма и электрокардиостимуляции ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко» было проведено 1092 коронарограмм. Основную группу составили пациенты с ишемической болезнью сердца. Среди обследованных был зарегистрирован один случай аномалии отхождения КА. Пациентка 1960 г.р. поступила с жалобами на дискомфорт за грудиной и спонтанные давящие боли в левой половине грудной клетки. В течение 20 лет страдала артериальной гипертензией, постоянно получала гипотензивную терапию, в течение последнего года на фоне климакса появились приступы стенокардии. Был установлен диагноз ИБС: стенокардия напряжения второй ФК. Гипертоническая болезнь второй стадии, второй степени, дополнительный сердечно-сосудистый риск очень высокий. По данным электрокардиографии и эхокардиографии выявлены признаки гипертрофии левого желудочка. Медикаментозная терапия проводилась в соответствии со стандартами лечения.

Результаты: В ходе обследования по данным КАГ были выявлены гемодинамически не значимые поражения КА и аномалия отхождения КА одним устьем из правого коронарного синуса. По данным литературы, в 1980 году Luther M. и соавт. описывали внезапно умершего мальчика, у которого на секции обнаружено, что обе КА отходили от правого синуса Вальсальвы, одновременно отмечено сужение на 75% ствола левой КА. Данный вид аномалии встречается от 0,02-0,12% случаев и ассоциируется с высоким риском внезапной смерти (Савченко А.П. и соавт. 2010г.). В основном, эта аномалия проявляется в молодом возрасте, и к группе риска относятся молодые атлеты, у которых могут появляться эпизоды ишемической боли во время физической нагрузке или после нее. У нашей пациентки врожденная патология появилась в климактерическом периоде.

Выводы: Среди пациентов с ишемической болезнью сердца при проведении КАГ достаточно редко выявляются аномалии КА, но у данной группы пациентов эти аномалии ассоциируются с риском внезапной смерти. Данные пациенты требуют особого внимания. Им назначается медикаментозная терапия с динамическим наблюдением. Рекомендуемое лечение для данной группы пациентов заключается в хирургической реимплантации аномальной артерии в корень аорты (Розендорфф К., 2007).

0652

МОДЕЛЬНЫЙ И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВАРИАЦИИ НАГРУЗКИ НА ЛЕВЫЙ И ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК СЕРДЦА БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Сазыкина Л. В.

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва, Россия

Ранее была установлена существенная вариация работы левого и правого желудочков сердца больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), в связи с чем посчитали целесообразным изучить изменение нагрузки желудочков сердца.

Цель: Оценить роль вариации нагрузки левого и правого желудочков сердца в патогенезе ДКМП.

Материалы и методы: Проведен анализ мощности левого и правого желудочков сердца 95 больных. Были выделены группы по критерию сердечный индекс (СИ) больше (46 больных; группа 1) и меньше (49 больных; группа 2), чем средний СИ по всем обследованным. Использовались: мониторно-компьютерный контроль, анализ с помощью математической модели кровообращения и статистический.

Результаты: Установлено, что величины мощности левого (ИМлж=0,5±0,02) и правого (ИМпж=0,14±0,03) желудочков сердца больных ДКМП не выходят за пределы изменения мощности здоровых взрослых людей в покое (для левого 0,43±0,97 и для правого 0,06 ±0,18 Вт/м² желудочков).

Мощность левого и правого желудочков сердца в группе с СИ ниже среднего по всем обследованным (левого 0,35±0,01 и правого 0,11±0,01) достоверно ниже (на 42% и 32%), чем в группе у больных с СИ выше среднего (левого 0,6±0,02 и для правого 0,16±0,01). Средняя мощность левого желудочка ниже нижней границы диапазона величин мощности здоровых людей в покое (0,43 Вт/м²). Значение мощности правого желудочка выше нижнего диапазона величин для здоровых людей в покое.

Мощность левого и правого желудочков сердца в группе с СИ выше среднего по всем больным (левого 0,6±0,02 и правого 0,16±0,01) достоверно выше нижнего значения диапазона мощности здоровых людей.

Изменения мощности левого желудочка всех обследованных больных тесно связаны с изменениями СИ (коэффициент корреляции 0,92) и менее тесно с изменениями артериального давления (АД; 0,47). В группе 1 изменения мощности левого желудочка тесно связаны как с изменениями СИ – 0,85, так и АД – 0,72. А в группе 2 связь с СИ снижается (0,68), а связь с АД существенно уменьшается (0,48). Изменения мощности правого желудочка всех обследованных больных, как и в группах 1 и 2, связаны с СИ много слабее (0,36, -0,08 и 0,31, соответственно), чем для левого желудочка и тесно - с изменениями легочного артериального давления (0,76, 0,93 и 0,88).

Выводы: У половины обследованных больных не имеет места недостаточность функции сердца, хотя есть все признаки ДКМП и, следовательно, недостаточность функции сердца скорее всего не является причиной развития заболевания. Кроме того, разброс индексов мощности левого и правого желудочков более чем в 6 раз, свидетельствует, что нехватка ресурса мощности также не является причиной развития заболевания. В ближайшее время будет выполнена обоснованная проверка этого предположения.

0653

МЕХАНИЧЕСКИЙ СТРЕСС ЭНДОТЕЛИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С БИОХИМИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Салашенко А. О. , Генкель В. В. , Сумеркина В. А. , Алексеева О. А. , Денисенко М. Н.

**ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Челябинск, Россия**

Цель: изучить взаимосвязи между некоторыми биохимическими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и скоростью сдвига как показателя механического стресса эндотелия.

Материалы и методы: В исследование включены 50 человек, среди них 29 мужчин, средний возраст которых составлял 57,4±9,86 лет, и 21 женщина, средний возраст которых был 59,3±8,47 лет. Оценивали показатели липидного обмена, уровень высокочувствительного С-реактивного белка, активность антитромбина и фактора Виллебранда. С целью получения параметров, необходимых для расчета скорости сдвига, всем больным проводили пробу с постокклюзионной реактивной гиперемией (ПРГ) с помощью ультразвука высокого разрешения по D.S. Celermajer линейным датчиком с ча-

стотой 7-12 MHz. Определяли абсолютные значения скорости сдвига исходно и в период реактивной гиперемии через 60, 120 и 180 секунд после декомпрессии манжеты тонометра, а также анализировали прирост скорости сдвига, измеряемый в процентах. Кроме того, всем больным проводилось duplexное сканирование сонных артерий и артерий нижних конечностей. Статистическую обработку проводили с использованием ПО IBM SPSS Statistic, v.22

Результаты: высокие значения скорости сдвига в ПРГ, отражающей механический стресс, претерпеваемый эндотелиоцитами, прямо коррелировали с такими факторами риска ССЗ, как холестерин ($r=0,48$; $p=0,014$), ХС-ЛПНП ($r=0,54$; $p=0,002$), ТГ ($r=0,45$; $p=0,002$), вч-СРБ ($r=0,46$; $p=0,013$). Помимо этого, высокие показатели скорости сдвига были связаны с уменьшением активности антитромбина ($r=-0,39$; $p=0,006$), что возможно вызвано нарушением синтеза антитромбина в эндотелии под влиянием механического стресса. В ходе анализа динамики скорости сдвига в период реактивной гиперемии, выявлены отрицательные взаимосвязи средней силы между приростом скорости сдвига и высоким уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=-0,60$; $p=0,004$), степенью стенозирования артерий нижних конечностей ($r=-0,48$; $p=0,011$).

Выводы: 1. Высокие значения скорости сдвига ассоциировались с высокими показателями холестерина, уровнем высокочувствительного С-реактивного белка.

2. Увеличение скорости сдвига было связано с уменьшением активности антитромбина, что возможно указывает на прямые каузальные связи между механическим стрессом и функционированием системы антитромбина.

3. Низкие показатели прироста скорости сдвига в пробе с реактивной гиперемией ассоциировались с высокими значениями гликозилированного гемоглобина и высоким процентом стенозирования артерий нижних конечностей.

0654

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Салпагарова З. К., Андреев Д. А., Сычев Д. А., Сучкова С. А., Сыркин А. Л.

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

Цель: сравнить клинические показатели безопасности различных вариантов антикоагулянтной терапии (варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан) у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: в период с 2013г. по 2014г. в исследование включено 301 пациента, с «неклапанной» фибрилляцией предсердий, принимающих различные варианты антикоагулянтной терапии (варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан). Оценивался риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) (по шкале CHA₂DS₂VASC), риск развития кровотечений (по шкале HAS-BLED), кровотечений по TIMI, контроль лабораторных показателей (общего анализа крови, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD, коагулограммы). У больных, принимающих варфарин, рассчитывался TTR (время нахождения МНО в целевом диапазоне).

Результаты: Период наблюдения, в среднем, составил 1,6 года (от 1 года до 2 лет). Средний возраст больных составил $54,8 \pm 9,3$ года, большинство больных (72%) были в возрасте от 65 до 74 лет. По клинко-демографическим показателям все группы сопоставимы. У больных, принимающих варфарин, время нахождения МНО в целевом диапазоне (TTR) составило от 72 до 84%. Пациентов высокого риска тромбоэмболических осложнений (более 5 баллов) по шкале CHA₂DS₂VASC было достоверно больше в группах больных, принимающих варфарин и дабигатран (35 и 52%), по сравнению с больными принимающими ривароксабан и апиксабан ($p=0,011$). По шкале HAS-BLED, большинство больных имели высокий риск кровотечений (более 3 баллов). У пациентов из группы апиксабана было наибольшее количество баллов по шкале HAS-BLED (более 5 баллов, очень высокий риск, $p<0,0010$). У всех пациентов (100%), принимающих варфарин, наблюдались малые кровотечения, в то время как, при те-

рапии дабигатраном, ривароксабан и апиксабан частота малых кровотечений составляла 49%, 32% и 4%, соответственно, ($p < 0,05$). Частота больших кровотечений в группах больных, принимающих варфарин, дабигатран и ривароксабан, составила 4%, 5% и 3% соответственно. В группе больных, принимающих апиксабан, больших кровотечений не наблюдалось.

Выводы: за 1,5 года у пациентов, принимающих апиксабан, не зафиксировано ни одного большого кровотечения. Таким образом, по соотношению эффективности и безопасности можно выделить апиксабан.

0655

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРДСЕРДИЙ, ПРИНИМАЮЩИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Салпагарова З. К., Андреев Д. А., Сычев Д. А., Сучкова С. А., Сыркин А. Л.

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

В кардиологической практике тромбоэмболические осложнения чаще всего встречаются при фибрилляции предсердий.

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее частым и распространённым нарушением ритма у больных с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, артериальной гипертензией, сахарным диабетом.

Цель: оценить и сравнить клинические показатели эффективности у пациентов, принимающих различные варианты антикоагулянтной терапии (варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан) с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: за 1 год (2013-2014гг.), в исследование включено 301 пациент с «неклапанной» фибрилляцией предсердий, принимающих различные варианты антикоагулянтной терапии (варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан). Оценивался риск тромбоэмболических осложнений (по шкале CHA₂DS₂VASC), риск развития кровотечений (по шкале HAS-BLED), кровотечения по шкале TIMI, контроль лабораторных показателей (общего анализа крови, креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD, коагулограммы). У больных, принимающих варфарин, рассчитывался TTR (время нахождения МНО в целевом диапазоне).

Результаты: Больные, разделены на группы, принимающие варфарин, дабигатран, ривароксабан и апиксабан. Срок наблюдения составил 1 год. По клинико-демографическим показателям группы сопоставимы. Средний балл по шкале CHA₂DS₂VASC статистически достоверно выше в группе больных, принимающих дабигатран и варфарин (4,1 и 3,8, $p=0,011$). В группах, больных, принимающих ривароксабан и апиксабан 2,9 и 2,1, при $p=0,011$. По шкале HAS-BLED, большинство больных имели высокий риск кровотечений (более 3 баллов). У пациентов из группы апиксабана было наибольшее количество баллов по шкале HAS-BLED (более 5 баллов, очень высокий риск, $p < 0,0010$). Большая вероятность частоты кровотечений отмечалась в группе, принимающих апиксабан (38%, при $p=0,016$). В группе больных, принимающих варфарин время нахождения МНО в целевом диапазоне (TTR), в среднем, составляло 84%.

Выводы: за весь период наблюдения (1,5 года) во всех группах не зафиксировано ни одного тромбоэмболического осложнения. Полученные данные (отсутствие тромбоэмболических осложнений) позволяют говорить о равной эффективности варфарина, дабигатрана, ривароксабана и апиксабана.

0656

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДБОРА ДОЗЫ ВАРФАРИНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Салпагарова З. К., Андреев Д. А., Сычев Д. А., Сучкова С. А., Сыркин А. Л.

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

Цель: создать алгоритм подбора дозы варфарина у больных с хронической болезнью почек (СКФ менее 30 мл/мин/1,73м²).

Материалы и методы: в исследование включено 301 пациента с «неклапанной» фибрилляцией предсердий, принимающих антикоагулянтную терапию (варфарин) не менее 1 года до включения в исследование. Всем пациентам оценивался риск тромбоэмболических осложнений - по шкале CHA₂DS₂VASC, риск развития кровотечений - по шкале HAS-BLED, кровотечения оценивались по шкале TIMI, а также время нахождения МНО в целевом диапазоне (TTR). Всем больным рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD. У 107 (45%) СКФ 60-45 мл/мин, у 99 (42%) СКФ 44-30 мл/мин, у 32 (13%) СКФ менее 30 мл/мин. Рассматривалась группа с СКФ менее 30 мл/мин. Учитывая клинический опыт нашей клиники, больным с СКФ менее 30 мл/мин был предложен новый алгоритм подбора дозы варфарина по сравнению с классическим, используемым в www.warfarin-dosing.org и других ресурсах. Больные с СКФ менее 30 мл/мин рассматривались как больные с высоким риском кровотечения, в связи с чем, им проводился контроль международного нормализованного отношения (МНО) 1 раз в 3 дня, однако дозу варфарина рекомендовано было изменять 1 раз в 7 дней, несмотря на низкий или высокий МНО. Такая схема предложена, так как снижение или увеличение МНО протекает замедленно. При высоком значении МНО (более 2,5) - отмена препарата с дальнейшим уменьшением дозы. Уровень МНО у данной группы пациентов рекомендован в пределах от 2 до 2,7. Оценивались большие и малые кровотечения, тромбоэмболические осложнения и индекс TTR. Сравнивались ретроспективные данные в течение 1 года до включения в исследование и проспективные во время исследования. Срок наблюдения 1 год.

Результаты: количество кровотечений статистически достоверно ($p=0,019$) превалировало в группе ретроспективного анализа. В проспективном этапе при применении нового алгоритма произошло 1 (3%) большое кровотечение и 4 (12%) малых, по ретроспективным данным 5 (16%) и 24 (75%), соответственно. Достоверного различия количества тромбоэмболических осложнений не выявлено ($p=0,547$). Статистически достоверно отличался TTR ($p=0,044$). В группе ретроспективного анализа TTR 32%, в исследуемой группе TTR 72%. Выводы:

У пациентов с хронической болезнью почек (СКФ менее 30/мин) отмечается статистически значимое снижение больших и малых кровотечений при применении рекомендованного алгоритма подбора дозы варфарина (контроль МНО раз в 3 дня, с коррекцией терапии через 7 дней). TTR оставался в терапевтическом диапазоне большее количество времени при использовании нового алгоритма. Для уточнения и широкого применения алгоритма подбора дозы варфарина, необходимо проведения проспективных исследований.

0657

БИОМЕХАНИКА СОКРАЩЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ КЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сандриков В. А., Кулагина Т. Ю., Ван Е. Ю., Березина Е. В., Иванов В. А., Петрова Ю. Н.

ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени акад. Б.В. Петровского», Москва, Россия

Цель: апробация диагностического алгоритма в оценке ранних форм дисфункции миокарда у больных с патологией сердца.

Материалы и методы: Обследовано 129 пациентов: с патологией аортального и митрального клапанов – 57; ишемической болезнью сердца – 45 и 27 здоровых добровольцев. Средний возраст пациентов с клапанной патологией составил 50 ± 5 лет, ИБС – 54 ± 8 и здоровые – 41 ± 6 лет. Оценивалась взаимосвязь ФИ и $dVol/dt$ и энергия сокращения у пациентов ИБС, АС, АН, МС, МН, здоровых лиц. Все исследования проведены в условиях стационара. Выполнялась оценка скорости смещения миокарда в различные фазы сердечного цикла, с анализом скоростей изгнания (dV/dt) и заполнения левого желудочка с расчетом энергии, конечного систолического (КСО) и конечного диастолического объемов (КДО) левого желудочка. Оценивали размеры левого предсердия и потоки крови через клапаны. Все пациенты обследованы до и на 10 сутки после операции. Эхокардиография выполняли на Vivid-E9. Запись полученных результатов сохранялась в базе данных с последующей обработкой в программе Multivox.

Результаты: Доказано, что перегрузка сердца сопротивлением, объемом, или при смешанном типе перегрузок, а также при ишемическом повреждении миокарда в 80% случаев наблюдаются нарушения биомеханики сокращения миокарда в период систолы и диастолы, что в конечном итоге приводит к сердечной недостаточности. Данное обстоятельство в первую очередь характеризуется изменением скорости сокращения миокарда и изменением энергии сокращения миокарда. Однако, изолированная интерпретация этого показателя в оценке диастолической функции миокарда без учета направленности изменений со стороны насосной функции приводит к ошибочным выводам в плане оценки резерва миокарда. Измерения скорости смещения миокарда, построение обобщенных параметров в виде диаграмм «поток-объем» показали, что снижение податливости миокарда ЛЖ, нарушение расслабления сердечной мышцы, во многом определяются потоками крови в желудочке, турбулентностью и направлением потока в выводном тракте. Отсутствие нормализации внутривентрикулярного потока в послеоперационном периоде не способствует ремоделированию сердца в ближайшее время. Изменения нормального соотношения раннего и позднего наполнения ЛЖ, а также нормализация конечного диастолического и конечного систолического объемов полостей сердца во многом зависят от диастолической функции миокарда. Показано, что адаптация организма и миокарда после операций у больных с патологией сердечно-сосудистой системы, при условии адекватной коррекции, наступает только через 6-8 месяцев.

Заключение Оценка биомеханики сокращения миокарда у больных с патологией сердца служит одним из направлений в трактовке адекватности лечения. Наиболее информативными показателями являются динамика изменения потоков и объемов крови в желудочках, с учетом векторов скорости смещения миокарда.

0658

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Сапожникова И. Е.¹, Тарловская Е. И.², Авксентьева М. В.^{3,4}

¹ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Киров;

²ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород;

³Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России, Москва;

⁴Лаборатория оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований РАНХиГС при Президенте РФ, Москва

Цель: анализ клинической и экономической эффективности терапии, назначенной по поводу сердечно-сосудистых заболеваний пациентам с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2) на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: 438 амбулаторных карт лиц с СД 2: 211 – из 7 поликлиник г. Кирова (1-я группа), 227 – из 36 районов Кировской области (2-я группа). Критерии включения: СД 2; ≥ 6 обращений за амбулаторной помощью по поводу СД в течение года; отчетливые записи о назначенном лечении с указанием названий и доз. Оценивалась клиническая и лабораторная динамика, изменения терапии в течение 1 календарного года (с 01.01.2009. по 31.12.2009). Проведены анализы клинической эффективности, ABC/VEN, частотный, «общей стоимости болезни».

Результаты: Группы не различались по полу (26% и 22% мужчин, $p=0,39$); лица 1-й группы были старше (64 [57; 71] vs 58,5 [53; 67] лет, $p<0,001$); чаще имели осложнения СД (78,2% vs 59,5%, $p<0,001$). Артериальная гипертензия (АГ) была диагностирована у 199 (94,3%) лиц 1-й группы, 197 (86,8%) – 2-й. В течение года в 1-й группе с 16,6% до 34,1% ($p<0,001$) возросло число лиц с фиксацией целевого «офисного» АД ($\leq 130/80$ мм Hg, не ниже 115/70 мм Hg), во 2-й группе динамика отсутствовала (21,6% vs 25,1%, $p = 0,44$), в конце года целевое АД чаще выявлялось в 1-й группе ($p = 0,05$). Причины недостижения целевого АД: монотерапия антигипертензивными препаратами (АГП) (чаще во 2-й группе); редкое назначение трех АГП во 2-й группе; низкие дозы АГП. В начале года статины были назначены 30,3% пациентов 1-й группы, 14,1% - 2-й ($p<0,001$), к окончанию - 49,3% и 20,3% соответственно ($p1-2<0,001$, в 1-й группе $p<0,001$ в сравнении с началом года). Во 2-й группе было хуже качество обследования (HbA1c, альбуминурия, СКФ, офтальмоскопия, ЭКГ); чаще назначались препараты с недоказанной эффективностью (группа «N» VEN-анализа) – 3-е место в структуре затрат на медикаментозную терапию (доля затрат на статины и дезагреганты - 7,2%). Пациенты 2-й группы чаще госпитализировались (95 (41,9%) vs 50 (23,7%), $p < 0,001$), имели большее число госпитализаций (128 vs 54, $p < 0,001$), длительность стационарного лечения ($18 \pm 8,6$ vs $14,6 \pm 3,9$ дней, $p = 0,008$), что привело к росту прямых (в 2,36 раза) и расчетных не прямых затрат (в 2,77 раза на одного пациента группы).

Выводы: 1) На территории Кировской области выявлено более низкое качество диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД 2-го типа в сельских и малых городских поселениях.

2) Худшее качество амбулаторной помощи пациентам с СД 2-го типа существенно повышает прямые и не прямые затраты в связи с ростом числа госпитализаций и необоснованной терапией.

0659

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛАССА СОСТОЯНИЯ ГЛИКЕМИИ

Сапожникова И. Е.¹, Тарловская Е. И.², Тарловский А. К.³

¹ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России, Киров;

²ГБОУ ВПО Нижегородская ГМА Минздрава России, Нижний Новгород;

³КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», Киров.

Цель: изучение особенностей ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от класса состояния гликемии.

Материалы и методы: 241 пациент с АГ 1-2 степеней составили 3 группы (1-я группа – 100 пациентов с АГ + сахарный диабет 2-го типа (СД 2), 2-я группа – 41 пациент с АГ + нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), 3-я группа – 100 пациентов с АГ), сравнимые по полу и возрасту пациентов. Критериями исключения являлись острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе, реваскуляризация коронарных артерий в анамнезе, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, клиника типичной стенокардии, хроническая сердечная недостаточность выше II ФК (NYHA), хроническая почечная недостаточность, выраженные нарушения функции печени. Проведены лабораторные исследования углеводного и липидного обмена, эхокардиография (Эхо-КГ).

Результаты: У 19% пациентов 1-й группы СД 2 был выявлен впервые; в остальных случаях длительность заболевания составила $4,94 \pm 2,87$ лет (1-12 лет); концентрация HbA1c составила $8,3 \pm 1,5\%$ ($< 7,0\%$ – в 18%). Гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) выявлена у 70 из 241 (29,1%) пациентов: 44% – АГ + СД 2, 24,4% – АГ +

НТГ, 11% - АГ (χ^2 , $p_{1-2} = 0,047$, $p_{1-3} < 0,001$, $p_{2-3} = 0,077$). Группы не различались по частоте выявления таких моделей ЛЖ как эксцентрическая ГЛЖ и концентрическое ремоделирование ($p \geq 0,11$), но концентрическая ГЛЖ чаще выявлялась при АГ + СД 2 (34%) в сравнении с АГ + НТГ (6 (14,63%) и АГ (6%) (двусторонний вариант точного критерия Фишера, $p_{1-2}=0,024$; $p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} = 0,11$). У пациентов с АГ + СД 2 концентрическая ГЛЖ формировалась в 3,5 раза чаще, чем эксцентрическая ГЛЖ. Частота обнаружения нарушения диастолической функции миокарда ЛЖ при сочетании АГ с СД 2 (89%) и НТГ (82,9%) была сравнима и выше, чем у лиц с АГ (57%) (χ^2 , $p_{1-3} < 0,001$; $p_{2-3} = 0,006$; $p_{1-2} = 0,48$).

Выводы: В группе пациентов с АГ концентрическая гипертрофия ЛЖ наиболее часто формировалась при сочетании с СД 2.

В группе пациентов с АГ нарушения диастолической функции миокарда чаще выявлялись при наличии сопутствующих нарушений состояния гликемии (СД 2, НТГ).

Пациентов с сочетанием АГ и пограничных нарушений гликемии характеризует сравнимый с имеющими АГ + СД 2 преваленс диастолической дисфункции, тогда как частота формирования гипертрофии ЛЖ занимает промежуточное положение между имеющими сопутствующий СД 2 и не имеющими нарушения гликемии.

0660

ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Сапожников А. Н., Мазурова О. В., Разин В. А., Гимаев Р. Х.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

Актуальность: Современная терапевтическая практика находится в поле коморбидности - сосуществования двух и/или более заболеваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени. Причины этого явления носят разнообразный характер: повсеместный рост заболеваемости различными нозологиями в целом, совершенствование и более широкая доступность диагностических возможностей. Особенно значимой становится проблема коморбидности у пациентов старшей возрастной группы.

Цель: определить спектр нозологий характерных для пациентов старшей возрастной группы с острой коронарной патологией.

Материалы и методы: В исследование включили 193 пациента (мужчин 133 и женщин 60) в возрасте 60-80 лет, (в среднем 65 ± 4), поступивших с острым коронарным синдромом. Из них 76 случаев острый инфаркт миокарда и 117 - нестабильная стенокардия. При сборе анамнеза и других стандартных диагностических методов определялись: имелась ли ранее ИБС, в т.ч. перенесенный инфаркт миокарда, 5 наиболее частых нозологий, сопутствующих острой коронарной патологии, прочие заболевания.

Результаты: Ишемическая болезнь сердца в анамнезе присутствовала у 126 (65%) человек и 59 (31%) из них уже перенесли ранее ОИМ. Из сопутствующих заболеваний самой частой была гипертоническая болезнь у 176 (91%) больных. Наличие язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у 54 (28%) больных. Сахарный диабет 2 типа, в т.ч. выявленный впервые у 28 (15%) больных. Желчнокаменной болезнью страдали 23 (12%) и хроническим бронхитом 14 (7%) пациентов. Варикозная болезнь, МКБ и прочие заболевания - всего 127 (66%) случаев. Таким образом, на одного пациента старше 60 лет с острой коронарной патологией, приходилось в среднем 3,2 заболевания, включая ИБС.

Выводы: Гипертоническая болезнь является наиболее частой патологией ассоциированной с острыми формами ИБС у пациентов старшей возрастной группы. Далее следуют: язвенная болезнь 12-перстной кишки и/или желудка, сахарный диабет 2 типа, желчнокаменная болезнь и хронический бронхит.

0661

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Сапожников А. Н., Разин В. А., Мазурова О. В., Гимаев Р. Х., Леонова Е. Э.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия

Цель: изучить взаимосвязь поражения коронарных артерий (КА) с полом, возрастом, сопутствующими заболеваниями и исходом ОКС.

Материалы и методы: В исследование включено 617 больных (423 мужчин и 194 женщин; в возрасте 57 ± 9 лет), поступивших в отделение ОКС Ульяновской областной больницы. Из них с нестабильной стенокардией – 358 пациентов, инфаркт миокарда с зубцом Q – 207 и острый инфаркт без зубца Q – 52 человека. Все пациенты исследованы согласно стандартам оказания помощи больным ОКС. Экстренная коронароангиография проводилась на ангиографе Siemens Axion Artis

Результаты: Наиболее часто при проведении КАГ выявлен стеноз 2 коронарных артерий: у 223 (37%) пациентов. Атеросклеротические изменения одной КА у 151 (24%) человек и мультифокальный стеноз коронарных артерий выявлен у 212 (34%) больных, у 31 (5%) больного не было существенного коронарного атеросклероза.

Проведен анализ взаимосвязи состояния коронарного русла с возрастом и полом пациентов. Имелась прямая корреляция между количеством пораженных КА и возрастом больных ($p=0,00006$). Мужчин характеризовало, в среднем, большее число атеросклеротически измененных артерий, чем женщин ($p=0,0005$). Из сопутствующих заболеваний выявлена достоверная взаимосвязь с сахарным диабетом 2 типа ($p=0,02$), а также с табакокурением ($p=0,001$).

От выраженности коронарного атеросклероза зависел исход ОКС. При меньшем количестве пораженных КА исходом чаще становилась нестабильная стенокардия, а при большем острый инфаркт миокарда (ИМ) ($p=0,0024$), при этом не было зависимости между количеством пораженных КА и передним ИМ с зубцом Q и есть зависимость для переднего ИМ без зубца Q ($p=0,047$) и заднего ИМ с зубцом Q ($p=0,0023$). Это свидетельствует о частом развитии переднего ИМ с зубцом Q из-за катастрофы в бассейне передней межжелудочковой артерии, при относительном благополучии в остальном сосудистом русле.

Выводы: Факторами риска распространенного коронарного атеросклероза являются возраст, мужской пол, сахарный диабет 2 типа, курение. При более значимом атеросклерозе исходом ОКС чаще становится острый задний инфаркт миокарда с зубцом Q и острый передний инфаркт без зубца Q.

0662

НОВЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Сасонко М. Л.¹, Атьков О. Ю.², Гурфинкель Ю. И.¹

¹Научный клинический центр ОАО «РЖД», Москва, РФ

²РНИМУ им Н.И. Пирогова, Москва, РФ

Актуальность: исследования. Высокое нормальное артериальное давление это своего рода ступень на пути к развитию артериальной гипертензии (АГ). До настоящего времени остается недостаточно изученным вопрос о необходимости и времени начала лечения пациентов с высоким нормальным давлением. Поиск ранних признаков ремоделирования сердечно-сосудистой системы на разных

уровнях у этой категории пациентов, а также количественная оценка этих изменений являются актуальной задачей.

Цель: Определить возможность количественной оценки состояния параметров макро- и микроциркуляции у пациентов с высоким нормальным давлением.

Материалы и методы: исследования. В исследование включено 110 человек в возрасте от 30 до 70 лет. Группу с высоким нормальным давлением составили 46 пациентов с артериальным давлением (АД) 130-140/80-85 мм рт. ст. Среднее систолическое АД в этой группе составило 131.0 ± 4 мм рт. ст., среднее диастолическое АД оказалось равным 81.2 ± 6 мм рт. ст.). В контрольную группу включены 64 здоровых добровольца. Проводилось исследование капиллярного кровотока ногтевого ложа руки с помощью цифрового капилляроскопа «Капилляроскан – 1» (Россия). Рассчитывался коэффициент ремоделирования, представляющий собой отношение средних значений диаметров венозных отделов капилляров к средним значениям диаметров артериальных отделов. Жесткость артерий оценивалась по изменению скорости пульсовой волны на артериях руки с помощью прибора Тоникард (Россия). Эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) проводилось аппаратом Vivid 9 (GE). Оценивалась степень гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) и диастолическая функция ЛЖ. Для статистической обработки данных использовалась программа IBM SPSS Statistic 20.

Результаты: У пациентов с высоким нормальным давлением выявлено значимое повышение значения коэффициента ремоделирования капиллярного русла и увеличение скорости распространения пульсовой волны по сравнению со здоровыми добровольцами. Частота встречаемости повышенного коэффициента ремоделирования капиллярного русла у пациентов с высоким нормальным давлением составила 61%, повышения жесткости артерий – 58%. При ЭХОКГ у пациентов с высоким нормальным давлением в 66% случаев отмечены признаки диастолической дисфункции миокарда ЛЖ, в то время как гипертрофия миокарда ЛЖ в этой группе регистрировалась лишь в 23% случаев.

Заключение Увеличение коэффициента ремоделирования капиллярного русла, повышение жесткости артерий и диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка выявляются у пациентов с высоким нормальным давлением с одинаковой частотой. Определение степени ремоделирования капиллярного русла и оценка жесткости артерий могут быть использованы для повышения качества диагностики ранних стадий артериальной гипертензии.

0663

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИНДАКАТЕРОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Сафина Ю. Ф., Загидуллин Н. Ш., Зулкарнеев Р. Х., Азнабаева Ю. Г, Мухамадеева Н. Р., Загидуллин Ш. З.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Частота респираторной и кардиоваскулярной коморбидности является весьма высокой и, например, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) ведёт к прогрессированию «кардиоваскулярных симптомов» и лёгочному сердцу. Например, неизвестны эффекты нового бета2-агониста длительного действия индакатерола на состояние сердечно-сосудистой системы изучены недостаточно. Цель:

Исследовать влияние 3-месячной терапии ингаляционного бета2-агониста длительного действия (Онбрес) 150 мг via с помощью эхокардиографические параметры сердца, вариабельность ритма сердца (BPC), скорость пульсовой волны (СПВ) и артериальную жесткость (АЖ) сосудистой стенки у пациентов с ХОБЛ. **Материалы.** Дизайн исследования проспективный, неконтролируемый, открытый. Было обследовано 25 пациентов ($63,2 \pm 2,6$ лет, 22 мужчины, 3 женщины) с диагнозом ХОБЛ средне-тяжелой степени тяжести (GOLD 2013) с объемом форсированного выброса (ОФВ1) 30-70% и индексом Тиффно $> 0,7$, курением ≥ 10 пачко-лет и имеющих синусовый ритм. На базовом визите определяли витальный статус, проводили спирометрию, определяли СПВ и АЖ («Sphygmacor», Australia), BPC (10 мин в положении лёжа), сатурацию кислорода, и некоторые эхокардиографические параметры (фракция выброса, TAPSE, размеры камер сердца, СДЛА). Пациенты получали индакатерол в течение 3-х мес 150 мг 1 рвд и через 90 дней эти процедуры повторяли и оценивали безопасность и побочные эффекты.

Результаты: Был показано положительное влияние индакатерола на большинство показателей: тенденция к увеличению ОФВ1 и ФЖЕЛ; снизилось СДЛА и увеличилось TAPSE ($p < 0,003$); уменьшились размеры правого и левого предсердий ($p = 0,067$ и $p = 0,039$); снизилось аортальное давление с $138,19 \pm 1,55$ до $127,25 \pm 1,32$ мм рт.ст. ($p = 0,03$), индекс аугментации – от $23,21 \pm 1,39$ до $18,9 \pm 1,1\%$ ($p = 0,04$); так же, как и большинство параметров ВРС: высокочастотный спектр имел тенденцию к увеличению ($p = 0,048$), низкочастотный – у уменьшению ($p = 0,067$), а соотношение LF/HF достоверно уменьшилось с $2,49 \pm 0,12$ до $1,41 \pm 0,2$ ($p = 0,024$). Отмечался тренд к уменьшению СПВ с $9,01 \pm 0,84$ до $8,26 \pm 0,7$ м/с ($p = 0,057$). У комплаентных пациентов эффект был более выражен. Выводы:

Ингаляционная терапия больных ХОБЛ бета2-агонистом индакатеролом 150 мг в течение 3 мес не изменила бронхиальную проводимость, однако позитивно повлияла на размеры полостей сердца, давление в лёгочной артерии, жесткость сосудистой стенки и вариабельность ритма сердца. Исследование было выполнено при поддержке исследовательского гранта компании «Новартис».

0664

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСХОДА

Сахин В. Т., Гордиенко А. В., Шахнович П. Г., Сотников А. В.

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

Цель: оценить изменения линейных показателей микроциркуляции у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди в зависимости от клинического исхода.

Материалы и методы: Обследовано 57 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди. Все они разделены на две группы: 1-я группа – пострадавшие с благоприятным клиническим исходом (выздоровление) – 34 человека, 2-я группа – летальный исход – 23 пациента. Средняя продолжительность лечения в стационаре пострадавших с летальным исходом составила $11 \pm 2,8$ суток. Причина смерти – полиорганная недостаточность. Состояние микроциркуляторного русла оценивали с помощью высокочастотной ультразвуковой доплерографии (датчик 25 МГц) в области ногтевого валика среднего пальца кисти доплерографом ультразвуковым компьютеризированным для исследования кровотока ММ-Д-К (Минимакс-доплер-К), ООО СП «Минимакс», г. Санкт-Петербург. При установке датчика в зону локации угол наклона датчика регулировали по получению максимальных по амплитудам кровотока и тонов. После проведения качественной оценки доплерограммы по форме огибающей спектра определяли линейные показатели скорости кровотока (см/сек): V_s (максимальная систолическая скорость), V_{as} (максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости), V_{am} (средняя линейная скорость кровотока по кривой средней скорости), V_{akd} (конечная диастолическая скорость по кривой огибающей средней скорости), V_m (средняя за сердечный цикл скорость кровотока). Исследование выполняли через 4 ч, на 1 и 5 сутки от момента получения травмы, что соответствует первому, второму и третьему периоду травматической болезни, согласно ее классификации (И.И. Дерябин, 1987 г. и Е. К. Гуманенко, 1992 г.). Из полученных числовых показателей определяли медиану (Me) и межквартильный интервал (LQ-UQ). Достоверность различий между не связанными выборками в каждой временной точке определяли U-критерием Манна – Уитни. Его считали достоверным при статистической значимости (p) различий в рассматриваемых выборках менее 0,05.

Результаты: Через 4 ч после травмы различий между показателями микроциркуляции в изучаемых группах не выявлено ($p < 0,05$). Через 1 сутки после травмы для пострадавших 1-ой группы в сравнении со 2-й характерны более высокие значения V_{as} ($2,48(1,4-2,7)$ и $0,96(0,5-1,79)$), а через 5 суток более высокие значения V_m ($8,9(7,8-9,9)$ и $7,2(6,9-7,6)$) и V_{am} ($0,36(0,29-0,8)$ и $0,1(0,09-0,1)$). В течение всего периода наблюдения не выявлено межгрупповых различий только для V_s (максимальная систолическая скорость).

Выводы: Наиболее выраженные изменения микроциркуляции у пострадавших с летальным исходом отмечены на 5 сутки после травмы. В этот временной период для 2 группы в сравнении с постра-

давшими с благоприятным исходом характерны более низкие значения средней за сердечный цикл скорости кровотока и средней линейной скорости кровотока по кривой средней скорости. Определение этих показателей в этот временной период может использоваться для прогнозирования исхода травматической болезни.

0665

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сахин В. Т., Гордиенко А. В., Рева В. А., Сотников А. В., Кизявка М. И., Казначеев М. В.
Военно - Медицинская академия им С. М. Кирова, Санкт - Петербург

Цель: оценить изменения спектральных показателей вариабельности сердечного ритма в процессе острой массивной кровопотери.

Материалы и методы: Исследование проведено на 5 овцах Эдильбаевской породы (самках), массой от 37 до 41 кг. Кровопотерю моделировали путем удаления венозной крови. Параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР) получали аппаратным комплексом САКР-2 (ООО «ИНТОКС МЕД») на участках ЭКГ длительностью 75 секунд. При этом определяли следующие частотные показатели ВСР: VLF (мощность волн очень низкой частоты в диапазоне от 0,04 до 0,0033 Гц), LF (мощность волн низкой частоты в диапазоне от 0,15 до 0,04 Гц), HF (мощность волн высокой частоты в диапазоне от 0,4 до 0,15 Гц), TP (общая мощность спектра, TF), LFn_u (относительное значение мощности волн низкой частоты, выраженное в нормализованных единицах), HF_u (относительное значение мощности волн высокой частоты, выраженное в нормализованных единицах), LF/HF (коэффициент вагосимпатического баланса). Исследование выполнялось до кровопотери, через 100 и 600 мл кровопотери. Из полученных числовых показателей определяли медиану (Me) и межквартильный интервал (LQ-UQ). Достоверность различий между показателями в связанных между собой выборках определяли с помощью W-критерия Вилкоксона. Его считали достоверным при статистической значимости (p) различий в рассматриваемых выборках менее 0,05.

Результаты: По результатам сравнительного анализа установлено что все показатели ВСР, полученные после 100 мл и 600 мл кровопотери не отличаются от их значений до начала эксперимента (p>0,05). Несмотря на это, для LFn_u, HF_u и LF/HF перед экспериментом, а также через 100 и 600 мл кровопотери получены характерные тренды. С увеличением кровопотери для LFn_u, LF/HF установлена стойкая тенденция к уменьшению ([48,8(41,9-55,8), 43(42,3-49), 20,2(9,7-27,6) и (1,12(0,89-1,32), 0,96(0,85-1,06), 0,27(0,17-0,5) соответственно), тогда как HF_u увеличивается (43,5(42,1-46,9), 46(43,9-50,7), 57,9(55-74,2) соответственно). Для TP, VLF, LF и HF каких-либо выраженных тенденций в ходе эксперимента не выявлено.

Выводы: несмотря на отсутствие значимых изменений показателей ВСР в процессе кровопотери, для нормализованных значений волн низкой и высокой частоты, а также для коэффициента вагосимпатического баланса показана характерная тенденция, характеризующаяся уменьшением активности симпатического и увеличением активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Определение этих показателей может быть использовано для мониторинга тяжести состояния у пострадавших с массивной кровопотерей. Необходимы дополнительные исследования на большей выборке для уточнения значимости полученных результатов.

0666

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА КАК ФАКТОРА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2

Свиридова М. И., Стрюк Р. И., профессор, д. м. н., зав. каф. Внутренних Болезней
ЛЦ «Минэкономразвития России», МГМСУ, Москва, Россия

Цель: Оценить возможности влияния миметика глюкагоноподобного пептида-1 на уровень СРБ, гликированного гемоглобина (HbA1c), гликемии натощак и параметров гемодинамики у пациентов с сахарным диабетом (СД) типа 2.

Материалы и методы: У 70 пациентов СД типа 2 изучали уровни СРБ высокочувствительным биохимическим методом на анализаторе Access-2 фирмы Beckman-culter, США, HbA1c методом иммунохроматографии, гликемии натощак биохимическим методом, уровень АД и ЧСС. Пациенты методом случайной рандомизации были разделены на 2 группы: основная - 50 человек: к пероральным сахароснижающим препаратам был добавлен миметик ГПП-1, группа сравнения - 20 человек продолжали получать предшествующую сахароснижающую терапию. Продолжительность исследования 26 недель.

Результаты: Через 6 месяцев лечения в группе пациентов, получающих миметик ГПП-1, отмечается достоверное снижение уровня СРБ, значимое снижение уровня гликированного гемоглобина, гликемии натощак, улучшение показателей САД по сравнению с показателями пациентов контрольной группы. В основной группе уровень СРБ снизился с $0,5 \pm 0,1$ мг/дл до $0,3 \pm 0,1$ мг/дл, $P=0,002$, в контрольной группе изменения уровня СРБ не отмечается, уровень гликированного гемоглобина снизился с $8,2 \pm 0,6\%$ до $7,4 \pm 0,4\%$, $P=0,008$, в контрольной группе с $7,6 \pm 0,5\%$ до $7,4 \pm 0,4\%$, $P=0,3$, уровень гликемии натощак снизился с $9,3 \pm 0,7$ ммоль/л до $7,9 \pm 0,6$ ммоль/л, $P=0,001$, в контрольной группе $8,9 \pm 0,6$ ммоль/л до $8,1 \pm 0,5$ ммоль/л, $P=0,05$. САД снизилось с $146 \pm 5,4$ мм.рт.ст. до $139,9 \pm 4,5$ мм.рт.ст., $P=0,01$, в контрольной группе $148,8 \pm 10,5$ мм.рт.ст. до $145,7 \pm 8,7$ мм.рт.ст., $P=0,4$. Достоверного изменения уровня ДАД не выявлено в обеих группах. ЧСС снизилась в основной группе с $73,2 \pm 4,2$ ударов в мин. до $69,1 \pm 2,8$ ударов в мин., $P=0,02$, не изменилась в группе контроля.

Выводы: миметик ГПП-1 (эксенатид) не только улучшает состояние углеводного обмена, но и благотворным образом влияет на показатели сердечно-сосудистой системы: отмечается снижение уровня СРБ, показателей САД, не отмечается увеличения ЧСС, что позволяет использовать препарат для коррекции кардиоваскулярных нарушений, наблюдающихся у большинства пациентов с сахарным диабетом типа 2.

0667

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОНЬКОБЕЖЦЕВ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ПОКАЗАТЕЛЮ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ТИПУ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА СТАНДАРТНУЮ НАГРУЗКУ

Селиверстова В. В., Джос Н. П.

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Россия

Сердечно-сосудистая система (ССС) обеспечивает адекватное кровоснабжение всех органов и тканей организма. Младший школьный возраст характеризуется перестройкой электромеханической деятельности сердца, увеличением сердечного выброса и интенсивности периферического кровотока. Психо-эмоциональное состояние ребенка, отражается на функционировании ССС. Доказано, что

при переживаниях, стрессах и высоком уровне тревожности изменяется соотношение активности отделов вегетативной нервной системы в направлении значительного усиления симпатических влияний, что приводит к изменению основных физиологических показателей ССС и отражается на адаптации к физическим нагрузкам.

Цель: изучить особенности типов реакций ССС у конькобежцев младшего школьного возраста на стандартную физическую нагрузку в зависимости от уровня тревожности.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 20 конькобежцев 9-11 лет. Конькобежцы выполняли стандартную физическую нагрузку средней интенсивности в виде бега на месте на протяжении двух минут. Частоту сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД) регистрировали в покое, а также ежеминутно в течение первых пяти минут восстановительного после физической нагрузки периода. По показателям ЧСС, систолического и диастолического АД, среднего АД и пульсового давления определяли типы реакций ССС, как нормотонический, гипертонический, гипотонический, дистонический и реакцию со ступенчатым подъёмом максимального АД. Уровень тревожности определяли по интегративному тесту тревожности.

Результаты: При анализе уровня личностной тревожности низкий уровень выявлен у 20% детей, средний – у 45%, в то время как высокий – у 35% детей. При определении типов реакций ССС отмечено, что для 75% детей характерен нормотонический тип реакций ССС. Гипотонический тип выявлен у 15%, в то время как гипертонический – отмечен в 5% случаев. При сопоставлении типов реагирования ССС с уровнем личностной тревожности у конькобежцев младшей возрастной группы выявлено, что среди всех 7 детей, имеющих высокий уровень тревожности для 4 человек характерен нормотонический тип реакций ССС, для 2 – гипотонический и для 1 – гипертонический. Таким образом, у 43% конькобежцев младшего школьного возраста высокий уровень личностной тревожности сопровождается изменением реакций ССС на стандартную нагрузку. Данные изменения могут становиться причиной нарушения ведущих механизмов адаптации к физическим нагрузкам.

Таким образом, индивидуальный подход к тренировочному процессу с учетом физиологических особенностей и психо-эмоционального состояния у спортсменов позволит повысить адаптированность ССС детей к физическим нагрузкам.

0668

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЛИМФОМАМИ В ПЕРИОД ВЫСОКОДОЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СТВОЛОВЫХ КРОВЕТВОРНЫХ КЛЕТОК

Семенова Е. В., Саржевский В. О., Мельниченко В. Я., Мартынюк А. Д., Казаликашвили Н. Ш., Вахромеева М. Н. .

ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва

Цель: Оценить показатели сердечно-сосудистой системы у пациентов со злокачественными лимфомами в период проведения высокодозной химиотерапии (ВДХТ) с аутологичной трансплантацией стволовых кроветворных клеток (ауто-ТСКК).

Материалы и методы: В исследование включено 155 пациентов (медиана возраста 37,5 лет). Всем пациентам проводились ЭКГ, трансторакальная ЭХОКГ, мониторинг ЭКГ по Холтеру до начала ВДХТ и ауто-ТСКК и перед выпиской из стационара (в среднем – через 15-20 дней после трансплантации).

Результаты: Анализ ЭКГ выявил статистически значимые отличия по ЧСС до и после ауто-ТСКК: 73 и 80 в минуту, соответственно. Не получено значимых отличий при сравнительном анализе источника ритма, нарушений ритма и проводимости. У 16,4% больных после ауто-ТСКК выявлены неспецифические изменения на ЭКГ в виде снижения амплитуды положительных зубцов Т и/или появления отрицательных зубцов Т. Перед трансплантацией у 99,4% пациентов фракция выброса левого желу-

дочка была в пределах нормы (выше 55%), медиана - 62%. При выписке медиана показателя ФВЛЖ не изменилась ($p=0,96$). При анализе диастолической функции ЛЖ отношение $E/A < 1,0$ наблюдалось у 40% больных еще до трансплантации. При выписке медиана E снизилась ($0,68 \rightarrow 0,67$), а медиана A увеличилась ($0,6 \rightarrow 0,63$), что может свидетельствовать об усугублении диастолической дисфункции ЛЖ. При ХМЭКГ получено значимое увеличение показателей минимальной, максимальной и средней ЧСС ($56 \rightarrow 61$, $132,5 \rightarrow 141$ и $80 \rightarrow 87$, соответственно). Статистически значимых отличий по числу и типу нарушений ритма и проводимости до и после ВДХТ и ауто-ТСКК получено не было. До ВДХТ и ауто-ТСКК у 5 из 120 больных (4,2%) зарегистрирована косовосходящая депрессия сегмента ST. При выписке из стационара депрессия сегмента ST выявлена у 20 из 115 больных (17,4%), среди них - значимая - у 1 больного (значимо чаще, чем до ВДХТ и ауто-ТСКК).

Выводы: ВДХТ и ауто-ТСКК приводят к значимым изменениям показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов со злокачественными лимфомами. Наибольший интерес представляют изменения диастолической функции ЛЖ и сегмента ST, свидетельствующие об ишемии миокарда. Необходимо проведение дальнейших исследований в данном направлении для оценки прогностической значимости выявленных нарушений.

0669

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

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

Цель: выявить социальные факторы, ассоциирующиеся с приверженностью к терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: анкетирование пациентов кардиологического стационара в 2014г путем опроса о проводимой терапии с выявлением фактором, влияющих на продолжение/отказ от терапии. При помощи одномерного непараметрического анализа оценивалась возможная взаимосвязь между изучаемыми характеристиками.

Результаты: участвовало 70 пациентов: 40(57,1%) мужчин и 30(42,9%) женщин, 58(82,9%) пенсионного возраста, 12(17,1%) не пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертония, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) - ИБС, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 38(54,3%) - нестабильная стенокардия, у 52(74,3%) - ХСН, у 26(37,1%) - нарушения ритма: 16(22,9%) - фибрилляция предсердий, 2(2,9%) - трепетание предсердий, 12(17,1%) - желудочковая экстрасистолия, у 12(17,1%) - ОНМК, у 12(17,1%) - сахарный диабет. Имеют среднее образование 20(28,6%) пациентов, специальное - 10(14,3%), высшее - 30(42,8%), два высших - 4(5,7%), 6(8,6%) не ответило. Профессия умственного труда у 32(45,7%), физического труда у 26(37,1%) пациентов, 12(17,1%) не ответили. Пенсионерами являются 56(80%) пациентов, работающими пенсионерами - 4(5,7%), работающими - 4(5,7%), инвалидами - 12(17,1%). Не знают иностранных языков 50 (71,4%) пациентов, знают один иностранный язык - 8(11,4%), знают несколько языков - 4(5,7%), не ответили - 8(11,4%). Доводилось бывать за границей пару раз - 22(31,4%) пациентам, 5-10 раз - 6(8,6%), ни разу - 38 (48,6%), не ответили - 8(11,4%). Курят 12(17,1%) пациентов. Считают, что нужно принимать препараты постоянно - 46(65,7%) пациентов, курсами - 8(11,4%), по потребности - 6(8,6%), не ответили - 10(14,3%). Принимают назначенные препараты постоянно 42(60%) пациента, курсами - 6(8,6%), иногда когда «прижмет» - 8(11,4%), 2(2,8%) - ничего не назначали, 12(17,1%) пациентов не ответили. 40(57,1%) пациентов прекращали назначенное лечение. Пациенты, являющиеся инвалидами по стоянию здоровья, считают, что принимать препараты нужно постоянно (12(100%)) ($p=,02319$) и принимают их постоянно (12(100%)) ($p=,03192$). Пациенты со средним образованием (16(80%)) и с двумя высшими (4(100%)) достоверно чаще прекращают терапию ($p=,04114$). Пациенты, не знающие иностранных языков (40(86,9%)), чаще считают, что лечиться нужно постоянно ($p=,00379$) и лечатся постоянно (38(82,6%) $p=,00009$). Пациенты, бывшие за границей пару раз, чаще принимают терапию постоянно (16(88,9%)) ($p=,00017$).

Выводы: факторы, ассоциирующиеся с продолжением терапии сердечно-сосудистых заболеваний – инвалидность по состоянию здоровья, незнание иностранных языков, поездки за границу. Факторы, ассоциирующиеся с прекращением терапии – средние и два высших образования.

0670

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Сенаторова А. С., Гончарь М. А., Коновалова Н. В. *, Страшок А. И. *, Муратов Г. Р. *

Национальный медицинский университет, кафедра педиатрии № 1 и неонатологии
Областная детская клиническая больница, г. Харьков, Украина. *

Цель: совершенствование профилактики поражения сердечно-сосудистой системы у подростков с артериальной гипертензией, гипоталамическим синдромом пубертатного периода путем прогнозирования вероятности ремоделирования миокарда при различном генотипе эндотелиальной синтазы оксида азота (eNOS).

Материалы и методы: Обследован 101 подросток (88,1±3,1% мальчиков и 11,9±3,2% девочек) в возрасте 15,8±0,66 лет, поступивших в кардиоцентр КУОЗ «Областная детская клиническая больница» в связи с наличием указаний на эпизоды повышения артериального давления в анамнезе. Проведено клиничко-инструментальное исследование с оценкой морфофункционального состояния сердца, проявлений ремоделирования миокарда левого желудочка методом ДЭХОКГ; изучением полиморфизма гена eNOS методом ПЦР (набор «DNA-Blood», предназначенный для изучения полиморфизма в интроне 4 (4b, 4a)); липидного спектра крови; проведением суточного мониторирования артериального давления (СМАД) аппаратом MDplus (Россия, Новосибирск). В группу контроля вошли 12 практически здоровых подростков, отобранных в результате СМАД-скрининга, у которых отсутствовали жалобы и патологические изменения артериального давления по данным СМАД.

Результаты: При изучении полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота eNOS установлены следующие генотипы: генотип 4b4b у 47 (46,5±7,3%), генотип 4b4a у 43(42,5±7,6%), генотип 4a4a у 11 (11±9,9%). Установлено, что генотип 4a/4a неблагоприятен в отношении развития метаболических нарушений, поскольку характеризуется наиболее высокими показателями иммунореактивного инсулина в сыворотке крови ([33,2 (16,5;40,1) мкМЕ/мл; p <0,05], липопротеидов очень низкой плотности (p <0,05) и триглицеридов (1,41 (1,18;1,64) ммоль/л; p <0,05) в сравнении с пациентами с генотипом 4b4b (16,2 (12,8;22,5) мкМЕ/мл, p < 0,05), (0,94 (0,71;1,22) ммоль/л, p<0,05 соответственно). Установлено, что для подростков - носителей аллеля b характерно развитие концентрического ремоделирования левого желудочка (<0,05), для носителей аллеля a – ремоделирование миокарда по типу концентрической гипертрофии (<0,05). Полученные результаты:

Стали основанием для разработанной нами модели стратификации риска прогрессирования артериальной гипертензии и поражения органов-мишеней у подростков с гипоталамическим синдромом пубертатного периода.

Выводы: Определение полиморфизма гена эндотелиальной синтазы оксида азота eNOS позволяет прогнозировать риск поражения органов-мишеней у подростков с артериальной гипертензией, гипоталамическим синдромом пубертатного периода, поскольку пациенты - носители аллеля b угрожаемы по развитию концентрического ремоделирования, пациенты-носители аллеля a – концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ.

0671

ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Сергеева В. А.

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

Неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД), регистрирующийся практически по всему миру, – серьезная угроза для последующего увеличения сердечно-сосудистых заболеваний, так как взаимосвязь этих патологий давно очевидна. Особое внимание следует уделять лицам молодого возраста, среди которых за последние годы также увеличилось число страдающих СД. Своевременное выявление повышенного риска развития СД и оценка образа жизни в дальнейшем могут послужить выработке индивидуальных рекомендаций и стратегии первичной профилактики, как самого СД, так и сердечно-сосудистой патологии с учетом общих факторов риска.

Обследовано 159 студентов 5, 6 курсов Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского. Средний возраст составил $22,5 \pm 0,14$ года. В рамках исследования проведено добровольное анкетирование, включающее шкалу FINDRISK, а также вопросы о курении, употреблении алкоголя, психологических аспектах жизни; у 62 человек дополнительно производилось измерение артериального давления (АД), объема талии, уровня общего холестерина, глюкозы крови.

В отношении образа жизни получено: 52% сослались на проблемы с питанием (недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, высококалорийная пища, нерегулярные приемы пищи), у 56% выявлена недостаточная физическая активность, 6% признались, что курят, а 2% – употребляют алкоголь сверх допустимых норм. Настораживает и тот факт, что 1,8% молодых людей уже регулярно принимают антигипертензивные препараты, а в целом в рамках исследования повышенное АД зарегистрировано у 39% студентов, причем, они не были удивлены полученными результатами измерения, т.е. были осведомлены об эпизодах повышения у себя АД. Так же выявлено абдоминальное ожирение – у 29% обследованных, гиперхолестеринемия – у 29,5% (более 5,5 ммоль/л, тах 7,9 ммоль/л), у 13% отмечено небольшое повышение гликемии натощак (выше 5 ммоль/л, тах 6,1 ммоль/л). В плане психологических проблем, наибольшее число опрошенных имеют переживания, связанные с учебой (43%), тревожность выявлена у 26% студентов, повышенный депрессивный фон у 20%.

Согласно шкале FINDRISK низкий риск развития СД (менее 7 баллов) выявлен у 83% студентов, промежуточный (7-11 баллов) у 13%, умеренный (12-14 баллов) у 2,5%, высокий (15-20 баллов) – у 1,5%. При этом наследственность по СД отягощена у 38% обследованных.

Таким образом, результаты нашего исследования высвечивают ряд серьезных проблем, как в образе жизни будущих врачей, так и в состоянии их здоровья. Выявлено большое количество модифицируемых факторов риска развития СД и сердечно-сосудистой патологии, требующих коррекции (высококалорийная несбалансированная диета, низкая физическая активность, курение, избыток массы тела, гиперхолестеринемия, повышение глюкозы крови натощак, психологические проблемы). Индивидуальное консультирование по результатам исследования позволило дать каждому необходимые рекомендации по коррекции выявленных проблем.

0672

PRO12ALA ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА АКТИВАТОРОВ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПЕРОКСИСОМ Г И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сергеева Е. Г., Беркович О. А., Алексеева Г. В., Баранова Е. И., Пчелина С. Н., Ионова Ж. И., Аверьянова А. В., Немкова Д. А.

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени акад. И.П. Павлова»

Цель: Исследовать характер и возраст дебюта заболевания, а также частоту сочетания с сахарным диабетом и гипергликемией натощак у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) - носителей различных генотипов гена рецептора активаторов пролиферации пероксисом γ (PPAR- γ).

Материалы и методы: Обследовано 278 больных ИБС и 194 человека без клинических проявлений ИБС (группа сравнения). Pro12Pro, Pro12Ala и Ala12Ala генотипы гена PPAR- γ определены методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом.

Результаты: Встречаемость Pro12Ala и Ala12Ala генотипов и Ala аллеля была выше у больных ИБС, чем в группе сравнения ($p=0,017$ и $p=0,0008$, соответственно) и их носительство было связано с увеличением риска возникновения ИБС в 1,95 раз (OR=1.95, CI:1.21÷3.12, $p=0,005$ и OR=1.95, CI:1.25÷2,96, $p=0,003$, соответственно).

Носительство Pro12Ala и Ala12Ala генотипов, а также Ala аллеля ассоциировалось с увеличением риска развития ИБС в возрасте до 45 лет в 2,6 раз (OR=2.6244; CI:1.3548÷ 5.0840; $p=0.0042$) и в 2 раза (OR= 2.0963; CI:1.2361÷3.5549; $p=0.006$), соответственно.

У носителей Pro12Pro генотипа чаще встречался сахарный диабет, чем у носителей Ala12Pro и Ala12Ala генотипов (23% и 11%, соответственно, $p=0,01$), хотя не было выявлено взаимосвязи между гипергликемией натощак и носительством различных генотипов генов PPAR- γ ($p=0,13$).

Выводы: Носительство Pro12Ala и Ala12Ala генотипов и Ala аллеля гена PPAR- γ связано с увеличением риска развития ИБС, особенно у людей молодого возраста. У носителей Pro12Pro генотипа достоверно чаще выявлялось сочетание сахарного диабета с ИБС, чем у носителей Ala12Pro и Ala12Ala генотипов.

0673

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Сергеева С. С.¹, Новожилова Н. В.¹, Кузнецова Т. Ю.²

¹ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», Петрозаводск, Россия

²ФГБОУ ВПО ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: изучить гендерные особенности хронической сердечной недостаточности с сохранной систолической функцией (СН с ССФ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов ИБС, у которых на основании симптомов и признаков заподозрена ХСН (средний возраст 59,06,±14,6 лет, мужчин 50%). Выполнены: ЭКГ, эхокардиография, коронарография. ХСН с ССФ диагностировали при наличии симптомов, ЭКГ признаков, критериев диастолической дисфункции по соотношению волны Е трансмитрального кровотока и диастолического подъёма основания левого желудочка (ЛЖ) (Em) согласно принятым рекомендациям. В качестве дополнительного критерия определяли мозговой натрий-уретический пептид (МНУП).

Результаты исследования: В исследование включено 30 мужчин и 30 женщин, средний возраст 58,4,±10,6 и 66,05±10,9 лет. Длительность анамнеза ИБС составила: до года 56,67% и 13,33%, от года до 4,9 лет – 16,67% и 36,67%, от 5 до 9,9 лет 10,0% и 26,67%, 10 лет и более – 16,67% и 23,33% для мужчин и женщин соответственно. Более половины пациентов СН с ССФ мужского пола (73,34%) имели анамнез ИБС до 5 лет ($n=22$), в группе лиц женского пола – 50% ($n=15$). Среди факторов риска у женщин преобладали дислипидемия (100%), АГ (96,67%), сахарный диабет (36,67%) и ожирение (23,33%). У мужчин также часто встречались ДЛП (96,67%) и АГ (93,33%), в 70% случаев имело место курение (у женщин 13,33%). Сахарный диабет встречался в 2,2, а ожирение в 1,75 раз у мужчин реже, чем у женщин (16,66% и 13,33% соответственно). Как для мужчин, так и для женщин характерным было наличие ГЛЖ (76,66 и 83,33% соответственно). При оценке теста 6-ти минутной ходьбы (Т6МХ) среди пациентов мужского пола более характерным было наличие I–II функциональный класса (ФК) ХСН (33,33 и

60% соответственно), у женщин доля лиц с I ФК ХСН составила 20%, II – 46,66, III – 33,33%. Среди мужчин чаще встречался II ФК стенокардии (53,33%), женщин – III ФК (56,67%). Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе чаще встречался у мужчин (56,67% против 36,67%). По данным коронароангиографии у мужчин отмечено преобладание прогностически неблагоприятного поражения коронарных артерий (трёхсосудистого и стволового) – 76,67 против 53,33% у женщин. Поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) в обеих группах встречалось одинаково часто (23,33 и 20% у мужчин и женщин соответственно). ОИМ в анамнезе чаще встречался у мужчин (56,67% против 36,67%), Выводы:

Среди факторов риска ИБС для женщин с ХСН ССФ более характерными оказались сахарный диабет и ожирение, для мужчин – курение. У мужчин с ХСН с ССФ отмечено преобладание прогностически неблагоприятного поражения коронарных артерий и более высокая частота ОИМ в анамнезе. Для женщин с ХСН ССФ характерны более длительный анамнез ИБС и низкая толерантность к ФН как при оценке ФК стенокардии, так и теста 6-минутной ходьбы.

0674

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сергиенко Т. Н.¹, Лебедева Е. В.², Муслимова Э. Ф.¹, Репин А. Н.¹, Нонка Т. Г.¹

¹НИИ кардиологии,

²НИИ психического здоровья, Томск, Россия

Введение. Двойная антиагрегантная терапия, включающая клопидогрел и ацетилсалициловую кислоту, является стандартом профилактики тромбозов при стентировании коронарных артерий. Но по-прежнему остается актуальной проблема резистентности к компонентам антиагрегантной терапии. Наряду с клиническими и клеточными факторами, влияющими на эффективность действия клопидогрела и аспирина, пристальное внимание уделяется генетическим особенностям организма, в том числе полиморфизмам генов белков, задействованных в реализации антиагрегантного эффекта. Среди них ген цитохрома P450 2C19, участвующего в наработке активного метаболита клопидогрела, ген пуринаргического рецептора P2RY12 и ген рецептора к фибриногену ITGB3, непосредственно задействованных в агрегации тромбоцитов.

Цель: Оценить влияние полиморфизмов гена рецептора тромбоцитов ITGB3 и гена цитохрома P450 CYP2C19 на эффективность антиагрегантов у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР).

Материалы и методы: В исследование включено 113 пациентов с хронической ИБС, которым было проведено стентирование коронарных артерий. При поступлении помимо стандартного обследования все пациенты прошли скрининговое тестирование госпитальной шкалой тревоги и депрессии HADS, консультированы были психиатром, и на основании полученных результатов была выделена группа лиц с тревожно-депрессивными расстройствами. Все пациенты получали стандартную двойную антиагрегантную терапию, включающую клопидогрел 75 мг/сут и аспирин 75 мг/сут. Определение полиморфизмов генов ITGB3, P2RY12 и CYP2C19 осуществляли с помощью аллель-специфичной полимеразной цепной реакции с использованием коммерческих наборов. Для оценки функциональной активности тромбоцитов на фоне приема клопидогрела и аспирина проводился тест индуцированной агрегации с АДФ и эпинефрином (методом оптической агрегатометрии).

Результаты: Среди обследованных лиц у 8,6% больных выявлена лабораторная резистентность к клопидогрелу и у 16,3% больных – к ацетилсалициловой кислоте. При индукции тромбоцитов АДФ в концентрации 5,0 мкМ выявлено, что носители аллеля А гена CYP2C19 и аллеля С гена ITGB3 среди страдающих тревожно-депрессивными расстройствами отличались более высокими показателями агрегации, что свидетельствует о сниженной эффективности клопидогрела. При этом среди пациентов без ТДР такой ассоциации не наблюдалось. Кроме того, как у больных ТДР, так и без них, не было

значимой зависимости между полиморфизмами генов рецепторов тромбоцитов и агрегацией тромбоцитов при индукции эпинефрином.

Заклучение Наличие тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС при стентировании коронарных артерий, ухудшает эффективность антиагрегантной терапии клопидогрелем, что может иметь негативное влияние на прогноз у такой категории пациентов.

0675

ВЛИЯНИЕ ОБУЧАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Серебрякова В. Н., Лемеш О. Л.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: оценить влияние школ здоровья для пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию, проводимых на госпитальном этапе в раннем послеоперационном периоде, на приверженность к лечению.

Материалы и методы: Обучение пациентов с ишемической болезнью сердца подвергшихся хирургических вмешательствах на коронарных сосудах (АКШ, МКШ и т.д.) проводится в рамках разработанной нами информационно-мотивационной технологии, включающую в себя андрагогические подходы к обучению взрослых - Школ здоровья госпитальном этапе в условиях специализированной кардиологической клиники в раннем восстановительном периоде. Открытие Школ здоровья для пациентов с АКШ состоялось в феврале 2007 года. Данная информационно-мотивационная технология работает на постоянной основе, обучая ежемесячно более 100 человек. В целом, за указанный период, обучено 3528 пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Занятия проводятся по специально разработанной нами персонифицированной программе ежедневно в течение недели, длительностью 60-80 минут. Число одновременно обучающихся в Школах здоровья составляет 10-12 человек. Приверженность к лечению оценивали с помощью теста Мориски-Грина.

Результаты: Влияние школ здоровья на приверженность к лечению оценивали среди 873 пациентов, перенесших коронарное шунтирование и прошедших полный курс обучения, до, после обучения и через 6 и 12 месяцев спустя. Среди обученных пациентов было 87,4% мужчин, и 12,6% - женщин, средний возраст составил $58,3 \pm 5,4$ лет. По данным теста Мориски-Грина после обучения через 6 месяцев среди пациентов приверженность к лечению возросла в среднем с $1,79 \pm 1,1$ баллов до $3,46 \pm 1,2$ ($p < 0,05$) баллов; через 12 месяцев сумма баллов составила $3,12 \pm 0,8$. Мониторинг в течении 12 месяцев приверженности к назначенной врачом терапии показал, что наиболее пунктуально следуют рекомендациям лечащего врача - женщины (67,8%); мужчины в возрасте 60-65 лет, лица обоего пола, имеющие высшее образование, с доходом выше среднего, состоящие в браке, с наименьшим количеством сочетанной патологией.

Выводы: Школы здоровья как вид информационно-мотивационной технологий способствуют повышению приверженности к лечению, повышают мотивацию на сохранение и укрепление здоровья. В то же время мотивация на приверженность к лечению снижается через 6 месяцев после обучения, что в свою очередь требует повторного вмешательства.

0676

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ FGB, ITGA2, ITGB3, PAI-1 В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Серебрякова В. Н., Миненко Т. В., Кулагина И. В.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Изучить частоту встречаемости полиморфных вариантов генов, ассоциируемых с развитием тромбофилических нарушений среди представителей неорганизованной популяции г. Томска.

Материалы и методы: В рамках стандартизованного кардиологического скрининга на предмет встречаемости полиморфных вариантов генов, ассоциируемых с развитием тромбофилии обследовано 88 представителей неорганизованной популяции г. Томска в возрасте от 25-64 лет: из них 46 мужчин (средний возраст $45,5 \pm 0,99$) и 42 женщины (средний возраст $43,05 \pm 1,03$). Материалом исследования являлись пробы цельной, венозной крови, стабилизированной ЭДТА. Образцы ДНК пациентов были исследованы на наличие однонуклеидных полиморфизмов (SNP) в генах факторов системы гемостаза: FGB: -455 G>A (фактор II), ITGA2: 807 C>T (рецептор тромбоцитов для коллагена GP Ia-IIa), ITGB3: 1565T>C (рецептор тромбоцитов для фибриногена GP IIb-IIIa), PAI-1: - 675 5G>4G (ингибитор активности плазминогена типа I). Генотип определяли методом ПЦР с использованием коммерческих наборов реагентов (ДНК-Технология, Россия). Статистическая обработка результатов выполнена с помощью пакета программы SPSS v.11.5. for Windows.

Результаты: По данным исследования выявлено, что нормальные гомозиготы GG полиморфизма гена фактора FGB: -455 G>A выявлены среди 56,5% обследованных. Носителями гетерозиготного варианта GA этого гена являлись 34,8% мужчин и 45,2% женщин. Наличие патологического варианта AA гена FGB: -455 G>A было определено у 8,7% мужчин и у 7,1% женщин. Оценка распределения полиморфизмов гена ITGA2: 807 C>T выявила наличие гомозиготы CC у 34,8% мужчин и у 38,1% и женщин. Гетерозигота CT встречалась в 47,8% случаев у мужчин и в 42,9%-у женщин, а также мутантная гомозигота TT встречалась у 17,4% мужчин и у 19,0% женщин. Гетерозигота TT полиморфизмов гена фактора ITGB3:1565T>C встречалась в 73,9% среди мужчин и в 57,1% случаев - среди женщин, гетерозигота TC - у 21,7% и 38,1% у мужчин и женщин соответственно. Гомозиготный вариант CC присутствовал среди 4,3% мужчин и среди 4,8% женщин. При исследовании полиморфизма гена PAI-1: 675 5G>4G были получены следующие результаты: у 13,0% мужчин и 23,8% женщин преобладал нормальный гомозиготный вариант 5G5G, гетерозиготный вариант 5G4G определялся среди 47,8% мужчин и среди 40,5% женщин, а гомозиготный 4G4G - у 39,1% мужчин и в 35,7% женщин. В ходе проведенного анализа статистически значимых различий по частоте встречаемости полиморфизмов ITGA2: 807 C>T, ITGB3: 1565T>C, PAI-1: - 675 5G>4G в зависимости от гендерной принадлежности выявлено не было ($p>0,05$). Вместе с тем среди обследованных, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистую патологию, отмечалась тенденция к сочетанию полиморфных вариантов генов PAI-1, FGB, ITGA2, ITGB3.

Заключение Применение молекулярно-биологических методов исследования системы гемостаза позволяет выявлять патологию на стадии предболезни, что, в свою очередь, дает возможность осуществлять поиск патогенетически обоснованных методов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

0677

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Сермягин Д. В., Галин П. Ю.

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

Цель: Оценка эффективности тромболитической терапии (ТЛТ) у больных Q-инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Обследовано 98 мужчин в возрасте до 70 лет с Q-ИМ. Эффективность ТЛТ оценивалась традиционно (по срокам положительной динамики ЭКГ-кривой и активности кардиоспецифических ферментов в плазме крови).

Результаты: Изучение осложнений госпитального этапа у каждого больного позволило разделить больных на три группы. Первую группу составили шесть больных с неосложненным течением госпитального периода (6,1%). Большинство вошло во вторую группу – осложненного течения с благоприят-

ным исходом госпитального этапа (86 больных – 87,7%), 6 больных третьей группы (6,1%) имели осложненное течение с неблагоприятным исходом на госпитальном этапе, под которым понимается острое сердечно-сосудистое событие – у 5 больных рецидивирующий ИМ (рИМ) и у одного больного летальный исход (ЛИ) (внезапная сердечная смерть). Частота проведения ТЛТ и её эффективность были оценены у больных разных групп. Из 98 больных ТЛТ была эффективной у 41, неэффективной у 14, а у 43 отсутствовала (в связи с поздней госпитализацией или наличием противопоказаний). При отсутствии ТЛТ ни в одном случае из 43 не было неблагоприятного исхода, в подавляющем большинстве наблюдалось осложненное течение с благоприятным исходом (41 больной – 95%) и только у 2 (4,6%) неосложненное течение. При неэффективной ТЛТ также у подавляющего большинства (13 из 14 – 92,8%) отмечено осложненное течение с благоприятным исходом, но ни в одном случае не было неосложненного течения, а у одного больного (7,1%) – неблагоприятный исход, причем это единственный случай из 98 с ЛИ на госпитальном этапе. Таким образом, при неэффективной ТЛТ результаты были даже немного хуже, чем при ее отсутствии. При эффективной ТЛТ, как и в других группах, чаще всего отмечалось осложненное течение с благоприятным исходом (32 больных из 41 – 78%), но оно составило меньший процент, чем в остальных группах, за счет более частой встречаемости неосложненного течения (4 случая – 9,7%) и осложненного течения с неблагоприятным исходом (5 рИМ – 12,2%). Таким образом, неблагоприятный исход в госпитальном периоде, ни разу не возникший в 43 случаях отсутствия ТЛТ, имел место в 6 случаях из 55 (11%) после проведения ТЛТ, причем при эффективной ТЛТ развилось 5 рИМ.

Заключение Полученные результаты позволяют предполагать возможность неблагоприятного влияния ТЛТ на течение процесса (прежде всего провоцирующего рецидив).

0678

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРКАДНОГО РИТМА СОСУДИСТОЙ РИГИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серова Д. В., Серов В. А., Шутов А. М., Трошенькина О. В.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия

ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия

Цель: Установить возрастные особенности циркадных изменений артериальной ригидности у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Было обследовано 137 пациентов с ХСН. Среди них: 81 мужчина и 56 женщин, средний возраст больных – $58,0 \pm 19,9$ лет. У 14 пациентов был диагностирован I функциональный класс (ФК) ХСН, у 51 больного – II ФК ХСН, III ФК ХСН – был диагностирован у 72 больных. Причинами ХСН явились: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 7 больных, артериальная гипертензия (АГ) – у 18 пациентов, сочетание ИБС и АГ – у 112 пациентов. Кроме того, у 36 обследованных больных диагностирован сахарный диабет. Хроническая сердечная недостаточность диагностировали на основании Национальных рекомендаций ОССН, ВНОК и ВНОТ по диагностике и лечению ХСН (2012). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в среднем составила $55,6 \pm 11,1\%$. ФВ ЛЖ < 50% была выявлена у 23,4% больных (32 человека). Индекс ригидности артерий (ASI) и циркадный ритм ASI определялись в ходе суточного мониторинга АД, которое проводилось осциллометрическим методом в течение 24 часов с интервалом измерения 15/30 мин день/ночь на аппаратах МнСДП-2 и МнСДП-3 VPLab. В зависимости от возраста пациенты были разделены на квантили. Результаты исследования статистически обработаны с применением компьютерного пакета «Statistica v.6,0».

Результаты: Средние значения ASI составили: за сутки – $160,1 \pm 48,3$ мм.рт.ст., $157,2 \pm 46,4$ мм.рт.ст. – в дневной период и $167,7 \pm 57,9$ мм.рт.ст. – в течение ночного периода. Среднесуточные, среднедневные, средненочные значения ASI коррелировали с возрастом пациентов ($R=0,45$, $p<0,001$, $R=0,42$, $p<0,001$ и $R=0,51$, $p<0,001$, соответственно). Величина суточных колебаний ASI отрицательно коррелировала с возрастом пациентов с ХСН ($R=-0,34$, $p<0,001$). Выявлено, что у пациентов моложе 53 лет (нижний квар-

тиль) ASI в ночное время снижался в среднем на $1,4 \pm 8,0\%$, а у пациентов с ХСН 65 лет и старше (верхний квартиль) ASI, напротив, повышался на $13,1 \pm 14,7\%$ ($p=0,004$).

Выводы: 1. Повышение индекса ригидности артерий ассоциировано с повышением возраста больных хронической сердечной недостаточностью. 2. Величина суточных колебаний ASI отрицательно коррелирует с возрастом пациентов с ХСН. 3. Требуется дальнейшие исследования для уточнения роли нарушений суточного ритма индекса ригидности артерий в патогенезе и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний.

Работа выполнена при грантовой поддержке ФГБУ «Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере».

0679

ПРЕДГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ЧАСТОТА И АССОЦИАЦИЯ С ФАКТОРАМИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Силкина С. Б., Антропова О. Н.

ГБОУВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ. г. Барнаул, Российская Федерация

Цель: Определение частоты высокого нормального АД (предгипертонии) и ассоциированного с ним факторов риска (ФР) у лиц молодого возраста (находящихся на государственной службе).

Материалы и методы: Обследованы 56 человек (из них 34 мужчин, 22 женщины), в возрасте от 20-39 лет, без сахарного диабета, установленного диагноза артериальной гипертензии, онкопатологии. Выявлялись ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Измерялись рост, вес, окружность талии, АД на обеих руках автоматическим тонометром. В анализ включали среднее значение из трех измерений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Оценку уровней САД и ДАД (оптимальное, нормальное, высоконормальное и АГ) проводилась в соответствии с действующей классификацией уровней АД Российского кардиологического общества. Лабораторное исследование включало измерение уровней глюкозы крови натощак, и уровня общего холестерина с показателями липидного профиля в образцах сыворотки крови. Относительный суммарный кардиоваскулярный риск был оценен согласно таблице SCORE для лиц моложе 40 лет.

Результаты: Средний возраст обследуемых составил $35 \pm 1,2$ года для мужчин, $33 \pm 1,6$ года для женщин. Курение выявлено у 11 человек (19,6%) из них у 2 женщин (3,5%), у 9 мужчин (16%). Отягощенный наследственный анамнез был установлен у 10 человек (17,8%). Высокое нормальное АД было выявлено у 32% исследуемых, у 14% женщин и 17% мужчин, без достоверно значимых различий ($p < 0,05$). Избыточный вес диагностирован у 27 участников (48%), ожирение (во всех случаях ожирение 1 степени) – у 12,5%. Гиперхолестеринемия преобладала у мужчин по сравнению с женщинами (у 21,4% мужчин, 12,5% женщин, $p < 0,05$). У всех лиц с высоконормальным АД был выявлен хотя бы 1 фактор риска. Все мужчины с ожирением имели высокое нормальное АД и 11,7% с избыточным весом. Среди курящих мужчин предгипертония была выявлена у 44%, у 16% мужчин имеющих гиперхолестеринемию с атерогенной дислипидемией. Среди женщин высокое нормальное АД сочеталась с курением в 50% случаев, с избыточным весом в 40%, с ожирением в 50%, с гиперхолестеринемией в 33% случаях. Умеренный относительный кардиоваскулярный риск по SCORE был выявлен у 16% мужчин, и у 2% женщины, все остальные участники имели низкий кардиоваскулярный риск по относительной шкале SCORE.

Выводы: Имеется высокая распространенность высоконормального АД и модифицируемых ФР среди лиц молодого возраста. Предгипертония сочетается с такими кардиоваскулярными ФР как ожирение, избыточный вес, курение, гиперхолестеринемия с дислипидемией. Однако, мы выявили относительно небольшой процент участников имеющих умеренный кардиоваскулярный риск. Значительный вклад в увеличение сердечно-сосудистого риска вносит курение среди мужчин и гиперхолестеринемия среди женщин.

0680

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКЗОГЕННОГО ФОСФОКРЕАТИНА В ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Симаков А. А.

Самарский медицинский институт «Реавиз», ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», Самара, Россия

Цель: Изучить клиническую эффективность экзогенного фосфокреатинина в комплексном лечении больных сердечной недостаточностью при ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 126 больных ИБС в виде постинфарктного кардиосклероза с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-IV функционального класса по NYHA. 55 больных, помимо базисной терапии с применением диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, сердечных гликозидов и β -адреноблокаторов получали экзогенного фосфокреатинина по схеме: 4г/сут внутривенно капельно в течение 8 дней. Основная и контрольная группы не различались по возрасту, степени тяжести ХСН, исходным гемодинамическим данным. Исследование центральной гемодинамики проводилось методом эхокардиографии. Оценка клинического статуса, исследование гемодинамики выполнялись до начала терапии, через 3, 7 и 12 дней лечения. Полученные результаты:

При анализе клинического эффекта курсового введения экзогенного фосфокреатинина в дозе 32 грамма были выявлены положительные сдвиги, выразившиеся в уменьшении общей слабости, одышки, сердцебиения. При этом у больных, получавших неотон было зарегистрировано достоверное снижение КДО (до $216,2 \pm 44$ мл против исходного $258,1 \pm 38$ мл), тогда как у больных контрольной группы не была обнаружено снижение величины КДО. Изменения КСО были также статистически достоверны: ($162,3 \pm 33$ мл до и $141,5 \pm 28$ мл после курса терапии неотоном). Аналогичные изменения между группами были отмечены и в отношении показателей ФВ и ФУ. В группе больных, получавших неотон ФВ достоверно возрастала с $39,7 \pm 2,3\%$ исходно до $42,2 \pm 3,6\%$ после курса терапии. ФУ после курса введения неотона также увеличивалась с $15,6 \pm 3,3\%$ до $19,1 \pm 2,3\%$. В контрольной группе достоверных изменений ФВ и ФУ отмечено не было.

Заключение Применени экзогенного фосфокреатинина в комплексном лечении больных ИБС с ХСН улучшает клиническое течение заболевания и сопровождается достоверным снижением КДО и КСО и увеличением ФВ и ФУ.

0681

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ РЕЗИСТЕННОСТИ К ОСНОВНЫМ ДЕЗАГРЕГАНТАМ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Симаков А. А.

ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», Самарский медицинский институт «Реавиз», Самара, РФ

Цель: оценить влияние клопидогрела и аспирина на агрегацию тромбоцитов у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: Обследовано 75 пациентов (средний возраст $55,6 \pm 1,7$ лет) с ишемической болезнью сердца и 35 пациентов (средний возраст $66,2 \pm 1,8$ лет) с атеросклерозом периферических артерий (сонных артерий, нижних конечностей). 55% пациентов составили мужчины и 45% женщины. Агрегация тромбоцитов проводилась турбидиметрическим методом Борна, основанном на регистрации изменений светопропускания богатой тромбоцитами плазмы, а также агрегометрия в ответ на АДФ и коллаген (импеданс) трижды: первый раз до назначения дезагрегантов, второй раз – через 20 дней и третий через -60 дней после постоянного приема клопидогрела или аспирина. В качестве ин-

дуктора агрегации тромбоцитов использовался раствор АДФ в конечной концентрации 10 мкмоль/л. Критерием «резистентности» считали снижение агрегации тромбоцитов менее 10%.

Результаты: Установлено, резистентных 23% пациентов, принимавших аспирин (тромбоасс 75 мг) и 26%, принимавших клопидогрел (плагрил 75 мг). Причины, объясняющие данный феномен многочисленны и могут включать в себя: обусловленные биодоступностью (низкая приверженность лечению, неадекватная доза, плохая абсорбция, взаимодействие, например, с НПВП), функциональным состоянием тромбоцитов, обусловленные нуклеотидными полиморфизмами и взаимодействием тромбоцитов с другими клетками крови. Обсуждаются и другие факторы (курение, гиперхолестеринемия, физическая нагрузка, стресс и др.).

Выводы: Необходимо проведения исследований с возможностью изменения терапии на основании лабораторного выявления «резистентности» к дезагрегантам с целью индивидуализации лечения пациента.

0682

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Симаков А.А.

Самарский медицинский институт «Реавиз», ГБУЗ СО «Самарская МСЧ 2», Самара, Россия

Цель: провести оценку доплерографических показателей почечного кровотока у больных ХСН.

Материалы и методы: Обследовано 78 больных с ХСН (м- 28, ж- 50) в возрасте от 45 до 66 лет, III ФК по NYHA. Признаки ХСН у всех больных развились вследствие ишемической болезни сердца (ИБС). В контрольную группу вошли 28 практически здоровых лиц (мужчин-17, женщин-11) без клинических и инструментальных признаков ИБС.

Методом дуплексного сканирования исследовали кровотоки в магистральных и междолевых артериях почек. Определяли: максимальные систолические и конечные диастолические скорости кровотока, индексы периферического сопротивления - ИП индекс пульсативности и ИР - индекс резистентности.

Результаты: Отмечено обеднение кровотока паренхимы почек и статистически значимое ($p < 0,05$) снижение скоростных показателей кровотока в междолевых артериях почек у больных ХСН по сравнению с контрольной группой. Максимальные систолические скорости кровотока составили: у больных ХСН $25,66 \pm 6,36$ см/с. Конечные диастолические скорости - $15,2 \pm 3,91$ см/с. В контрольной группе максимальные систолические скорости кровотока составили $48,51 \pm 10,29$ см/с, конечные диастолические $19,36 \pm 4,02$ см/с.

Установлено повышение показателей периферического сопротивления почечных артерий. Корреляционный анализ показал наличие прямой зависимости между снижением фракцией выброса (ФВ) и средней скорости кровотока почечных артерий $r = +0,58$; $p < 0,05$ и наличием обратной зависимости между снижением ФВ и повышением индекса периферического сопротивления $r = -0,44$; $p < 0,05$.

Выводы: Обеднение кровотока почечной паренхимы в сочетании со сниженными скоростями кровотока в внутривисцеральных артериях можно рассматривать как признак ишемии паренхимы почек при ХСН. Снижение региональной гемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью тесно связано с изменением сократительной функции миокарда.

0683

ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

Симоненко М. А., Первунина Т. М., Федотов П. А., Сазонова Ю. В., Ситникова М. Ю., Рубинчик В. Е., Березина А. В., Николаев Г. В., Гордеев М. Л., Карпенко М. А.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель: оценить ранние и отдаленные результаты трансплантации сердца (ТС) у пациентов до 18 лет, выполненных в ФГБУ «СЗФМИЦ» Минздрава России.

Материалы и методы: С 2010 по 2015 г. выполнено 3 ТС детям (все женского пола) в возрасте 15 [10;16] лет, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 17 [10; 20] %, от взрослых доноров. Причинами развития хронической сердечной недостаточности были в 2 случаях дилатационная кардиомиопатия, 1 – аритмогенная дисплазия правого желудочка. Одна пациентке была имплантирована бивентрикулярная система экстракорпоральной механической поддержки кровообращения EXCOR (250 суток) в качестве «моста к ТС».

Результаты: Среднее время наблюдения после ТС составило 34,5 [7,3;45,1] месяцев. Все реципиенты получали стандартную иммуносупрессивную терапию такролимусом, препаратами микофеноловой кислоты, глюкокортикоидами. Индукция была выполнена у 2-ух пациентов тимоглобулином, у 1-ой пациентки базиликсимабом. У всех пациентов после ТС развилась тромбоцитопения (исходный уровень тромбоцитов – 152[113;213]*10⁹/л, после индукции иммуносупрессии – 65 [47;74]*10⁹/л). Восстановление уровня тромбоцитов наблюдалось к концу 14 суток. Двое пациентов находились в ОАРИТ 12 и 13 суток соответственно, а 1 пациентка – 18 суток, в связи с развитием синдрома обратимой лейкоэнцефалопатии (PRES), что потребовало замены такролимуса на циклоспорин. Инотропная поддержка в послеоперационном периоде проводилась 5 [3;8] суток. Через 6 месяцев после ТС результаты ЭХОКГ были в норме, ФВ ЛЖ составляла 55 [57;70] %. В связи с увеличением физической активности отмечена положительная динамика VO₂реак. Исходно пациенты по тяжести состояния не могли выполнить тест. После ТС все пациентки выполнили кардиореспираторный тест: у 1 пациентки через 6 месяцев значение VO₂реак составило 15,3 мл/мин/кг, у 2-ой пациентки через год 17,6 мл/кг/мин, через 2 года 16,5 мл/кг/мин, у 3-ей пациентки через 1 год 19,0 мл/кг/мин, через 2 года 21,9 мл/кг/мин. По результатам повторных эндомикардиальных биопсий до 1 года: частота случаев R0 – 54%, R1 – 29%, R2 – 17%; после 1 года: R0 – 43%, R1 – 43%, AMR1 – 14%. Клинических проявлений клеточного и гуморального отторжения не было. В отдаленном периоде значимых осложнений не наблюдалось, имели место 3 случая острого назофарингита, 2 случая пищевой токсикоинфекции.

Выводы: Выполнение ТС является эффективным методом лечения терминальной сердечной недостаточности в детском возрасте. На фоне комбинированной иммуносупрессивной терапии симптомных кризов отторжения не было. У всех пациентов произошло полное восстановление трудоспособности, возобновлена образовательная деятельность.

0684

КОМПЛЕКС ПРОГРАММ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЛОБАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПАЦИЕНТА С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ

Синдеев С. В.¹, научный руководитель – Фролов С. В.¹, научный консультант – Лищук В. А.²

¹ – Тамбовский государственный технический университет, Тамбов, Россия

² – Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева

Цель: разработка комплекса программ для расчета математической модели сердечно-сосудистой системы с возможностью индивидуализации модели под конкретного пациента.

Материалы и методы: используя камерную аналогию, разработана 0D модель сердечно-сосудистой системы (модель глобальной гемодинамики). Модель состоит из 14 камер и включает в себя большой и малый круги кровообращения, четырехкамерное сердце и клапаны. Сосудистая система состоит следующих упругих камер: аорта, артерии верхней/нижней части тела, капилляры верхней/нижней части тела, вены верхней/нижней части тела, легочные артерии, легочные капилляры, легочные вены. Сердце представлено камерами левого желудочка, левого предсердия, правого желудочка, правого предсердия и четырьмя клапанами – митральным, аортальным, трехстворчатым, клапаном легочного ствола. Разработанная модель имеет возможность индивидуализации, т.е. настройки модели под конкретного пациента, что является важным для задач кардиохирургии. Индивидуализация модели осуществляется за счет ввода значений констант в уравнения математической модели характерных для каждого пациента.

Результаты: на основе предложенной 0D модели сердечно-сосудистой системы разработан комплекс программ на языке программирования Java с применением технологии JavaFX 2. Программное обеспечение доступно на web-сайте кафедры «Биомедицинская техника» Тамбовского государственного технического университета (<http://bmt.tstu.ru/cvs>). Для работы приложения требуется установка JavaFX Runtime (включен в Java Runtime Environment 1.7 и выше). Комплекс программ позволяет моделировать динамику давления, объема, кровотока в каждой камере сердечно-сосудистой системы. Перед расчетом модели необходимо осуществить процедуру идентификации – определить индивидуальные значения параметров сердечно-сосудистой системы пациента. Для «нормального» человека значения параметров приведены в программе. Пользователь может изменять значения всех параметров, а так же сохранять и загружать их из файла. По окончании ввода всех значений параметров модель может быть использована для расчета. Программа позволяет проводить изменение параметров сердечно-сосудистой системы непосредственно в процессе расчета, что делает возможным наблюдение переходных процессов в системе из одного установившегося состояния в другое.

Выводы: разработанный комплекс программ позволяет проводить виртуальные эксперименты для планирования и изучения способов лечения без вреда для пациента, помогает хирургам выявить различные факторы, влияющие на результаты операции, спрогнозировать появление и развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы.

0685

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Сиротенко Д. В., Скибицкий В. В., Тотуом Г. Б.Т., Фендрикова А. В.

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

Цель: Определить влияние различных комбинаций антигипертензивных препаратов на ремоделирование миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от пола.

Материалы и методы: Обследовано 194 пациента с АГ и СД 2 типа, из них 95 (48,9%) мужчин и 99 (51,1%) женщин. Группы мужчин и женщин достоверно не различались по возрасту, длительности АГ и СД, исходному уровню систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), основным антропометрическим показателям, а также индексу массы тела. В зависимости от варианта получаемой терапии все больные были распределены в 4 группы: 1 и 3 груп-

пы - 49 мужчин и 51 женщина, получавших ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) спираприл (квадроприл, «Тева») в дозе 6 мг/сутки и диуретик индапамид-ретард (арифон-ретард, «Сервье») в дозе 1,5 мг/сутки; 2 и 4 группы - 46 мужчин и 48 женщин, получавших блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА) кандесартан (атаканд, «Астра Зенека») в дозе 8-16 мг/сутки и диуретик индапамид-ретард (арифон-ретард, «Сервье») 1,5 мг/сутки. Всем пациентам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, электрокардиография, эхокардиографическое исследование.

Результаты: Лечение спираприлом сопровождалось позитивной динамикой эхокардиографических показателей в обеих группах, но в группе мужчин они были статистически значимыми. Так через 6 месяцев отмечалось уменьшение ТМЖП на 7,9% ($p = 0,011$), ТЗСЛЖ – на 3,3% ($p = 0,007$), уменьшение ММЛЖ на 7,6% ($p = 0,007$) и ИММ ЛЖ на 6,8% ($p = 0,007$). Кроме того, в этой группе статистически значимо увеличилась ФВ ЛЖ – на 18% ($p = 0,043$). Лечение кандесартаном сопровождалось позитивной динамикой эхокардиографических показателей в обеих группах. В группе женщин через 6 месяцев отмечалось статистически значимое уменьшение ТМЖП на 8,4% ($p = 0,011$), ТЗСЛЖ – на 8% ($p = 0,007$), уменьшение ММЛЖ на 11,5% ($p = 0,007$) и ИММ ЛЖ на 10,8% ($p = 0,007$), кроме того, увеличилась ФВ ЛЖ – на 17,1% ($p = 0,043$). Таким образом, терапия иАПФ способствовала достоверным изменениям структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ в группе мужчин, а терапия, включавшая БРА, способствовала достоверному регрессу гипертрофии ЛЖ в группе женщин.

Выводы: Межгрупповые сравнения динамики параметров ремоделирования и диастолической функции ЛЖ у мужчин и женщин на фоне применения различных вариантов атигипертензивной терапии показали, что в группах мужчин наиболее выраженные изменения данных параметров наблюдались при использовании иАПФ, а в группах женщин – при лечении БРА.

0686

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Скибицкий А. В., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар

Цель: оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии, включающей антидепрессант, на основные показатели структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ) и депрессивными расстройствами (ДР).

Материалы и методы: Обследовано 160 больных (81 женщина и 69 мужчин) с НКАГ и ДР. Медиана возраста составила 58 лет (53 – 64). Все пациенты были рандомизированы на две группы и получали комбинированную терапию, включавшую ингибитор ангиотензин-превращающего фермента периндоприл 10 мг/сут, диуретик индапамид SR 1,5 мг/сут. В 1 группе больных ($n=82$) к терапии добавлен антидепрессант (эсциталопрам 10 мг/сут), во 2 группе ($n=78$) – антагонист кальция амлодипин (5-10мг/сут). Всем больным исходно и через 24 недели наблюдения проводилось эхокардиографическое (ЭХО-КГ) исследование с определением массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР).

Результаты: До начала исследования показатели ЭХО-КГ в группах достоверно не различались. Через 24 недели терапии в обеих группах отмечалось достоверное уменьшение основных параметров структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ. В 1-ой группе отмечалось достоверное снижение ММЛЖ - на 14,7%, ИММЛЖ - на 12,5%, ТЗСЛЖ - на 6,2%, ТМЖП - на 6,5%, КДР - на 3,7%, КСР - на 6,3% ($p<0,05$). Во 2-ой группе статистически значимо уменьшились ММЛЖ- на 12,7%, ИММЛЖ- на

11,3%, ТЗСЛЖ- на 6,5%, ТМЖП- на 6,7%, КДР - на 2,2%, КСР - 6,8% ($p < 0,05$). При анализе степени уменьшения основных параметров ЭХО-КГ в группах выявлено, что использование антидепрессанта в составе комбинированной терапии обеспечивало сопоставимый с использованием антагониста кальция положительный эффект. Кроме того, на фоне лечения наблюдалась сопоставимая нормализация геометрии ЛЖ в обеих группах больных: в 1 группе - у 35 (54,7%), во 2 группе - у 33 (52,4%) пациентов ($p < 0,05$) - по сравнению с исходным; уменьшение количества пациентов с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ: на 21,9% и 19,0% соответственно ($p < 0,05$) по сравнению с исходным.

Выводы: Использование антидепрессанта или антагониста кальция в составе комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с НКАГ и ДР обеспечивало сопоставимое и статистически значимое улучшение основных параметров структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ, нормализацию геометрии ЛЖ и уменьшение количества больных с концентрической гипертрофией миокарда ЛЖ.

0687

ВЗАИМОСВЯЗЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ 3 ТИПА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАТОРАМИ РИСКА И ТЯЖЕСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Скопец И. С.¹, Везикова Н. Н.¹, Марусенко И. М.¹, Барышева О. Ю.¹, Малыгин А. Н.²

¹ - ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,

² - ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова», г. Петрозаводск, Россия

Цель: оценить взаимосвязь концентрации матриксной металлопротеиназы 3 типа (ММР-3) с наличием традиционных факторов риска (ТФР), частотой развития осложнений и отдаленных последствий у молодых мужчин, переносящих острый коронарный синдром (ОКС)

Материалы и методы: В группу исследования включено 62 пациента мужского пола в возрасте 24-50 лет (средний возраст $43,98 \pm 4,73$), госпитализированных по поводу ОКС. Произведена оценка уровня ММР-3 в остром и отдаленном (через 9-12 месяцев) периодах.

Результаты: В исследуемой группе у 41 пациента (66%) диагностирован ОКС с элевацией сегмента ST, у 15 пациентов (24%) - ОКС без элевации сегмента ST и у 6 пациентов (10%) - нестабильная стенокардия. Выявлена высокая распространенность ТФР (N;%), таких как курение (53;85,5%), ожирение (15;24,2%), отягощенная наследственность (21;33,9%), артериальная гипертензия (АГ) (49;64,5%), дислипидемия (61;98,4%), сахарный диабет (3;4,8%). Реперфузионная терапия проведена 52 пациентам (84%). Среди осложнений ОКС наиболее часто встречались следующие: желудочковая тахикардия - у 17 (27,4%) пациентов, желудочковая экстрасистолия - у 13 (21%), СА или АВ блокады - у 7 (11,3%) фибрилляция желудочков (ФЖ) - у 5 (8,1%). Уровень ММР-3 в остром периоде составил $7,70 \pm 4,14$ нг/мл, в отдаленном периоде выявлено его достоверное увеличение ($12,16 \pm 3,85$), $p = 0,0004$. Анализ взаимосвязи уровня ММР-3 с наличием ТФР выявил, ассоциацию высокого содержания ММР-3 в плазме с наличием АГ ($9,31 \pm 3,63$ нг/мл - у пациентов с АГ, $5,02 \pm 3,66$ нг/мл - у пациентов без АГ; $p = 0,011$). В ходе оценки взаимосвязи концентрации ММР-3 с риском развития осложнений ОКС установлено, что у пациентов, перенесших ФЖ, уровень ММР-3 был достоверно выше ($9,82 \pm 2,80$ нг/мл) в сравнении с пациентами без ФЖ ($9,04 \pm 4,03$ нг/мл), $p = 0,008$. В то же время у пациентов с развившейся в отдаленном периоде хронической сердечной недостаточностью (ХСН) отмечалось более низкое содержание ММР-3 ($8,78 \pm 2,61$ нг/мл) в сравнении с больными без ХСН ($13,28 \pm 3,56$ нг/мл), $p = 0,013$.

Выводы: У молодых пациентов, переносящих ОКС, с высокой частотой встречаются ТФР. Выявленная взаимосвязь повышенного уровня ММР-3 у больных, перенесших ФЖ, определяет возможность использования данного биомаркера для уточнения риска развития жизнеугрожающих осложнений и оптимизации тактики ведения.

ПАЦИЕНТЫ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ: СОСТОЯНИЕ ПАМЯТИ, ВНИМАНИЯ, УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ ТРЕВОЖНОСТИ

¹Скопецкая С. А., ²Давидович И. М.

¹ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава РФ, 2
ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, Хабаровск.

Цель: сравнительная оценка состояния когнитивных функций (памяти и внимания) и уровня депрессии и тревожности у пациентов с ИБС до и после имплантации постоянной ЭКС вследствие различных нарушений ритма и проводимости.

Материалы и методы: обследовано 28 пациентов (10 – 35,7% мужчин и 18 – 64,3% женщин, средний возраст $63,5 \pm 5,6$ лет) с ИБС и постоянной электрокардиостимуляцией (ЭКС). 18 – 64,3% имели синдромом слабости синусового узла (СССУ), 6 (21,4%) пациентов – нарушения атрио – вентрикулярной проводимости 2-3 степени, 6 – 21,4% пароксизмы фибрилляция предсердий. Были имплантированы системы ЭКС, работающие в режимах: VVI – 19 больным (67,9%) и DDDR – 9 больным (32,1%). Все пациенты получали адекватную медикаментозную терапию согласно современным стандартам лечения. Оценивали: краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE) в баллах, объем внимания по таблицам Шульте с расчётом эффективности работы (ЭФ), степени вработываемости (ВР) и психической устойчивости (ПУ), кратковременную слуховую память по А. Р. Лурия «10 слов», личностную (ЛТ) и реактивную тревожности (РТ) – тест Спилбергера-Ханина и уровень депрессии (УД) по шкале Цунга. Тестирование проводили до постановки ЭКС, на 5-7 день (ранний период) и на 30-40 день (отдаленный период) после имплантации ЭКС. Статистический анализ – с помощью программы Statistics 6.0.

Результаты: до имплантации постоянной ЭКС у пациентов имелось снижение когнитивных функций до степени легкой деменции по шкале MMSE ($24,5 \pm 0,36$), в основном за счет снижения показателей памяти ($0,69 \pm 0,15$), внимания ($3,8 \pm 0,21$) и речи. Это же подтверждалось в тесте «10 слов» ($5,36 \pm 0,2$), низким показателем ЭР ($42,9 \pm 3,6$) и высокими ВР ($1,16 \pm 0,04$) и ПУ ($1,22 \pm 0,03$) в пробе Шульте. При этом у них не было выявлено признаков депрессии (УД $43,7 \pm 2,1$), была низкая РТ ($28,6 \pm 2,3$) и умеренная ЛТ ($46,7 \pm 2,3$). В ранние сроки после имплантации ЭКС наблюдался рост баллов по шкале MMSE ($25,8 \pm 0,38$, $p=0,016$) в основном за счет внимания ($4,4 \pm 0,15$, $p=0,023$) и памяти ($0,96 \pm 0,13$), что подтверждалось связью между общей суммой баллов MMSE и величинами памяти ($r=0,575$) и внимания ($r=0,336$), а также результатами в пробе Шульте – ЭР ($57,3 \pm 3$, $p=0,03$), ВР ($1,02 \pm 0,04$, $p=0,014$) и ПУ ($1,04 \pm 0,02$, $p=0,001$). Имела место отрицательная связь между ЭР и MMSE ($r=-0,338$), памятью ($r=-0,334$) и вниманием ($r=-0,23$). Уровень депрессии и показатели тревожности не изменились. В отдаленном периоде происходило дальнейшее увеличение баллов по шкале MMSE ($26,8 \pm 0,23$, $p=0,001$) также вследствие улучшения показателей памяти ($1,6 \pm 0,09$, $p=0,001$) и внимания ($4,4 \pm 0,23$, $p=0,046$). Аналогическая ситуация наблюдалась и в пробе Шульте – ЭР ($49,8 \pm 3,1$, $p=0,01$), ВР ($0,88 \pm 0,02$, $p=0,01$) и ПУ ($0,95 \pm 0,04$, $p=0,01$). Сохранялась отрицательная связь между ЭР и MMSE ($r=-0,367$), памятью ($r=-0,317$) и вниманием ($r=-0,778$). Вместе с тем была отмечена тенденция к росту по сравнению с исходным состоянием РТ ($33,4 \pm 1,8$) и ЛТ ($50,4 \pm 1,6$) и уровня депрессии ($44,8 \pm 1,6$) между которыми была установлена прямая зависимость (УД/РТ $r=0,661$ и УД/ЛТ $r=0,529$). В свою очередь рост депрессии и тревожности оказывали отрицательное влияние на улучшение показателей внимания (РТ/внимание $r=-0,274$, ЛТ/внимание $r=-0,608$ и УД/внимание $r=-0,206$).

Выводы: у пациентов с ИБС и постоянной ЭКС имеют место отклонения в показателях памяти, внимания, депрессии и тревожности которые зависят от сроков после имплантации постоянной ЭКС.

0689

ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ: ФОКУС НА ОСТЕОПОРОЗ

Скрипникова И. А., Абирова Э. С., Собченко К. Е., Новиков В. Е., Мурашко Л. М., Выгодин В. А.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва

Цель: Определить ассоциацию приема препаратов из групп бета-адреноблокаторов (В-АБ), ингибиторов АПФ (иАПФ) и статинов с минеральной плотностью кости (МПК), в зависимости от ФР остеопороза.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование были включены 1163 мужчин и женщин ≥ 40 лет на момент обследования в амбулаторных условиях. Пациенты были разделены на две группы: I группа (n=418) - получали монотерапию В-АБ, иАПФ, статинами или их комбинацией не менее 6 месяцев до проведения денситометрии. II группа (n=745) - не получали терапию, либо лечились менее полугода. Критерии исключения: прием заместительной гормональной, антиостеопоротической терапии и других кардиологических препаратов. Измерение МПК проводилось с помощью рентгеновской денситометрии (Delphi W, Hologic) в позвоночнике и проксимальной отделе бедра (ПОБ). Диагноз остеопороза устанавливался по T-критерию $\leq -2,5SD$ в возрасте ≥ 50 лет, либо по Z-критерию $\leq -2,0SD$ и наличии хотя бы одного ФР в возрасте < 50 лет. Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ SAS.

Результаты: Прием любых из изучаемых препаратов ассоциировался с более высокой МПК в позвоночнике ($p < 0,001$), и ПОБ ($p < 0,001$). Это было подтверждено в многомерном регрессионном анализе с учетом возраста, пола, ИМТ, НФА и т.д. Достоверные различия между МПК у пациентов, принимающих препараты и не леченных сохранялись независимо от типа препарата: при приеме В-АБ (n=112) T-критерий в позвоночнике составил $-1,9SD$ vs $-2,2SD$ ($p < 0,001$) во II группе, при приеме иАПФ (n=185) T-критерий ПОБ $-1,0SD$ vs $-1,2SD$ ($p < 0,05$), при комбинации В-АБ и иАПФ (n=87) T-критерий в позвоночнике $-1,7SD$ vs $-2,3SD$ ($p < 0,001$) и в ПОБ $-0,9SD$ vs $-1,2SD$ ($p < 0,05$), при комбинации В-АБ и иАПФ со статинами (n=34), T-критерий в позвоночнике и ПОБ $-1,6SD$ vs $-2,2SD$ ($p < 0,01$) и $-0,7SD$ vs $-1,2SD$ ($p < 0,01$) соответственно. В многомерном регрессионном анализе положительная ассоциация приема В-АБ и иАПФ и статинов с костной массой сохранялась после поправки на следующие ФР: возраст ≥ 55 лет, недостаточную массу тела, наличие переломов у пациента и его родственников, наличие ревматоидного артрита, лечение глюкокортикоидами, недостаточную физическую активность.

Выводы: Пациенты, получающие сердечно-сосудистую терапию, имели более высокую МПК в поясничном отделе позвоночника и в ПОБ в сравнении с не лечеными, независимо от факторов риска остеопороза и переломов.

0690

ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ У ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Скуратова Н. А.

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Беларусь

Для оценки функционального состояния сердца и вегетативных механизмов регуляции артериального давления и сердечного ритма используются различные функциональные пробы.

Цель: оценить результаты активной клиноортостатической пробы и пробы с реактивной гиперемией у детей, занимающихся спортом.

Материалы и методы: Обследовано 84 юных спортсмена 8-18 лет. Для оценки вегетативной регуляции применялась активная клиноортостатическая проба и проба с реактивной гиперемией.

Результаты: Установлено, что доминирующим типом вегетативного обеспечения (ВО) у юных спортсменов является тахикардический тип регуляторного нарушения, который выявился у 29 человек (34,5%). Асимпатикотонический и дезадаптивный типы ВО наблюдались у 16 (19,0%) и 11(16,7%) обследуемых, гиперсимпатикотонический и смешанный типы ВО выявлены у 10 (11,9%) и 4(4,8%) спортсменов соответственно. Нормальное ВО зарегистрировано у 14 (16,7%) детей. У 36 (42,9%) юных спортсменов выявлена дисфункция эндотелия. У детей-спортсменов с дезадаптивным и гиперсимпатическим типами ВО эндотелиальная дисфункция (ЭД) регистрировалась наиболее часто у 9 (81,1%) и 7 (70,0%) человек соответственно. У атлетов с асимпатикотоническим типом ВО ЭД выявлена у 8(50,0%) человек, у детей с тахикардическим и смешанным типами ВО нарушение функционального состояния эндотелия зарегистрировано в 8(27,6%) и 1(25,0%) случаях. У 3(21,4%) юных спортсменов с нормальным типом ВО также имелась гипозргическая реакция плечевой артерии при проведении пробы. У юных спортсменов с дезадаптивным типом ВО эндотелиальная дисфункция регистрировалась чаще в сравнении с детьми, имеющими нормальный и тахикардический типы ВО ($p=0,009$, $p=0,006$) соответственно. Юные спортсмены с гиперсимпатикотоническим типом ВО достоверно чаще имели нарушение эндотелиальной функции, чем дети с нормальным или тахикардическим типами ВО ($p=0,05$, $p=0,045$) соответственно.

Выводы: Эндотелиальная дисфункция чаще регистрируется среди детей-спортсменов с дезадаптивным и гиперсимпатическим типами вегетативного обеспечения, что свидетельствует о высокой напряженности вегетативной регуляции и является предрасполагающим фактором при развитии артериальной гипертензии для данной группы лиц.

0691

ЧАСТОТА НОСИТЕЛЬСТВА ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОЛИМОРФИЗМОВ CYP2C9 И VKORC1 У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Слепцов А. Н., Кылбанова Е. С., Максимова Н. Р.

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный университет имени М.К. Аммосова», Якутск

ГБУ «Республиканская больница №2 - ЦЭМП», Якутск

Генетический полиморфизм CYP2C9 влияет на скорость биотрансформации Варфарина в организме. При носительстве «дикого» генотипа CYP2C9*1/*1 биотрансформация не нарушена, при носительстве других аллельных вариантов (*1/*2, *1/*3, *2/*2, *2/*3, *3/*3) метаболизм замедляется, что приводит к повышению чувствительности к Варфарину. Генотипы VKORC1 влияют на активность фермента участвующего в синтезе витамина К. «Диким» генотипом VKORC1 является GG. При носительстве аллельного варианта AG чувствительность к Варфарину высокая, при носительстве AA очень высокая, что повышает риск кровотечений при приеме Варфарина.

Цель: Выявить частоту встречаемости полиморфизмов генов CYP2C9 и VKORC1, определяющих чувствительность к Варфарину, у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий, осложнившейся кардиоэмболическим ишемическим инсультом, и сравнить распределение частот их носительства в зависимости от этнической принадлежности.

Материалы и методы: В анализ включено 66 пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий, осложнившейся кардиоэмболическим ишемическим инсультом, поступивших в Региональный сосудистый центр г. Якутска за 2014 - 2015 гг. Средний возраст пациентов 65,1±11,29 лет, мужчин – 36 чел., женщин – 30 чел. По национальному составу: европеоиды (русские) – 34 чел. (52%), азиаты (якуты) – 32 чел. (48%). Все пациенты осмотрены неврологом и кардиологом, проведены общеклинические анализы, ЭКГ, ЭХОКГ, КТ и/или МРТ. Генотипирование полиморфизмов проведено в лаборатории «Геномная медицина» Медицинского института СВФУ. Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы IBM SPSS Statistica версии 19.

Результаты: По результатам генотипирования по частоте носительства генотипов CYP2C9 «дикий» тип *1/*1 выявлен у 17 (50%) чел. русской национальности и у 19 чел. (59,4%) якутской этнической принадлежности. Аллельные варианты *1/*2 – у 5 (14,7%) русских и у 4 якутов (12,5%), а*1/*3 – у 9 (26,5%) русских и у 9 (28,1%) якутов. Выявлен аллельный вариант *2/*3 у 3 (8,8%) русских, у якутов не отмечен. По генотипу VKORC1 «дикий» тип GG выявлен у 4 (11,8%) русских, у 3 (9,4%) якутов. По аллельным вариантам AG и AA получено статистически значимое различие ($p < 0,001$) в зависимости от этнической принадлежности: вариант AG отмечен у 73,5% (25 чел.) русских и лишь у 15,6% (5 чел.) якутов, напротив, вариант AA выявлен всего лишь у 14,7% (5 чел.) русских, а у якутов в 75,0% случаев (24 чел.).

Выводы: У обследованных пациентов, по частоте носительства вариантов гена CYP2C9 между русскими и якутами, не получено статистически значимых различий. По гену VKORC1 выявлено, что большинство якутов являются носителями генотипа AA, а большинство русских носителями генотипа AG.

0692

АССОЦИАЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС С СУБЪЕКТИВНО-ОБЪЕКТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

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

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

Целью исследования явилось установить ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) с отношением к своему здоровью и профилактике заболеваний в открытой популяции у мужчин 25-64 лет среднеурбанизированного сибирского города.

Методологической основой явилось одномоментное эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью». Репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек была сформирована из избирательных списков граждан г. Тюмени, отклик составил 85,0%. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС).

При самооценке состояния здоровья во всех изучаемых группах лиц с наличием ИБС сравнительно с группой лиц без ИБС значительно увеличивалась негативная оценка «болен», у лиц с ВИБС и с ИБС по расширенным критериям – оценка «не совсем здоров». Мужчины группы сравнения в 2,2 раза чаще (57,4%) давали ответ, что они здоровы, чем мужчины с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям (26,2%), и в 2,5 раза чаще, чем мужчины с наличием ОИБС (22,5%). В группах мужчин с наличием ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям существенно падала положительная оценка состояния здоровья «здоровье хорошее», и во всех трех группах с наличием ИБС – оценка «здоров». Среди мужчин с наличием ИБС 5,4% отметили, что у них здоровье хорошее. Мужчин группы сравнения, отметивших, что у них здоровье хорошее или они совершенно здоровы, было в 3 раза больше (15,7%). 79,2% мужчин с ИБС имели жалобы на свое здоровье, 85,8% – мужчин с наличием ОИБС, 71,2% – мужчин с ВИБС, во всех трех группах имели место статистически значимые различия с группой сравнения. Показатель «нет жалоб» оказался выше в группе «без ИБС» сравнительно с аналогичными показателями в группе с ОИБС – в 3,1 раза; в группе с ВИБС – в 1,5 раза; в группе с наличием ИБС – в 2,1 раза.

«Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете?» – в 19,7% случаев лица с наличием ОИБС продолжали работу. В группе сравнения мужчины продолжали работать даже при плохом самочувствии в 37,1% случаев, $p < 0,05$. При ответе на вопрос: «Если Вы gripпуете или температурите, что Вы предпринимаете?» не было выявлено значимых различий в группах с наличием ИБС и без ИБС, хотя у лиц с наличием ОИБС имелась статистически незначимая тенденция к увеличению доли лиц, ответивших: «Остаюсь дома, пока не станет лучше», $p > 0,05$.

Таким образом, в открытой популяции при наличии ИБС увеличивалась негативная оценка состояния здоровья, жалобы на него, более ответственное отношение к своему здоровью имелось только в группе лиц с наличием ОИБС.

0693

ПАНТОГЕМАТОГЕН И ПЧЕЛИНОЕ МАТОЧНОЕ МОЛОЧКО В КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СПОРТСМЕНОВ

Смирнова И. Н., Наумов А. О., Барабаш Л. В., Верещагина С. В.*

ФГБУ Сибирский федеральный научно-клинический центр ФМБА России, г. Томск

* - ФБУЗ Сибирский клинический центр ФМБА России, г. Красноярск

Цель: анализ влияния пантогематогена и пчелиного маточного молочка на процессы адаптации к мышечной работе у спортсменов.

Материалы и методы: Проведено обследование 42 спортсменов зимних видов спорта, разделенных на 2 группы: основная группа (группа I, n=24) в период тренировочного процесса принимали препараты на основе пантогематогена; спортсмены контрольной группы (группа II, n=22) – пчелиное маточное молочко. Функциональные изменения кардио-респираторной системы оценивали по данным эргоспирометрии и эхокардиографии, состояние кислород-обеспечивающей системы крови на биохимическом анализаторе Olympus (Германия).

Результаты: В ходе исследования у спортсменов I группы отмечалось увеличение ударного объема сердца ($p=0,021$), минутного объема кровообращения ($p=0,038$) и ударного индекса ($p=0,021$). При этом выявлено увеличение PWC170 ($p=0,001$), метаболического эквивалента ($p=0,022$), потребления кислорода при максимальной нагрузке ($p=0,001$) и поглощения кислорода на одно сердечное сокращение ($p=0,001$), что свидетельствуют о более интенсивном насыщении тканей кислородом. В контрольной группе отмечалось только увеличение PWC150 ($p=0,022$). В основной группе маркерами адекватной адаптации к нагрузке являлись: увеличение эритропоэтина ($p=0,003$) и количества эритроцитов и гемоглобина, что в совокупности со снижением креатинкиназы ($p=0,008$) и лактата свидетельствует об усилении аэробного окисления. Значимое увеличение концентрации глюкозы ($p=0,027$) говорит об ускорении распада гликогена в печени. В группе контроля уровень лактата, напротив, имел тенденцию к увеличению, отмечалось значимое снижение общего белка ($p=0,036$), свидетельствующее о недостаточности анаболических процессов, снижение уровня тестостерона ($p=0,048$) и увеличение индекса кортизол/тестостерон ($p=0,047$), характеризующего дезадаптацию. В основной группе изменений уровня гормонов не выявлено.

Таким образом, применение пантогематогена имеет преимущества по сравнению с другим природным адаптогеном животного происхождения – пчелиным маточным молочком – по влиянию на процессы адаптации к физической нагрузке и физическую работоспособность у спортсменов.

0694

МЕТОДЫ НЕЙРОТРОПНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова И. Н., Люберцева Е. И., Барабаш Л. В., Антипова И. И.

ФГБУ «Сибирский научно-клинический центр ФМБА России», Томск

Цель: сравнительный анализ эффективности применения методов нейротропной импульсной электротерапии (транскраниальной (ТЭС) и нейроадаптивной (СКЭНАР) электростимуляции) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: Проведено обследование и лечение 90 больных АГ, средний возраст которых составил $53,82 \pm 2,66$ лет, из них 57 (63,3%) – женщины, 33 (36,7%) – мужчины. Больные были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу, возрасту и клиническому течению АГ. В I группу (основная группа I) вошли 35 больных, получавших ТЭС-терапию в комплексе с йодобромными ваннами, массажем и ЛФК, больные II группы (33 больных, основная группа II) получали СКЭНАР-терапию в комплексе с йодобромными ваннами, массажем и ЛФК, пациенты контрольной группы (22 больных) получали

бальнеотерапию, массаж и ЛФК. Лечение проводилось в условиях клиник Томского НИИ курортологии на фоне базисной медикаментозной терапии, назначенной пациенту до момента поступления в клинику, повышения дозы или назначение новых гипотензивных препаратов в процессе лечения не проводилось. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов АГ, снижению АД не менее чем на 10% от исходного уровня, улучшению показателей адаптационных реакций, кортизол-инсулинового индекса, бета-адренэргической реактивности мембран эритроцитов (В-АРМ).

Результаты: Снижение выраженности клинических проявлений АГ (головные боли, кардиалгии, одышка) в основных группах I и II было сопоставимым и более выраженным, чем в контрольной группе ($p=0,003$). Гипотензивный эффект по данным измерения офисного АД отмечался также в обеих основных группах, но был более выраженным при назначении ТЭС ($p=0,002$): снижение САД на 13,8% (со $143,0\pm 15,97$ до $120,7\pm 7,49$ мм.рт.ст. ($p<0,0001$)) в основной группе I и на 9,9% (со $142,4\pm 20,5$ до $132,2\pm 17,2$ мм.рт.ст. ($p>0,001$)) в основной группе II, снижение ДАД – на 15,4% (с $85,3\pm 10,64$ до $72,2\pm 6,74$ мм.рт.ст. ($p<0,0001$)) и на 10,7% (с $85,8\pm 8,87$ до $76,6\pm 6,51$ мм.рт.ст. ($p<0,0001$)) соответственно, что свидетельствует о дополнительном гипотензивном эффекте ТЭС. Использование ТЭС- и СКЭНАР-терапии способствовало повышению адаптационных возможностей организма в виде снижения частоты регистрации неблагоприятных реакций переактивации и стресса (до лечения у 7 (20%) больных I группы и у 8 (24,2%) больных II группы, после лечения – только у 3 больных I и у 1 больного II группы), при этом подавляющее большинство пациентов основных групп (90,6%) закончили лечение на высоком уровне реактивности.

Адаптогенный эффект импульсной электротерапии подтверждался снижением индекса отношения концентраций кортизола и инсулина: на 14,5% в I и на 15,4% во II основных группах, при этом только во II группе отмечено статистически значимое снижение уровня кортизола. В I группе обнаружено снижение содержания тироксина, что, вероятно, связано с динамикой тиреотропного гормона, уровень которого имел тенденцию к повышению, оставаясь в пределах физиологической нормы. В контрольной группе отмечена лишь тенденция к повышению уровня кортизола.

В обеих основных группах наблюдалось снижение В-АРМ, более выраженное во II группе, что является основой снижения активности симпатической нервной системы и реализации долговременного гипотензивного эффекта.

Таким образом, включение в комплексное восстановительное лечение ТЭС-терапии способствует усилению гипотензивного эффекта, а применение СКЭНАР-терапии – повышению адаптационных возможностей организма, снижению уровня кортизола и показателя В-АРМ у больных ГБ.

0695

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХО-КАРДИОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Смирнова М. П., Чижов П. А., Плотников А. Б.

ГБОУ ВПО МЗ РФ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

Цели и задачи: изучить эритроцитарные индексы (ЭИ), а также их взаимосвязь с показателями ЭХО-кардиоскопии (ЭХО-КС) у пациентов с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ).

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов с ХСН, находившихся на лечении в стационаре, 49 женщин (Ж) и 11 мужчин, средний возраст $71,57\pm 6,07$ лет. Всем обследованным проводили тест 6-минутной ходьбы для оценки функционального класса (ФК) ХСН, ЭХО-кардиоскопию на аппарате Siemens, расширенный анализ крови с использованием анализатора. Результаты представлены в виде $M\pm\sigma$.

Результаты: ХСН 1ФК диагностирована у 13% обследованных, ХСН 2ФК у 50%, ХСН 3ФК у 37%. ДДЛЖ по данным ЭХО-КС выявлена у 82% лиц с ХСН. ДДЛЖ гипертрофического типа (ДД1) диагностирована у 55%, ДДЛЖ псевдонормального типа (ДД2) – у 33%, ДДЛЖ рестриктивного типа (ДД3) выявлена у 12% обследованных. ДДЛЖ выявлена у 78,6% женщин с ХСН, при этом ДД1 – у 60,7%, ДД2 – у 14,2%, ДД3 – у

5,7%. ДДЛЖ отмечается у 57,1% мужчин с ХСН, при этом ДД1 наблюдалась у 28,5%, ДД2 - у 14,8%, ДД3 - у 14,8%. Уровень гемоглобина (HGB) и эритроцитарные индексы у обследованных с ДД1 и ДД2 находятся в пределах возрастных норм. Однако в группе обследованных с ДД2, по сравнению с ДД1, отмечается достоверное ($p < 0,05$) уменьшение объема эритроцитов (MCV) и тенденция ($p < 0,1$) к понижению среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH). В группе обследованных с ДД3, по сравнению с ДД2, имеет место тенденция к снижению количества эритроцитов и снижению среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCHC). В группе обследованных с ДД3 количество эритроцитов и MCHC достоверно ниже, по сравнению с лицами с ДД1 ($3,95 \pm 0,73$ и $4,07 \pm 0,49 \times 10^{12}$; $252,26 \pm 123,31$ и $365,06 \pm 10,14$ г/л, соответственно). Кроме того, имеет место тенденция ($p < 0,1$) к снижению уровня гемоглобина. При оценке показателей ЭХО-КС у пациентов с ДД2, по сравнению с лицами с ДД1, выявлена тенденция ($p < 0,1$) к увеличению конечно-диастолического объема, а у пациентов с ДД3, по сравнению с лицами с ДД2, имеет место тенденция к увеличению конечно-систолического объема и снижению фракции выброса. Показатели диастолической функции левого желудочка (время изоволюметрического расслабления левого желудочка - ВИРЛЖ) по данным доплерэхокардиографии у пациентов с ДД3 были достоверно ниже, по сравнению с обследованными с ДД2. У Ж с ДД2 и ДД3 данный показатель был достоверно ниже, чем у Ж с ДД1. В группе обследованных с ДД1 установлены достоверные отрицательные корреляции между уровнем HGB и размером левого предсердия (РЛП), а также MCH и РЛП. В группе обследованных с ДД2 установлена достоверная положительная корреляция между уровнем HGB и размером аорты, а в группе с ДД3 - достоверная отрицательная корреляция между уровнем HGB и толщиной межжелудочковой перегородки.

Выводы: разные типы ДДЛЖ характеризуются различными изменениями ЭИ. У лиц с ДД2 выявлено достоверное уменьшение MCV, по сравнению с ДД1. При ДД3 число эритроцитов и MCHC ниже, чем при ДД1. Установлены достоверные корреляции между уровнем HGB, MCH и показателями ЭХО-КС у лиц с ХСН с ДДЛЖ.

0696

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ

Смирнов С. В., Морозов С. Л., Шуленин С. Н., Кучмин А. Н.

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Санкт-Петербург, Россия

Для всех практикующих врачей важным при назначении лечения является такой показатель как приверженность больного лечению. Существуют различные факторы, влияющие на успешность проводимой гипотензивной терапии. Так, ряд авторов выделяет причины, которые могут влиять на комплаентность больных гипертонической болезнью. К ним относятся психологические особенности пациента, психологические особенности врача, клиническая картина заболевания у данного пациента, особенности выбранной тактики лечения, различные социально-экономические факторы и факторы, связанные с организацией системы здравоохранения. Среди обстоятельств связанным с пациентом следует выделить понимание больным угрозы здоровью, мотивация у самого пациента и его окружения, понимание человеком выгоды лечения, в том числе экономической, побочные эффекты терапии, личная недисциплинированность и социальный тип личности. Особняком в данном списке стоит социальный тип личности, определению которого уделяется недостаточно внимания среди практикующих терапевтов и кардиологов. Российские и зарубежные авторы в своей повседневной деятельности выделяют следующие социальные типы личности больных: дружелюбный, аналитик, экспрессивный, директивный. В зависимости от того, к какой группе будет отнесен пациент, будет меняться тактика его ведения, методика изложения информации об имеющемся у больного заболевании, а подходы к повышению комплаентности в каждой группе лиц будут различаться. Так у пациента с дружелюбным типом личности необходимо в первую очередь наладить доверительные отношения врач-пациент и уделить должное внимание имеющемуся у него заболеванию. В тоже время, у людей с экспрессивным типом личности необходим творческий подход к назначению лечения, рекомендуется в яркой форме

описывать достоинства лекарственных препаратов, назначая при этом лекарства с простым режимом дозирования. У лиц директивного типа личности необходимо в лаконичной форме излагать врачебные рекомендации, использовать так называемый «авторитарный» тип назначения лечения. В данном случае важна эффективность и удобство приема лекарственного средства, а стоимость лечения не имеет решающего значения. Если же человек был отнесен к аналитическому типу личности, то необходимо использовать логическую схему назначения препаратов, так же в данном случае будет полезен метод загибания пальцев. Следует учитывать, что приверженность больных гипертонической болезнью зависит от многих факторов, но учитывая социальный тип личности человека можно с большей долей вероятности добиться у конкретного пациента высокой приверженности, объясняя пациенту преимущества назначенного лечения, и преподнести ему информацию об имеющемся у него заболевании в более понятной и приемлимой для больного форме, тем самым повысив эффективность проводимой гипотензивной терапии.

0697

ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАРАМЕТРАХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Соколовская Е. А., Легконогов А. В.

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

Цель: Изучить взаимосвязи показателей структурно-функционального состояния сердца больных гипертонической болезнью (ГБ) с результатами суточного мониторирования (СМ) АД.

Материалы и методы: Обследовано 127 больных ГБ (47 мужчин и 80 женщин, средний возраст $53,3 \pm 0,8$ года в возрастном диапазоне 25-70 лет). Контрольную группу составили 31 практически здоровых человека - 12 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых $51,5 \pm 2,4$ года в возрастном диапазоне 25-68 лет. СМ АД проводилось с помощью аппарата АВРМ-02/0 (Meditech, Венгрия). Показатели структурно-функционального состояния сердца оценивались при доплер-эхокардиографии на аппарате EnVisor C (США) по общепринятой методике.

Результаты: Среднесуточные показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в группе больных ГБ составили соответственно $150,0 \pm 1,5$ мм рт.ст. и $88,0 \pm 1,0$ мм рт.ст., у здоровых лиц (контрольная группа) – $116,9 \pm 1,2$ мм рт.ст. и $71,4 \pm 1,50$ мм рт.ст. У больных ГБ по сравнению со здоровыми лицами отмечались более высокие средние значения толщины задней стенки (ТЗС) левого желудочка (ЛЖ) ($1,00 \pm 0,02$ см против $0,84 \pm 0,05$ см; $p < 0,01$), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ($1,09 \pm 0,03$ см против $0,88 \pm 0,07$ см; $p < 0,05$), диаметра левого предсердия (ДЛП) ($4,11 \pm 0,06$ см против $3,51 \pm 0,15$ см; $p < 0,05$), показателя Δr (отношение толщины стенок ЛЖ к конечно-диастолическому размеру его полости, характеризующее внутримиокардиальное напряжение) ($0,421 \pm 0,012$ против $0,342 \pm 0,034$; $p < 0,05$), массы миокарда (ММ) ЛЖ ($205,7 \pm 7,6$ г против $160,1 \pm 11,8$ г; $p < 0,05$), индекса ММ (ИММ) ЛЖ ($109,5 \pm 4,0$ г/м² против $76,0 \pm 5,1$ г/м²; $p < 0,05$). При этом существенных различий показателей структурно-функционального состояния сердца у больных с различными типами суточного профиля АД не установлено. У больных ГБ с повышенной в течение суток вариабельностью САД отмечены достоверно более высокие показатели ТЗС ЛЖ и ИММ ЛЖ по сравнению с пациентами с нормальной вариабельностью САД (соответственно $1,06 \pm 0,04$ см против $0,96 \pm 0,03$ см; $p < 0,05$ и $118,3 \pm 6,4$ г/м² против $102,4 \pm 4,8$ г/м²; $p < 0,05$). При повышении вариабельности ДАД по сравнению с нормальной ее уровнем отмечалось увеличение средних показателей ДЛП (соответственно $4,3 \pm 0,1$ см против $4,0 \pm 0,1$ см; $p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, наличие гипертрофии ЛЖ при ГБ связано с повышенной вариабельностью САД, тогда как дилатация полости левого предсердия и диастолическая дисфункция ЛЖ в большей степени обусловлены повышением вариабельности ДАД. Результаты проведенного обследования больных ГБ демонстрируют достоверную связь между большинством показателей структурно-функционального состояния сердца и параметрами СМ АД.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРАКСАНА В КОНТРОЛЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ИБС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХОБЛ

Солдатова О. В., Куцевол И. Б., Савинова А. Ю.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского" Симферополь, Россия

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает 4-е место в структуре смертности в мире. Среди лиц старше 65 лет выявляются наиболее высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности при ХОБЛ, что обусловлено процессом старения, а также наличием сочетанной патологии. Сочетание ХОБЛ с ИБС достигает 60% в структуре заболеваний старших возрастных групп и является прогностически неблагоприятным, вследствие взаимного отягощения течения заболеваний. Выраженная тахикардия свойственна данной категории больных, а ЧСС более 70 уд/мин у больных ИБС является независимым предиктором ИМ и других сердечнососудистых осложнений по результатам исследования BEAUTIFUL(2008). Селективный ингибитор ионных if -каналов ивабрадин, блокирующий пейсмекерный ток в клетках синоатриального узла, с 2006 г. включен в Европейские рекомендации по диагностике и лечению пациентов со стабильной стенокардией в качестве терапевтической альтернативы при непереносимости или наличии противопоказаний к назначению β -адреноблокаторов. Использование современного антиангинального препарата - ивабрадина является наиболее перспективным из-за отсутствия гипотонического эффекта, а также негативного влияния на функцию внешнего дыхания, свойственных β -блокаторам и ограничивающих их применения.

Цель: установить клиническую эффективность использования антиангинального препарата ивабрадин (кораксан) у больных пожилого возраста при сочетании стабильных форм ИБС с обострениями ХОБЛ.

Материалы и методы: В исследование включено 72 пациента (60 мужчин и 12 женщин) с ИБС: стабильной стенокардией II-III ф.к. в сочетании с обострением ХОБЛ. Стабильная стенокардия была установлена по результатам нагрузочных проб, ХОБЛ верифицирована по данным спирографии. Средний возраст составил $72 \pm 4,37$ года. Все пациенты были разделены на 2 группы – со стандартной схемой лечения стенокардии и с добавлением кораксана в дозе 10 мг/сутки. Функциональное состояние сердца оценивалось с помощью холтер-мониторирования ЭКГ до начала лечения и через 21 день.

Результаты: До начала лечения средняя ЧСС у данной категории больных составляла 92 ± 7 , после лечения 70 ± 6 . Повторное ЭКГ-мониторирование через 21 день, выявило урежение ЧСС и эпизодов ишемии, увеличение толерантности к физической нагрузке при отсутствии удлинения интервала PQ. Спирометрические показатели оставались без существенных изменений. Установлено, достоверное урежение ЧСС на 11% ($p < 0,05$) через 21 день от начала лечения.

Выводы: Исследование показало, что на фоне применения кораксана в дозе 10 мг/сутки, в течение 3 недель отмечается полный контроль ЧСС, значительное урежение эпизодов ишемии и увеличение толерантности к физической нагрузке, что говорит о необходимости применения селективных ингибиторов if -каналов, имеющих хороший профиль безопасности, у пациентов пожилого возраста со стабильными формами ИБС в сочетании с ХОБЛ.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ [ВЖИВАНИЯ] ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ АМЛОДИПИНА/ЛИЗИНОПРИЛА БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ [ИЗ] ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Солдатова О. В., Куцевол И. Б., Никитина Ж. В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского" Симферополь, Россия

В настоящее время все большее распространение получает лечение больных артериальной гипертензией (АГ) с помощью комбинированных лекарственных средств, содержащих в меньших дозах несколько препаратов с взаимодополняющими механизмами действия. Одним из таких препаратов является фиксированная комбинация иАПФ лизиноприла с блокатором кальциевых каналов амлодипином. АГ в настоящее время рассматривается в качестве одного из важнейших факторов риска прогрессирования ХЗП (хронического заболевания почек) независимо от этиологии ХЗП и от наличия и степени ХПН (хронической почечной недостаточности). Данные Фрамингемского исследования (2000) определили повышенный уровень АД, как независимый фактор риска терминальной стадии ХПН, и даже высокое нормальное АД повышает риск развития протеинурии в 2,13 раза. А протеинурия, в свою очередь, является независимым фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний.

Цель: оценка эффективности применения комбинированного антигипертензивного препарата (АГП) с фиксированным дозированием амлодипина 5 мг и лизиноприла 10 мг с позиции суточного контроля уровня АД и органопротективного влияния на органы мишени у больных пожилого возраста с ХЗП и АГ.

Материалы и методы: в исследование включены 74 пациента: 28 (37,8%) мужчин и 46 (62,2%) женщин от 75 до 87 лет с ранее установленным диагнозом ХЗП и АГ I-II степени, но не достигшие целевого уровня АД на фоне постоянного приема АГП или нерегулярно принимавшие АГП в последние 2 недели и более. Уровень протеинурии у пациентов варьировал от 1 г/сут до 2,2 г/сут. Больным назначали препарат лизиноприл 10 мг/амлодипин 5 мг в дозе одна таблетка в сутки, при необходимости могла быть увеличена доза одного из составляющих комбинации или добавлена одна таблетка данного АГП. Длительность наблюдения составила 20 дней.

Результаты: к моменту выписки наблюдалось достоверное снижение уровня АД ($p < 0,01$) и суточной протеинурии ($p < 0,05$). У большинства больных на фоне лечения были зарегистрированы целевые уровни АД ($< 140/90$ мм рт. ст.) – у 69 (87,3%) человек по уровню САД и у 65 (82,2%) человек по уровню ДАД. Уровень протеинурии < 1 г/сут был зарегистрирован у 64 (81,1%) человек. В двух случаях (2,53%) отмечался побочный эффект (отеки голеней).

Выводы: в результате проведенного нами исследования была доказана эффективность применения комбинированного антигипертензивного препарата у больных артериальной гипертензией пожилого возраста с хроническими заболеваниями почек, как с позиции достижения контролируемого артериального давления, так и с позиции положительного органопротективного эффекта на функцию почек.

0700

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Соловьева А. В.¹, Бордюкова Л. Н.², Якушина М. С.², Аксентьев С. Б.²

¹ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г.Рязань, Россия

²ГБУ РО Областная клиническая больница, г.Рязань, Россия

Цель: установить влияние нарушений углеводного обмена на течение артериальной гипертензии у лиц женского пола с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы: В исследование включено 150 женщин с абдоминальным ожирением в возрасте от 41 до 73 лет (ср.возраст 57,3±0,7 лет), находившихся на стационарном лечении ГБУ РО ОКБ г.Рязани. Проводились общеклиническое, антропометрическое исследования. Лабораторные исследования включали определение липидного спектра крови, тощачковой и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина, уровня креатинина; тест толерантности к глюкозе проводился по показаниям. Инструментальное исследование включало регистрацию ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ сонных артерий. СКФ рассчитывалась по формуле СКД-EPI.

При статистической обработке данных вычисляли среднее арифметическое, ошибку среднего арифметического, коэффициент корреляции Спирмена (r). Критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты: Согласно рекомендациям ВНОК (2007) метаболический синдром имел место у всех пациенток: окружность талии составила 110,5±1,26 см, систолическое артериальное давление (САД) – 165,5±2,5 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – 97±1,1 мм рт.ст., уровень триглицеридов – 2,09±0,12 ммоль/л, ЛПНП – 4,12±0,15 ммоль/л. Нарушения углеводного обмена выявлены у 92 пациенток (61,3%): сахарный диабет (СД) 2 типа у 53 пациенток, нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) у 25, нарушенная гликемия натощак (НГН) – у 14 человек.

У пациенток с НТГ тощачковая гликемия находилась в обратной корреляционной связи с уровнем САД и ДАД (r= -0,48, p=0,016 и r= -0,52, p=0,008 соответственно). У пациенток с СД 2 типа величина САД обратно коррелировала с уровнем гликозилированного гемоглобина (r= -0,61, p=0,02); величина ДАД коррелировала с уровнями тощачковой и постпрандиальной гликемии (r= -0,31, p=0,03 и r= -0,33, p=0,02 соответственно). Нарушение диастолической функции миокарда левого желудочка достоверно (p<0,001) более выражено у пациенток с впервые диагностированными нарушениями углеводного обмена (НТГ и НГН) по сравнению с лицами без нарушений углеводного обмена (IVRT 0,1±0,003сек против 0,09±0,004сек). IVRT у лиц с СД 2 типа составило 0,09±0,002сек.

Выводы: Высокие показатели САД и ДАД ассоциированы с более низкими показателями тощачковой гликемии у женщин с НТГ; тощачковой и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина при СД 2 типа. Развитию диастолической дисфункции миокарда у женщин с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией способствует нарушенная толерантность к глюкозе. Таким образом, ранний скрининг нарушений углеводного обмена у лиц с ожирением и артериальной гипертензией, адекватный гликемический контроль уже диагностированных нарушений углеводного обмена с профилактикой гипогликемий, улучшит течение артериальной гипертензии.

0701

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АЛЛЕЛЬНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА LIPC (C514T) НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАТИНОТЕРАПИИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Солодун М. В.¹, Селезнев С. В.¹, Калинина Л. П.², Ивахненко В. А.²

¹ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
²ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», Рязань, Российская Федерация

В настоящее время в качестве одной из причин неблагоприятного прогноза после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) рассматривается генетическая устойчивость к действию лекарственных препаратов, связанная с полиморфизмом некоторых генов.

Цель: изучить влияние аллельного полиморфизма гена LIPC (C514T) на эффективность терапии аторвастатином и 3-месячный прогноз у пациентов, перенесших ИМ.

Материалы и методы: в исследование включено 116 человек в возрасте 45-75 лет, перенесших ИМ. Всем респондентам назначено 20 мг аторвастатина в сутки и другие препараты, улучшающие прогноз. У 65 человек, ранее не принимавших статины, определены уровни общего холестерина (ХС), липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой плотностей (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) исходно и через 3 месяца статинотерапии. Генотипирование по LIPC (C514T) выполнено методом ПЦР. Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Statistica 10.0. Группы сравнивались по критерию Вилкоксона. Для оценки прогностической значимости полиморфизма LIPC (C514T) введена комбинированная конечная точка MACE, включающая смертность от сердечно-сосудистых причин, повторный ИМ, госпитализацию по поводу прогрессирующей стенокардии, незапланированную реваскуляризацию коронарного русла. Анализ различия частот MACE в группах в зависимости от аллельных вариантов проводился с использованием критерия χ^2 по Пирсону. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: Среди 116 анализируемых пациентов оказалось 82 мужчины (70,7%) и 34 женщины (29,3%). Средний возраст пациентов составил $62,5 \pm 1,5$ лет. Анализ генетической информации по полиморфному маркеру LIPC (C514T) выявил следующее распределение аллелей: аллель С встречался в 80,6% случаев, аллель Т - в 19,4% случаев. Среди 65 пациентов, принявших участие в оценке эффективности статинотерапии, аллели С и Т выявлены с частотой 79,2% и 20,8% соответственно. При оценке динамики уровня липидов крови на фоне 3х-месячной терапии аторвастатином не обнаружено различия в изменении значений показателей липидного спектра между разными аллельными вариантами. Как в группе аллеля С, так и в группе аллеля Т наблюдалось статистически значимое снижение атерогенных фракций холестерина ($p < 0,05$), уровень ЛПВП не претерпевал выраженных изменений ($p > 0,05$). При оценке прогностической значимости полиморфизма LIPC (C514T) не получено статистически значимых различий частот MACE между разными аллелями изучаемого гена ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Аллельный полиморфизм гена LIPC (C514T) не оказывает значимого влияния на динамику показателей липидного спектра крови на фоне терапии аторвастатином. 2. Аллельный полиморфизм гена LIPC (C514T) не влияет на 3-х месячный прогноз после перенесенного ИМ.

0702

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ АНЕМИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Соломахина Н. И., Находнова Е. С., Ершов В. И., ¹Таранова З. В. ²

¹ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

²ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн №1 ДЗМ, Москва Россия

Цель: проанализировать частоту и причины анемий у госпитализированных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: исследования: анализировались данные обследования 466 пациентов в возрасте от 78 до 97 лет ($85,4 \pm 10,5$ лет), госпитализированных в кардиологическое отделение ГВВ №1, в период с января по декабрь 2014 года. На 1 этапе отбирались пациенты с клиническими и подтвержденными при обследовании признаками ХСН. На 2 этапе из числа пациентов с ХСН отбирались паци-

енты с лабораторными признаками анемии. Далее рассчитывалась частота анемий в зависимости от этиологии. Лабораторными критериями гипохромной анемии являлись: уровень гемоглобина у мужчин <13,0 г/дл, у женщин < 12 г/дл, уровень железа < 9,0 мкмоль/л., В12-дефицитной анемии - цветовой показатель > 1,1 и уровень витамина В12 <300 пг/мл.

Результаты: среди 466 пациентов клинические и подтвержденные при обследовании признаки ХСН II-IVФК (NYHA) выявлены у 112 человек, что составило 24% от общего числа госпитализированных.

Среди пациентов с ХСН лабораторные признаки анемии выявлены у 24 человек (17 жен. и 7 муж. - 70.7% и 29.3% соответственно), что составило 21.4%.

По этиологии пациенты с анемией распределились следующим образом:

— большую часть – 83,3% (20 пациентов, из них 6 муж. и 14 жен.) составили больные анемией хронических заболеваний (АХЗ), при этом у 6 человек (30%) были выявлены хронические инфекции (молевой и дыхательной систем) и воспалительные заболевания (трофические язвы на коже нижних конечностей), у 9 человек (45%) - выявлена ХПН, не требующая гемодиализа (уровень креатинина от 137 до 207 ммоль/л) и хронические инфекции, а у 5 человек (25%) не было выявлено хронических инфекций, воспалительных заболеваний и признаков ХПН.

— значительно меньшую часть - 12.5% (3 пациента, из них 1 муж. и 2 жен.) составили больные железодефицитной анемией, при этом у 2 пациентов вследствие доказанной кровопотери из желудочно-кишечного тракта и у 1 пациента вследствие болезни оперированного желудка.

— и только у 4,2% пациентов (1 жен.) была диагностирована В12-дефицитная анемия.

0703

СВЯЗЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ГОМОЦИСТЕИНА У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Стахнёва Е. М.¹, Каштанова Е. В.¹, Кургузов А. В.², Полонская Я. В.¹, Каменская О. В.², Чернявский А. М.², Рагино Ю. И.¹

¹ – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», Новосибирск, Россия

² – ФГБУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Минздрава РФ, Новосибирск, Россия

Целью данного исследования было изучение взаимосвязей гормонов жировой ткани с маркерами воспаления и гомоцистеином у мужчин с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы: В исследование были включены 74 мужчины в возрасте 46-79 лет с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом. В сыворотке крови определяли концентрации адипонектина, лептина, резистина, фактора некроза опухоли α , интерлейкина 1 β , интерлейкина 6, интерлейкина 8, С-реактивного протеина, гомоцистеина.

Активность процессов перекисного окисления липидов в липопротеинах низкой плотности (ЛНП), выделенных из сыворотки крови, определяли по исходному уровню малонового диальдегида (МДА) и резистентности ЛНП к окислению через 30 минут инкубации ЛНП с ионами меди *in vitro*.

Результаты: У мужчин с коронарным атеросклерозом концентрация адипонектина в крови составила $9,04 \pm 0,92$ мкг/мл, резистина $8,3 \pm 0,58$ нг/мл. При этом уровень лептина был повышенным - $20,64 \pm 3,69$ нг/мл.

Средние уровни основных провоспалительных цитокинов интерлейкина 6 и интерлейкина 8 были $11,73 \pm 2,01$ пг/мл и $8,79 \pm 1,07$ пг/мл соответственно. Уровень С-реактивного протеина составил $9,94 \pm 0,98$ мкг/мл. Прямые корреляционные связи были обнаружены между резистином и СРП ($r = 0,520$, $p < 0,01$), резистином и ИЛ6 ($r = 0,324$, $p < 0,05$), резистином и исходным уровнем малонового диальдегида ($r = 0,401$, $p < 0,01$).

При этом уровень продуктов МДА в крови был значительно повышен: исходная концентрация МДА составила $3,06 \pm 0,28$ нМ МДА/мг белка ЛНП, по сравнению со средними популяционными значениями.

ми. Содержание МДА через 30 минут окисления ЛНП с ионами меди *in vitro* так же было повышенным – $21,85 \pm 1,29$ нМ МДА/мг белка ЛНП.

Концентрация гомоцистеина в крови у пациентов с коронарным атеросклерозом в нашем исследовании находилась в пределах нормальных значений и составила в среднем – $15,04 \pm 0,57$ мкмоль/л.

Выводы: У мужчин с коронарным атеросклерозом выявлены повышенные концентрации основных маркеров активности воспалительного процесса (ИЛ6, ИЛ8, СРП, МДА). Содержание гормонов жировой ткани адипонектина и резистина соответствовали нормальным значениям, а уровень лептина был повышенным. Выявлены прямые корреляционные связи между резистином и СРП, резистином и ИЛ6, резистином и исходным уровнем МДА.

0704

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ

Степанова Е. В., Левашова А. И.

Кафедра внутренней медицины №1 Харьковского национального медицинского университета, Харьков, Украина

Цель: оценка влияния комбинированной антигипертензивной терапии комбинацией ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл 10 мг) и антагониста кальция (амлодипин 5 мг) на показатели жесткости артерий у пациентов с гипертонической болезнью II стадии.

Материалы и методы: В исследование продолжительностью 12 недель были включены 35 больных (18 мужчин и 17 женщин) с ГБ II стадии: АГ 1-й степени — у 16 (45,72%), 2-й степени — у 19 (54,28%) больных. Жесткость артерий определяли с использованием артериографа «TensioClinic». Анализ пульсовой волны выполняли с помощью компьютерной программы TensioMed. Измеряли брахиальный (ИА бр) и аортальный (ИА ао) индекс аугментации, скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте. Пациенты применяли препараты на протяжении 12 нед. Полученные результаты:

Обрабатывали методами вариационной и непараметрической статистики медико-биологического профиля с помощью пакета прикладных статистических программ Microsoft Excel и Statistica для Windows. Рассчитывали следующие параметры: средние арифметические значения (M), средние квадратичные отклонения (s), стандартные ошибки средних (m). Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента, а также критерия U Вилкоксона — Манна — Уитни. Различия между показателями считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: При анализе исходного уровня показателей упруго-эластических свойств артерий установлено, что СРПВ в аорте ($12,96 \pm 0,7$ м/с) свидетельствовала о значительном повышении и поражении сосудов как органа-мишени. Повышение ИА характеризует более высокое периферическое сопротивление сосудов и вносит вклад в увеличение пульсового давления в аорте, вследствие чего повышается риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Согласно результатам проведенного нами исследования, величина ИА бр ($8,09 \pm 3,04\%$) и ИА ао ($41,72 \pm 12,54\%$) значительно превышала нормальные значения. На фоне проводимой комбинированной антигипертензивной терапии в течение 12 нед наблюдалась положительная динамика показателей жесткости артериальной стенки. Применение препарата позволило достоверно снизить СРПВ на $2,16$ м/с ($p < 0,05$). СРПВ в аорте у участников исследования в конце периода наблюдения составила $10,8 \pm 0,67$ м/с. ИА бр в конце периода наблюдения достоверно уменьшился на $10,3\%$ и составил $-2,21 \pm 3,8\%$, а ИА ао — на $11,86\%$ и составил в среднем $29,86 \pm 7,54\%$ ($p < 0,05$).

Выводы: Полученные результаты:

Исследования с применением комбинированной антигипертензивной терапии комбинацией ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл 10 мг) и антагониста кальция (амлодипин 5 мг) свидетельствуют о высоких органопротекторных возможностях по улучшению состояния упруго-

го-эластических свойств артерий, что потенциально связано со снижением риска развития кардиоваскулярных осложнений у больных АГ.

0705

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕСТКОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ СТЕНКИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Степанова Е. В., Кебашвили С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель: Определить особенности жесткости артериальной стенки и функции эндотелия у больных с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ДХСН).

Материалы и методы: В исследование включены 20 больных с ДХСН, развившейся после перенесенного не Q инфаркта миокарда, с фракцией выброса левого желудочка более 50%, наличием у пациентов в анамнезе декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН). Критерии исключения: возраст менее 30 и старше 80 лет, дестабилизация ИБС в течение трёх последних месяцев, хроническая дыхательная недостаточность 2–3 степени, хроническая почечная недостаточность II–III стадии. Также были обследованы 20 лиц группы контроля. Всем обследуемым проводилось общеклиническое исследование, оценка жесткости артериальной стенки с помощью артериографа TensioClinic, вазорегулирующей функции эндотелия при проведении фотоплетизмографии в пробах с реактивной гиперемией на аппарате AngioScan.

Результаты: Возраст пациентов составил $59,7 \pm 7,08$ лет, среди них 17 мужчин и 3 женщины. Продолжительность ХСН была $8,75 \pm 7,0$ лет. Артериальная гипертензия имела у 16 пациентов. Среднее значение систолического артериального давления составило $125,9 \pm 15,6$ мм.рт.ст., диастолического артериального давления – $73,4 \pm 11,1$ мм.рт.ст., среднее число сердечных сокращений $68,1 \pm 12,6$ ударов в минуту. У больных с ДХСН выявлено повышение скорости распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) – $12,04 \pm 2,43$ м/с, увеличение площади систолического компонента пульсовой волны – $46,99 \pm 4,28\%$, снижение площади диастолического компонента пульсовой волны – $53 \pm 4,28\%$ по сравнению с аналогичными показателями лиц группы контроля ($p < 0,05$). Нарушения брахиального и аортального индексов аугментации (ИА) не определено. При проведении пробы с реактивной гиперемией выявлено снижение вазодилатирующей активности эндотелия. Определено повышение индекса жесткости ($< 30\%$) и индекса отражения – $70,1 \pm 12,97\%$ по сравнению с аналогичными показателями у лиц группы контроля ($p < 0,05$).

Выводы: Одним из факторов ухудшения диастолической функции левого желудочка у больных ДХСН является прогрессирование нарушений жесткости артериальной стенки и снижение вазодилатирующей активности эндотелия.

0706

О КЛАССАХ КИБЕРБЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Столбов А. П.

ФГБОУ ВПО «Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

За последнее время заметно возросло количество инцидентов, связанных с несанкционированным внешним воздействием (НСВ) на медицинские информационные системы (МИС) и цифровую медицинскую технику (МТ), в состав которой входит программное обеспечение (ПО). В связи с этим весьма

актуальной становится обеспечение кибербезопасности (КБ) – защиты от нарушения функционирования МИС и МТ, утечки, искажения или потери данных в результате НСВ на ПО через каналы (сети) связи или внешние носители информации.

Целью настоящей работы является идентификация классов КБ, на основе которых могут быть определены требования к составу мер и средств защиты МТ от НСВ. В качестве критериев указанной КБ-классификации МТ предлагается использовать:

- 1) Режим управления и использования МТ: а) асинхронный, б) синхронный.
- 2) Необходимость использования совместно с внешним ПО, интеграции с МИС и PACS.
- 3) Режим идентификации данных о пациентах – работа: а) с персональными данными, б) только с условными ID пациентов (псевдонимами по ГОСТ Р 55036).
- 4) Вид используемой операционной системы: а) «стандартная», для которой известны программные «вирусы»; б) специальная, разработанная для данной МТ, для которой появление «вирусов» маловероятно.
- 5) Способ обновления ПО: а) с помощью специальных программно-технических средств; б) с помощью файлов обновления с «проверенного» внешнего носителя; в) с помощью файлов, полученных по каналам связи; г) дистанционно в режиме удаленного администрирования.
- 6) Способ ввода (настройки) параметров функционирования: а) не требуется, б) вручную человеком (оператором), в) дистанционно по каналу связи.
- 7) Способ съема данных: а) не требуется, б) вручную человеком, в) путем их записи на внешний носитель, г) дистанционно с передачей по каналу связи.

При определении требований к защите МТ от НСВ необходимо учитывать:

- класс МТ в зависимости от потенциального риска применения по ГОСТ 31598;
- возможность использования МТ в дистанционном режиме при оказании телемедицинских услуг;
- что, независимо от того, интегрирована или нет конкретная МТ в состав МИС, она является элементом сложной организационно-технической системы – медицинской организации, в которой реализуется определенная политика информационной безопасности, исходя из актуальных угроз кибербезопасности.

Представляется целесообразным дополнительно к номенклатурной классификации медицинских изделий по видам и степени потенциального риска применения для цифровой медицинской техники и ПО предусмотреть также еще один классификационный признак – класс кибербезопасности, с учетом наличия и вида интерфейсов взаимодействия, необходимости и режимов внешнего управления в электронной цифровой форме и т.д. на основе рассмотренных выше критериев.

0707

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Стрюк Р. И.¹, Лахонина Н. С.¹, Головизнин М. В.¹, Донецкова А. Д.², Никонова М. Ф.²

¹ – ГБОУ ВПО МГМСУ имени А.И. Евдокимова МЗ РФ, Москва, Россия

² – ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, Москва, Россия

Цель: изучение некоторых иммунологических характеристик лимфоцитов периферической крови (ЛПК) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: в исследование включено 57 пациентов в возрасте 32-84 лет, из них 30 больных ОИМ и 27 больных РА, а также 56 практически здоровых лиц (доноры). Диагноз ОИМ и РА устанавливали в соответствии с общепринятыми критериями. Всем пациентам ОИМ на разных сроках заболевания (с 1 по 15 сутки), а также больным РА и донорам определяли уровень колец реаранжировки альфа-цепи Т-клеточного рецептора (TREC) методом полимеразной цепной реакции и фенотипирование лимфоцитов периферической крови (ЛПК) с помощью проточной цитофлуориметрии. Обработ-

ку результатов проводили с помощью пакета программ STATISTICA 10.0. Результаты представлены в виде $M \pm \sigma$.

Результаты: Среднее значение уровня TREC у больных ОИМ оказалось достоверно сниженным ($0,0142 \pm 0,0727$ усл.ед.) по сравнению с больными РА ($0,0527 \pm 0,2205$ усл.ед.) и донорами ($0,1387 \pm 0,2747$ усл.ед., $p < 0,05$). Во всех группах была выявлена достоверная отрицательная корреляция между уровнем TREC и возрастом обследуемых, отражающая естественное физиологическое снижение функции тимуса. Вместе с тем, обращает внимание, что у больных ОИМ коэффициент корреляции был несколько выше ($r = -0,52$, $p = 0,005$), по сравнению с РА ($r = -0,442$, $p = 0,027$) и донорами ($r = -0,459$, $p = 0,003$).

Исследование фенотипа ЛПК показало, что все анализируемые параметры (CD3+, CD4+, CD8+, CD3+4+, CD3-4+, CD3+8+, CD3-8+) у больных ОИМ и доноров были сопоставимы, в то время при РА уровень CD8+ ($14,9 \pm 10,08$) и CD3+8+ ($12,60 \pm 8,97$) был в 2 раза снижен по сравнению как с больными ОИМ ($29,41 \pm 8,48$ и $24,46 \pm 8,82$ соответственно, $p < 0,05$), так и с донорами ($26,02 \pm 8,38$ и $23,25 \pm 10,16$ соответственно, $p < 0,05$). Такие изменения фенотипа ЛПК у больных РА подтверждают активное участие иммунокомпетентных клеток в патогенезе заболевания и могут быть связаны с миграцией лимфоцитов в синовию суставов.

Выводы: 1. У больных ОИМ, РА и доноров наблюдается снижение функционального состояния тимуса, отражением чего является достоверное уменьшение уровня TREC и наличие обратных корреляций этого показателя с возрастом, эти изменения носили более выраженный характер у больных ОИМ. 2. Фенотипических изменений ЛПК у больных ОИМ выявлено не было, что свидетельствовало об отсутствии участия иммунной системы в развитии коронарной недостаточности в отличие от больных РА, у которых снижение уровня CD8+ и CD3+8+ отражало активность воспалительного процесса.

0708

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Суджаева О. А.

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

Цель: изучить влияния физической реабилитации (ФР) на толерантность к физической нагрузке (ТФН) и функциональное состояние системы кровообращения после трансплантации сердца (ТС).

Материалы и методы: Обследовано 38 пациентов (37 - мужчины, 1 женщина). Диагноз дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) имел место у 22 (58%) из 38 обследованных, ишемической КМП – у 12 (32%) пациентов, еще 2 пациента имели порок сердца ревматической этиологии, один имел уремическую КМП, митохондриальная КМП диагностирована еще у одного пациента. Возраст включенных в исследование составлял от 21 до 61 года (в среднем $43,7 \pm 12,0$ лет). Длительность лечения в кардиологическом стационаре после ТС составляла от 9 до 154 дней (в среднем $38,6 \pm 27,0$ дней). Пациенты рандомизированы в 2 группы – основную группу (ОГ), где использовалась интенсивная ФР с включением контролируемых тренировок на тренажерах, и контрольную группу (КГ), где ФР была представлена бытовыми нагрузками. В ОГ рандомизировано 19 пациентов в возрасте $46,5 \pm 2,6$ лет, в КГ - 19 пациентов в возрасте $47,1 \pm 2,4$ года ($p > 0,05$). Все пациенты получали иммуносупрессивную терапию такролимусом, мофетила микофенолатом и глюкокортикостероидами согласно общепринятым рекомендациям (The ISHLT Guidelines For The Care Of Heart Transplant Recipients 2010). Толерантность к физической нагрузке (ТФН) оценивалась в условиях спирометрической пробы (спироВЭП), которая проводилась с использованием стресс-системы Shiller AG ErgoSpiro, начиная с мощности нагрузки 25 Вт с увеличением на 25 Вт каждые 3 мин, вплоть до достижения максимально переносимого уровня одышки. До ТС проводился I тест, через 3-6 месяцев после ТС - II тест, через 1 год - III тест, IV тест – от 17 до 42 месяцев после ТС (в среднем через $26,5 \pm 7,3$ мес).

Результаты: До ТС пациенты ОГ и КГ характеризовались низкой ТФН – $65,0 \pm 17,2$ Вт, соответственно ($p > 0,05$) и имели низкий уровень максимального потребления кислорода (VO_{2max}) – $12,4 \pm 2,8$ и $12,3 \pm 2,6$ мл/кг/мин ($p > 0,05$). При II тесте в ОГ отмечался достоверный рост ТФН до $86,1 \pm 25,6$ Вт ($p < 0,05$). В КГ ТФН составила $106,3 \pm 62,5$ Вт, т.е. в сравнении с дооперационным уровнем рост был недостовер-

ным ($p > 0,05$). При III и IV тестах наблюдалась аналогичная закономерность: ТФН в ОГ существенно превышала дооперационный уровень, составив $105,0 \pm 20,7$ и $125,0 \pm 23,2$ Вт, соответственно, $p < 0,05$). В КГ при III и IV тестах достоверных различий в сравнении с I тестом выявлено не было ($p > 0,05$). Аналогичная тенденция наблюдалась и в отношении динамики VO_{2max} – в ОГ при II, III и IV тестах VO_{2max} составило $16,2 \pm 3,3$, $18,8 \pm 5,7$ и $15,2 \pm 6,1$ мл/кг/мин, соответственно, т.е. были существенно выше, чем до ТС ($p < 0,05$). В КГ значение VO_{2max} при II, III и IV тестах составило $15,0 \pm 2,2$, $15,0 \pm 4,7$ и $16,6 \pm 5,7$ мл/кг/мин, соответственно, т.е. значимо не превышало дооперационный уровень.

Выводы: использование ФР у лиц после ТС способствует существенно более благоприятной динамике ТФН и VO_{2max} в послеоперационном периоде.

0709

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Сукманова И. А., Танана О. С., Косоухов А. П., Лысоченко А. Б.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Цель: выявить предикторы развития кардиогенного шока у пациентов с ОИМ.

Материалы и методы: Обследовано 55 пациентов с ИМ в возрасте 56–85 лет. Первую группу составили 29 пациентов (14 мужчин и 15 женщин) в возрасте $66,8 \pm 1,2$ лет с ИМ, осложненным кардиогенным шоком, вторую – 26 пациентов (15 мужчин и 11 женщин) в возрасте $66,4 \pm 1,0$ лет с ИМ без кардиогенного шока. У всех при поступлении проводились стандартные лабораторные обследования с динамической оценкой уровня тропонина I, D-димера. Неоднократно записывалась ЭКГ в 12 отведениях, проводилась Эхо-КГ, коронароангиография на аппарате «General Electric» у части пациентов с лечебными вмешательствами, измерялись параметры центральной гемодинамики.

Результаты: Пациенты сравниваемых групп оказались сопоставимы по возрасту, в обеих группах преобладали мужчины. В первой и второй группах более 60% пациентов было с ИМПСТ (65,5% и 61,5%, соответственно, $p < 0,05$). Пациентов с задним ИМ было почти в 2 раза больше в 1-й группе (с КШ), чем во второй (10 (34,4%), против 5 (19,2%), причем у 2/3 из них был вовлечен правый желудочек. Более 60% (62,2%) больных в группе с КШ и 61,5% в группе без КШ была выполнена реваскуляризация ИСА. Время «симптом-баллон» в группе с КШ при ИМПСТ было в 2 раза длиннее и составило 420 минут, чем в группе без КШ (210, $p < 0,05$), что явилось важным фактором, определяющим развитие осложнений. Тромболитическая терапия проведена 10 (52,6%) больным с ИМПСТ в 1-й группе и 6 (37,5%) пациентам второй группы. ЧКВ выполнено 18 (62%) больным первой группы и 14 (53,8%) во второй. Фармакоинвазивная стратегия (ТЛТ + ЧКВ) из-за невозможности доставки больного в первые 120 минут применялась у 5 (27,2%) больных первой группы и 4 (15,4%) второй. У большинства пациентов 1-й группы ИМ развился в первые сутки, при поступлении признаки КШ были у 8 (27,5%) больных. САД в первой группе при поступлении было меньше, чем во второй (96,5% против 138,4, $p < 0,01$). Для прогнозирования развития шока по полученным данным был применен пошаговый дискриминантный анализ, выделены наиболее значимые предикторы развития КШ. По этим коэффициентам составили линейные уравнения дискриминантных функций для каждой группы. Для прогнозирования исхода у новых пациентов рассчитываются 2 уравнения:

Шок(+) = $-308,4 + 0,22 \cdot \text{АД(п)} + 4,47 \cdot \text{Sat} + 0,44 \cdot \text{СКФ} - 0,32 \cdot \text{Тропонин} + 0,61 \cdot \text{Креатинин} - 0,0011 \cdot \text{Время поступления} + 6,37 \cdot \text{Калий} + 0,37 \cdot \text{Глюкоза} + 0,32 \cdot \text{Гемоглобин}$;

Шок(-) = $-288,0 + 0,16 \cdot \text{АД(п)} + 4,21 \cdot \text{Sat} + 0,49 \cdot \text{СКФ} - 0,22 \cdot \text{Тропонин} + 0,66 \cdot \text{Креатинин} - 0,0014 \cdot \text{Время поступления} + 7,66 \cdot \text{Калий} + 0,28 \cdot \text{Глюкоза} + 0,29 \cdot \text{Гемоглобин}$.

Каждый пациент может быть отнесен к группе, соответствующей максимальному значению функции, с вероятностью 83,6%.

Выводы: Таким образом, создана многомерная математическая модель, основанная на методе дискриминантного анализа, позволяющая прогнозировать развитие шока.

0710

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОКСПСТ

Сукманова И. А., Гуков А. В., Насонов С. А., Косоухов А. П.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Цель: Оценить эффективность догоспитального и госпитального тромболизиса у пациентов с ОКСПСТ.

Материалы и методы: В 2014 году на базе Алтайского краевого кардиологического диспансера пролечено 525 больных с ОКСПСТ, из них реперфузионную терапию получили 316 (60,2%) пациентов. 15 (4,7%) пациентам был проведен догоспитальный тромболизис, 84 (26,5%) больным госпитальный тромболизис. Эффективность тромболизиса оценивалась по времени начала динамики сегмента ST по ЭКГ и по данным отсроченной КАГ.

Результаты: Средний возраст пациентов в группе догоспитального тромболизиса составил $67,2 \pm 2,2$ лет. Время «симптом - первичный медицинский контакт» составило $116 \pm 2,6$ мин, время «симптом - введение тромболитика» – $127,5 \pm 3,1$ мин, время «симптом - дверь стационара» было $185,6 \pm 4,3$ мин. Всем пациентам не ранее чем через 3 часа от проведения ТЛТ выполнена КАГ. По данным ЭКГ и КАГ у 8 (61,5%) догоспитальный тромболизис оценен как эффективный. Стентирование ИСА выполнено 10 (76,9%) пациентам, у 2-х (13,3%) пациентов определены гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий, у 3-х (20%) многососудистое поражение коронарных артерий. У одного (6,4%) больного развился кардиогенный шок, у 6 (46,1%) пациентов диагностирована аневризма ЛЖ. Госпитальный тромболизис проведен 84 пациентам (48 мужчинам и 36 женщинам), средний возраст которых составил $66,9 \pm 0,5$ лет. Время «симптом - первичный медицинский контакт» составило $128,2 \pm 3,5$ мин. Время «симптом - начало введения тромболитика» составило $186,5 \pm 2,9$ мин, но у большинства пациентов превышало 180 мин. Успешное ЧКВ ИСА выполнено 35 (52,2%) пациентам. Кардиогенный шок развился у 24 (28,5%) пациентов, острая аневризма ЛЖ у 13 (15,4%). Большинству больных 48 (57,1%) тромболизис проводился стрептокиназой, 17 (20,2%) эберкиназой, 13 (15,4%) актеллизе, 6 (7,14%) фортелизином. У 19 (22,6%) пациентов начало динамики сегмента ST зафиксировано через 90 мин после введения тромболитика, причем зависимости начала динамики сегмента ST от вида использованного тромболитика не было выявлено. У 11 (13%) эффективность тромболизиса подтверждена данными КАГ.

Выводы: При использовании догоспитального тромболизиса его эффективность по ЭКГ и данным КАГ подтверждается в 61% случаев, при госпитальном - не превышает 20,2% по данным ЭКГ и 13% по КАГ, что, вероятно, связано с удлинением времени «симптом - введение тромболитика» за счет транспортировки пациента в стационар и временем «ожидания» после введения тромболитика до выполнения КАГ.

0711

РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Сукманова И. А., Кукшева Д. С.

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Структурные изменения в коронарных артериях после воздействия лучевой терапии отличаются высокой частотой проксимального стеноза ствола ЛКА, левой передней нисходящей артерией и правой коронарной артерией с частой устьевой локализацией поражения. Пациент У., 27 лет, поступил 03.04.2015г. в приемное отделение Алтайского краевого кардиологического диспансера. С января 2015 года описывает клинику стенокардии на уровне 2 ФК, с редкими и короткими ангинозными болями, с 29.03.15. прогрессирование стенокардии. 3.04.15. интенсивный затяжной приступ стенокардии в

течение 20-30 минут, обратился в поликлинику по м/ж, направлен на госпитализацию в стационар. У пациента около 10 лет назад верифицирован диагноз- лимфома Ходжкина, после проведенных курсов лучевой и химиотерапии в течение 5 лет отмечается ремиссия. ЭКГ при поступлении: Ритм синусовый с ЧСС 80 в мин. Ишемические изменения по ЭКГ в виде горизонтальной депрессии ST в V3-6 II III AVF до 1-1,5 мм. В экстренном порядке выполнена КАГ, по результатам которой выявлено: субокклюзия стЛКА в месте бифуркации с переходом на устье ПМЖА и ОА. ПМЖА - стеноз в устье 90%. ОА-стеноз 90% в устье. ПКА - стеноз в с/3 70%. По неотложным показаниям выполнена операция - АКШ реверсированной веной ПНА+ВТК+ПКА в условиях ИК. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдением кардиолога с рекомендациями продолжения терапии на амбулаторном этапе. Рекомендован прием препаратов: аспирин, статины, бета-блокаторы (с последующим титрованием на поликлиническом этапе), преднизолон (лечение посткардиотомного синдрома) коротким курсом, омега-3 (с гастропротективной целью).

Выводы: У пациентов после лучевой терапии целесообразно более настойчиво модифицировать факторы риска, проводить активный сердечно-сосудистый скрининг, с целью предупреждения развития неблагоприятных исходов. Стратегия ведения пациентов с радиационно-индуцированной болезнью сердца (включая использование лекарственных средств и кардиохирургические вмешательства) не отличается от лечения пациентов с традиционной сердечно-сосудистой патологией.

0712

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ С ИНГИБИТОРАМИ АПФ И БЕТА - АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У ЖИТЕЛЕЙ ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ АЗИАТСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЁННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сулейманов А. П., Мелдешов Ж., Бакиров Г. М.

Медицинский Центр Азия-Мед, г.Сарыагаш, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан

В современной кардиологии широко известен факт недостаточной эффективности гипотензивного действия ингибиторов АПФ на лиц негроидной расы по сравнению с европеоидной.

Цель: Целесообразность применения общепринятых среднесуточных доз ингибиторов АПФ у лиц азиатской расы.

Материалы и методы: Нами было проведено сравнительное исследование по комбинированному применению средних доз антагонистов кальция с и-АПФ и бета-адреноблокаторами на протяжении 6 месяцев у лиц азиатской национальности. В обеих группах наблюдались больные с неосложнённой формой ГБ.

Первая группа включала в себя 42 пациента (23 мужчины и 19 женщин) средний возраст которых составил 54 года, исходные цифры АД 175/100 (± 5) мм рт.ст. Доза антагониста кальция (амлодипин) корректировалась в пределах 5 мг/сут в два приёма. В качестве комбинированной терапии назначался ингибитор АПФ лизиноприл в суточной дозе 5 мг, также в два приёма. Достигнутые целевые значения АД зафиксированы в рамках 155/85 (± 10) мм рт.ст.

Вторая группа состояла из 40 пациентов (21 мужчина и 19 женщин) со средним возрастом 56 лет, и исходными цифрами АД 180/100 (± 10) мм рт.ст. Доза и порядок приёма амлодипина совпадал с первой группой. В качестве комбинированной терапии применялся бисопролол в суточной дозе 5 мг каждые 12 часов. Целевые значения АД в этой группе достигнуты за меньший период времени в границах 135/80 (± 10) мм рт.ст.

В обоих случаях применяемые дозы гипотензивных средств соответствовали общепринятым среднесуточным.

Результаты: Во второй группе пациентов средние цифры АД оказались значимо ниже чем у пациентов первой группы.

Выводы: Очевидность более эффективной комбинации амлодипин плюс бисопролол над сочетанием амлодипина с лизиноприлом может говорить о наличии косвенных данных о более низкой восприимчивости ингибиторов АПФ у лиц не только негроидной, но и азиатской расы.

0713

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СОЧЕТАНИИ КОМПОНЕНТОВ

Сундукова Е. А.

ГБОУ ВПО Амурская ГМА НПЛЦ АГМА «Семейный врач», Благовещенск

Целью исследования явилось изучение выраженности поражения органов мишеней у больных артериальной гипертонией (АГ) при различном количестве компонентов метаболического синдрома (МС).

Обследовано 42 пациента с МС в возрасте 26-62 года (средний возраст составил 54±16,2 лет). Диагностика МС проводилась согласно критериям ВНОК/РМОАГ 2010 г. Артериальное давление (АД) измеряли по методу Короткова. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле. Эхокардиография выполнялась на аппарате "Aloka SSD – 650" с доплеровской приставкой "Aloka SSD – 650B" (Aloka Co. Ltd., Япония). Масса миокарда левого желудочка рассчитывалась по формуле «площадь-длина». Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) диагностировалась в соответствии с рекомендациями ASE (2005). Микроальбуминурию (МАУ) определяли методом иммунотурбидиметрического анализа. За норму принимали концентрацию альбумина в моче менее 20 мг/л в ночной порции мочи.

Все обследованные пациенты имели признаки МС и АГ I-III степени. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую (n=14) вошли пациенты с абдоминальным ожирением, АГ и еще одним дополнительным компонентом (как правило, нарушение липидного обмена - повышение уровня триглицеридов). Во вторую – пациенты с более чем тремя дополнительными компонентами (n=28). Возраст больных первой группы составил в среднем 49,5±1,2 лет. Средний ИМТ был 32,1±0,34 кг/м², окружность талии составила 106,0±0,9 см. Значение АД составило: систолическое АД 151,2±3,9 мм рт.ст., диастолическое АД – 89,4±3,4 мм рт.ст. Возраст пациентов второй группы был в среднем 52,6±0,8 лет. ИМТ в среднем составил 32,9±0,28 кг/м², окружность талии – 108,2±0,64 см соответственно. Средние показатели АД регистрировались на цифрах: систолическое АД 164,3±2,8 мм рт.ст., диастолическое АД – 96,2±1,8 мм рт.ст. и были достоверно выше, чем у пациентов первой группы (p<0,005).

По данным эхокардиографии ГЛЖ выявлялась в 64,3% случаев больных первой группы и в 92,8% случаев во второй группе, что было достоверно выше (p<0,005). При анализе частоты ГЛЖ в зависимости от возраста было отмечена прямая корреляционная зависимость увеличения степени гипертрофии левого желудочка с увеличением возраста пациентов (r=0,54, p<0,005). МАУ регистрировалась у 35,7% больных первой группы и у 57,1% второй группы соответственно. Значимых различий в частоте МАУ в зависимости от возраста не было выявлено.

Величина МАУ в первой группе составила 39,6±3,64 мг/л, во второй группе она составила 57,6±5,21 мг/л, достоверно отличаясь от показателей первой группы (p<0,005).

Таким образом, проведенное исследование показало, что с увеличением количества компонентов метаболического синдрома выявляется достоверно более значимое поражение органов мишеней.

СОСТОЯНИЕ ИМУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДИФFUЗНЫМ МИОКАРДИТОМ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Суховой В. В. Гопцый Е. В.

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра внутренней медицины №1, г. Харьков, Украина

Актуальность: темы. Проблема острого диффузного миокардита (ОДМ) актуальна для современной кардиологии в связи с высоким уровнем инвалидизации и смертности от заболевания, особенно у лиц молодого возраста. Недостаточно изучены изменения показателей иммунного статуса при воспалительном процессе в миокарде.

Цель: Изучены дополнительные лабораторные маркеры (концентрации Т- и В-лимфоцитов, антител к миокарду (АТм), цитокинов: интерлейкина (ИЛ)-1В, ИЛ-10, фактора некроза опухоли (ФНО)- α , а также активность реакции бласттрансформации лимфоцитов, индуцированных миокардом (РБТЛм)), течения диффузного миокардита и иммунопатологического ответа в динамике заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 42 больных с клиническими проявлениями ОДМ — 29 мужчин и 13 женщин, средний возраст 35 ± 5 лет, в 1-й месяц от начала заболевания, через 6 и 12 месяцев наблюдения. Уровень лимфоцитов с антигенными детерминантами CD8+ (цитотоксические Т-клетки), CD16+ (Т-киллеры), CD19+ (В-лимфоциты), с использованием моноклональных антител; интенсивность пролиферативного ответа лимфоцитов на специфический антиген к тканям миокарда оценивали с помощью реакции бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛм); величину титра антител к миокарду (АТм) рассчитывали при помощи реакции связывания комплемента; уровни цитокинов (фактора некроза опухоли (ФНО)- α , интерлейкина (ИЛ)-1В и ИЛ-10) в супернатантах мононуклеарных клеток методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Установлено, что максимальные концентрации CD8+ и CD16+ выявляли в 1-й месяц от начала заболевания, через 6 мес наблюдали их снижение на 23,8 и 26,4%. В то же время к 6-му месяцу от начала заболевания наблюдали рост концентрации CD19. Активность РБТЛм была максимальной в 1й месяц от начала заболевания, а через 6 и 12 мес. происходило ее снижение на 37,4 и 42,1% соответственно. ($p < 0,05$). Выраженная активность клеточного иммунитета в дебюте заболевания закономерно сопровождалась высоким содержанием провоспалительных цитокинов — ФНО- α и ИЛ-1В, в то время как концентрация противовоспалительного ИЛ-10 была наименьшей. В дальнейшем через 6 и 12 мес. наблюдали достоверное снижение концентрации провоспалительных цитокинов: ФНО- α , ИЛ-1В и повышением содержания противовоспалительного: ИЛ-10. ($p < 0,05$). При изучении частоты выявления АТм установлено, что в 1-й месяц от начала заболевания она составила 34%, через 6 мес — 58%, а через 12 мес наблюдения — 28% случаев. Средний титр АТм достоверно повышался к 6-му месяцу от начала заболевания в среднем на 41,0%, а через 12 мес установлено его достоверное снижение практически до исходного уровня.

Выводы: В острую стадию миокардита, в первую очередь, активируются реакции клеточного иммунитета, что сопровождается выработкой провоспалительных цитокинов. При переходе воспалительного процесса в хроническую стадию происходит переключение иммунного ответа на гуморальный тип с активацией В-лимфоцитов и выработкой кардиоспецифических аутоантител.

0715

**РЕГИСТР ПО ПРИМЕНЕНИЮ НОВЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ
ПРИ ТРОМБОЗЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С «НЕКЛАПАННОЙ» ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ/ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ.**

Сучкова С. А., Андреев Д. А., Салпагарова З. К., Седов В. П., Куклина М. Д., Сеславинская Т. В.,
Волкова А. Л., Быкова А. А.

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

Цель: оценить применение новых оральных антикоагулянтов (НОАК) при тромбозе левого предсердия у больных с «неклапанной» фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: исследование представляет собой регистр по результатам проведенного чреспищеводного ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ), выполненного пациентам с пароксизмом ФП/ТП более 48 часов, перед планируемой кардиоверсией. За период с февраля 2013 по март 2015 года было выполнено 791 ЧПЭхоКГ пациентам (452 мужчины, 339 женщин; средний возраст $60,0 \pm 13,06$ лет) с пароксизмом ФП/ТП более 48 часов, перед планируемой кардиоверсией.

Результаты: Срок наблюдения за больными составил 16 месяцев. Основными причинами ФП/ТП были: гипертоническая болезнь (63%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (22%), дилатационная кардиомиопатия (8%). У 7% идиопатическая ФП/ТП. Хроническая сердечная недостаточность отмечалась у 33% пациентов. На антикоагулянтной терапии было 80% больных, без антикоагулянтной терапии 20%. Частота выявления тромбоза левого предсердия составила 27 (3,4% пациентов). Из них, принимали антикоагулянты 6 человек. В качестве антикоагулянтной терапии при тромбозе левого предсердия 13 больных получали варфарин (целевые значения МНО 2,0-3,0); 14 пациентов - НОАК (дабигатран - 11 пациентов, апиксабан - 1 пациент, ривароксабан - 2 пациента).

Через 21 день лизис тромбов диагностировался у 7 пациентов (70%), принимающих варфарин; у оставшихся трех пациентов тромб в левом предсердии лизировался через 51 день, 76 дней и 122 дня, соответственно. У 3 человек сохранялся тромбоз ушка левого предсердия. На терапии НОАК через 21 день лизис тромба произошел у 8 человек (80%), еще через 21 день лизис тромба произошел у 2 человек. Оставшиеся 4 пациента через 42 дня были переведены на варфарин, у 1 пациентки тромб лизировался через 120 дней приема варфарина, у 3 других пациентов на варфарине тромб лизировать не удалось (среднее время наблюдения за этими больными - 8 месяцев). За весь период наблюдения ОНМК случилось у 1 человека, что объясняется недостаточным контролем МНО на терапии варфарином (уровень МНО в день инсульта был 1,6). За весь период наблюдения больших и малых кровотечений не зарегистрировано.

Выводы: В реальной клинической практике НОАК и варфарин при тромбозе ушка левого предсердия назначают с одинаковой частотой. Основная причина назначения НОАК - трудности контроля МНО у больных, принимающих варфарин. На фоне приема НОАК и варфарина лизис тромба ушка левого предсердия отмечался через 3 недели. Частота лизиса тромба ушка левого предсердия одинакова, независимо от выбора лекарственного препарата.

В связи с небольшой выборкой и нерандомизированным характером исследования, делать выводы о сравнительной эффективности НОАК и варфарина невозможно.

0716

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Сушинский В. Э.

БелМАПО, г. Минск Беларусь

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) с ее многочисленными клиническими формами во многом определяет структуру смертности населения. Для проведения комплексной терапии ИБС необходимо одновременное назначение целого ряда лекарственных препаратов, что признано как фактор снижения приверженности к лечению. Использование современных лекарственных средств (ЛС), применяющихся 1 раз в сутки, назначение фиксированных комбинаций лекарственных средств позволяет уменьшить риск полипрагмазии и характеризуется более высокой приверженностью к лечению.

Цель: с позиций повышения приверженности к лечению нами изучены 100 рекомендуемых схем проведения терапии ИБС, полученных при выписке из кардиологических отделений стационаров.

Материалы и методы: средний возраст больных составил $66,4 \pm 2,47$ лет. У всех пациентов имелись различные формы ИБС. Большинство имело множественную сопутствующую патологию и, прежде всего АГ (100% пациентов).

Результаты: отмечена высокая частота рекомендации приема статинов - 84%. Антитромботические ЛС наиболее часто были представлены препаратами ацетилсалициловой кислоты (АСК) и рекомендованы 80% пациентам (в ряде случаев с клопидогрелем). 12% пациентам по показаниям назначены непрямые антикоагулянты. Все указанные ЛС для приема 1 раз в сутки.

Бета-адреноблокаторы рекомендованы 76% пациентам, при этом в 2/3 случаев были представлены биспрололом, который был рекомендован для приема 1 раз в день у 95% пациентов. Реже назначались другие β -адреноблокаторы (метопролол и карведилол с кратностью приема 2 раза в день).

ИАПФ были рекомендованы для приема 78% пациентам, в том числе рамиприл назначен у 25% пациентов, а периндоприл у 19% пациентов. Данные ИАПФ назначались с кратностью приема 1 раз в день. Другие ИАПФ (лизиноприл, эналаприл и фозиноприл) чаще всего назначались 2 раза в день. БМКК рекомендованы 39% пациентов и в большинстве случаев представлены амлодипином, назначаемым 1 раз в день. Проведение метаболической терапии рекомендовано 37% пациентов (78% триметазидина МВ - 2 раза в день). Группа нитратов рекомендовалась для приема 29% пациентов.

Среднее количество назначенных одному пациенту ЛС составило $6,27 \pm 0,39$. В большинстве случаев использованы сложные схемы приема ЛС - лишь в единичных ситуациях все ЛС рекомендовались для приема 1 раз в день (чаще 2-3 раза в день). Не реализована возможность использования фиксированных комбинаций (назначены только у 9% пациентов). Так при высокой частоте одновременного назначения АСК и β -адреноблокатора (63%) комбинированный препарат рекомендован не был, комбинация ИАПФ и БМКК рекомендована только 6% пациентов. Фиксированные комбинации назначались 1 раз в день.

Выводы: для терапии пациентов с ИБС необходимо одновременное назначение нескольких ЛС, из которых наиболее часто рекомендуются: статины, препараты АСК и β -адреноблокаторы. Улучшение приверженности к лечению возможно посредством увеличения назначения препаратов длительного действия и фиксированных комбинаций.

0717

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ С СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ, КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ В РЕГИОНАХ РФ

Табакаев М. В., Артамонова Г. В.

ФГБНУ «НИИ КПССЗ», Кемерово

Целью данного исследования является анализ зависимости показателей смертности населения регионов РФ от ряда социально-экономических и климато-географических показателей по данным за 2012 год.

Материалы и методы: Данные за 2012 год по распространенности ФССР и смертности от БСК среди населения РФ получены из официальных сборников Росстата (<http://www.gks.ru>). Для определения связи 3 и более переменных использовался многомерный регрессионный анализ, реализованный в программе STATISTICA 6.1 для Windows. За уровень критической значимости принят 0,05.

Результаты: Показатели общей смертности в регионах РФ прямо связаны с долей населения пожилого возраста ($b=0,62$; $p<0,001$), подушевыми объемами потребления крепких спиртных напитков (далее – потребление алкоголя) ($b=0,17$; $p<0,001$), и обратно – со среднемесячной нормой температуры воздуха в июле (далее – $t^{\circ}\text{C}$) ($b=-0,15$; $p=0,01$), долей городского населения ($b=-0,04$; $p=0,002$). При этом, общий коэффициент регрессии R составил 0,94 при $p<0,001$. Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) связана лишь с долей пожилого населения ($b=40,7$; $p<0,001$) и $t^{\circ}\text{C}$ ($b=-8,4$; $p=0,01$), при $R=0,91$ ($p<0,001$).

Анализ связи для смертности от БСК населения трудоспособного возраста показал однонаправленные ассоциации с долей мужчин в популяции ($b=12,1$; $p=0,02$), с долей пожилого населения ($b=7,7$; $p<0,001$) и с потреблением алкоголя ($b=2,7$; $p=0,03$), разнонаправленные – с $t^{\circ}\text{C}$ ($b=-7,4$; $p<0,001$), при $R=0,80$ ($p<0,001$). Анализ смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) в качестве целевой переменной показал наличие прямой связи только с долей пожилых ($b=23,7$; $p<0,001$) при $R=0,77$ ($p<0,001$). Для ИБС среди населения трудоспособного возраста значимыми предикторами оказались: доля пожилых ($b=3,3$; $p<0,001$) и потребление алкоголя ($b=4$; $p<0,001$), общий коэффициент регрессии равен 0,69 ($p<0,001$). Смертность от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) прямо связана с долей пожилого населения ($b=14,6$; $p<0,001$) и потреблением алкоголя ($b=4$; $p=0,007$), при этом, $R=0,82$ ($p<0,001$). Показатели смертности ЦВБ населения трудоспособного возраста прямо зависят от доли пожилого населения ($b=1,1$; $p<0,001$), потребления алкоголя ($b=1,1$; $p=0,01$), доли рабочих мест, не соответствующих гигиеническим нормативам ($b=0,22$; $p=0,03$) и обратно – от доли городского населения ($b=-0,3$; $p=0,01$), $t^{\circ}\text{C}$ ($b=-1,1$; $p=0,01$), при $R=0,68$ ($p<0,001$).

Выводы: Проведенный анализ позволил выделить долю населения пожилого возраста (повышение на 1% данного показателя ассоциировано с увеличением уровней смертности от 0,62 – для всех причин до 40,7 – для БСК) в качестве наиболее значимого фактора популяционных рисков смертельных исходов. При этом, прочие факторы риска показывают меньшую значимость.

0718

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕГМЕНТА ST У ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Тавкаева Д. Р., Маянская С. Д.

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Введение: Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) – клиническая форма ишемической болезни сердца, при которой преходящее нарушение кровоснабжения миокарда не сопровождается приступом стенокардии или ее эквивалентами и выявляется только с помощью инструментальных методов исследования.

Цель: Оценить состояние сегмента ST по данным суточного мониторирувания ЭКГ по методу Холтера у пациентов с ИБС: стенокардией напряжения (СН) и эпизодами безболевой ишемии миокарда (ББИМ) или без них.

Материалы и методы: В исследование включены 60 человек в возрасте 32-75 лет со СН II – III функционального класса (ФК), из них – 30 человек – с эпизодами ББИМ (в возрасте 32-75 лет) и 30 человек без эпизодов ББИМ. Диагноз СН ставился с учетом клинических, анамнестических, инструментальных – нагрузочные тесты, Холтеровское мониторирувание (ХМ), электрокардиографии (ЭКГ), коронарографии (КАГ), показателей. Диагноз ББИМ основывался на данных нагрузочных проб и ХМ ЭКГ.

Результаты: Среди пациентов с безболевой ишемией миокарда по данным коронарографии: 6,6% – пациентов без стенозов, 20% – пациенты с однососудистым поражением, 20% – с двухсосудистым поражением, 53% – с многососудистым поражением. Среди пациентов с ББИМ – перенесших чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – 20%, аорто-коронарное шунтирование (АКШ) – 34%, получавших

базисную консервативную терапию – 46%. По данным холтер – ЭКГ у пациентов с ББИМ: амплитуда депрессии сегмента ST составила: у пациентов без стенозов – $1,3 \pm 0,16$ мм, с однососудистым поражением – $1,6 \pm 0,18$ мм, с двухсосудистым поражением – $1,7 \pm 0,14$ мм, с многососудистым поражением – $1,6 \pm 0,15$ мм. Суточная продолжительность депрессии сегмента ST (мин): у пациентов без стенозов – $10 \pm 3,2$, с однососудистым поражением – $11 \pm 4,1$, с двухсосудистым поражением – $11 \pm 3,8$, с многососудистым поражением – $16 \pm 5,4$. После лечения: у пациентов перенесших АКШ – отсутствие динамики сегмента ST – 3,3%, болевая ишемия – 3,3%, инфаркт миокарда – 3,3%, нарушения ритма сердца – 30%. У пациентов перенесших ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство) – отсутствие динамики сегмента ST – 13%, повторная реваскуляризация – 3,3%, у пациентов с консервативной терапией – отсутствие динамики сегмента ST – 3,3%, эпизоды ББИМ – 3,3%, болевая ишемия – 3,3%, нарушения ритма сердца – 33%.

Заключение Таким образом, у пациентов с многососудистым (более тяжелым) поражением коронарного русла – продолжительность эпизодов депрессии сегмента ST больше по сравнению с группой пациентов – однососудистым и двухсосудистым (менее тяжелым) поражением коронарного русла.

В группе пациентов, получавших консервативную терапию – количество нарушений ритма сердца больше в сравнении с пациентами, перенесших хирургическую реваскуляризацию.

0719

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЗАМЕНЫ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Тавлуева Е. В., *Алексеев А. В., Пенская Т. В., *Ярковская А. П., Барбараш О. Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Россия, Кемерово

*МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Россия, Кемерово

Цель: Изучить антитромбоцитарный эффект и частоту развития осложнений при замене клопидогрела на тикагрелор у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в госпитальном периоде.

Материалы и методы: В исследование включено 102 пациента с ИМпST. На этапе скорой медицинской помощи все пациенты получали нагрузочную дозу аспирина (250 мг) и клопидогреля (600 мг). При госпитализации выполнялась экстренная коронароангиография (КАГ) и стентирование големеталлическим стентом инфаркт-зависимой артерии (ЧКВ). В последующем больные были распределены на две группы методом случайной выборки. Пациенты первой группы получали поддерживающую дозу клопидогреля 75 мг в сутки. Пациенты второй группы получали поддерживающую дозу тикагрелора 90 мг 2 раза в сутки. Все больные получали аспирин 100 мг в сутки. Средний возраст пациентов в группе клопидогреля составил $54,3 \pm 9,4$ года, в группе тикагрелора – $56,1 \pm 8,4$ лет, $p=0,24$. Группы достоверно не различались сопутствующей антикоагулянтной терапией. Агрегация тромбоцитов исследовалась до замены препарата, через 2 часа после замены препарата и на 7-е сутки (в день выписки из стационара). Исследовалась спонтанная агрегация и агрегация с индукторами (АДФ, адреналином, коллагеном) на четырехканальном AggRAM агрегометре Helena Biosciences, UK. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась при поступлении пациента в клинику по формуле СКД-ЕПІ. Безопасность оценивалась по частоте развития кровотечений и тромбозов стентов в госпитальный период.

Результаты: При сравнении средней СКФ в группе клопидогреля и тикагрелора достоверных различий выявлено не было. Так, средняя СКФ пациентов в группе клопидогреля составил $58 \pm 9,9$ мл/мин/1,73 м², в группе тикагрелора – $61,4 \pm 10,8$ мл/мин/1,73 м², $p=0,56$. При исследовании исходной агрегации тромбоцитов значимых различий в группах клопидогреля и тикагрелора выявлено не было (клопидогрел: 44,6%, тикагрелор: 30,1%; $p=0,86$). Через 2 часа после замены препаратов агрегация тромбоцитов в группах достоверно не отличалась (клопидогрел: 31,2%, тикагрелор: 29,9%; $p=0,14$). На 7-е сутки агрегация тромбоцитов в группе тикагрелора была достоверно ниже по сравнению с агрегацией тромбоцитов в группе клопидогреля (клопидогрел: 34,8%, тикагрелор: 20,4%; $p=0,008$). Как в груп-

пе клопидогреля, так и в группе тикагрелора были зарегистрированы только «малые» кровотечения (десневые, носовые, повышенная синяковость), которые не потребовали отмены препарата или гемотрансфузии. Частота «малых» кровотечений в группе клопидогреля составила 4 (7,8%) случая, в группе тикагрелора – 6 (11,7%) случаев, $p=0,43$. Случаев тромбоза стента не было как в группе клопидогреля, так и в группе тикагрелора.

Выводы: При замене клопидогреля на тикагрелор у пациентов с ИМпСТ частота развития осложнений в госпитальном периоде достоверно не различалась. Антиагрегационный эффект на 7-е сутки был выше в группе тикагрелора, по сравнению с группой клопидогреля.

0720

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРА В ОРГАНИЗМЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА.

Талагаев С. В., Стаценко М. Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
НУЗ ОКБ на ст. Волгоград 1 ОАО «РЖД», Волгоград, Россия.

Цель: изучение особенностей типов распределения жира в организме у больных с артериальной гипертонией (АГ) и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы: В исследование включены 150 больных (все мужчины) АГ в возрасте 30-50 лет. Основную группу составили 75 пациентов с АГ и СОАС, группу сравнения - 75 пациентов АГ без СОАС. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ и индексу массы тела (ИМТ). Основная и контрольная группы также сравнимы по количеству пациентов с нормальным ИМТ. В данное исследование не включены мужчины с дефицитом массы тела. Всем больным было предложено ответить на вопросы анкеты, разработанной Stradling J.R., измеряли антропометрические данные (рост, массу тела, рассчитывали ИМТ, определяли окружность талии, окружность бедер и их соотношение, проводили кардиореспираторное мониторирование).

Результаты: Пациенты с избыточным ИМТ и ожирением распределялись в обеих группах следующим образом. В группе сравнения достоверно чаще встречались больные с предожирением, т.е. ИМТ 25-29,9 кг/м² ($p < 0,05$), однако большинство из них (79,1%) имели распределение жира по глютеофеморальному типу ($p < 0,001$).

Напротив, в основной группе среди пациентов с избыточным ИМТ достоверно чаще наблюдались мужчины с распределением жира по андроидному типу ($p < 0,01$). В первой группе преобладали пациенты с ожирением I степени ($p < 0,05$). По количеству больных, имеющих ожирение II – III степени, обе группы сопоставимы. У всех пациентов основной группы ожирение встречалось по андроидному типу, а в группе сравнения преобладали лица с гиноидным типом ожирения, различия между группами достоверны ($p < 0,001$).

В подгруппе с АГ и легким течением СОАС по сравнению с АГ и СОАС средней тяжести преобладают пациенты с нормальным ИМТ ($p < 0,05$). У пациентов с АГ и тяжелым течением СОАС достоверно чаще встречается ожирение I степени по сравнению с подгруппой АГ и СОАС средней тяжести ($p < 0,05$). По количеству больных с ожирением II-III степени все три подгруппы сопоставимы. Выявлена достоверная положительная корреляция у больных с АГ и СОАС между индексом апноэ/гипопноэ и ИМТ ($r=0,44$, $p < 0,001$).

Заключение У пациентов с АГ и СОАС по сравнению с пациентами АГ без СОАС преобладает абдоминальный (андроидный) тип распределения жира в организме. С нарастанием тяжести СОАС уменьшается удельный вес больных с нормальным ИМТ и увеличивается количество пациентов с избыточным ИМТ (предожирение и ожирение).

0721

**ВЛИЯНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.**

Талагаев С. В., Стаценко М. Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
НУЗ ОКБ на ст. Волгоград 1 ОАО «РЖД», Волгоград, Россия.

Введение: С 80-х годов ведущим методом лечения СОАС является респираторная поддержка (вспомогательная вентиляция легких) положительным давлением (CPAP-терапия) – аббревиатура от английских слов Continuous Positive Airway Pressure (постоянное положительное давление в дыхательных путях)

Цель: Изучить влияние CPAP-терапии на суточный профиль артериального давления (АД) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы: В исследование включены 75 пациентов (все мужчины) АГ в возрасте 35-50 лет, среди которых легкое течение СОАС отмечалось у 34% (45,3%), средней тяжести – у 31% (41,3%), тяжелое течение – у 10% (13,4%) человек. CPAP-терапия проводилась 20 пациентам, имеющим нарушения дыхания во сне средней тяжести (n=13, 65%) и тяжелое течение (n=7, 35%). Пациентам проводили кардиореспираторное и суточное мониторирование артериального давления, а также выполняли 1,5 месячный курс CPAP-терапии. При CPAP-терапии показатели офисного систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) существенно не изменились. Наблюдалось достоверное снижение САД и ДАД в дневное (p<0,05) и ночное время (p<0,01 и p<0,001) соответственно, а также в целом за сутки (p<0,05). Обращает внимание более значительное снижение АД в ночное время, причем в большей степени за счет ДАД по сравнению с САД. Большее снижение ночных цифр АД может быть обусловлено непосредственным влиянием CPAP –терапии, так как сопутствующая антигипертензивная терапия оставалась без изменений. В результате CPAP-терапии отмечалось достоверное повышение суточного индекса САД и ДАД (p<0,001) и снижение скорости утреннего подъема (СУП) САД (p<0,05) и СУП ДАД (p<0,01). Существенно улучшился суточный профиль АД за счет уменьшения количества пациентов с недостаточным снижением цифр АД в ночное время (non-dipper), в результате чего наблюдалось достоверное возрастание количества больных с нормальными показателями СИ (dipper). Достоверно снизились индекс времени, САД и ДАД в ночные часы (p<0,05) в сравнении с аналогичными показателями в дневное время и в целом за сутки.

Заключение На фоне проводимого CPAP-лечения у пациентов с АГ и СОАС достоверно чаще наблюдалось снижение АД в целом за сутки, днем, и, в большей степени, в ночные часы, а также СУП. Возросло количество больных с нормальными показателями СИ (dipper) и уменьшилась доля с недостаточным снижением АД в ночное время (non-dipper).

0722

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОДЕЛИ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЛЯ
МУЖЧИН 60 ЛЕТ И СТАРШЕ С ИБС (ПО МАТЕРИАЛАМ 18-ЛЕТНЕГО
ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

Танцырева И. В., Волкова Э. Г., Шамурова Ю. Ю.,
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск

Цель: Оценить значимость для прогноза модели выживаемости в когорте мужчин в возрасте 60 лет и старше с ИБС на основе длительного проспективного наблюдения.

Материалы и методы: Когорту наблюдения составили 167 мужчин с ИБС в возрасте 60 лет и старше (средний возраст 76,3±0,5). Всем лицам данной когорты при включении в исследование проведено комплексное клинично-функциональное обследование сердечно-сосудистой системы, изучены показатели электрической активности миокарда (величина показателя скорости активации желудочков, показатели гетерогенности реполяризации, а также стадии выраженности электрического ремоделирования миокарда). За всеми исследуемыми осуществлено проспективное наблюдение в течение 18 лет с анализом течения заболевания и мониторингом фатальных событий. Исследование проведено в два этапа. На первом этапе анализировались причины смертности в течение 10-летнего периода наблюдения, изучалась прогностическая значимость отдельных факторов в оценке фатального риска. Создана регрессионная модель Кокса для оценки прогноза выживаемости. На втором этапе проведено тестирование полученной модели в когорте выживших (n=52) с оценкой вероятности фатального риска в последующий 8-летний период.

Результаты: В течение 10 - летнего периода наблюдения общая смертность в когорте наблюдения составила 68,8% (n=115). Проведенный многофакторный регрессионный анализ Кокса (с включением 28 факторов) установил факторы, значимые для прогноза. Получена регрессионная модель Кокса для оценки прогноза выживаемости: $S(t)=e^{-h(t)}$, где $h(t)=[h_0(t)] * \exp(0,851*АГ + 1,025* ХСН - 1,736 * ХС ЛПВП+0,017* d QT end+0,483* САЖ)$ где $S(t)$ – выживаемость; $h(t)$ – базовая функция интенсивности для 10-летней выживаемости больных; $h_0(t)$ – базовый накопленный риск, зависящий от количества лет, на которые составляется прогноз; e – экспонента, равная 2,71; АГ: 1 – наличие АГ, 0 – отсутствие АГ; ХСН: 1 – наличие ХСН III- IV, 0 – отсутствие ХСН III- IV; ХС ЛПВП: уровень ХС ЛПВП в ммоль/л; d QT: величина значения показателя d QT end в ms; САЖ: 1 – наличие фактора САЖ < 34,9 с-1, 0 – отсутствие фактора САЖ < 34,9 с-1. Тестирование полученной модели для оценки прогноза фатальных событий у выживших (n=52) в течение 8-летнего периода установило соответствие расчётной вероятности смертности с реальными показателями. Прогнозируемая вероятность фатального риска составила 32,0%. В течение 8-летнего периода наблюдения выбыли из исследования 8 человек, общая смертность в когорте (n=52) составила 69,6% (n=32). Кумулятивная доля выживших составила 27,0%. Прогнозируемая и практическая вероятность риска совпали на 84,4%.

Выводы: Разработанная на основе 10-летнего проспективного наблюдения модель прогноза выживаемости мужчин с ИБС в старших возрастных группах, обладает высокой степенью прогностической значимости и для более отдалённого периода наблюдения за аналогичной возрастной когортой мужчин с ИБС.

0723

КАРОТИДНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАЗАМИ НЕВРОЛОГА

Творогова Т.В., Руденко Б.А., Булгакова Е.С., Шаноян А.С., Гаврилова Н.Е., Шукуров Ф.Б.
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва

Введение. В настоящее время частота развития ишемических инсультов после каротидной ангиопластики со стентированием (КАС) сопоставима с результатами каротидной эндартерэктомии (КЭА). При этом частота выявления послеоперационных ишемических микроочагов на МРТ выше после КАС по сравнению с КЭА. Многолетняя дискуссия о наиболее приемлемом способе реваскуляризации у пациентов с каротидным атеросклерозом диктует необходимость более тщательного изучения отдаленных результатов каротидного стентирования как перспективного метода эндоваскулярного лечения.

Цель: Выявить факторы риска, ассоциированные с возникновением ишемических микроизменений головного мозга после КАС.

Материалы и методы: В исследование включено 132 пациента, которым проведена КАС, на фоне адекватной двойной антиагрегантной, гиполипидемической, антигипертензивной терапии. У 53 пациентов (М/Ж 42/11; возраст 40-86 лет) был выполнен МРТ-контроль в режиме DWI перед и после про-

ведения КАС. Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, ангиография брахиоцефальных артерий с оценкой параметров атеросклеротической бляшки, МРТ головного мозга, оценка неврологического статуса в динамике, оценка когнитивных функций, мониторинг периоперационного АД и ЧСС.

Результаты: «Свежие» ишемические микроизменения спустя сутки после КАС на МРТ DWI выявлены у 27 пациентов (51%) (23% ипси-, 6% контралатеральные, 9% вертебробазиллярные, 13% сочетанные). При этом только у 4-х пациентов (1,8%) отмечалась транзиторная неврологическая симптоматика, у одного пациента (0,3%) очаговая неврологическая симптоматика была стойкой (ишемический инсульт). В группе пациентов без микроочагов отмечался 1 эпизод транзиторной неврологической симптоматики (0,3%). При статистическом анализе факторами, ассоциированными с появлением микроизменений в веществе головного мозга, явились возраст, ожирение и нарушение мозгового кровообращения в анамнезе. Достоверных данных за наличие связи между уровнем периоперационного АД и возникновением микроочагов не выявлено.

Выводы: Формирование ишемических микроочаговых изменений головного мозга, выявляемых при помощи МРТ, наиболее часто не сопровождается развитием очаговой неврологической симптоматики. Влияние их на когнитивные функции пациентов и возникновение повторных сосудистых событий требует дальнейшего изучения.

0724

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Теплова Н. В., Евсиков Е. М., Жапова М. Х., Курумлиду Е. Г.,

Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель: Для оценки характера и частоты патологических изменений щитовидной железы и нарушений ее гормональных функций у больных с резистентным к гипотензивной терапии течением артериальной гипертензии и возможного влияния этих нарушений на характер течения заболевания было проведено клинико-инструментальное исследование функции щитовидной железы и гормональная диагностика у 317 больных с первичной гипертензией I-III степени тяжести по классификации ЕОГ/ЕОК (2013 г.), возраст от 26 до 85 лет, мужчин 125, женщин 192, в том числе и у 92 больных с РАГ (муж. 38, жен. 54) и у 82 нормотензивных пациентов (38 муж., 44 жен., возраст 16-54 года) – контрольная группа.

Материалы и методы: Исследовали базальный уровень тиреоидных гормонов, тиреотропина и антител к тиреоглобулину, проводили ультразвуковое сканирование щитовидной железы и сцинтиграфию с ¹²⁵I-альбумином.

Результаты: Установили, что субклинические формы гипертиреоза протекающие без выраженной клинической симптоматики и диагностируемые при исследовании гормонов щитовидной железы и радионуклидной оценке ее поглотительно-выделительной функции составляют в группах больных с первичной АГ различной тяжести от 4,7 до 9,8%, а гипертиреоза – от 1,7 до 2,8%. По данным клинико-инструментальных и гормональных методов исследования патологию щитовидной железы выявили почти у половины больных с первичной гипертензией II-III степени, а у больных с резистентным к терапии течением в 2 раза реже, в основном за счет форм аутоиммунного тиреоидита и очаговых поражений железы. Гормональная диагностика уровня тиреоидных гормонов позволяла дополнительно выявить субклинически протекающие формы гипертиреоза у 2,2% и гипотиреоза у 5,7% больных АГ. У больных РАГ отмечалась самая высокая среди больных с лабильным и стабильным течением АГ частота диагностики микроаденом гипофиза и более высокий средний уровень тиреотропина в сыроворотке крови, что может быть связано с супрессией гормонопродуцирующей функции щитовидной железы при длительно применяемой у них массивной многокомпонентной гипотензивной терапии.

Выводы: Субклинические формы гипер- и гипотиреоза у больных с первичной артериальной гипертонией не имеют прямой связи с характером течения заболевания и тяжестью гипертонии.

0725

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ РЕЦЕПТОРОВ ЭНДОТЕЛИНА 1 А И В И РИСК ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

¹Тимашева Я. Р., ¹Насибуллин Т. Р., ¹Имаева Э. Б., ²Николаева И. Е., ³Мирсаева Г. Х., ¹Мустафина О. Е.

¹Институт биохимии и генетики УНЦ РАН, Уфа

²Республиканский кардиологический центр, Уфа

³Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Артериальная гипертония - основной фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и фибрилляции предсердий. Несмотря на большой выбор существующих антигипертензивных препаратов, оптимальных уровней артериального давления удается достичь менее чем у 30% пациентов с гипертонией. Эндотелины 1, 2 и 3 относятся к семейству пептидов, участвующих в развитии вазоконстрикции и повышения артериального давления. Эндотелин 1 обладает наиболее мощным эффектом, образуется из проэндотелина 1 в ходе реакции, катализируемой эндотелин-превращающим ферментом (ECE), и оказывает свое биологическое действие путем связывания с рецепторами эндотелина 1 А и В. Таким образом, система эндотелина 1 представляет собой перспективную мишень для антигипертензивной терапии.

Цель настоящего исследования заключалась в анализе ассоциаций полиморфизма генов эндотелина 1 (EDN1), эндотелинпревращающего фермента (ECE), рецептора эндотелина 1 А (EDNRA) и В (EDNRB) с эссенциальной гипертонией.

Было проведено генотипирование полиморфных локусов генов EDN1, ECE, EDNRA и EDNRB в группе из 492 человек (202 пациентов с эссенциальной гипертонией и 290 практически здоровых лиц без признаков сердечно-сосудистых заболеваний) методом ПЦР с аллель-специфичными праймерами. Все участники исследования были мужчинами, представителями татарской этнической группы, и постоянно проживали в Республике Башкортостан (Российская Федерация). Распределение частот генотипов и аллелей у больных эссенциальной гипертонией и в контрольной группе сравнивали с использованием точного двустороннего критерия Фишера.

Мы обнаружили, что частота генотипа EDNRA rs6842241*A/A повышена в группе пациентов с эссенциальной гипертонией (8,25% против 2,23% в контрольной группе, $P = 0,006$, $OR = 3,94$). Помимо этого, была выявлена ассоциация полиморфного варианта rs5351 гена EDNRB с эссенциальной гипертонией. Генотип *G/G чаще встречался у пациентов, чем в контрольной группе (67,17% против 39,53%, $P = 2,39 \times 10^{-8}$, $OR = 3,13$), в то время как частота гетерозиготного и гомозиготного по аллелю А генотипа среди больных с эссенциальной гипертонией была понижена (26,77% против 47,14%, $P = 2,5 \times 10^{-5}$, $OR = 0,38$, и 6,06 против 13,33, $P = 0,019$, $OR = 0,42$, соответственно).

Результаты исследования подтверждают значимость системы эндотелина 1 для развития эссенциальной гипертонии у татар. Следует отметить, что обнаруженная ассоциация между полиморфизмом генов рецепторов эндотелина 1 EDNRA и EDNRB и эссенциальной гипертонией свидетельствует о важной роли рецепторов в реализации эффектов эндотелина 1.

Исследование выполнено при частичной поддержке гранта РФФИ № 13-04-01561-а.

0726

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННЫЕ С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ, У МУЖЧИН С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.

Тимошенко Н. А.

ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины», Новосибирск

Введение: Метаболические нарушения миокарда (МНМ) представляют собой поражения миокарда различной этиологии, приводящие к структурным повреждениям кардиомиоцитов с последующим развитием дистрофического перерождения и нарушению многих их функций.

Цель: Изучение электрофизиологических признаков метаболических нарушений миокарда и поиск их ассоциаций с метаболическим синдромом (МС) и отдаленными 5-летними неблагоприятными результатами операции коронарного шунтирования (КШ) у мужчин с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы: В исследование было включено 123 мужчины в возрасте 42-77 лет со стенозирующим КА, верифицированным при проведении коронароангиографии (КАГ) со стабильной стенокардией – жителей Западной Сибири. Всем пациентам была проведена запись ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях. Анализировались ЭКГ признаки МНМ (продолжительность интервала Q-T, смещение сегмента S-T выше изолинии >0,5 мм, депрессия сегмента S-T ниже изолинии >0,5 мм, изменения зубца T, синдром TV1>TV6, признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), нарушения ритма и проводимости). У всех пациентов были оценены компоненты и маркеры МС: окружность талии, индекс массы тела, систолическое и диастолическое АД, уровни в крови общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности, с-пептида и глюкозы, фактора некроза опухоли, интерлейкина 6.

Результаты: У 123 мужчин с КА зарегистрированы неспецифические ЭКГ признаки МНМ: нарушения ритма и проводимости у 80 человек, ГЛЖ – у 81, синдром TV1>TV6 – у 30, изменение зубца T – у 72, повышение сегмента S-T – у 59, депрессия сегмента S-T – у 27, удлинение интервала Q-T – у 11. Частота ГЛЖ была выше у мужчин с КА и повышенным показателем ОТ в 1,75 раза. В группе пациентов с КА и МС ЭКГ признаки ГЛЖ встречались в 1,6 раза чаще. Выявлены корреляции между уровнем в крови с-пептида и ЭКГ признаками нарушения ритма и проводимости ($r=0,288^{**}$; $p=0,001$), между наличием синдрома TV1>TV6 и летальным исходом в отдаленном периоде ($r=0,355$, $p=0,05$). Относительный риск летального исхода в 5-летний период у пациентов с синдромом TV1>TV6 в 7,5 раза выше ($p<0,05$). Обнаружены корреляции между повышением сегмента ST и летальным исходом в отдаленном периоде ($r=0,392$, $p=0,001$) и неблагоприятным в целом отдаленным периодом ($r=0,376$, $p=0,05$). У пациентов с повышением сегмента ST относительный риск развития неблагоприятного отдаленного периода в целом в 5,1 раза выше, чем благоприятного.

Заключение Метаболические поражения миокарда по-прежнему остаются одними из наименее изученных кардиологических заболеваний, являясь объектом активно развивающейся в последнее десятилетие области современной кардиологии.

0727

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Титаренко М. Н., Стаценко М. Е., Туркина С. В., Деревянченко М. В., Пастухова О. Р.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоград, Россия

Цель: изучить особенности показателей микроциркуляции (МЦ) у больных артериальной гипертензией (АГ) и диабетической нефропатией (ДН).

Материалы и методы: обследовано 63 пациента с АГ и сахарным диабетом (СД) 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет. Оценка тяжести ДН проводилась с помощью определения экскреции альбумина (АУ) с мочой (Микроальбумин-Vital, иммунотурбидиметрический метод, С.-П., Россия) по соотношению альбумин/креатинин в утренней порции мочи. Все пациенты были разделены на три группы: 1 группа (21 пациент) с АГ и ДН 1 стадии, 2 группа – АГ и ДН 2 стадии (6 пациентов), 3 группа (39 пациентов) с АГ без признаков ДН. Состояние МЦ оценивали методом лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ) на аппарате «ЛАКК-ОП» (НПО «Лазма», Россия) с использованием кожного датчика при проведении исследования на пальце кисти. Определяли следующие параметры МЦ: показатель микроциркуляции – (ПМ); показатели, характеризующие нейрогенный (Ан/СКО), миогенный (Ам/СКО), эндотелиальный (Аэ/СКО) факторы регуляции МЦ. Резервные возможности МЦ оценивали при проведении окклюзионной пробы, во время которой определяли резервный капиллярный кровоток (РКК). Для оценки артериоловеноулярного рефлекса проводили дыхательную пробу. С учетом ПМ на исходной ЛДФ-грамме и РКК при окклюзионной пробе определяли гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ). Выделяли следующие ГТМ: нормоциркуляторный, гиперемический, спастический, застойно - стазический. Статистическую обработку материалов проводили при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты: во всех группах пациентов отмечено снижение среднего показателя микроциркуляции (ПМ), более выраженное у больных с ДН 2 ст. – $21,86 \pm 2,99$ пф.ед и ДН 1 ст. – $22,29 \pm 2,92$ пф.ед vs $24,73 \pm 4,81$ пф.ед в третьей группе ($p_1,3 < 0,05$; $p_2,3 < 0,05$). Выявлено достоверное преобладание гиперемического типа микроциркуляции в группах больных с АГ и ДН (63,6% и 66,6% в 1-ой и 2-ой группах соответственно) vs 33,3% в группе с АГ без ДН, где преобладал нормоциркуляторный тип. По данным оценки окклюзионной пробы РКК был достоверно снижен у 83,3% пациентов второй группы vs 50% пациентов первой группы и 43,5% - третьей. Обращает на себя внимание отсутствие пациентов с неизменной окклюзионной пробой у пациентов с АГ и ДН 2 ст.

Выводы: у пациентов с АГ и ДН первой и второй стадии по сравнению с больными АГ без ДН выявлено достоверное снижение показателя микроциркуляции. В группах больных с АГ и ДН преобладает гиперемический тип микроциркуляции по сравнению с группой больных с АГ без признаков ДН.

По данным оценки окклюзионной пробы резервный капиллярный кровоток был достоверно снижен у пациентов с АГ и ДН 2 стадии.

0728

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, СТЕНОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Тихонова О. И., Самолова Р. Г., Валеев И. Г., Нуртдинова Э. Г., Берг А. Г.

МБУЗ поликлиника № 48, МБУЗ поликлиника № 35, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» г. Уфа, Россия

Цель: оценить роль артериальной гипертензии (АГ) как фактора риска развития нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы: Проведено ультразвуковое исследование экстракраниальных отделов ветвей дуги аорты на аппарате «Sonolane j50» датчиком L5 –10 МГц по стандартной методике у 281 пациента (67 мужчин и 214 женщин), прошедших лечение в дневном стационаре с клиническими проявлениями вестибулоатактического, астенического синдромов, легких гемипарезов. Стеноз определялся как уменьшение просвета сосуда более, чем на 20% по диаметру вследствие наличия атеросклеротической бляшки или утолщения комплекса интима-медия. Наличие перенесенного нарушения мозгового кровообращения (НМК) устанавливалось по данным анамнеза и результатов клинического обследования

Результаты: Стеноз сонных артерий был диагностирован у 152 больных; у 129 больных стенозирование сонных артерий не было выявлено. Из 122 больных с НМК в анамнезе АГ была выявлена в 107 случаях (87,7%), в то же время у больных без НМК в анамнезе (159 больных) АГ диагностировалась реже – 100 больных (62,9%, $p \leq 0,05$). У больных со стенозом сонных артерий (152 больных) было 63 случая НМК (55,0%), в то время как у больных без стеноза сонных артерий (129 больных) у 34 пациентов (26,0%, $p \leq 0,01$).

Выводы: У больных АГ чаще наблюдается развитие НМК, что свидетельствует о необходимости контроля АД и проведения профилактических мероприятий, как в нормотензивной популяции, так и у больных АГ. У больных АГ необходимо проведение антигипертензивной терапии, что позволит снизить риск развития НМК. Наличие атеросклероза сонных артерий свидетельствует о высоком риске развития НМК, что предъявляет требования к его ранней диагностике и адекватной терапии (антигипертензивной, гиполипидемической, антиагрегантной).

0729

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ RS10519210, RS1739843, RS6787362, КАК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Тишкова В. М., Ситникова М. Ю., Прокопова Л. В., соавторы: Костарева А. А.

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение: Уже более 10 лет существует такое направление как генетическая кардиология, которая интегрирует концепции и технологии молекулярной генетики для познания этиологии, патогенеза и механизмов клинического полиморфизма сердечно-сосудистых заболеваний человека. В последние годы проводятся полногеномные исследования (GWAS), направленные на выявление комбинации генов, ассоциированных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе - осложненными ХСН.

Цель: Изучить встречаемость полиморфных аллелей генов HSPB7 (rs1739843), FRMD4B (rs6787362) и локуса 15q22 (rs10519210) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда в зависимости от наличия клиники ХСН.

Материалы и методы: В исследование включено 602 человека мужского пола (260 из них перенесли ИМ с последующим развитием клиникой ХСН I-IV ФК; 246 человек из них перенесли ИМ, без формирования ХСН, 96 человек — практически здоровые. В основную группу включались лица с ФВ по Simpson менее 40%. В контрольную группу – с ФВ по Simpson более 55%. Проведены клинико — лабораторные и инструментальные методы диагностики: клинико — лабораторный минимум, электрокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, генетическое исследование.

Результаты: Полученные данные по распространенности генотипов и частоты встречаемости аллелей, схожи с данными, полученными в Европейских исследованиях. Достоверные различия в нашем исследовании, касаются только одного полиморфизма - rs1736843 (ген HSPB7) ($p < 0,05$). Аллель Т является протекторной. Это подтверждается распространением аллеля 84,34% ($n=415$) и генотипа ТТ 78,45% ($n=193$) в группе без ХСН по сравнению с группой с ХСН 16,15% ($n=42$) и 36,9% ($n=192$) соответственно. В тоже время, следует учитывать малый объем выборки, что могло повлиять на результаты исследования.

Выводы: Проведение генетического скрининга у лиц, перенесших инфаркт миокарда, позволит выявить группу больных с повышенным риском формирования хронической сердечной недостаточности, и разработать меры по первичной и вторичной ее профилактике.

0730

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС, ОСЛОЖНЕННЫХ АРИТМИЯМИ

Токбулатова М. О.

Государственный медицинский университет города Семей, Республика Казахстан

В настоящее время изучение показателей variability ритма сердца (ВРС) признано независимым предиктором угрожающих желудочковых аритмий и внезапной смерти у больных ИМ.

Цель: Изучение variability сердечного ритма у больных острыми формами ИБС с нарушениями сердечного ритма.

Материалы и методы: исследования. Всего нами обследовано 269 больных острыми формами ИБС, осложненными нарушениями сердечного ритма, из них 188 мужчин (69,9%) и 81 женщина (30,1%). Средний возраст $59,8 \pm 3,2$ года. Всего с инфарктом миокарда с зубцом Q было обследовано и пролечено 74 больных. У 110 пациентов был диагностирован инфаркт миокарда без зубца Q. С нестабильной стенокардией, обследовано в 85 больных. Осуществлена оценка эффективности антиаритмического препарата пропafenона. Пропафенон назначался в дозе 450 мг в сутки в 3 приема. Компьютерный анализ variability сердечного ритма осуществлялся с помощью комплекса "Кардиотехника-4000". Основную группу составили 128 больных с развившимися на фоне острых форм ИБС пароксизмами мерцания и трепетания предсердий, вторую – с желудочковой экстрасистолией (141 пациент). Анализ влияния проводимой терапии на показатели variability сердечного ритма производился при повторном мониторинговании ЭКГ, через 10 суток после первичного.

Результаты: На фоне терапии больных острыми формами ИБС с ПМА с применением в качестве основного антиаритмического препарата кордарона не отмечалось достоверной динамики показателей variability сердечного ритма. При применении пропafenона различия между исходным уровнем амплитуда моды (АМо) и средним показателем в ходе лечения были достоверны (уменьшение на 30,7%, $p < 0,05$), в том числе по отношению к группе сравнения ($p < 0,05$). Аналогично повысились показатели стандартное отклонение разницы последовательных интервалов RR (RMSSD) (на 52,6%). При сравнении динамики показателей variability сердечного ритма у больных с ЖЭ было выявлено, что, традиционная терапия не обеспечивала существенных изменений variability ритма. При дополнительном приеме пропafenона отмечено улучшение по всем параметрам, обеспечившее отсутствие их достоверных различий с контролем. Так, показатель АМо достоверно снизился на 30,6% ($p < 0,05$), причем различия с группой сравнения также оказались достоверными ($p < 0,05$). Динамика к снижению RMSSD – 79,3%.

Заключение Таким образом, анализ variability сердечного ритма у больных острыми формами ИБС, осложненных аритмиями, выявил наличие у пропafenона свойств оказывать позитивное влияние variability ритма и, следовательно, на нейровегетативный статус, заключающееся в снижении патологической активации симпато-адреналовых механизмов.

0731

ОПЫТ СОЗДАНИЯ РЕГИСТРА ХСН НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Токмачев Р. Е., Кравченко А. Я., Дробышева Е. С., Овсянников Е. С., Токмачев Е. В.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России, Воронеж, Россия

Цель: Создание регистра больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) для комплексной оценки клинико-функциональных характеристик пациентов и динамического наблюдения.

Материалы и методы: 103 человека с ХСН и сопутствующей патологией (56 мужчин и 47 женщин). Средний возраст больных 60 ± 13 лет.

Результаты: В этиологии ХСН главную роль играла артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) - 69% больных. АГ как независимая причина ХСН отмечалась в 18% случаев, ИБС соответственно у 8% пациентов. У 5% причиной ХСН являлись дилатационная кардиомиопатия и приобретенные пороки сердца.

У 32,4% пациентов индекс массы тела (ИМТ) был в интервале от 18,5 до 24,9 кг / м², у 6,5% – ≤18,5 кг / м². ИМТ в интервале от 25 до 29,9 кг / м² отмечен у 25,1%, а группа пациентов с различной степенью ожирения составила соответственно 36%. Курили 27% пациентов. 73% пациентов страдали АГ. Инфаркт миокарда перенесли 62% пациентов. Сочетание АГ и ИМ отмечено у 57% пациентов, стенокардия различных функциональных классов (ФК) – у 76%. Пациенты с фибрилляцией предсердий составили 41%. Выявлены следующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: отягощенная наследственность (23%), дислипидемия (37%), курение (27%), избыточная масса тела (61,1%) и сахарный диабет (19%). Чувство нехватки воздуха испытывали 100% пациентов, ЧДД более 16 в минуту у 73%. Влажные хрипы в нижних отделах легких выявлены в 79% случаев. Отеки голеней и стоп отмечены у 63% пациентов, асцит у 12%. Приступы ночного удушья отмечали 36% пациентов, в 7% случаев могли спать только сидя. Преобладали пациенты II и III ФК (47 и 33% соответственно), IV ФК установлен у 7% больных. Средняя сумма баллов по шкале ШОКС составила 4,5±2,3. В среднем больные проходили 262,2±97,1 м в течение 6 тестовых минут. Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), измеренная в период госпитализации (1–14-е сутки), составляла 42,5±20,4%. Было обнаружено увеличение конечного систолического размера левого желудочка (КСР ЛЖ) до 41,0±10,2. Средняя величина ЧСС составила 90,6±22,4 в минуту. Уровни САД: ≤140 мм рт. ст. – 56%, 141–159 мм рт. ст. – 29%, 160 мм рт. ст. и более – 15%. При аускультации сердца ритм галопа выявлен у 9% пациентов, шум митральной регургитации – у 33%. Сахарный диабет отмечен в 19% случаев. Анализ получаемой пациентами терапии показал, что иАПФ получали 82%, бета-блокаторы 90%. Дигоксин был назначен 12% пациентов. Нитраты назначены 57%, статины 42%. Диуретики получали 38% пациентов, из них 73% - петлевые диуретики, 12% - верошпирон и 15% - гидрохлортиазид.

Выводы: Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что преимущественной причиной ХСН явилось сочетание АГ и ИБС. В большинстве случаев отмечались повышенная масса тела (61,1%), сниженная ФВ ЛЖ, наличие фибрилляции предсердий. В группе обследованных больных иАПФ и бета-блокаторы назначались в подавляющем большинстве случаев, что соответствует современным рекомендациям по лечению ХСН.

0732

ВЛИЯНИЕ КАНДЕСАРТАНА НА ЛИНЕЙНЫЕ РАЗМЕРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Толпаров Г. В., Астахова З. Т.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ

Цель: Оценка влияния кандесартана на клиническое течение инфаркта миокарда (ИМ) и линейные размеры правого желудочка (ПЖ) у больных ИМ левого желудочка (ЛЖ) передней локализации.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 44 пациента с первичным ИМ передней стенки ЛЖ с патологическим зубцом «Q» в острой стадии, госпитализированные в первые сутки заболевания. Диагноз устанавливался на основании общепринятых клинико-инструментальных и лабораторных критериев. В исследование включались пациенты со значительным снижением фракции выброса ЛЖ (≤45%). Методом случайной выборки больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, полу, тяжести сердечной недостаточности по классификации Killip. Все больные получали стандартную терапию: тромболитики и наркотические анальгетики по показаниям, антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, β-адреноблокаторы, статины. Пациенты 1-ой (основной) группы (n=24, 12 мужчин и 12 женщин, средний возраст 56,1±1,8 года) на фоне стандартной терапии получали

антагонист рецепторов ангиотензина II (АРА) кандесартан с 1-х суток заболевания при условии стабилизации гемодинамики (систолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт. ст.) в начальной дозе 4 мг 1 раз в сутки. Больные 2-ой (контрольной) группы (n=20, 13 мужчин и 7 женщин, средний возраст $58,4 \pm 1,7$ года) получали только стандартную терапию. В исследуемых группах оценивались тяжесть сердечной недостаточности (СН) по классификации Killip, частота развития ранней постинфарктной стенокардии, конечно-диастолический и конечно-систолический размеры ПЖ (КДР ПЖ и КСР ПЖ) в 1-2-е и 21-23-и сутки заболевания.

Результаты: В группе контроля до лечения СН класса I по Killip выявлена у 2 (10%), класса II – у 10 (50%), класса III – у 8 (40%) пациентов; в основной группе – 2 (8%), 12 (50%) и 10 (42%) пациентов соответственно. На фоне лечения в контрольной группе количество пациентов с классом I составило 8 (40%), с классом II – 7 (35%), с классом III – 5 (25%); в основной группе 12 (50%), 8 (33%) и 4 (17%) соответственно. За время наблюдения в стационаре ранняя постинфарктная стенокардия имела место у 4 (17%) пациентов 1-ой группы и 5 (25%) 2-ой. На фоне лечения кандесартаном отмечалось уменьшение линейных размеров ПЖ или отсутствие динамики (в среднем КДР ПЖ уменьшился на 4,8%, КСР ПЖ – на 5,7%). В то же время во 2-ой группе отмечалась тенденция к увеличению линейных размеров (КДР ПЖ увеличился на 2,4%, КСР ПЖ – на 3,8%), свидетельствующее о дилатации полости ПЖ. При первично интактном ПЖ этот факт можно объяснить поражением межжелудочковой перегородки, вносящей особый вклад в сократительную деятельность обеих камер сердца.

Выводы: Полученные результаты:

Говорят о положительном влиянии кандесартана на клиническое течение инфаркта миокарда; отмечена взаимосвязь клинического улучшения с положительной динамикой ЭхоКГ-показателей.

0733

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТИ IL-1В В ВОРОТНО-ПЕЧЕНОЧНОМ СОСУДИСТОМ РЕГИОНЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ХОБЛ.

Травина Э. В., Куцевол И. Б., Кушнир С. П., Гобелкова С. Э.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского" Симферополь,
Россия

У здоровых лиц цитокины содержатся в минимальных количествах, достаточных для проявления биологического эффекта. При патологических состояниях общий спектр и содержание отдельных цитокинов существенно возрастает. Цитокины реализуют свои биологические эффекты посредством связи с рецепторами, локализующимися на мембранах клеток-мишеней – иммунокомпетентных, эндотелиальных, эпителиальных, гладкомышечных и др. К группе провоспалительных цитокинов относятся, прежде всего, IL-1В, который обладает (как и TNF- α и IL-6) пирогенными свойствами, стимулирует развитие нейтрофильного лейкоцитоза, а также синтез других цитокинов, включая TNF- α , IL-6, IL-8 и др. К многочисленным биологическим эффектам IL-1В относятся также стимуляция фибробластов, увеличение синтеза фибронектина и коллагена, адгезия (посредством ICAM-1) нейтрофилов и эозинофилов к сосудистому эндотелию и эпителиальной ткани.

Цель: оценить степень цитокинового дисбаланса у пациентов с ХОБЛ на фоне метаболического синдрома.

Материалы и методы: в 1-ю группу вошли 54 пациента, страдающих ХОБЛ (I-II степени тяжести), во 2-ю группу – 38 больных ХОБЛ (I-II степени тяжести), в сочетании с метаболическим синдромом. Концентрацию цитокинов IL-1В в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов (ООО «Цитокины» IL-1В). Оценка результатов осуществляется фотометрически.

Результаты: исследования уровня провоспалительного цитокина IL-1В в сыворотке крови у больных ХОБЛ в зависимости от наличия инсулинорезистентности свидетельствует, что у больных как 1-й,

так и 2-й групп выявлено повышение уровней IL-18 в системном кровотоке. При этом если у больных 1-й группы исследованный показатель повышен на 36,9% ($p < 0,001$), то у больных 2-й группы – на 58,1% ($p < 0,001$, $p_1 < 0,01$), что также статистически значимо выше, чем у больных 1-й группы. Таким образом, статистически значимое повышение уровня IL-18 у больных 2-й группы в сравнении с больными 1-й группы дополняет научную концепцию нарастания системного цитокинового дисбаланса у больных ХОБЛ при наличии инсулинорезистентности, что может способствовать хронизации неспецифического воспалительного процесса в бронхолегочной системе.

Выводы: Наличие МС у больных ХОБЛ характеризуется статистически значимым углублением дисбаланса цитокинового гомеостаза – возрастанием уровня провоспалительного цитокина IL-18 (на 15,5%) и формирует условия для нарастания системного воспалительного процесса и прогрессирования фиброзообразования.

0734

ВНЕДРЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СТАБИЛЬНОЙ ИБС В ЕДИНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Азимова Н. А., Никишин А. Г., Тригулова Р. Х., Ташкенбаева Н. Ф., Шек А. Б., Ахмедова Ш. С.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель: разработка инструмента, для оценки степени риска неблагоприятного прогноза у больных ИБС с сахарным диабетом 2 (СД 2).

Материалы и методы: В качестве предикторов по прогнозированию ($n=141$) в общей выборке и среди больных СД ($n=73$), использованы клинические (анамнез, динамика болевого синдрома, АД, ЧСС), биохимические (показатели липидного и углеводного обмена) и инструментальные методы (ЭКГ покая, эхокардиография, толщина комплекса интима-медиа каротидной артерии). Критерии исключения: ОИМ с зубцом Q менее 3 месяцев, СД, требующий лечения инсулином, ХСН III-IV класса (NYHA), тяжелыми нарушениями функции печени и почек. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали базисную терапию, включающую антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, блокаторы бета-адренорецепторов, блокаторы РААС. Больные с сопутствующим СД принимали глиглазид в дозе $60 \pm 1,25$ мг/сут. Длительность наблюдения составила 2 года. Проанализировано 108 признаков, зарегистрированных в первые три дня от момента поступления больного. При составлении модели для прогнозирования исходов у больных ИБС СД-2 использовали метод построения диагностических таблиц (Гублера Е. В., 1982), основанный на последовательной статистической процедуре Вальда, с помощью которой рассчитаны диагностические коэффициенты (ДК).

Результаты: В соответствии с использованной методологией создана математическая модель, представляющая собой набор отобранных признаков с соответствующими ДК.

Сформированы диагностические таблицы с соответствующими ДК, в которых отобраны наиболее часто встречаемые признаки; затем проанализировали частоту встречаемости их среди больных соответственно с благоприятным (БТ) и неблагоприятным течением (НБТ) ИБС; далее вычислены частности соответственно для больных с БТ и НБТ. Затем вычислены отношения частностей – то есть частное от деления частностей в группе с НБТ на таковую в группе с БТ. В заключении определен десятичный логарифм отношения частностей. ДК представляется с отрицательным (благоприятный) или положительным (неблагоприятный прогноз) знаком.

Эта модель и легла в основу программы для выявления больных с дестабилизацией нуждающихся в агрессивном контроле коронарной недостаточности (хирургические методы лечения).

Зарегистрирован патент на компьютерный продукт №DGU 01035.

Заключение Создание алгоритма, позволяющего на базе клинических данных и результатов доступных инструментальных исследований стратифицировать больных на группы с разным прогнозом заболевания, позволит сразу выбирать верную стратегию терапии и выделять больных, нуждающихся в более активном лечении, в первую очередь в проведении процедур реваскуляризации миокарда.

0735

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СТОЙКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Трубникова О. А., Малева О. В., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово, Россия

Цель: оценить влияние факторов периоперационного периода на развитие стойкой послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших коронарное шунтирование (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы: обследовано 60 мужчин, перенесших плановое КШ в условиях ИК, средний возраст которых составил $56,8 \pm 5,2$ лет. Нейropsychологическое тестирование проводилось за 7-10-й дней до, через 7-14 дней и 1 год после КШ, используя программный комплекс «Status PF». Оценивали функции внимания, кратковременной памяти, нейродинамики. Наличие ранней (7-14 дней) и стойкой (через 1 год) ПОКД диагностировали при снижении индивидуальных послеоперационных показателей на 20% по сравнению с дооперационными в 20% тестах всей тестовой батареи. Личностная тревожность (ЛТ) оценивалась с помощью шкалы Спилбергера-Ханина. В качестве факторов, предположительно значимых в развитии стойкой ПОКД, были отобраны: приверженность пациента к лечению, наличие до операции умеренных когнитивных расстройств (УКР), развитие ранней ПОКД, а также фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровень ЛТ и прогрессирование стенозов сонных артерий (СА), оцененные через 1 год после операции. В комплексную оценку приверженности к лечению были включены такие показатели как: достижение целевых значений общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, триглицеридов, отказ от курения и снижение массы тела. Прогрессированием атеросклероза СА увеличение процента или вновь возникший стеноз. Для выявления независимых предикторов был использован метод Binary logistic regression (SPSS17). Проверка модели осуществлялась с помощью ROC-кривой. Приверженность пациента к лечению была рассчитана в виде интегрального показателя, оценивающего Евклидово расстояние каждого пациента до эталонного.

Результаты: выявлено, что наиболее значимыми факторами в развитии стойкой ПОКД явились - наличие ранней ПОКД ($B=-1,051$, $Sig=0,006$), ФВ ЛЖ через 1 год после КШ ($B=-0,053$, $Sig=0,049$) и интегральный показатель приверженности пациента к лечению ($B=-1,645$, $Sig=0,042$). Площадь под ROC-кривой составила - 0,789, чувствительность модели составила - 0,7, специфичность - до 0,708.

Выводы: у пациентов с ИБС, перенесших КШ в условиях ИК, наличие ПОКД в раннем послеоперационном периоде, низкого показателя приверженности к лечению и ФВ ЛЖ, оцененные через 1 год позволяет с высокой вероятностью прогнозировать наличие стойкой ПОКД.

0736

ВОЗРАСТНО-ГЕНДЕРНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА (5-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА)

Тукиш О. В., Округин С. А., Гарганеева А. А., Кужелева Е. А., Борель К. Н.

НИИ кардиологии, Томск, Россия

Цель: Оценить продолжительность догоспитального этапа (ДЭ) острого инфаркта миокарда в Томске, в динамике за пять лет (2008-2013 гг.), и влияние на нее возраста и пола больных.

Материалы и методы: Исходные для исследования сведения были взяты из информационно-аналитической базы данных программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» за 2008 и 2013 гг. ДЭ

считался интервал времени от момента появления первых признаков заболевания до поступления больного в стационар. Выделялось три временных периода: приступ-обращение, обращение-осмотр, осмотр-госпитализация. Было проанализировано 627 случаев заболевания ОИМ в 2008 и 840 – в 2013 году. В первый год исследования соотношение больных моложе и старше 60 лет составило 33,2% и 66,8%, через пять лет – 24,8% и 75,2% соответственно. В 2008 году в группе больных моложе 60 лет было 84,6% мужчин и 15,4% женщин, в группе старше 60 лет – 47,5% и 52,5% соответственно. В 2013 году среди больных молодого возраста соотношение мужчин и женщин составило 83,2% и 16,8%, а среди больных старше 60 лет – 46,5% и 53,5% соответственно. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0. Описание количественных признаков производилось в виде медианы и интерквартильного размаха [Me (Q25;Q75)]. Различие считалось статистически значимым при $P < 0,05$.

Результаты: В 2008 году общая продолжительность ДЭ у больных ОИМ в возрасте старше 20 лет составила в среднем 240 (160-427) мин, а через пять лет значительно сократилась до 215 (140-369) мин ($p < 0,001$) за счет более оперативной работы врачей СМП, т.е. за счет сокращения временных потерь в 3 периоде ДЭ – с 78 (56-110) до 65 (48-93) мин ($p < 0,001$). Аналогичная ситуация отмечена как у мужчин, так и у женщин. В 2008 году на ДЭ ОИМ женщины значительно дольше, чем мужчины принимали решение о необходимости обратиться за помощью, однако к 2013 году эти различия нивелировались. По истечению 5-летнего периода исследования отмечено сокращение общей продолжительности ДЭ у больных моложе 60 лет с 237 (155-443) до 190 (120-320) мин ($p < 0,001$) за счет снижения временных затрат в третьем периоде ДЭ – с 80 (56-121) до 62 (44-92) мин ($p < 0,001$). Выявленная динамика оказалась характерной только для мужчин. У женщин все изменения носили несущественный характер. У больных старше 60 лет за пятилетие значительных изменений общей продолжительности ДЭ не отмечено.

Заключение Таким образом, полученные данные указывают, что пол и возраст больных ОИМ, хотя и способны оказывать влияние на своевременность обращения больных за помощью, но, как конкретный фактор, они не являются стабильными, и проявляются далеко не всегда. Вероятно, что время, необходимое больному для принятия решения обратиться за помощью, понятие в высшей степени субъективное и, скорее всего, определяется степенью информированности его о характере, течении и прогнозе ОИМ, пониманием сущности заболевания и т.д.

0737

ЗАВИСИМОСТЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТ ВЫБОРА КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Турна Э. Ю., Крючкова О. Н., Ицкова Е. А., Лутай Ю. А.

ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

У пациентов с артериальной гипертензией (АГ), перенесших ишемический инсульт (ИИ), прогноз вторичных сердечно-сосудистых осложнений определяется выраженностью морфофункциональных изменений органов-мишеней. Субклиническое поражение почек при артериальной гипертензии критически повышает кардиоваскулярный риск. Регресс субклинического поражения органов-мишеней у больных АГ зависит не столько от достижения целевого уровня АД, сколько от выбора стратегии антигипертензивной терапии.

Цель: изучения влияние различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии на уровень креатинина в плазме крови и динамику СКФ у больных АГ, перенесших ИИ.

Материалы и методы: В исследование было включено 75 больных с АГ 1 и 2 степени, перенесших ИИ, которые были рандомизированы на две группы: в группе А – 37 пациентов (средний возраст – $60,76 \pm 1,32$ лет, мужчин – 21, женщин – 16), в группе В – 38 пациентов (средний возраст – $60,76 \pm 1,39$ лет, мужчин – 22, женщин – 16). В группе сравнения – 30 пациентов с АГ 1 и 2 степени без клинических поражений органов-мишеней. Пациентам в группе А с целью контроля АГ назначалась комбинация олесартан 10-20 мг в сутки и гидрохлортиазид 12,5-25 мг в сутки, пациентам группы В назначалась комбинация олесартан 10-20 мг в сутки и амлодипин 5-10 мг в сутки. Всем пациентам через год на

фоне терапии при биохимическом анализе крови проводился расчет СКФ по формуле СКД-ЕРІ. Также проводили анализ средних значений систолического и диастолического АД (САД и ДАД) при суточном мониторинге АД (СМАД).

Результаты: При анализе данных СМАД через год на фоне различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии нами выявлено сопоставимое снижение среднесуточных САД и ДАД (в группе А соответственно $118,84 \pm 1,23$ мм рт. ст. и $74,95 \pm 0,94$ мм рт. ст.; в группе В: $121,21 \pm 1,28$ мм рт. ст. и $72,16 \pm 1,2$ мм рт. ст., $p > 0,05$). Использование комбинации олмесартан / гидрохлортиазид ассоциировалось со снижением СКФ (до лечения - $70,11 \pm 2,78$ мл / мин / $1,73$ м², после - $63,65 \pm 2,01$ мл / мин / $1,73$ м², $p = 0,021$). Использование комбинации олмесартан/амлодипин сопровождалось повышением СКФ (до лечения - $68,29 \pm 2,26$ мл / мин / $1,73$ м², на фоне терапии - $75,34 \pm 1,59$ мл / мин / $1,73$ м², $p = 0,001$).

Выводы: На фоне комбинированной антигипертензивной терапии на основе олмесартана наблюдалось сопоставимое снижение средних показателей систолического и диастолического давления. Терапия олмесартан и амлодипин способствовала статистически достоверному повышению скорости клубочковой фильтрации.

0738

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ БЬЮЩЕГОСЯ СЕРДЦА

Углов А. И., Сергеев В. А., Юрьева Н. А.

Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД». г. Ростов-на-Дону. Россия

Цель: изучение собственного опыта хирургического лечения ИБС с использованием малоинвазивных технологий.

Материалы и методы: С февраля 2007 г. по февраль 2015 года выполнено 148 операций коронарного шунтирования на работающем сердце. Маммаро-коронарное шунтирование передней нисходящей артерии (МКШ ПНА) выполнено в 78 случаях при изолированном стенозе (окклюзии) ПНА, из них в 5 случаях выполнена передняя миниторакотомия, а в 73 - стернотомия. Средний возраст пациентов составил $58,4 \pm 4,6$ лет (от 37 до 72 лет). Все больные были III-IV ФК по NYHA. 112 (75%) пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Среднее значение фракции изгнания левого желудочка составило $48 \pm 6,2\%$. В 2 случаях больные оперированы на фоне острых расстройств коронарного кровообращения (рецидивирующего ИМ). В трех случаях АКШ потребовалось ввиду резидуального стеноза ПНА после проведенного ранее интракоронарного тромболитика и баллонной ангиопластики по поводу острого ИМ. 53 пациентам выполнена реваскуляризация правой и левой коронарных артерий (ПНА). В 17 случаях выполнена прямая реваскуляризация 3-х коронарных артерий – МКШ ПНА, АКШ ДВ ЛКА и АКШ правой коронарной артерии. Открытая эверсионная эндартериектомия выполнена в 6 случаях из ПКА и 4 случаях из ПНА. Среднее количество шунтов - 1,58. В 7 случаях операции шунтирования дополнены отсроченным (от 5 до 7 дней) стентированием ОВ ЛКА.

Результаты: В группе оперированных на бьющемся сердце больных умер 1 пациент (0,6%). Анализ результатов операций в сроки от 3-х до 12 месяцев выявил отсутствие стенокардии у всех оперированных.

Выводы: Метод прямой реваскуляризации миокарда на бьющемся сердце с использованием малоинвазивных технологий приближен к естественному состоянию организма и позволяет добиться хороших непосредственных результатов в том числе у пациентов с многососудистым поражением.

0739

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ БЬЮЩЕГОСЯ СЕРДЦА

Углов А. И., Сергеев В. А., Юрьева Н. А.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Гл. ОАО «РЖД», Ростов-на-Дону

Цель: изучение собственного опыта хирургического лечения ИБС с использованием малоинвазивных технологий.

Материалы и методы: С февраля 2007 г. по февраль 2015 года выполнено 148 операций коронарного шунтирования на работающем сердце. Маммаро-коронарное шунтирование передней нисходящей артерии (МКШ ПНА) выполнено в 78 случаях при изолированном стенозе (окклюзии) ПНА, из них в 5 случаях выполнена передняя миниторакотомия, а в 73 - стернотомия. Средний возраст пациентов составил $58,4 \pm 4,6$ лет (от 37 до 72 лет). Все больные были III-IV ФК по NYHA. 112 (75%) пациентов ранее перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Среднее значение фракции изгнания левого желудочка составило $48 \pm 6,2\%$. В 2 случаях больные оперированы на фоне острых расстройств коронарного кровообращения (рецидивирующего ИМ). В трех случаях АКШ потребовалось ввиду резидуального стеноза ПНА после проведенного ранее интракоронарного тромболитика и баллонной ангиопластики по поводу острого ИМ. 53 пациентам выполнена реваскуляризация правой и левой коронарных артерий (ПНА). В 17 случаях выполнена прямая реваскуляризация 3-х коронарных артерий – МКШ ПНА, АКШ ДВ ЛКА и АКШ правой коронарной артерии. Открытая эверсионная эндартериектомия выполнена в 6 случаях из ПКА и 4 случаях из ПНА. Среднее количество шунтов -1,58. В 7 случаях операции шунтирования дополнены отсроченным (от 5 до 7 дней) стентированием ОВ ЛКА.

Результаты: В группе оперированных на бьющемся сердце больных умер 1 пациент (0,6%). Анализ результатов операций в сроки от 3-х до 12 месяцев выявил отсутствие стенокардии у всех оперированных.

Выводы: Метод прямой реваскуляризации миокарда на бьющемся сердце с использованием малоинвазивных технологий приближен к естественному состоянию организма и позволяет добиться хороших непосредственных результатов в том числе у пациентов с многососудистым поражением.

0740

ПОВЕРХНОСТНОЕ ЭКГ- КАРТИРОВАНИЕ В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ФЕНОМЕНОМ РАЗДЕЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

Угнич К. А.

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, Самара

Цель: изучить возможности поверхностного ЭКГ-картирования в выявлении феномена раздельного возбуждения желудочков у детей и подростков.

Материалы и методы: при помощи системы поверхностного ЭКГ-картирования обследованы 450 человек без видимых признаков поражения сердца, 64 человека с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ)- ювенильная склеродермия (ЮСД), ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) в различные периоды развития патологического процесса, 90 человек с различными типами врожденных пороков сердца в возрасте от 3 до 18 лет.

Результаты: аритмия, характеризующаяся признаками раздельного возбуждения желудочков сердца была выявлена у 3 человек с СЗСТ. При этом в 2 случаях данный феномен был зарегистрирован однократно у детей с ЮСД в ранние сроки заболевания, а у 1 ребенка – в остром периоде ЮДМ с последующим периодическим повторением на протяжении 2 лет. Аритмия проявлялась наличием

энтонических желудочковых комплексов, совпадающих по времени с абсолютным рефрактерным периодом миокарда желудочков при отсутствии признаков нарушения проводимости. Во всех случаях аритмия протекала бессимптомно, продолжалась несколько секунд, исчезала спонтанно, смешивались правильным синусовым ритмом. Поскольку до настоящего времени не разработаны теоретические основы возникновения и клинико-диагностические критерии такого типа аритмии, в настоящем исследовании предпринята попытка объяснить механизм ее возникновения с позиций концепции, основанной на эффекте расщепления заднего фронта потенциала действия и отрыве «горящей капли». Суть которой заключается в том, что при наличии участка электрической неомогенности в системе пучка Гиса, задний фронт потенциала действия, проходя через такой участок, может расщепляться с образованием «горячей капли» - уединенной волны деполяризации, которая вначале охватывает начальную область сердца, а затем схлопывается за конечное время. При наличии интермиттирующей блокады одной из ножек пучка Гиса основной импульс проходит по интактной ножке и возбуждает миокард соответствующего желудочка. Отделившись от основного фронта вторая волна возбуждения проходит через разветвления системы пучка Гиса, но в одном случае совпадает по времени с абсолютным рефрактерным периодом уже деполяризованного миокарда одного из желудочков, а в другом вызывает деполяризацию миокарда второго желудочка. При этом фактически происходит раздельное возбуждение желудочков.

Выводы: данная аритмия нуждается в повышенном внимании со стороны функционалистов поскольку представляет практический интерес, а предполагаемый механизм возникновения требует экспериментального подтверждения и, следовательно, не претендует на абсолютную объективность.

0741

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИУРЕТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ (2013)

Уменова Г.Ж.

Городской кардиологический центр, Алматы, Республика Казахстан

Дегидратационная терапия при хронической сердечной недостаточности (ХСН) имеет две фазы: активную в стационаре (в период гипергидратации и застоя) и поддерживающую на первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (для поддержания эволюционного состояния после достижения компенсации). Согласно современным рекомендациям ЕОК 2013 г., применение мочегонных должно быть вместе с ИАПФ; при этом лечение начинается с назначения слабейшего из эффективных у данного больного диуретиков; которые применяются ежедневно в минимальных дозах, позволяющих добиться необходимого положительного диуреза (для активной фазы лечения обычно + 800, + 1000 мл, для поддерживающей + 200 мл с контролем массы тела. При I функциональном классе (ФК) – мочегонные не применяются. При II ФК (без клинических признаков застоя) – используют малые дозы торасемида (2,5–5 мг) (1 препарат); при II ФК с признаками застоя назначают – петлевые (тиазидные - ИНДАП) диуретики + спиронолактон 100–150 мг (2 препарата). При III ФК ХСН (поддерживающее лечение) - 3 мочегонных препарата: петлевые диуретики (торасемид) ежедневно + антагонисты минерало-кортикоидных рецепторов (АМКР) (спиронолактон) 25-50 мг/сутки +ингибиторы карбоангидразы (ИКАГ) ацетазоламид по 0,25 мг 3 раза в сутки в течение 3-4 дней один раз в 2 недели). При III ФК ХСН в стадии декомпенсации – 4 мочегонных препарата петлевые диуретики + тиазидные (индап) + АМКР (спиронолактон) 100-300 мг/сутки + (ИКАГ) ацетазоламид по 0,25 мг 3 раза в сутки в течение 3-4 дней один раз в 2 недели. При IV ФК ХСН - дополнительно к предыдущему лечению при необходимости механическое удаление жидкости (5 препаратов / воздействий).

Тиазидные (и тиазидоподобные) диуретики более эффективны у лиц пожилого и старческого возраста, которые составляют большую часть больных АГ. У больных пожилого возраста диуретики превосходят по антигипертензивной эффективности б-адреноблокаторы и ингибиторы АПФ. Тиазидные и тиазидоподобные диуретики имеют некоторые важные преимущества перед другими классами антигипертензивных препаратов, благодаря которым они на протяжении более четырех десятилетий

широко используются при лечении различных форм АГ. Тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующими свойствами индапамид обладает некоторыми преимуществами перед гидрохлортиазидом и хлорталидоном: во-первых, он сохраняет свое диуретическое и антигипертензивное действие при нарушении функции почек. Во-вторых, оказывает меньшее влияние на метаболизм глюкозы и липидов, что дает основание предполагать, что он больше подходит для лечения АГ у больных сахарным диабетом, метаболическим синдромом или атерогенными дислипидемиями.

0742

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Усачева Е. В., Михайлова Л. В., Бунова С. С., Нелидова А. В., Замахина О. В.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия

Поскольку снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является независимым фактором риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а ССЗ являются независимым ФР развития хронической болезни почек, нами проведено исследование, целью которого явилось выявление взаимосвязи функционального состояния почек с факторами сердечно-сосудистого риска (ССР) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: В исследование включено 100 больных, перенесших ИМ более 6 месяцев назад, из них 86 (86%) мужчин и 14 (14%) женщин. Средний возраст пациентов составил 54 (51,0; 58,0) года. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, расчет суммарного ССР по шкалам SCORE и Framingham на момент возникновения ИМ путем анализа медицинской документации. СКФ рассчитывали по формуле СКД-ЕPI в мл/мин/1,73 м². Анализ полученных данных проводился с использованием редактора электронных таблиц MS Excel 7.0 и статистической программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования: При определении СКФ у больных с различными ФР ССЗ и признаками поражения органов-мишеней установлено, что у пациентов, перенесших ИМ, при наличии артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии, гипертрофии левого желудочка и протеинурии, СКФ статистически значимо ниже, чем при их отсутствии. При наличии ожирения/избыточной массы тела, курения и сахарного диабета (СД) различия не достигали статистической значимости, однако имели подобную тенденцию. При анализе влияния степени АГ на выраженность почечной дисфункции установлено, что у пациентов, перенесших ИМ, величина СКФ не зависит от степени АГ ($p=0,38$), то есть фактором, усугубляющим почечную дисфункцию, является само по себе наличие АГ, а не ее степень. При расчете СКФ у больных в зависимости от функционального класса стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН) выявлено снижение СКФ по мере нарастания тяжести стенокардии и ХСН. При распределении больных по подгруппам высокого и низкого/умеренного риска сердечно-сосудистых событий по шкалам SCORE и Framingham выявлено, что у больных высокого риска по шкале SCORE СКФ была статистически значимо ниже, чем в группе низкого/умеренного риска ($78,9 \pm 16,0$ против $90,0 \pm 13,7$, $p=0,0002$). При анализе риска по шкале Framingham выявлена подобная тенденция, указывающая на более низкую СКФ в группе пациентов высокого риска ($81,0 \pm 16,3$ против $85,1 \pm 15,7$, $p=0,07$).

Заключение На сегодняшний день основные направления нефро- и кардиопротекции совпадают, однако, при выборе доз и тактики применения препаратов с двойным нефро- и кардиопротективным действием задачи нефропротекции (максимальное снижение альбуминурии/протеинурии и замедления снижения СКФ) являются первостепенными. Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Омской области в рамках научного проекта №15-16-55006 (название проекта: Предотвращение социальных потерь трудоспособного населения Омской области путем профилактики инфаркта миокарда).

0743

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ КАМПАНИИ « ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С ИНСУЛЬТОМ» В РОССИИ

Усова Е. В., Попович М. В.

**ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины»
Минздрава России, Москва, Российская Федерация**

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из важнейших медико-социальных проблем. Инсульт – третья по значимости причина смертности после сердечно -сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей всех локализаций. В структуре общей смертности в экономически развитых странах на него приходится 11-12%.

Снижение смертности от сердечно- сосудистых заболеваний достигается в результате реализации комплекса мер, среди которых важную роль играет повышение информированности населения о профилактике факторов риска сердечно- сосудистых заболеваний. До настоящего времени в Российской Федерации на уровне, охватывающим все субъекты РФ, кампаний, направленных на массовое информирование населения об инсульте в целом и лиц с высоким риском развития инсульта не проводились. Наряду с этим, опыт организации в России и за рубежом массовых популяционных кампаний, таких как, например, «Брось курить и выиграй!», свидетельствует о социальной и экономической эффективности их проведения.

Опыт участия ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России в 2014 г. в организации проведения, с вовлечением профильных структур (центров медицинской профилактики, центров здоровья), в более 20 субъектах РФ акции «День борьбы с инсультом» (29 октября), свидетельствует о необходимости разработки единой методологии (Протокола) проведения акции, которой могли бы придерживаться специалисты при организации кампании в субъектах РФ.

В Протоколе, в качестве основных, должны быть представлены методологии:

- подготовки и организации проведения кампании, направленной, в значительной степени, на повышение информированности населения об инсульте;
- проведение массовой экспресс- диагностики оценки риска развития инсульта,
- оценка эффективности кампании.

Кампании/программы о факторах риска и симптомах инсульта, а также оценка их эффективности, позволят получить данные, которые будут способствовать более точному планированию мероприятий по первичной и вторичной профилактике инсульта, а также мер по сокращению времени поступления в стационар пациентов с инсультом для своевременного проведения терапевтических мероприятий.

0744

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Ушакова С. Е., Пшеничникова Т.В, Будникова Н. В., Александров М. В., Пайкова А. С.

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России; Россия

Необходимой составной частью комплексного лечения ишемической болезни сердца, ее первичной и вторичной профилактики, является диетотерапия, особенно при сочетании с алиментарно-конституциональным ожирением. Однако, несмотря на информированность пациентов о необходимости модификации образа жизни после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), изменение привычек в области питания вызывает у больных значительные трудности. Оценка особенностей пищевого поведения (ПП) данной категории больных может быть полезна для индивидуализации диетических рекомендаций.

Цель: оценить особенности пищевого поведения пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы: Обследован 21 человек после перенесенного инфаркта миокарда. Средний возраст составил 59,3±8,3 лет, мужчин было 19 человек (90,5%). Помимо общеклинического обследования, проведена оценка особенностей пищевого поведения методом анкетирования. Анкета составлена на основе опросника Academic Department of Psychiatry, St. George's Hospital Medical School и апробирована в России у больных гипертонической болезнью. В анкету включены вопросы по гиперфагической реакции на стресс (ГФРС), экстернальному (или внешнему) питанию, вечернему неврагеному перееданию (NES), неудовлетворенности своим питанием, наличию эпизодов переедания, побуждению к еде со стороны окружающих, беспокойстве о весе, соблюдении гипокалорийной диеты, мероприятиях по снижению веса.

Результаты: У 19 пациентов (90,5%) ИМ был первый, у 2 пациентов (9,5%) - повторный. Все пациенты имели гипертоническую болезнь, медикаментозную нормотонию на момент исследования (средний уровень систолического АД составил 123,8±6,8 мм рт. ст., диастолического – 78,1±6,7 мм рт. ст.). Сахарный диабет 2 типа зафиксирован у 6 человек (28,6%). Только у 2 пациентов (9,5%) масса тела была нормальной, у 10 человек (47,6%) имела место избыточная масса тела, а у 9 человек (42,9%) - ожирение 1 степени. У 17 человек (81,0%) выявлено абдоминальное распределение жира. У 13 человек (61,9%) на фоне приема статинов холестерин не были достигнуты целевые показатели липопротеидов низкой плотности. При оценке ПП: у 3 человек (14,3%) была выявлена ГФРС, у 20 человек (95,2%) - синдром внешнего питания; у всех обследуемых - вечернее неврагенозное переедание различной степени выраженности. Неудовлетворенность своим питанием испытывали 19 пациентов (90,5%); наличие эпизодов переедания признали 12 человек (57,1%), побуждение к еде со стороны окружающих отметили 7 человек (33,3%). Беспокойство о весе высказали 17 человек (81,0%), однако гипокалорийную диету соблюдали лишь 2 человека (9,5%). Мероприятия по снижению веса в виде физических упражнений выполняли 12 человек (57,1%).

Таким образом, у всех пациентов, перенесших ИМ, были выявлены множественные метаболические нарушения, для немедикаментозной коррекции которых необходима модификация образа жизни и стиля питания. У большинства обследованных выявлены особенности пищевого поведения, которые необходимо учитывать при составлении индивидуальных диетических рекомендаций.

0745

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА С ХАРАКТЕРОМ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ушаков А. В., Митрушкин Д. И., Гагарина А. А., Горянская И. Я., Драненко Н. Ю.

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

Цель: Сравнительное исследование состояния системы инсулиноподобного фактора роста (ИФР) у больных со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС) и с анамнезом эпизодов острого коронарного синдрома.

Материалы и методы: В исследование было включено 90 пациентов, страдающих ИБС, разделенные на 2 группы: I - 50 больных со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий и стабильной стенокардией напряжения, не имевших в анамнезе эпизодов ОКС; II - 40 больных с атеросклеротическим поражением коронарных артерий, имевших в анамнезе подтвержденные эпизоды ОКС (нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда без зубца Q) давностью не менее 6 месяцев на момент включения в исследование. Группы были сопоставимы по возрастному-половому составу, длительности ИБС, профилю сердечно-сосудистого риска. Наличие заболеваний, известных влияющих на состояние системы ИФР, а также инфаркта миокарда с зубцом Q в анамнезе, сердечной недостаточности, сахарного диабета являлись критериями исключения из исследования. Контрольную группу, по возрастному-половому составу соответствовавшую группам I и II, составили 20 лиц, не имевших ангиографических признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий и клинических проявлений ИБС.

Сывороточные уровни ИФР-I, ИФР-I связывающего белка-3 (ИФРСБ-3) определяли методом твердофазного иммуоферментного анализа. Экспрессию рецептора типа 1 к ИФР-I (ИФР-P1) на CD14+ клетках крови определяли методом проточной цитофлуометрии.

Результаты: Сывороточные уровни ИФР-I в группе I были выше, чем в группе контроля ($168,3 \pm 12,0$ и $140,9 \pm 6,1$ нг/мл соответственно; $p < 0,05$), а концентрация ИФРСБ-3 - ниже ($2597,7 \pm 90,4$ и $3036,0 \pm 131,2$ нг/мл соответственно; $p < 0,05$). Экспрессия ИФР-P1 на CD14+ клетках в группе I была на 19,9% ниже ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля, при том, что само количество CD14+ клеток у больных группы I было выше, чем в контроле. В группе II уровень ИФР-I был на 18% ниже по сравнению с группой I ($138,2 \pm 9,1$ и $168,3 \pm 12,0$ нг/мл соответственно; $p < 0,05$). При этом экспрессия ИФР-P1 у больных группы II была существенно (на 71%) выше, чем в группе I ($38,5 \pm 2,7$ и $22,5 \pm 1,9\%$ соответственно; $p < 0,05$). Концентрации ИФРСБ-3 между группами I и II существенно не различались. Проведение многофакторного анализа показало, что взаимосвязи изучавшихся показателей состояния системы ИФР с характером течения ИБС являются независимыми от известных факторов сердечно-сосудистого риска.

Выводы: Имеет место взаимосвязь состояния системы ИФР с характером течения ИБС. Повышенная активность системы ИФР ассоциируется со стабильным течением заболевания, а недостаточная активация системы у больных с коронарным атеросклерозом ассоциируется со склонностью к дестабилизации бляшек, атеротромбозу и, соответственно, развитию острого коронарного синдрома.

0746

УРОВНИ АДИПОНЕКТИНА И РЕЗИСТИНА И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ушаков А. В., Стилиди М. И., Гагарина А. А.

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

Цель: Определить взаимосвязи между сывороточными уровнями гормонов жировой ткани адипонектина и резистина и ремоделированием сердца у больных с различными формами кардиоваскулярной патологии, ассоциированной с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: В исследование были включены 150 пациентов с МС. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от сердечно-сосудистых заболеваний: 53 пациента с артериальной гипертензией (АГ) без ишемической болезни сердца (ИБС) (средний возраст $48,4 \pm 0,8$ года); 50 пациентов со стабильной ИБС без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе (средний возраст $61,0 \pm 1,4$ года); 47 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом (группа ПИКС) (средний возраст $59,3 \pm 1,2$ года) Контрольную группу составили 22 пациента без сердечно-сосудистой патологии и МС. Структурные и функциональные параметры сердца оценивали с помощью эхокардиографии. Уровни адипонектина, резистина в сыворотке крови определяли методом иммуоферментного анализа.

Результаты: Во всех исследуемых группах средние уровни адипонектина были ниже относительно контроля ($p < 0,05$). Уровни резистина существенно не различались между группами пациентов и группой контроля. Увеличение относительной толщины стенок левого желудочка (ЛЖ) при снижении концентрации адипонектина ($r = 0,39$; $p = 0,048$) наблюдалось в группе АГ. У пациентов с ИБС была выявлена отрицательная корреляция между уровнем сывороточного адипонектина и толщиной задней стенки ЛЖ ($r = -0,64$; $p = 0,026$). В группе ПИКС также была выявлена корреляционная взаимосвязь с ремоделированием сердца, которая характеризовалась снижением массы ЛЖ и конечно-диастолического объема ЛЖ при повышении концентрации адипонектина ($r = -0,66$; $p = 0,020$ и $r = -0,93$; $p = 0,001$ соответственно) и положительной корреляцией между уровнем адипонектина с фракцией выброса ЛЖ ($r = 0,71$; $p = 0,003$). Для уровней резистина достоверные взаимосвязи с изменениями структурных и функциональных характеристик сердца были выявлены только в группе ИБС: положительная корреляция с относительной толщиной стенок ЛЖ ($r = 0,42$; $p = 0,04$) и отрицательная с фракцией выброса ЛЖ ($r = -0,60$; $p = 0,024$).

Выводы: Больные с МС, страдающие АГ, ИБС и ПИКС характеризуются различными взаимоотношениями между сывороточными уровнями адипонектина и резистина и ремоделированием миокарда. Высокий уровень адипонектина сывотки ассоциируется со снижением прогрессирования гипертрофии миокарда ЛЖ у пациентов со всеми рассматриваемыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с улучшением насосной функции ЛЖ у больных, перенесших ИМ. Увеличение концентрации резистина сывотки напротив связано с прогрессированием концентрической гипертрофии ЛЖ и снижением сократимости ЛЖ у пациентов с ИБС без ИМ в анамнезе.

0747

ЭФФЕКТИВНАЯ РЕНАЛЬНАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СОПРОВОЖДАЕТСЯ УЛУЧШЕНИЕМ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

Фальковская А. Ю., Мордовин В. Ф., Пекарский С. Е., Баев А. Е., Семке Г. В., Рипп Т. М., Зюбанова И. В.

Научно-исследовательский институт кардиологии, г.Томск, Россия

Цель: Оценить динамику показателей углеводного обмена во взаимосвязи с изменением уровня артериального давления (АД) через 6 месяцев после ренальной денервации у больных резистентной артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД 2 типа).

Материалы и методы: ренальная денервация (РД) почечных артерий проведена у 32 больных с истинно резистентной АГ в сочетании с СД 2 типа. К настоящему времени 6-месячный период наблюдения закончили 27 пациентов (от 43 до 75 лет, 14 мужчин). Всем больным исходно и через 6 месяцев проводили общеклинические исследования, измерение офисного АД, 24-часовое амбулаторное мониторирование АД (АМАД), оценку уровня базальной гликемии, гликированного гемоглобина (HbA1c), доплерографию почечных артерий, анализы мочи, креатинина сывотки крови, расчётной скорости клубочковой фильтрации (по формуле MDRD)). Пациенты получали в среднем 4 (3-6) антигипертензивных препарата. Антигипертензивная и сахароснижающая терапия оставались стабильными в течение всего периода наблюдения.

Результаты: Каких-либо осложнений от вмешательства не было ни у одного пациента. Через 6 месяцев отмечено значимое снижение офисного и 24-часового АД (-23,7/-11,1мм рт.ст. для офисного АД; -12,8/-8мм рт.ст. для АД-24ч). В зависимости от степени снижения систолического АД (САД) через 6 месяцев были выделены 2 группы пациентов- респондеры (со снижением САД \geq 10мм.рт.ст. от исходных значений- показатель эффективности РД) и нереспондеры (при снижении САД <10мм рт.ст.). Число респондеров составило 67% (n=18) по данным офисных измерений и 56% больных (n=15) по результатам АМАД. Обе группы были сопоставимы по поло-возрастному составу, типу антигипертензивной и сахароснижающей терапии, исходному уровню гликемии и HbA1c. Через 6 месяцев после вмешательства достигнуто значимое уменьшение среднего уровня HbA1c (от 6,9 \pm 1,8% до 5,8 \pm 1,5%, p=0,04) и тенденция к снижению базальной гликемии (от 8,7 \pm 2,8 до 7,7 \pm 2,1ммоль/л, p=0,07). При этом динамика HbA1c была более выраженной у респондеров (по САД-24ч.), чем у нереспондеров -2,6(-0,7;-3,7) и -0,3(0,7;-0,9), p=0,02). Снижение гликогемоглобина имело тенденцию к прямой взаимосвязи со снижением САД-24ч (r=0,56, p=0,08).

Выводы: Ренальная денервация у больных резистентной АГ, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, оказывает благоприятное влияние на состояние углеводного обмена, которое в большей степени реализуется при снижении САД \geq 10мм рт.ст. от исходных значений. Это свидетельствует о том, что более значимое улучшение гликемического контроля достигается только при эффективной ренальной денервации.

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фальковская А. Ю., Мордовин В. Ф., Пекарский С. Е., Баев С. Е., Семке Г. В., Рипп Т. М., Зюбанова И. В.

Научно-исследовательский институт кардиологии, г.Томск, Россия

Цель: определить факторы, позволяющие прогнозировать результаты ренальной денервации, а также особенности артериальной гипертензии (АГ), при которой вмешательство у больных резистентной АГ, ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2 типа наиболее эффективно.

Материалы и методы: ренальная денервация (РД) почечных артерий проведена у 32 больных истинной РАГ в сочетании с СД 2 типа (детали протокола опубликованы на сайте ClinicalTrial.gov, номер NCT01499810). Радиочастотную абляцию почечных артерий (РЧА ПА) осуществляли через трансфеморальный доступ в 6-8 точках с каждой стороны под контролем температуры в точках контакта 60° с мощностью 8Вт. Измерения офисного, 24-часового АД, доплерография почечных артерий, оценка состояния углеводного обмена (HbA1c, базальная гликемия) и почечной функции (протеинурия, креатинин сыворотки крови, расчётная СКФ (по формуле MDRD), объём суточной мочи) проводились у всех пациентов исходно и через 6 месяцев после РД. В среднем пациенты принимали 4 (от 3 до 5) антигипертензивных препарата. В течение всего периода наблюдения гипотензивная и сахароснижающая терапия оставались стабильными. К настоящему времени 6-месячный период закончили 27 пациентов (средний возраст 59,3±7,9 лет (от 43 до 75 лет), 14 мужчин).

Результаты: Осложнений от вмешательства в виде повреждений почечных артерий и потребности в гемодиализе не было ни у одного пациента. Через 6 месяцев после РЧА ПА имело место значимое снижение офисного и 24-ч систолического (САД) и диастолического АД (-23,7/-11мм рт.ст. и -12,8/-8 мм рт.ст., $p < 0,05$, соответственно) с достижением целевого уровня офисного САД у 8 больных (30%). В зависимости от степени снижения САД через 6 месяцев пациенты были разделены на 2 группы- респондеры (пациенты со снижением САД ≥ 10 мм.рт.ст. от исходных значений) и нереспондеры (при снижении САД менее 10мм рт.ст.). Число респондеров составило 67% (n=18) по данным офисных измерений и 56% больных (n=15) по результатам СМАД. Обе группы были сопоставимы по поло-возрастному составу, типу антигипертензивной и сахароснижающей терапии. Вместе с тем, исходно респондеры отличались от нереспондеров более высокими средними значениями АД (181,5±23,5 vs. 162,8±12,5, $p=0,01$ для офисного САД; 98,6±12,5 vs 88,1±12,8мм.рт.ст., $p=0,04$ для офисного ДАД; 169,1±19,1 vs. 151,1±12,1мм рт.ст., $p=0,009$ для САД-24ч; 89,3±11,8 vs.79,3±10,2мм рт.ст. для ДАД-24, $p=0,03$), а также более низкими средними показателями суточного диуреза (1500 (1400- 1650) vs. 1900(1500-2250)мл/сутки, $p=0,03$). Других различий найдено не было.

Выводы: согласно полученным результатам предикторами эффективности ренальной денервации у больных резистентной АГ в сочетании с сахарным диабетом 2 типа являются более высокий уровень АД и более низкие значения суточного диуреза. Это свидетельствует о том, что пациенты с объём-зависимым механизмом повышения АД и задержкой жидкости в организме могут быть лучшими кандидатами для ренальной денервации.

0749

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ АВТОМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Федорова Е. Ю., Горбунов В. М., Платонова Е. В., Быстрова М. М., Деев А. Д.

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

Цель: Целью исследования было оценить возможности комплексного использования амбулаторного мониторирования АД(СМАД) и самоконтроля АД(СКАД) в открытом рандомизированном перекрестном исследовании верапамила-ретард (ВР) при утреннем и вечернем приеме препарата. Материалы и методы: 14 пациентов (возраст-58[10] лет, 5 мужчин) со стабильной артериальной гипертонией (среднее дневное АД-142[2]/89[2] мм рт.ст.) были рандомизированы в 2 группы: с утренним (9:00) и вечерним (21:00) приемом ВР240[16] мг в сутки. Предварительная антигипертензивная терапия была отменена на 2 недели. В конце каждого курса терапии (4 недели) проводили контрольное СМАД с помощью прибора "Spacelabs 90207". На протяжении всего исследования выполнялся самоконтроль АД (СКАД) утром до приема лекарств и вечером перед сном ("А&D 767-РС" с памятью на 126 измерений). Были изучены систолическое АД (САД) и среднее АД(АДср.) за 24ч, день, ночь; величина ночного падения АД – (по СМАД), а также утреннее, вечернее САД и АДср. и величина утреннего подъема (ВУП) – (по СКАД). Для определения достоверности различий использовался критерий Стьюдента.

Результаты: Оба метода выявили значительное снижение АД при вечернем приеме ВР. Однако только СКАД продемонстрировала достоверное различие для снижения утреннего АД и ВУП при вечернем приеме ВР. По данным СКАД: исходно утреннее САД было 146[2], после лечения (9:00) - 145[1], после лечения (21:00) - 140[2]; исходно ВУП САД была 3[2], после лечения (9:00) - 2[1], после лечения (21:00) - -5[2]; исходно утреннее АДср. - 108[1], после лечения (9:00) - 107[1], после лечения (21:00) - 103[1]; исходно ВУП АДср. была 2[1], после лечения (9:00) - 3[1], после лечения (21:00) - -2[2]. Выводы:

Оба метода продемонстрировали более выраженный антигипертензивный эффект при вечернем назначении верапамила-ретард. Кроме того, СКАД способен определять преимущества вечернего приема верапамила-ретард для снижения утреннего АД и величины утреннего подъема.

0750

ГАЛЕКТИН-3 В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТом МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

Федорова Н. В., Кашталап В. В., Хрячкова О. Н., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, г. Кемерово

Во всем мире не теряет актуальности проблема инфаркта миокарда (ИМ), как заболевания, характеризующегося высокой заболеваемостью и смертностью взрослого населения. В последние годы активно изучаются различные биомаркеры, участвующие в патогенезе ИМ, одним из таких маркеров является галектин-3, используемый при сердечной недостаточности и опухолевой трансформации. Роль данного биомаркера при ИМ пока окончательно не изучена.

Цель: оценить различия в концентрации галектина-3 в сыворотке крови в зависимости от выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий у больных ИМ с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: обследовано 87 пациентов (из них 65 мужчин (74,7%)), поступивших с диагнозом ИМ с подъемом сегмента ST. Средний возраст пациентов составил 58,9±9,6 лет. Выполнен сбор клинико-anamnestических данных, проведены стандартные лабораторные и инструментальные ме-

тоды обследования, а также проведена коронароангиография (КАГ). У всех пациентов на первые сутки заболевания определялся уровень галектина-3 иммуноферментным методом (референсные значения – 0-2,28 нг/мл), на 10-14 сутки ИМ уровень галектина-3 определен у 81 пациента. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью ППП STATISTICA 8.0 (StatSoft).

Результаты: При оценке уровня галектина-3 у больных ИМ выявлено, что на первые сутки заболевания его концентрация составляла 9,5 [3,3;11,9] нг/мл, что значимо превышало референсные значения. При этом в динамике наблюдения на 10-14-е сутки значения галектина-3 возрастали - 15,6 [9,9;37,4] нг/мл ($p < 0,01$). По результатам КАГ пациенты разделены на три группы: с однососудистым поражением коронарных артерий (КА) – 46 (53,48%) пациентов; с двухсосудистым – 20 (23,26%) пациентов; и с трехсосудистым поражением – 20 (23,26%) пациентов. При определении связи уровня галектина-3 и тяжести коронарного атеросклероза установлено, что концентрация биомаркера у пациентов с трехсосудистым поражением коронарных артерий выше, чем у пациентов с однососудистым поражением (35,8 [13,2;43,0] нг/мл vs 11,1[9,5;31,5] нг/мл, $p = 0,02$). Корреляционный анализ подтверждает данную взаимосвязь ($r = 0,29$ $p = 0,01$). При этом в группах двух и трехсосудистого поражения уровень галектина-3 нарастает в динамике к 10-14 суткам ИМ ($p < 0,01$).

Выводы: Показана возможность использования галектина-3 в оценки тяжести коронарного атеросклероза у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

0751

АССОЦИАЦИЯ МЕЖДУ НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И УРОВНЕМ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Федорова Н. Н.¹, Хабибулина М. М.²

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия1

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия2

Цель: выявить ассоциации между нарушением липидного спектра и уровнем тестостерона у мужчин молодого возраста с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 49 мужчин молодого возраста (средний возраст $40,93 \pm 2,51$ лет) с гипертонической болезнью II степени (длительность $5,37 \pm 3,93$ лет). В зависимости от уровня тестостерона пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 37 человек с нормальным уровнем тестостерона (тестостерон плазмы в норме 12-33 нмоль/л); во вторую – 12 человек с пониженным уровнем тестостерона. Всем пациентам измерялся липидный спектр и уровень тестостерона в сыворотке крови. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ из пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 7.0 для Windows. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты: Сравнительный анализ показал отсутствие различий между группами по показателям липидного спектра и достоверное различие по уровню тестостерона. В первой группе уровень тестостерона колебался от 12,4 до 32,8 (средний уровень $18,47 \pm 4,65$), в то время как, во второй от 0,06 до 10,9 нмоль/л (средний уровень $7,85 \pm 2,91$ нмоль/л). У пациентов первой группы, наблюдалась положительная корреляционная связь между уровнем тестостерона и холестерин липопротеидами высокой плотности ($r = 0,52$; $p = 0,05$), а так же отрицательная корреляционная зависимость от коэффициента атерогенности ($r = -0,36$; $p = 0,05$). В группе с пониженным уровнем тестостерона достоверных корреляций с липидным спектром не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, при повышении уровня тестостерона, растет уровень холестерин липопротеидов высокой плотности и как следствие снижается коэффициент атерогенности, являющийся показателем, отражающим степень риска сердечно-сосудистых заболеваний.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Феоктистова В. С., Болдуева С. А., Сироткина О. В., Леонова И. А., Вавилова Т. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) среди женщин молодого и среднего возраста.

Цель: разработать модель оценки риска развития ИБС у женщин молодого и среднего возраста на основании новых значимых для прогноза биохимических и генетических маркеров, а также традиционных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: В исследование принимали участие 111 женщин молодого и среднего возраста, из них 62 женщины (средний возраста $52,0 \pm 0,7$) с диагнозом ИБС, верифицированным по результатам коронарографии (стеноз более 70% по крайней мере в одной из основных коронарных артерий); и 49 женщин (средний возраста $51,1 \pm 0,7$ лет) без анамнеза и клинических признаков ИБС (контрольная группа), отсутствие заболевания подтверждалось отрицательной нагрузочной пробой. Всем женщинам основной и контрольной группы было выполнены стандартные клинические и биохимические исследования. Дополнительно нами было определено содержание циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в периферической крови методом проточной цитометрии с использованием моноклональных флуоресцинино меченых антител к CD45 и CD146. В качестве генетических маркеров заболевания мы рассматривали полиморфизмы 4a4b гена эндотелиальной NO синтазы (eсNOS) и Lys198Asn гена эндотелина-1 (EDN1).

Результаты: по результатам проведенного клинико-анамнестического обследования и молекулярно-генетического тестирования было выделено 14 факторов, связь которых с риском развития ИБС у женщин молодого и среднего возраста носила достоверный характер (носительство аллеля 4a в гетеро- и гомозиготном состоянии полиморфизма 4a4b гена eсNOS, содержание ЦЭК в периферической крови более $3 \text{ кл}/3 \times 10^5$ лейкоцитов, повышение систолического АД (САД) > 135 мм.рт.ст., и диастолического АД > 85 мм.рт.ст., наличие сахарного диабета (СД), статус курения, отягощенный семейный анамнез по ИБС, индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м², окружность талии (ОТ) > 101 см, отношение окружности талии/окружности бедер (ОТ/ОБ) $> 0,87$, уровень ТГ $> 1,3$ ммоль/л, ХС-ЛВП $< 1,6$ ммоль/л, не-ЛВП $> 4,1$ ммоль/л, КА по Климову $> 3,0$). При проведении логистического регрессионного анализа из 14 факторов прогностически значимыми оказались 8, на основе которых была построена математическая модель оценки риска развития заболевания у женщин молодого и среднего возраста. Модель: риск ИБС у женщины = $[\exp(\psi) / (1 + \exp(\psi))] \times 100\%$, где $\psi = -26,4 + 0,3 \times \text{ЦЭК} + 1,6 \times \text{ТГ} + 0,1 \times \text{САД} + 7,6 \times \text{СД} + 2,8 \times \text{отягощенный семейный анамнез по ИБС} + 1,8 \times \text{носительство генотипа 4a4b или 4a4a гена eсNOS} + 0,2 \times \text{не-ЛВП} + 3,0 \times \text{ОТ/ОБ} + 1,4 \times \text{статус курения}$.

Выводы: Разработанная в нашем исследовании модель, включающая наряду с традиционными ФР, генетические факторы и маркеры эндотелиальной дисфункции позволяет прогнозировать риск развития ИБС среди женщин молодого и среднего возраста с чувствительностью 94% и специфичностью 96%.

0753

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Феськова А. А., Будневский А. В., Кравченко А. Я., Дробышева Е. С.

ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко
Минздрава России, 394036, Воронеж, Россия

Цель: Оценить влияние субклинической гипофункции щитовидной железы (ЩЖ) на клинко-инструментальные характеристики ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: В исследование были включены 163 пациента с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II – III функционального класса в возрасте $63,5 \pm 6,5$ лет. Для оценки функции ЩЖ определяли уровень тиреотропного гормона (ТТГ), общего и свободного тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Субклинический гипотиреоз (СГТ) диагностировали при высоком уровне ТТГ и нормальном уровне свободного Т4 и Т3. В зависимости от тиреоидного статуса обследуемые были разделены на 2 группы: первую группу составили 107 пациентов с СГТ, вторую – 56 пациентов с эутиреоидным статусом. В каждой группе оценивали следующие параметры: количество и общую продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда по результатам суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ), объёмные и линейные показатели левого желудочка (ЛЖ) с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ), толерантность к физической нагрузке (ФН) по итогам теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ). Степень артериальной гипертензии как фактора риска ИБС определяли по результатам суточного мониторирования АД (СМАД).

Результаты: Количество эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда с депрессией сегмента ST в группе пациентов с СГТ составило $5,1 \pm 0,12$ в сутки, в группе пациентов с эутиреозом – $3,8 \pm 0,19$ в сутки ($p = 0,001$). Общая продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда составила $80,5 \pm 0,81$ мин. в группе СГТ и $71,2 \pm 1,07$ мин. в группе эутиреоза ($p = 0,001$). У пациентов с субклинической гипофункцией ЩЖ фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила $53,61 \pm 0,69\%$, у пациентов с эутиреоидным статусом – $58,01 \pm 0,96\%$ ($p = 0,0037$). По данным СМАД среднее значение систолического АД $183,1 \pm 1,78$ мм рт. ст. у лиц с СГТ и $180,2 \pm 2,56$ мм рт. ст. у лиц с нормальным тиреоидным статусом ($p = 0,0031$), среднее значение диастолического АД в группе больных с СГТ составило $99,4 \pm 0,91$ мм рт. ст., у больных с эутиреоидным статусом – $90,1 \pm 1,23$ мм рт. ст. ($p = 0,003$). Толерантность к ФН по результатам ТШХ в группе СГТ и группе сравнения составила $371,3 \pm 5,25$ м и $398,1 \pm 10,9$ м соответственно ($p = 0,022$).

Заключение У пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения, и сопутствующим СГТ по сравнению с контрольной группой более частые и продолжительные эпизоды болевой и безболевой ишемии миокарда, ниже ФВ ЛЖ и толерантность к ФН и выше средние показатели диастолического АД.

0754

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В КОНТЕКСТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Филиппова Т. В., Ефремушкин Г. Г.

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул

Веgetативный дисбаланс у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) усугубляется с увеличением возраста пациентов. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных старших возрастных групп с разным функциональным классом (ФК) ХСН изучена недостаточно.

Цель: оценить ВСР у больных пожилого и старческого возраста с ХСН в зависимости от ее ФК.

Материалы и методы: исследовано 110 больных ХСН в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $77,6 \pm 0,7$ лет), из них 32 женщины. ХСН I ФК была у 15 (13,6% больных), II ФК – у 64 (58,2%), III ФК – у 31 (28,2%). Проведен временной и спектральный анализ ВСП методом холтеровского мониторирования ЭКГ на аппарате «Кардиотехника-04» (ИНКАРТ, Санкт-Петербург). Сравнение количественных признаков проводили с помощью однофакторного дисперсионного анализа и непараметрического критерия Ван дер Вардена с критическим значением уровня статистической значимости $p=0,05$.

Результаты: У исследуемых больных выявлено снижение средних значений стандартного отклонения среднего значения интервалов RR в течение суток (SDNN), среднего значения стандартных отклонений всех пятиминутных интервалов RR в течение суток (SDANN) и корня квадратного из средней суммы квадратов разницы между соседними нормальными RR-интервалами (rMSSD) с нарастанием мощности низкочастотного спектра (LF) колебаний ЧСС и симпато-вагального индекса (LF/HF). Отмечено нарастание параметров ВСП с увеличением ФК ХСН. Параметр общей ВСП (VAR) у больных I – II – III ФК ХСН возрос: 973,0 – 1055,6 – 1222,7 (групповые средние) соответственно, $p=0,01$. SDNN по ФК ХСН составило 96,5 – 118,6 – 128,7 мс, $p=0,01$; средние SDANN – 79,8 – 96,5 – 102,4 мс, $p=0,02$. Мощность низкочастотного спектра (LF) была 658,2 – 1615,1 – 1919,9, $p=0,007$, показатель при III ФК превысил таковой при I ФК в 2,9 раза. Указанные изменения характеризуют увеличение ВСП с параллельной активацией симпатической нервной системы (СНС). Параметры rMSSD составили 45,5 – 52,7 – 72,9 мс ($p=0,03$), мощность высокочастотного спектра (HF) – 240,3 – 682,8 – 1174,7 ($p=0,03$), что отражает повышение активности парасимпатической нервной системы (ПНС) (в 4,9 раза). Процент соседних интервалов RR, отличающихся более чем на 50 мс (pNN50) и симпато-вагальный индекс (LF/HF) у больных с разными ФК ХСН значимо не различались.

Выводы: 1. С нарастанием ФК ХСН у больных старших возрастных групп увеличивается ВСП с активацией всей автономной нервной системы.

2. Симпато-вагальный индекс у больных пожилого и старческого возраста с увеличением ФК ХСН значимо не изменяется, что на фоне гиперсимпатикотонии обеспечивается адаптивной активацией преимущественно ПНС (в 4,9 раза vs. 2,9 раза для СНС).

0755

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИБС, ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИНСУЛЬТА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕРИДИАН-РО)

Филиппов Е. В.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Цель: оценить распространенность и особенности медикаментозной терапии ИБС, инсульта и инфаркта миокарда (ИМ), а также их вклад в смертность в Рязанской области.

Материалы и методы: исследование МЕРИДИАН-РО проводилось как проспективное когортное кросс-секционное с ретроспективной частью и включало в себя исследование биохимических образцов, ЭКГ и опрос с помощью стандартизованного опросника. Наличие ИБС, инсульта и ИМ определялось по данным опросника и амбулаторной карты пациента. Медикаментозная терапия оценивалась по реально принимаемым препаратам пациентами. В исследование с 2011 года было включено 1622 человека (1220 – город, 402 – село) в возрасте 25–64 лет (средний возраст – $43,4 \pm 11,4$ лет), из них, 42,6% были мужского пола, 53,8% – женского. Распределение по полу и возрасту в исследовании соответствовало распределению этих показателей в Рязанской области. Учитывая небольшую частоту ИБС, ИМ и инсульта, эти данные были объединены в комбинированную точку ИБС/ИМ/инсульт. Данные стандартизованы по полу и возрасту.

Результаты: В общей выборке обследованных (без учета результатов опросника Роуз) было 4,98% пациентов с ИБС/ИМ/инсультом, из них вклад инсульта был 0,4%, ИМ – 0,2%, ИБС: стенокардия – 4,5%. Частота данного показателя с возрастом увеличивалась с 1,7% до 9,4% ($p=0,001$). Было продемонстрировано, что частота ИБС/ИМ/инсульта была выше в сельской местности, чем в городской (3,8% против

8,5%, $p=0,05$). При анализе медикаментозной терапии пациентов было показано, что антиагреганты принимали 33,8% (95% ДИ 28,6-48,9%) пациентов, статины – 20,0% (95% ДИ 12,2-28,6%), ИАПФ – 35,0% (95% ДИ 24,7-46,2%), БРА – 15,0% (95% ДИ 6,9-23,3%), ББ – 31,3% (95% ДИ 20,5-42,2%). БКК – 10,0% (95% ДИ 3,8-17,3%), цитопротекторы – 3,8% (95% ДИ 0,0-8,6%), нитраты – 8,8% (95% ДИ 2,5-15,6%), периферические вазодилататоры – 10,0% (95% ДИ 3,8-16,5%), метаболические препараты – 17,5% (95% ДИ 9,5-25,7%), биологически активные добавки – 11,3% (95% ДИ 4,8-18,6%). Частота вызовов СМП (28,7% против 13,4%, $p=0,0001$), госпитализаций (36,2% против 15,6%, $p=0,0001$) и обращений к врачу (93,8% против 74,7%, $p=0,001$) за последние 12 месяцев у лиц с ИБС/ИМ/инсультом была выше по сравнению с группой без этих заболеваний. Многомерный анализ пропорциональных рисков Кокса показал, что наличие ИБС/ИМ/инсульта повышало вероятность развития смерти от любой причины (ОШ 9,52 при 95% ДИ 3,87-23,43, $p=0,0001$).

Выводы: распространенность ИБС/ИМ/инсульта среди трудоспособного населения Рязанской области составила 4,98%. Частота приема рекомендованных лекарственных препаратов остается низкой несмотря на их очевидные преимущества в снижении сердечно-сосудистых событий. Наличие ИБС/ИМ/инсульта увеличивало нагрузку на систему здравоохранения и увеличивало бремя ССЗ, что также свидетельствует в пользу необходимости более интенсивного лечения таких пациентов. ИБС/ИМ/инсульт в анамнезе увеличивали вероятность смерти от любой причины.

0756

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИБС С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Фозилов Х. Г., Абдуллаев Т. А., Бекбулатова Р. Ш., Цой И. А., Каримов А. М.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести анализ непосредственных результатов чрескожного коронарного вмешательства у больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка.

Материалы и методы: В проведенное нами исследование было включено 138 пациентов с низкой фракцией выброса ЛЖ (менее 45%) определенного методом Teicholz, которым в последующем было выполнено ЧКВ. У 138 больных было проведено 161 ЧКВ. У 21 больного ЧКВ было выполнено в 2 этапа, а у одного пациента в 3 этапа. Пациенты мужского пола составили – 80,4% (111), а женского – 19,6% (27). Возраст пациентов колебался от 35 до 78 лет, и в среднем составил $58,9 \pm 8,6$ лет. Из общепринятых факторов риска наиболее часто встречались артериальная гипертензия – у 79,7%, (110) пациентов, гиперлипидемия – у 75,36% (104); сахарный диабет у 34,7% (48) больных. Фракция выброса ЛЖ колебалась от 18% до 45%, и в среднем составила $37,6 \pm 5,6\%$. В 42,9% (69) случаев ЧКВ были выполнены у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда; в 41,6% (67) случаев при стабильной стенокардии напряжения II-IV ФК, и в 15,5% (25) случаев при прогрессирующей стенокардии напряжения. Всего было имплантировано 259 стентов (в среднем 1,8 стента на одного пациента) из них 85,3% (221) стенты с лекарственным покрытием; 12% (31) простые металлические стенты и 2,7% (7) биоабсорбируемые сосудистые каркасы «ABSORB». Средний диаметр стентов с лекарственным покрытием составил $3,4 \pm 1,56$ мм, а длина $26,4 \pm 7,8$ мм; диаметр простого металлического стента $3,04 \pm 0,32$, а длина $19,4 \pm 6,8$ мм.

Результаты: В нашем исследовании частота ангиографического успеха при имплантации стентов у больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка составила 89,4% (144), непосредственный успех процедуры составил 85,7% (138), а клинический успех – 89,4% (144). Частота развития осложнений составила 8,1% (13) случаев; из них в диссекция коронарной артерии развилась в 69,2% (9) случаев; окклюзия боковой ветви в 15,4% (2) и еще в 15,4% (2) случаев развился феномен «no-reflow». Частота развития больших коронарных осложнений (острый инфаркт миокарда, летальный исход, аортокоронарное шунтирование) составила – 1,2% (2); в обоих случаях развился не Q-волновой инфаркт миокарда. Причинами развития нефатального инфаркта миокарда в 1 случае явилась окклюзия боковой ветви, а в 1 случае – диссекция коронарной артерии.

Заключение Таким образом, анализ нашего опыта показывает, что ЧКВ у больных ИБС с низкой фракцией выброса левого желудочка является эффективным и безопасным методом реваскуляриза-

ции. Частота клинического успеха на госпитальном этапе наблюдения составила 89,4% (138) случаев, а частота развития больших кардиальных осложнений – 1,2% (2).

0757

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСАРЕЛТО У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ КАРДИОВЕРСИИ

Фомина В. А., Андреева А. В., Глазкова Е. А., Агафонова В. С., Солдатов Е. С., Мараховская И. Л.,
Фомина Н. А., Пушкарева С. Ю.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области Областной клинический
кардиологический диспансер, г. Рязань, Россия

Цель: Применение ксарелто (ривароксабан) при проведении кардиоверсии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы: 10 пациентов (средний возраст 56,3 лет), находящихся на лечении в 8 отделении ГБУ РОККД с неклапанной фибрилляцией предсердий, длительностью более 48 часов. Причины фибрилляции предсердий: у 5 пациентов – артериальная гипертензия, у 5 пациентов – ИБС. У 7 пациентов – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, у 3 пациентов – персистирующая форма фибрилляции предсердий. Длительность фибрилляции предсердий от 1 пароксизма составила 34±14 мес.

Результаты: Пациенты принимали ксарелто в дозе 20 мг 1 раз в сутки в течение 25±4 дня до проведения кардиоверсии. Прием ксарелто переносился пациентами удовлетворительно, у 1 пациента на фоне ксарелто на 3 неделе приема отмечалась боль в икроножных мышцах, которая купировалась самостоятельно, других побочных эффектов не отмечено. Всем пациентам была проведена отсроченная кардиоверсия. При проведении кардиоверсии у обследованных пациентов на фоне приема ксарелто не развивались следующие события: инсульты, транзиторные ишемические атаки, системные эмболии, инфаркт миокарда и смерть от сердечно-сосудистых причин, массивных кровотечений. У 10 пациентов после проведения кардиоверсии восстановился синусовый ритм, и был продолжен прием ксарелто в дозе 20 мг/сут.

Выводы: Использование ксарелто (ривароксабан) при отсроченной кардиоверсии показало эффективную и безопасную антикоагуляцию у обследованных пациентов.

0758

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДВУСТОРОННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНОЗИРОВАННЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Фомина В. А., Мараховская И. Л., Глазкова Е. А., Пушкарева С. Ю.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области Областной клинический
кардиологический диспансер, г. Рязань, Россия

Цель: Представить случай успешного лечения тромбоза стенозированных почечных артерий с развитием ОПН, тяжелой артериальной гипертензии, сердечной астмы.

Материалы и методы: Пациент К., 50 лет, поступил в РОККД 26.03.2014г. с клиникой сердечной астмы, высокой АГ, эпизодами олигурии.

Анамнез: АГ выявлена в декабре 2013 с максимальным АД 220/110 мм. рт.ст. С этого времени принимал гипотензивные препараты. 18.03.14. впервые приступ удушья на фоне гипертонического криза, вводились мочегонные. В последующие дни отметил уменьшение количества мочи, нарастала одышка, слабость. С клиникой сердечной астмы госпитализирован.

Объективно: ЧДД 26-30 в мин., в легких большое количество сухих хрипов во всех отделах. ЧСС 57-64 в мин., правильный ритм. АД 200/95 мм рт ст. Печень не увеличена, отеки стоп, голеней. В ОАК - анемия – Hb 84 г/л. Креатинин - 320 мкм/л. Диурез 1500-700-300 мл/сут.

28.03 в течение суток анурия, несмотря на введение больших доз мочегонных, нарастала одышка, слабость, уровень креатинина увеличился до 840 мкм/л.

Проведено УЗИ почечных артерий: окклюзия правой ПА, стеноз 70% слева.

КТ брюшной полости: Почки б/о. Выраженный атеросклероз брюшной аорты с пристеночным тромбированием.

Ангиография почечных артерий отложена из-за анурии и высоких показателей креатинина и мочевины. Состояние расценено как двусторонний тромбоз стенозированных ПА, начата терапия: гепарин, зилт, аспирин, введение жидкости. Возобновился диурез до 1,5-2,0 л/сут, креатинин снизился до 162 мкм/л, мочевина – с 28 до 7,8 мм/л, уменьшилась одышка.

Проведена ангиография почечных артерий: Стеноз левой и правой ПА на 90%, выполнено их эндопротезирование.

Состояние больного стабилизировалось, одышки, хрипов в легких нет, нормализовались показатели мочевины, креатинина, АД – 150/80 мм рт ст.

Выводы: Своевременная диагностика стенозов почечных артерий с их тромбированием, использование в лечении антикоагулянтов и антиагрегантов и эндопротезирование почечных артерий позволило восстановить почечный кровоток, справиться с ОПН, тяжелой АГ и ХСН.

0759

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ, ПРЕПОДАВАНИИ И НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Фролов С. В.¹, Синдеев С. В.¹, Коробов А. А.¹, Липш Д.², Балассо А.³, Бауэр Я.³, Арнольд Ф.³

¹ – Тамбовский государственный технический университет, Тамбов, Россия

² – Университет прикладных наук, Мюнхен, Германия

³ – Технический университет, Мюнхен, Германия

Математические модели в диагностике. С 1970-х годов математические модели сердечно-сосудистой системы (ССС) успешно используются в клинической практике НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Модели глобальной гемодинамики, описывающие основные отделы ССС, стали основой двух диагностических комплексов – Айболит и Гарвей. Эти комплексы, использующие оригинальные математические модели и разработанный метод слабого звена, позволяют осуществлять поддержку принятия решений врача при лечении острых нарушений кровообращения. Опыт создания и использования этих диагностических комплексов служит основой для разработки новой медицинской техники для диагностики и терапии.

Математические модели в преподавании. Тамбовский государственный технический университет обладает опытом в области обучения студентов основам математического моделирования ССС. Студенты изучают основные математические законы и принципы построения моделей глобальной гемодинамики. Студенты-магистранты также изучают основы регуляции ССС. Знание основ регуляции позволяет описывать динамику ССС с точки зрения физиологии. Подобный подход позволяет отобразить реакцию ССС на текущее состояние гемодинамики.

Математические модели в научных исследованиях. В настоящий момент, проводимая нами научная работа, основанная на принципах моделирования глобальной гемодинамики, направлена на исследование церебрального кровообращения. Для подобного исследования используется многомасштабная модель гемодинамики. Для исследования гемодинамики церебральных аневризм используется модель 3D, основанная на уравнениях Навье-Стокса, позволяющая производить вычисления важнейших гемодинамических параметров, таких как скорость, давление и пристеночное напряжение сдвига.

Большинство ученых и исследователей предполагают, что ключевую роль в генезе аневризмы играет пристеночное напряжение сдвига. Однако для корректного вычисления пристеночного сдвига нужны вычислительные сетки с высокой плотностью элементов. Для проверки адекватности получаемых численно результатов, нами используются экспериментальные данные из лаборатории междисциплинарных исследований клиники Рехтс дер Изар Технического университета Мюнхена. Экспериментальная установка, расположенная в лаборатории, содержит 3D лазерный Допплеровский анемометр, который используется для высокоточного измерения скорости жидкости в реалистичных эластичных моделях аневризм.

Выводы: моделирование ССС являются перспективным методом для исследования гемодинамических процессов, позволяет врачам произвести оценку состояния больного и спланировать необходимые лечебные воздействия.

0760

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ МОДЕЛИ АНЕВРИЗМЫ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Фролов С. В.¹, Синдеев С. В.¹, Липш Д.², Балассо А.³, Бауэр Я.³, Арнольд Ф.³

¹ – Тамбовский государственный технический университет, Тамбов, Россия

² – Университет прикладных наук, Мюнхен, Германия

³ – Технический университет, Мюнхен, Германия

Цель: целью работы является исследование структуры потока в индивидуализированной модели внутренней сонной артерии с использованием, как экспериментального метода, так и метода вычислительной гидродинамики для ньютоновской и неньютоновской жидкости.

Материалы и методы: в работе использовалась индивидуализированная модель аневризмы внутренней сонной артерии пациента. Для получения геометрической модели аневризмы данные пациента были сегментированы и сглажены. С помощью метода стереолитографии была построена реалистичная силиконовая модель. Для первоначального исследования кровотока на специальной экспериментальной установке применялся метод визуализации потока с помощью добавления специальных частиц в поток. Высокоточные измерения скорости потока были выполнены с помощью 1D лазерного Допплеровского анемометра с пространственным разрешением 50 мкм и временным разрешением 1 мс. Измерения скорости были выполнены в плоскостях на расстоянии 4 мм друг от друга. Для эксперимента была использована жидкость с неньютоновскими свойствами. Вычислительные эксперименты были проведены с использованием ньютоновской и неньютоновской моделей жидкости.

Результаты: на экспериментальной установке в момент окончания систолы в куполе аневризмы было измерено минимальное значение скорости потока равное 0.01 м/с, в то время максимальное значение скорости равное 1 м/с было обнаружено в выходном сегменте. На центральном поперечном сечении величина максимальной скорости составляет лишь 20% от средней входной скорости. Средняя же скорость по центральному поперечному сечению составляет 11% от входной осевой скорости. Используя метод вычислительной гидродинамики, было получено значение пристеночного напряжения сдвига для ньютоновской и неньютоновской жидкости в момент окончания систолы. Для ньютоновской жидкости, пристеночное напряжение сдвига изменяется в диапазоне [0.00378; 22.2] Па, в то время как для неньютоновской жидкости – [0.00506; 27] Па. Наименьшее значение пристеночного напряжения сдвига для обеих моделей жидкости было обнаружено в куполе аневризмы. Присутствующий в области аневризмы вихрь, нестабилен на протяжении всего кардиологического цикла. Вращение по часовой стрелке линий тока наблюдалось во входном сегменте для обеих моделей жидкости.

Выводы: использованный интегрированный метод (экспериментальные и численные исследования) для изучения гемодинамики внутричерепных аневризм позволяет получить высокоточные физиологические результаты для поля потока. Результаты представленного исследования согласуются с гемодинамической теорией генеза аневризм. Высокочастотные флуктуации скорости, наблюдаемые около стенки аневризмы, могут привести к ее разрыву.

ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ ПРИЕМА БИСОПРОЛОЛА И ИВАБРАДИНА

Хайрутдинова Г. И., Бабушкина Г. В., Исламова С. В., Булатова О. И., Зайнуллина В. М., Гибадуллина Э. А., Жуманиязова А. А.

ГБУЗ РБ ГKB №13, Уфа

Цель: оценить показатели диастолической функции левого желудочка, толщину комплекса интима-медиа, толерантность к физической нагрузке у больных стабильной стенокардией с ХСН ФК I-III (NYHA) с синусовым ритмом, ЧСС > 70 уд/мин и ФВ > 50% на фоне приема ивабрадина (кораксана) и бисопролола.

Материалы и методы: исследования. Под наблюдением находилось 65 человек со стабильной стенокардией II и III ФК с ХСН ФК I-III (NYHA) в возрасте от 40 до 65 лет, с ЧСС > 70 уд/мин и с диастолической дисфункцией в течение 12 недель.

Больные были разбиты на 3 рандомизированные группы: в группу А вошли 25 больных, которым назначался бисопролол методом титрования до 10 мг в сутки; группу Б - 24 пациентов, получающих комбинированную терапию бисопролола и кораксана, в группу В - 16 пациентов, получающих кораксан до 15 мг в сутки. Больные всех групп получали базисную терапию: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), антиагреганты, статины, нитраты короткого действия для купирования приступов стенокардии. Для объективизации результатов исследования проводились проба с 6-минутной ходьбой (ТШХ), эхокардиография (ЭХО-КГ), ЭКГ, УЗДС МАГ.

Результаты: Доказано, что максимальное снижение риска сердечно-сосудистой смертности и госпитализации в связи с обострением ХСН достигается при снижении ЧСС до 60-65 уд/мин. По результатам нашего исследования в группе А после проведенного лечения выявилось уменьшение ЧСС с 71 ± 10 до $59 \pm 5,4$ уд/мин ($p < 0,001$), в группе Б - с 82 ± 13 до $62 \pm 5,6$ уд/мин ($p < 0,01$), в группе В - с 79 ± 13 до $61 \pm 5,2$ уд/мин ($p < 0,001$). Уменьшение исходной ЧСС в покое сопровождалось увеличением толерантности к физической нагрузке (ТШХ): в группе А с 310 ± 47 м до $344 \pm 41,5$ м ($p < 0,01$), в группе Б - с 247 ± 83 м до 319 ± 85 м ($p < 0,01$), в группе В - с 212 ± 84 м до 275 ± 73 м ($p < 0,05$).

По результатам ЭХО-КГ наблюдалась тенденция к уменьшению времени замедления диастолического потока крови через митральный клапан в группе Б с 232 ± 114 до 203 ± 71 м/с и значимое его замедление в группе В - с $195 \pm 45,6$ до 135 ± 47 м/с ($p < 0,001$), а также тенденция к увеличению скорости раннего диастолического расслабления: в группе Б - с $0,79 \pm 0,29$ до $0,88 \pm 0,26$ м/с и достоверному ее приросту в группе В - с $0,69 \pm 0,17$ до $0,95 \pm 0,27$ м/с ($p < 0,01$). В группе А изменений данных показателей выявлено не было. По результатам УЗДС МАГ наблюдалась тенденция к изменению толщины интима-медиа в группах А, Б и В соответственно с $0,84 \pm 0,15$ до $0,82 \pm 0,12$, с $0,8 \pm 0,13$ до $0,78 \pm 0,14$ и с $0,9 \pm 0,15$ до $0,8 \pm 0,12$.

Выводы: Таким образом во всех трех группах у больных стабильной стенокардией с ХСН ФК I-III, принимавших комплексную терапию селективными В-блокаторами и/или кораксаном был достигнут целевой уровень ЧСС, который сохранялся в течение 12 недель и сопровождался увеличением толерантности к физической нагрузке ($p < 0,05$ до $< 0,01$).

В группе больных, принимавших в комплексной терапии ивабрадин, наблюдалось улучшение показателей диастолической функции левого желудочка, что способствовало увеличению эффективной длительности диастолического наполнения левого желудочка. По результатам УЗДС МАГ наблюдалась тенденция к уменьшению толщины интима-медиа в трех группах наблюдения.

0762

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ №1 Г. НАЛЬЧИКА)

Хамизова М. М., Арамисова Р. М., Аттаева М. Ж., Василенко В. М., Чаудхари П. К.

ГБОУ МУЗ «Городская клиническая больница №1», г.Нальчик; ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик, Российская Федерация

Актуальность: проблемы. Хроническая сердечная недостаточность остается одним из самых распространенных тяжелых и прогностически неблагоприятных осложнений всех заболеваний сердечно-сосудистой системы. Параллельно заболеваемости растет и смертность. В РФ регистрируется около 400 тыс. новых случаев ХСН.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 больных с ХСН (19 женщин и 11 мужчин), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении. В ходе исследования анализировались следующие параметры: структура заболеваний, приведших к развитию ХСН, выраженность ХСН, ФВ по данным ЭхоКС, стаж ХСН, наличие аритмий сердца.

Результаты: Стаж ХСН менее 5 лет отмечался у 12 больных, более 5 лет у 18 больных. По стадиям ХСН: 1 - у 20% больных, 2А - у 58%, 2Б - у 22% больных. Анализ структуры заболеваний, приведших к развитию ХСН, показал следующее: 13,3% - АГ, постинфарктный кардиосклероз - 16,8%, аневризма брюшного отдела аорты - 6,6%, инфекционный эндокардит - 3,3%. ФВ менее 50% отмечена у 6 больных.

Различные нарушения ритма сердца отмечались у 76% больных: наджелудочковая экстрасистолия-45,6%, желудочковая экстрасистолия -34,3%, фибрилляция предсердий -23,6%. Сочетание коронарной патологии с сахарным диабетом- 6,6%, с ХОБЛ-30%. У женщин чаще отмечалось сочетание коронарной патологии с СД, а у мужчин с ХОБЛ. Аневризма брюшного отдела аорты отмечена только у мужчин.

Выводы: Наиболее частыми причинами развития ХСН является атеросклероз сосудов и его последствия, что указывает на необходимость своевременной и адекватной первичной и вторичной профилактики атеросклероза на популяционном уровне.

0763

СОЗДАНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МАТЕМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ОСНОВАННАЯ НА «НОВЫХ» БИОМАРКЕРАХ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

¹Хафизов Р. Р., ¹Загидуллин Б. И., ²Загидуллин Н. Ш., ¹Леонтьева О. И., ¹Мурзаханова Н. Ш., ²Загидуллин Ш. З.

¹Государственное автономное учреждение Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа

Своевременная диагностика инфаркта миокарда позволяет также стратифицировать пациентов по степени риска и определить вероятные исходы острого коронарного синдрома (ОКС). Наряду с классическими (тропонин I, T; креатининфосфокиназа МВ-фракции, КФК МВ; миоглобин), в последнее время появились «новые» биомаркеры, таких как предсердный натрийуретический пептид (ANP), высокочувствительный С-реактивный белок (вСРБ) и миелопероксидаза (МРО). В последнее время появилась возможность создания прогностических шкал риска развития неблагоприятных событий в течение определённого периода после ОКС. Целью исследования было создание модели оценки риска

неблагоприятных событий после проведения ОКС с подъёмом ST в зависимости от поражённой коронарной артерии и биомаркеров.

Материалы и методы: Было исследовано 126 пациентов с ОКС, из которых у 5 больных с ОКС был зарегистрирован летальный исход (3,9%, группа 2) и остальные выжили (121 пациент, группа 1). Все биомаркеры определялись у пациентов при поступлении.

Результаты: В группе 2 в отношении «классических» биомаркеров достоверных изменений не выявлено, хотя отмечалась тенденция к увеличению их концентрации в группе 2 для TnI ($21,24 \pm 1,84$ против $30,68 \pm 11,83$, $p > 0,05$) и КФК МВ ($88 \pm 17,24$ против $169,29 \pm 82,1$, $p > 0,05$). Более того, миоглобин был достоверно ниже в группе 2, чем в группе 1 ($248,88 \pm 59,19$ против $392,23 \pm 65,3$ мкг/л, $p > 0,05$). Как BNP ($200,97 \pm 26,24$ против $1268,84 \pm 304,48$, $p < 0,001$), так и вСРБ ($24,31 \pm 3,39$ против $112,54 \pm 47,1$, $p < 0,01$) показали значительно большие значения в группе 2: в группе 2 BNP вырос в 12 раз, а в группе 1 – только в 2 раза; вСРБ в группе 2 вырос в более чем в 20 раз, а в группе 1 – в 5 раз. Через 12 мес после окончания госпитализации по поводу ОКС был выполнен контрольный телефонный звонок, в котором были заданы вопросы о кардиоваскулярном статусе больных – перенесённых с момент. Всего за 12 месяцев после ОКС было зарегистрировано 10 повторных ОКС (8,2% от всех пациентов после ОКС). В течение года основное число ОКС было в период 3–6 мес – 5 событий, в 0–3 мес – 2 события и 6 мес–12 мес – 3 события. На основании полученных данных биомаркеров, полученных в 1-ый день от момента ОКС была создана модель диагностики неблагоприятных событий в течение 1 года и создаётся программа-предиктор для мобильных устройств «Андроид». Выводы:

Было показано, что BNP (чувствительность 100%, специфичность 93,1%) и вСРБ (80,0 и 84,9%) наиболее эффективны в отношении предсказания внутригоспитальной смертности при ОКС. Создана прогностическая модель неблагоприятных событий через 1 год после острого коронарного синдрома. Научное исследование было выполнено при поддержке гранта РФНФ №15-36-01255/15.

0764

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Хитарьян А. Г. ^(1, 3), Мизиев И. А. ⁽³⁾, Вельшер Л. З. ⁽²⁾, Цалко С. Э. ⁽²⁾, Глумов Е. А. ⁽⁴⁾, Ковалёв С. А. ⁽¹⁾, Мурлычёв А. С. ⁽¹⁾, Правоторов М. Е. ⁽¹⁾, Воронова О. В. ⁽¹⁾

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов–главный» С.–К. ж.д., г. Ростов-на-Дону,

²кафедра онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва,

³кафедра факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета, г. Нальчик

⁴ГОУЗ «Онкодиспансер РО», г. Ростов-на-Дону

Развитие эндоваскулярной хирургии нижней брыжеечной артерии, а так же необходимость понимания компенсаторных возможностей артериального русла левой половины толстого кишечника делает актуальным анализ эндоваскулярной анатомии нижней брыжеечной артерии (НБА).

Целью работы являлось изучение ангиоархитектоники ветвей нижней брыжеечной артерии, значимых для выполнения хирургических вмешательств на прямой кишке.

Материалы и методы: Ангиографическое исследование анатомии нижней брыжеечной артерии было проведено у 25 больных перед выполнением неоадьювантной химиоэмболизации по поводу средне- и нижеампулярного рака прямой кишки. Ангиографию выполняли после премедикации в условиях рентгеноперационной на аппарате Siemens AXIOM Artis U, Германия.

Детальный анализ особенностей артериального русла НБА позволил сделать ряд важных выводов для практической колопроктологии. При магистральном строении левых толстокишечных сосудов 1-я восходящая ветвь НБА представлена сосудом относительно большого диаметра до 2–3 мм, пересечение которого может приводить к артериальному дефициту среднего и дистального отрезка сигмовидной кишки. Первая восходящая ветвь НБА имеет постоянное место отхождения на расстоянии

2-4 см от аорты и может быть надежным ориентиром при диссекции в этой зоне. Выраженная коллатеральная ветвь между правой верхней прямокишечной и нижней сигмовидной артерией может являться причиной осложнений при выполнении эндоваскулярной химиоэмболизации.

0765

РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СЕЛЕКТИВНОЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ И ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ИНТЕНСИВНЫМИ РЕКТАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Хитарьян А. Г. ^(1, 3), Мизиев И. А. ⁽³⁾, Вельшер Л. З. ⁽²⁾, Цалко С. Э. ⁽²⁾, Глумов Е. А. ⁽⁴⁾, Ковалёв С. А. ⁽¹⁾, Мурлычёв А. С. ⁽¹⁾, Правоторов М. Е. ⁽¹⁾, Воронова О. В. ⁽¹⁾

¹НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-главный» С.-К. ж.д., г. Ростов-на-Дону,

²кафедра онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва,

³кафедра факультетской и эндоскопической хирургии Кабардино-Балкарского государственного университета, г. Нальчик,

⁴ГОУЗ «Онкодиспансер РО», г. Ростов-на-Дону

Цель: Улучшение качества оказания помощи больным низким раком прямой кишки (РПК) Т3-Т4, осложненного ректальным кровотечением

Материалы и методы: 35 больных РПК были разбиты на три группы: 1-я – 10 больных РПК, которым не проводилась неoadъювантная селективная эндоваскулярная химиотерапия (НСЭХТ) и химиоэмболизация (НСЭХЭ); 2-я – 7 больных РПК, которым была выполнена НСЭХТ оксалиплатиной и 3 группа – 18 больных РПК, которым выполнена НСЭХТ и НСЭХЭ артерии, питающей опухоль. До и после эндоваскулярных вмешательств проводили морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата кишки.

Результаты: Морфологические исследования обнаруживали эмболизат в опухоли прямой кишки и мезоректуме после проведения НЭСХЭ. Сочетание НЭСХТ и НЭСХЭ сопровождается значительным снижением экспрессии маркеров Ki-67 и p53 в ядрах клеток с достижением в 83,3% полной отрицательной экспрессии показателя p53. НЭСХЭ приводит к значительному снижению биологического потенциала опухоли.

Заключение Сочетание НСЭХТ и НСЭХЭ до оперативного лечения приводит к значительному снижению биологического потенциала опухоли, является эффективным методом остановки ректального кровотечения у больных РПК.

Ключевые слова: [рак прямой кишки, ректальное кровотечение, неoadъювантная селективная эндоваскулярная химиотерапия, неoadъювантная селективная эндоваскулярная химиоэмболизация].

0766

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Хованская М. Н., Горячева А. А.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет», Минздрава России, Смоленск, РФ

Введение: Диагностика рубцовых изменений задней и нижней стенок левого желудочка, прилежащих отделов правого желудочка остается актуальной задачей. Современный этап развития кардиологии характеризуется широким использованием новых инструментальных методов исследования, среди которых, наибольшую практическую значимость имеют методы регистрации электрической активности миокарда. Поверхностное электрокардиографическое (ЭКГ) - картирование является способом записи и отображения пространственно-временного распределения потенциалов сердца, полученных из множества точек на поверхности тела пациента и представляет собой разновидность электрокардиографии.

Цель: Оценить топику и глубину поражения миокарда у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда задне-нижних отделов левого желудочка.

Материалы и методы: исследования. Обследовано 63 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших крупноочаговый (QMI) или трансмуральный (QSMI) инфаркт миокарда в области нижней и/или задней стенки левого желудочка, давностью от 1 до 8 лет (средний возраст больных $55,16 \pm 4,35$ лет). Всем пациентам, кроме стандартной ЭКГ и эхокардиографии (Эхо-КГ), проведено поверхностное ЭКГ - картирование с регистрацией потенциалов от 60 точек поверхности тела. Распространенность и локализацию рубцовых изменений миокарда оценивались методом ЭКГ-картирования, включавшего запись ЭКГ от 60 точек поверхности тела пациента с помощью диагностического кардиокомплекса "КАД-03" (г. Тверь, Россия). Данный метод позволяет определить локализацию и размеры зон ишемии и инфаркта миокарда всех отделов левого желудочка и прилежащих отделов правого желудочка сердца.

Результаты: При рубцовых изменениях задне-нижних отделов левого желудочка вовлечение ниже-диафрагмальных отделов правого желудочка наблюдалось в 67% случаев. Поэтому формулировка диагноза изолированного инфаркта миокарда в задней и/или нижней стенке левого желудочка становится в клинике проблематичной. Полученные нами результаты согласуются с данными, приведенными в национальных рекомендациях по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ.

Заключение Метод поверхностного ЭКГ-картирования обладает преимуществами по сравнению со стандартной ЭКГ: определение более четкой топики и глубины поражения у больных ИБС, особенно в труднодоступных отделах левого и правого желудочков сердца. Исследование изменений в миокарде с помощью ЭКГ-картирования раскрывает большие возможности для неинвазивной топической диагностики патологических процессов в мышце сердца.

0767

АНАЛИЗ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Ходжакулиев Б. Г., Оразклычев О. А.

Государственный медицинский университет Туркменистана, Ашхабад, Туркменистан

Изучение реальной врачебной практики лечения больных артериальной гипертензией (АГ) и ее соответствия современным рекомендациям остается одной из актуальных проблем современной кардиологии. Особо важным является изучение позиции врачей первичного звена здравоохранения, осуществляющих постоянное диспансерное наблюдения за этими больными.

Цель настоящей работы - исследование рационального использования и структуры назначений антигипертензивных препаратов (АГП) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: С помощью специально разработанных анкет для фармакоэпидемиологических исследований АГ проведен опрос 244 семейных врачей, работающих в Домах здоровья, находящихся в разных регионах республики.

Результаты: Основными препаратами в структуре назначений АГП как при монотерапии, так и при комбинированной терапии явились ингибиторы АПФ (98,7% опрошенных врачей), бета-блокаторы - 97,1%, антагонисты кальция - 94,3%, диуретики - 91,4%, блокаторы рецепторов ангиотензина - 58,2%,

а также препараты центрального действия – 39,7%. Альфа-адреноблокаторы назначались в частоте 6,1%. Анализ структуры препаратов внутри класса ингибиторов АПФ показал, что основу составляют 5 препаратов эналаприл – 35,9%, лизиноприл – 27,1%, каптоприл – 23,8%, периндоприл – 9,4%, рамиприл – 2,6%, остальные 1,2%. Структура назначения бета-блокаторов: атенолол – 38,2%, бисопролол – 31,9%, пропранолол – 15,8%, метапролол – 8,6%, небиволол – 2,8% и карведилол 1,7%, остальные 1%. Из антагонистов кальция самым часто назначаемым оказался нифедипин, включая его ретард формы (38,7%), второе место занимает амлодипин (36,8%), а на третьем месте стоит верапамил (22,2%), доля всех остальных антагонистов кальция не более 3,3%. Структура диуретиков: гидрохлоротиазид – 32,8%, фуросемид – 30,4%, спиронолак-тон – 19,7%, индапамид – 14,7%, торасемид – 1,5%, ацетазоламид – 0,9%. Основную долю блокаторов рецепторов ангиотензина составлял лозартан (86,8%), валсартан (9,4%), все остальные – 3,8%. Из препаратов центрального действия в основном применялся клофелин (86,8%), реже моксонидин и релминедин (13,2%).

80,7% респондентов стремятся снизить АД до 140/90 мм рт. ст., а остальные ограничиваются снижением АД до «рабочего» уровня. 45,5% опрошенных врачей считают, что более приемлемым является произвольное комбинирование АГП, 50,4% предпочитают фиксированные комбинации, а 4,1% предпочитают низкодозовую комбинацию. В начале лечения монотерапию с подбором эффективных доз предпочитают 31,9% врачей. Комбинацию ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина с диуретиками предпочитают 36,7% семейных врачей, бета-блокаторов с диуретиками – 23,1%, бета-блокаторов с антагонистами кальция – 22,9%, ингибиторов АПФ с антагонистами кальция – 17,3%. Фиксированную комбинацию ингибиторов АПФ и диуретиков предпочитают 47,6% опрошенных врачей, блокаторов рецепторов ангиотензина и диуретиков – 16,4%, антагонистов кальция с другими антигипертензивными – 36,0%. Всего применялись более 60 АГП, из них 23 в фиксированных комбинациях.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование подтверждает необходимость дальнейшего усовершенствования рационального использования АГП семейными врачами в амбулаторной практике.

0768

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН

Хозяинова Н. Ю., Царева В. М.

ФГБУ Федеральный Клинический Центр Высоких Медицинских Технологий ФМБА России,
Москва

ГБОУ ВПО СГМУ, Смоленск, Россия

Цель: Определить взаимосвязь между показателями жесткости сосудов и параметрами электрической нестабильности сердца у женщин с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 245 пациенток АГ 1–2 степени, умеренного и высокого суммарного сердечно-сосудистого риска. Средний возраст – 48,9±11,9 лет. Длительность АГ – 6,6(3;10) лет. Контрольная группа – 115 женщин без признаков поражения сердечно-сосудистой системы. Средний возраст – 47,5±12,3 лет. Всем пациенткам проводилось холтеровское мониторирование (DRG Mediarc Holter Win P-V). Объемную сфигмографию проводили с помощью прибора VaSera-1000 («Fukuda Denshi», Япония). Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) определяли плече-лодыжечным способом.

Результаты: При проведении регрессионного анализа были получены модели регрессионной зависимости:

$$R\text{-PWV} = 20,1871 - 0,0384 \times \text{SDNN} \quad R\text{-PWV} = 16,6014 - 0,2314 \times \text{PNN50}$$

$$(r^2 = 0,32; p < 0,05) \quad (r^2 = 0,34; p < 0,01)$$

R-PWV – СРПВ между плечом и правой голенью; R-PWV отражает СРПВ по сосудам преимущественно эластического типа. SDNN – стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых кардиоинтервалов RR (отражает суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения);

PNN50 - доля соседних синусовых интервалов RR, которые отличаются более чем на 50 мс (показатель степени преобладания парасимпатического звена регуляции над симпатическим). Нами установлено, что снижение SDNN на 1 мс ассоциируется с увеличением R-PWV на 0,04 мс. В то же время снижение PNN50 на 1 мс ассоциируется с увеличением R-PWV на 0,2 мс. Корреляционный анализ не выявил взаимосвязи параметров негомогенности процессов реполяризации и жёсткости магистральных сосудов. Отсутствие связи между этими показателями в нашем исследовании может свидетельствовать об их независимой предсказательной ценности.

Выводы: Увеличение жёсткости магистральных сосудов связано с вегетативным дисбалансом, что отражает снижение функционального резерва организма при артериальной гипертонии.

0769

ЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

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

Ростовский государственный медицинский университет, г Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить динамику показателей липидного обмена и высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) у пациентов острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпСТ) на фоне приема аторвастатина.

Материалы и методы: Участвовало в исследовании 58 человек (30 женщин и 28 мужчин) средний возраст $58 \pm 2,24$ лет, $60 \pm 2,73$ лет, соответственно ($p > 0,05$). Критерии включения пациентов: диагноз ОКСбпСТ подтверждены клинически, повышение маркеров некроза, динамика ЭКГ; возраст старше 40 лет, 96 часов от начала развития ОКСбпСТ, женщины в состоянии менопаузы. Критерии исключения: наследственная гиперхолестеремия, острая почечная, печеночная недостаточность, известные онкологические заболевания. В динамике 16 недель оценивали уровень: общего холестерина (ОХС), липопротеиды высокой плотности (ЛВНП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), высокочувствительного С-реактивный белок (hsCRP). Все пациенты получали стандартную терапия ОКС, аторвастатин в течение 16 недель под контролем липидограммы. Плановые визиты пациентов составили: 1- визит включения, 2 – 4 недели, 3 - 8, 4 - 16 недель, на каждом визите оценивали показатели липидного обмена, контролировали безопасность терапии: АСТ, АЛТ, общий билирубин и его фракций, КФК, миоглобин. Statistica 6.0. Достоверные данные при $p < 0,05$.

Результаты: При оценки уровня hsCRP в динамике, наметилась тенденция к снижению от 1 до 4 визитов $96, \pm 18,34$, $93,0 \pm 15,48$. Между визитом включения и 16 недель лечения статинами было выявлено достоверное снижение значений hsCRP: $7,11 \pm 1,86$ мг/л и $3,56 \pm 0,95$ мг/л. Анализуя уровень ОХС отмечено достоверное снижение $4,76 \pm 0,30$ ммоль/л, $4,06 \pm 0,24$ ммоль/л, при этом уровень ОХС был выше у женщин по сравнению с мужчинами на 1 визите. Обращает на себя внимание, что уровень ЛПВП при приеме аторвастатина имел тенденцию к увеличению и имел значения $1,09 \pm 0,05$ ммоль/л к визиту 16 недели. Значения ЛПНП между 1 и 2 визитом имели тенденцию к снижению, а также достоверно уменьшились к 8 - 16 недели лечения по сравнению с визитом включению. Оценивая гендерные особенности среди изучаемых пациентов ОКСбпСТ, у женщин уровень ЛПНП был выше уже на визите 1 и 4 лечения по сравнению с мужчинами. За период наблюдения значения ТГ достигли целевых значений, но статистически значимых различий не было получено.

Выводы: Лечение аторвастатином в течении 16 недель привело к достижению целевых значений липидного обмена. Выявлено более выраженное увеличение уровня ОХС и ЛПНП у женщин, что вероятно обусловлено другими факторами риска. Уровень hsCRP снижался на фоне лечения статинами, что отражает положительное влияние на прогноз пациентов ОКСбпСТ. Статины в течение 16 недель позволяют достичь нормализации показателей липидограммы и уровня hsCRP.

0770

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

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

Ростовский государственный медицинский университет, г Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить особенности показателей свободно-радикальных процессов (СРП) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ (ИМпST) в зависимости от успешной тромболитической терапии (ТЛТ).

Материалы и методы: В исследовании принимало участи 91 пациент ИМпST, среднего возраста $60,86 \pm 1,2$ лет; группу контроля составили 30 человек ($59,83 \pm 0,79$ лет) сопоставимых по возрасту ($p > 0,05$). Критериями включения: возраст старше 45 лет; наличие артериальной гипертонии; впервые установленный диагноз ИМпST передней стенки левого желудочка, подтвержденный клинически, повышенный уровень маркеров некроза, динамика электрокардиографии. Дана оценка показателей СРП (каталазы, активность супероксиддисмутазы (СОД), общей антиокислительной активности (ОАА), 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 $M \pm m$.

Результаты: Среди изучаемых пациентов ТЛТ проведена у 24,2% пациентов, что отражает позднюю обращаемость пациентов, а также наличие у 6,2% сопутствующей патологии пациентов старше 60 лет, которая явилась причиной для противопоказания. Анализируя показатели 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. У пациентов ИМпST после успешной 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. Установлено 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.

Выводы: У пациентов ИМпST выявлен дисбаланс про- и антиоксидантов, по сравнению с здоровыми добровольцами. При проведении успешной ТЛТ установлено увеличение активности ферментов супероксиддисмутазы и каталазы, что отражает сохранение антиоксидантной защиты, что отражает более благоприятный прогноз пациентов.

0771

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

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

Ростовский государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить клинические особенности течения, показатели пуринового обмена у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИмпST) в зависимости от частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Материалы и методы: Включен 91 пациент ИмпST, средний возраст $60,86 \pm 1,2$ лет и 30 здоровых добровольцев, средний возраст $59,83 \pm 0,79$ лет. Критериями включения: возраст старше 45 лет, ИМпST

передней стенки левого желудочка, осложненного острой сердечной недостаточностью (ОСН) по классификации Killip (I–III степени). Критерии исключения: пациенты, которым планировалось стентирование, ОСН Killip IV степени, мочекаменная болезнь, острая почечная и печеночная недостаточность, патология опорно-двигательного аппарата, больные подагрой или повышение уровня МК в анамнезе. Учитывая ЧСС менее и более 70 уд./мин. все больные ИМпСТ были разделены на две группы. Оценивали объективные данные и показатели пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантинооксидазы и уровень мочевой кислоты). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Statistika-6,0.

Результаты: Среди пациентов всего лишь 13% имели ЧСС менее 70 уд./мин. Было выявлено увеличение индекса атерогенности (ИА), снижение холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) по сравнению со здоровыми добровольцами и у лиц ИМпСТ с ЧСС < 70 уд./мин.. При анализе объективных данных пациентов ИМпСТ в группе пациентов с ЧСС < 70 уд./мин. получено статистически значимое увеличение частоты дыхательных сокращений (ЧДД), ЧСС по сравнению с контролем. У больных с ЧСС > 70 уд./мин. выявлено увеличение ЧДД, ЧСС, систолического и диастолического АД, пульсового АД (ПАД) ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми добровольцами. Увеличение ЧСС при ИМпСТ отражает нарушение гемодинамики, что играет роль в провоцировании разрыва атеросклеротической бляшки. На фоне повышения ЧСС увеличивается потребность в АТФ, что приводит к увеличению активности фермента 5-нуклеотидазы. При изучении показателей пуринового обмена (активность 5-нуклеотидазы, аденозиндезаминазы, ксантинооксидазы и уровень мочевой кислоты) у пациентов ИМпСТ были выше по сравнению с группой контроля. При этом, в зависимости от ЧСС более 70 уд./мин у больных ИМпСТ было выявлено увеличение активности 5-нуклеотидазы.

Выводы: Увеличение ЧСС более 70 уд./мин среди пациентов ИМпСТ выявлены наиболее выраженные нарушение гемодинамики, липидного обмена, что усугубляет тяжесть течения заболевания. Частота сердечных сокращений отражает интенсивность метаболизма пуринового обмена и отражает более выраженный дефицит энергии у больных инфарктом миокарда.

0772

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Хохлова Ю. А., Родина Н. С., Гривачева А. Е.

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Смоленск

В России из 100 тысяч человек от ИМ ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины. За последние 10 лет частота развития инфаркта миокарда (ИМ) без зубца Q увеличилась, теперь его доля составляет 10–15% от всех острых ИМ.

Цель: получить представление об особенностях клинического течения и диагностики ИМ без зубца Q.

Материалы и методы: исследования. Проанализированы материалы историй болезни 15 больных с ИМ без зубца Q, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска. Изучались демографические, анамнестические, клинические данные, данные лабораторной инструментальной диагностики.

Результаты: По результатам нашего исследования средний возраст пациентов составил $45 \pm 8,2$ лет. Преобладали мужчины ($n=10$, 66,6%, $p < 0,05$). У большинства пациентов наблюдалась типичная картина ангинозного статуса ($n=14$, 93,3%, $p < 0,05$). Только 1 больной (6,6%) поступил в первые 6 часов ИМ, 3 пациентов (20%) поступили в течение первых суток, подавляющее большинство больных – позже 24 часов от начала заболевания ($n=12$, 80%, $p < 0,05$), из них 60% ($n=9$) – позднее 3 суток. Для подтверждения диагноза было проведено исследование кардиоспецифических маркеров некроза (тропонин I, КФК, КФК–МВ) только у 4 больных (26,6%), в остальных случаях ($n=11$, 73,3%) чаще всего ($p < 0,05$) исследовались не обладающие достоверной кардиоспецифичностью ЛДГ, ЛДГ-1, АСТ и АЛТ. На ЭКГ, как правило, наблюдалась инверсия зубца T или депрессия сегмента ST ($n=13$, 86,6%, $p < 0,05$), у остальных

пациентов ($n=2$, 13,3%) – неспецифические изменения сегмента ST и зубца T. По данным эхокардиографии чаще выявлялись зоны гипокинезии, чем акинезии (соответственно, $n=11$, 73,3% и $n=8$, 20%; $p<0,05$), одинаково часто, как в области передней ($n=8$, 53,3%), так и в области нижней/задней стенки левого желудочка ($n=7$, 46,7%, $p>0,05$).

Выводы: Больные ИМ без зубца Q, как правило, поздно обращаются за медицинской помощью. Кардиоспецифичные маркеры некроза исследуются только у каждого четвертого пациента. Почти у 15% пациентов на ЭКГ выявляются неспецифические изменения сегмента ST и зубца T, а у подавляющего числа больных при проведении эхокардиографии – зоны гипокинезии. Все это может затруднить своевременную диагностику и терапию ИМ, повлечь за собой угрозу для жизни пациентов.

0773

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ МНОГОКАНАЛЬНОЙ ОБЪЁМНОЙ СФИГМОГРАФИИ

Хохлов Р. А., Остроушко Н. И., Гайдашев А. Э. Ахмеджанов Н. М.

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

Целью настоящего исследования являлось изучение возможностей использования метода многоканальной объёмной сфигмографии для выявления атеросклеротического поражения артерий конечностей при диспансеризации населения.

Материалы и методы: В течение 8 месяцев было последовательно обследовано 441 пациент достигших 40 лет, у которых дополнительно к скрининговым процедурам, предусмотренным программой диспансеризации, выполнялось синхронное измерение АД на верхних и нижних конечностях с помощью метода многоканальной объёмной сфигмографии (МОС). Исследование проводилось в первой половине дня при комнатной температуре обученной медицинской сестрой. Регистрация АД проводилась в горизонтальном положении пациента после 5-минутного периода адаптации синхронно на двух руках и ногах с помощью компьютерного комплекса МОС ABI-System 100. Манжеты универсальных размеров накладывались на область плеч и лодыжек. Маркерами атеросклеротического поражения артерий являлись величина ЛПИ $\leq 0,9$, а также разница систолического АД на руках или ногах ($\Delta\text{САДр}$, $\Delta\text{САДн}$) более 15 мм.рт.ст., скорость каротидно-фemorальной пульсовой волны (cfPWV) более 10 м/с. Доверительные интервалы (ДИ) для долей определялись по методу Вальда.

Результаты: Среди обследованных старше 40 лет было 99 мужчин (средний возраст $57,1\pm 8,6$) и 342 женщины (средний возраст $56,0\pm 8,5$). Среди обследованных жителей 157 (36,5%) относились к I группе здоровья, 22 (4,9%) – ко II и 262 (59,4%) – к III. Распределение разницы систолического АД на руках и ногах, а также величины ЛПИ отличалось от нормального (тест Шапиро-Уилка; $p<0,0001$). Признаки атеросклеротического повреждения артерии любой верхней конечности ($\Delta\text{САДр}\geq 15$ мм.рт.ст.) были обнаружены у 34 (7,7%; 95% ДИ 5,5–10,6%) обследованных, любой нижней конечности ($\Delta\text{САДн}\geq 15$ мм.рт.ст. или ЛПИ $\leq 0,9$) – также у 34 (7,7%; 95% ДИ 5,5–10,6%) и любой конечности – у 65 (14,7%; 95% ДИ 11,7–18,4%). Патологическое значение ЛПИ хотя бы на одной нижней конечности регистрировалось в 12 (2,7%; 95% ДИ 1,5–4,8%) случаях. Повышение cfPWV более 10 м/с отмечалась у 144 (32,7%; 95% ДИ 28,4–37,2%) пациентов. Была установлена достоверная слабая положительная корреляция между уровнем риска по шкале SCORE и частотой поражения артерии любой конечности (коэффициент корреляции Спирмена $r=0,16$; $p<0,05$). При обследовании пациентов с ИБС и ЦВБ признаки атеросклеротического поражения артерий любой конечности были обнаружены в 16 (21%; 95% ДИ 14–32%) и 4 (22%; 95% ДИ 9–46%) случаях, а признаки поражения нескольких периферических бассейнов установлены в 2 (3%; 95% ДИ 0–10%) и 2 (11%; 95% ДИ 2–34%) случаях соответственно.

Заключение Скрининг лиц старше 40 лет с помощью МОС позволяет обнаружить атеросклеротическое поражение артерий конечностей в 14,7% (95% ДИ 11,7–18,4%), при этом вероятность поражения периферических артерий достоверно коррелирует с величиной риска по шкале SCORE. У паци-

ентов с ИБС или ЦВБ мультифокальный атеросклероз в 21% (95% ДИ 14–32%) и 22% (95% ДИ 9–46%) случаев соответственно.

0774

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ОРАЛЬНО ДИСПЕРГИРУЕМОЙ ФОРМЫ ПЕРИНДОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СРЕДНЕСРОЧНОЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

Хохлов Р.А., Царёва Е.Е.

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

Введение. Согласно последним рекомендациям пациенты, имеющие не осложнённую мягкую и умеренную артериальную гипертонию (АГ), могут использовать в качестве стартовой стратегии приём одного антигипертензивного средства (АГС). Эффективность такой терапии особенно при отсутствии каких-либо симптомов во многом будет определяться режимом дозирования, профилем побочных эффектов и особенностями конкретной лекарственной формы АГС (например, возможность приёма препарата в любое время без запивания).

Целью исследование являлось изучение эффективности и переносимости орально диспергируемой формы (ОДФ) периндоприла, одного из широко используемых ингибитора АПФ, у пациентов с мягкой и умеренной АГ в среднесрочной перспективе, а также влияние этого АГС на качество жизни (КЖ).

Материалы. Было проведено 12-недельное проспективное наблюдение за 13 женщинами и 9 мужчинами в возрасте от 38 до 60 лет (средний возраст $49,1 \pm 10,2$ лет) с мягкой и умеренной АГ, получавшими в качестве монотерапии ОДФ периндоприла в виде таблеток в средней суточной дозе $8,4 \pm 2,3$ мг. Основными конечными точками исследования являлись изменение офисного артериального давления (АД) и КЖ по опросникам EQ-5Q, SF-36 на последнем визите, а также профиль переносимости препарата.

Результаты: За 12 недель приёма ОДФ периндоприла среднее значение АД достоверно снизилось с исходных $159,6 \pm 12,3$ и $101,2 \pm 4,3$ мм.рт.ст. до $133,7 \pm 7,8$ и $83,5 \pm 6,2$ мм.рт.ст. ($p=0,0009$ и $p=0,0011$ соответственно для систолического и диастолического АД; критерий Вилкоксона). Целевые значения АД (<140 и 90 мм.рт.ст.) были достигнуты через 4 недели у 13 (59%), через 8 недель у 17 (77%), и через 12 недель терапии у 20 (86%) пациентов. Ни у одного из пациентов не наблюдалось развитие каких-либо побочных эффектов. Монотерапия ОДФ периндоприла сопровождалась достоверным улучшением КЖ больных по визуально-аналоговой шкале (EQ-5D) с $60,3 \pm 6,8$ до $75,4 \pm 7,3$ балла ($p=0,0041$; критерий Вилкоксона) и по шкале физического функционирования опросника SF-36 с $48,6 \pm 7,6$ до $61,6 \pm 5,8$ балла ($p=0,0001$; критерий Вилкоксона).

Заключение Терапия ОДФ периндоприла у пациентов с не осложнённой мягкой и умеренной АГ в течение 12 недель в средней дозировке $8,4 \pm 2,3$ мг., позволила достичь целевых значений АД у 86% пациентов. Достоверное снижение АД, достигнутое на последнем визите, сопровождалось улучшением КЖ больных, а сама терапия отличалась превосходной переносимостью и высокой комплаентностью.

0775

ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Христинченко М.А., Гончарук М.С.

Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького, г.Донецк, Украина

Цель: оценить толерантность к физической нагрузке пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Материалы и методы: Обследованы 142 пациента (85 мужчин и 57 женщин, средний возраст $66,4 \pm 10,5$ года) с ХСН II-IV функциональных классов по NYHA. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III ФК, 65,7% перенесли инфаркт миокарда. Проводилась стандартная терапия ХСН и ишемической болезни сердца. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Наличие и выраженность ТДР устанавливались путем применения опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS», 11 баллов и выше по одной из подшкал расценивались как клинически значимая тревога/депрессия. С учетом результатов заполнения опросника пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили 111 (78,1%) человек с ТДР, 2 группу – 31 (21,9%) пациент без них.

Для оценки толерантности к физической нагрузке всем пациентам выполняли тест с 6-минутной ходьбой.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Полученные данные обрабатывались с помощью статистического пакета Statistica 6.0 for Windows. Для проверки распределения на нормальность применялся критерий W Шапиро-Уилка. Достоверность различий определялась с помощью критерием Стьюдента, Манна-Уитни. Во всех случаях проверки гипотез различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: В 1-й группе результаты теста с 6-минутной ходьбой соответствовали $134,1 \pm 6,1$ м, во 2-й – $153,9 \pm 7,5$ м ($p < 0,05$). Установлена четкая обратная корреляционная связь между тяжестью ТДР и пройденной пациентом дистанцией (коэффициент корреляции $-0,79$).

Выводы: Наличие ТДР сопряжено со снижением толерантности к физической нагрузке по результатам теста с 6-минутной ходьбой.

0776

КОМОРБИДНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Хушвактова З. О., Кухарчик Г. А.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Дисфункция эндотелия лежит в основе патогенеза многих патологических состояний, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний. Высокая коморбидность ассоциируется с ростом смертности больных, снижением качества жизни, а также социальной дезадаптацией. Определенный интерес представляет анализ функционального состояния эндотелия у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) в зависимости от сочетания с коморбидной патологией.

Цель: Оценить функциональное состояние эндотелия методом периферийной артериальной тонометрии (РАТ) у больных, перенесших ИМ, в зависимости от сочетания с коморбидной патологией.

Материалы и методы: В исследование были включены 106 пациентов в возрасте от 37 до 78 лет (средний возраст $58,6 \pm 9,9$ лет), перенесших ИМ, среди них 28 женщин и 78 мужчин. Для каждого пациента рассчитывали индекс коморбидности (ИК) Чарлсона, скорректированный по возрасту. Все больные были разделены на 3 группы: I группу составили больные с $ИК \leq 3$ баллов (низкая коморбидность) – 35 больных (33%); II группу составили больные с $ИК 4-5$ баллов (умеренно выраженная коморбидность) – 47 больных (44%); III группу составили больные с $ИК \geq 6$ баллов (высокая коморбидность) – 24 больных (23%). Функциональное состояние эндотелия исследовали методом РАТ с помощью аппарата эндотометрии РАТ-2000 через 1 месяц после ИМ. Оценивали следующие показатели: индекс реактивной гиперемии (RHi) и индекс постокклюзионного расширения сосуда (Ai). Все пациенты получали стандартную терапию. Статистические данные представлены медианы (Me) и интерквартильного размаха [25%;75%].

Результаты: У пациентов I группы RHi составил $1,47 [1,33;1,60]$, 2 группы – $1,44 [1,30;1,73]$, 3 группы – $1,39 [1,24;1,49]$. У больных всех групп наблюдались низкие значения Rhi, однако у пациентов 3 группы

значимо ниже по сравнению с 1 группой ($p=0,045$), что свидетельствует о более выраженном нарушении функции эндотелия при высокой коморбидности. У пациентов 1 группы A_i составил - 10 [3;25]%, 2 группы - 12 [5;29]%, 3 группы - 22 [6;26]%. При ИК равном 6 и более баллов выявлено существенное повышение A_i ($p<0,05$). Наиболее частой коморбидной патологией среди пациентов являлся сахарный диабет (СД) 2 типа – 34 пациента (32%), наличие которого существенно влияло на показатели, характеризующие эндотелиальную функцию (RH_i - 1,43 [1,28;1,69], A_i - 19 [6;40]%), что говорит о тяжелой дисфункции эндотелия у этих пациентов.

Выводы: У больных, перенесших ИМ, высокая коморбидность ассоциирована с наиболее выраженной дисфункцией эндотелия, что проявлялось более выраженным снижением индекса реактивной гиперемии и увеличением индекса постокклюзионного расширения сосудов. Наиболее весомый вклад в развитие эндотелиальной дисфункции у пациентов обследованной группы, среди выявленной коморбидной патологии, вносил сахарный диабет.

0777

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Цоколов А. В., Стариков В. Н., Вертёлкин А. В., Патлай И. И., Кузьменко В. С.

ФГКУ «1409 Военно-морской клинический госпиталь», г. Калининград, Россия

Цель: В настоящее время, при выполнении диагностических исследований у пациентов с ИБС, складываются такие ситуации, когда диагностическая ценность методик, описываемая в 70-80х годах XX столетия, не соответствует заявленным значениям. С целью уточнения данного феномена нами была предпринята попытка оценить чувствительность и специфичность методики ВЭМ и Холтеровского мониторирования ЭКГ.

Материалы и методы: В исследование было включено 115 пациентов (средний возраст 61,2±8,6 года), кому в течение ближайшего месяца выполнялась коронароангиография (КАГ). Процент стенозирования коронарных артерий (КА) составил: ЛКА 31,3±32,3%; ПКА 63,6±35%; ОА 38,1±37,5%; ДВ 15,6±28,3%; ЗМЖВ 23,8±36,4; ПМЖА 50,8±33,8%); достигнутая при Холтеровском мониторировании величина ЧСС 100±8,8 ударов/мин не достигала субмаксимальных значений у большинства пациентов; депрессия сегмента ST более 1 мм регистрировалась в 31,3% случаев, тогда как реальная частота поражения хотя бы одной КА (>50%) составляла 81,3%.

Результаты: В результате проведенного обследования было установлено, что реальная чувствительность методики ВЭМ находится на уровне 40,7%, специфичность – 76,5%, тогда как для методики холтеровского мониторирования ЭКГ - 38% и 100%, соответственно, что ниже значений, приводимых в доступной литературе. Для методики нагрузочного тестирования корреляционная зависимость величины депрессии сегмента ST от характера поражения КА оказалась средней ($r=0,42$; $p<0,01$). Зависимость величины депрессии сегмента ST от % стенотического поражения коронарных артерий оказалась следующей: для ЛКА $r=0,39$ $p<0,01$; для ОА $r=0,26$ $p>0,05$; для ПКА $r=0,38$ $p=0,01$. Максимально достигнутая ЧСС составила 92,1±15,2% (от максимальной возрастной ЧСС), или 135,6±21,3 удара в 1 мин. Для методики Холтеровского ЭКГ-мониторирования корреляционная зависимость результатов проб была установлена на уровне от слабой до средней (для ДВ), но незначимой для всех остальных КА ($p>0,05$). Причина выявленных расхождений в описываемой и реально полученной диагностической ценности методик кроется в изменении приоритетов в лечении основного заболевания и сопутствующей патологии, выражающаяся в: 1) наличии способности новых препаратов влиять на NO-зависимую вазодилатацию. Смена приоритетов в лечении сердечно-сосудистой патологии за последние 20 лет выразилась в преобладающем назначении БАБ (81,1%), ИАПФ (78,8%) и статинов (71,9%); 2) формировании коллатерального кровотока, который влияет на результаты нагрузочных проб; 3) широком использовании статинов, с улучшением функционального состояния эндотелия; 4) приеме пролонгированных препаратов (для полного прекращения действия последних требуется не 1-2 дня как ранее, а в ряде случаев до 3-5 дней).

Заключение Таким образом, в настоящее время предпочтение следует отдавать более точным неинвазивным методикам, позволяющим достичь порога субмаксимальной ЧСС, не забывая о том, что длительный прием современных препаратов снижает диагностическую ценность последних. Поздняя же предтестовая отмена подобных препаратов искажает итоговые результаты.

0778

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА В ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Чайченко Т. В., Рыбка Е. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Гипотеза: толерантность к физической нагрузке отличается у метаболически здоровых и нездоровых подростков, страдающих ожирением.

Материалы и методы: Проведено обследование 45 подростков с ожирением в возрасте от 10 до 17 лет (23 девочки и 22 мальчика) с изучением антропометрического статуса, уровня липидов, инсулина и глюкозы крови натощак. Критерии IDF были использованы для группировки на группы метаболически здоровых подростков с ожирением (МЗО) и метаболически нездоровых (МНО). Для оценки толерантности сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам проведен тредмил-тест с анализом: ЧСС в покое (ЧСС₀), максимальная ЧСС (ЧСС_{макс}), систолического и диастолического артериального давления в покое и на максимуме нагрузки (САД₀, САД_{макс}, ДАД₀, ДАД_{макс}, соответственно). Максимальную прогнозируемую ЧСС (МПЧСС) рассчитывали по формуле Танака с расчетом % максимальной ЧСС пациента относительно прогнозируемой (% МПЧСС).

Результаты: Группы обследованных были однородны по полу ($P > 0,05$) и возрасту ($P > 0,05$). Базовые показатели ЧСС ($P = 0,467$), САД ($p = 0,370$) и ДАД ($p = 0,477$) в группах не отличались, тогда как реакция показателей системы на дозированную физическую нагрузку отличалась. Так, у МЗО доминировал хронотропный ответ в увеличении ЧСС_{макс} до $152,71 \pm 18,61$ против $137,2 \pm 23,91$ уд.мин у МНО ($P = 0,041$) и преимущественно инотропной реакции в МНО с увеличением САД_{макс} до $171,22 \pm 18,12$ vs. $149,17 \pm 21,46$ мм рт.ст. ($P = 0,007$). Достигнутая ЧСС_{макс} ниже прогнозируемой (χ^2 -квadrat = $767,8897$; $P = 0,0000001$). Статистическая разница зарегистрирована в группах по % МПЧСС ($82,84 \pm 12,49$ у МЗО против $71,16 \pm 10,14$ у МНО ($P = 0,019$)). Множественная линейная регрессионная модель, включающая антропометрические параметры и показатели липидного спектра, создана для прогнозирования % МПЧСС при физических нагрузках у детей с ожирением ($MR = 0,695$; $F(6,34) = 5,53$, $p = 0,004$).

Выводы: В ответ на физическую нагрузку метаболически здоровые подростки с ожирением демонстрируют достаточный хронотропный резерв при умеренном повышении систолического артериального давления. У метаболически нездоровых подростков с ожирением преобладает гипертензивная реакция при склонности к хронотропной несостоятельности. Т.о., метаболически нездоровые подростки с ожирением могут быть отнесены в группу риска по развитию острых сердечнососудистых событий при неадекватном назначении физических нагрузок.

0779

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Чаудхари П., Арамисова Р. М., Василенко В. М., Каскулова А. Ф.

ГОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова», г.Нальчик; ГБУЗ «Городская поликлиника №1», г.Нальчик, Российская Федерация

Цель: изучить особенности лечения больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы, методы обследования и лечения. В исследование было включено 70 пациентов: 30 больных с ведущим диагнозом ИБС, средний возраст $58,5 \pm 4,5$ года, 40 больных с доминирующим диагнозом ХОБЛ — средний возраст $57,5 \pm 3,4$ года. Всем больным до и после лечения проводились: оценка функции внешнего дыхания; ЭКГ, ЭхоКГ. Исследовали общий анализ крови, показатели гемостаза — фибриноген, протромбиновый индекс, определялись мочевина, креатинин, холестерин. В подгруппе пациентов ИБС без сопутствующей патологии ХОБЛ, с целью выявления латентной обструкции дыхательных путей, проводили однократную ингаляционную пробу с препаратом Спирива. Все пациенты, вошедшие в исследование, получали стандартную терапию, при лечении ИБС: кардиоселективные бета 1-адреноблокаторы (Конкор от 2,5 до 10 мг/сутки — средняя суточная доза по группе = $5,7 \pm 0,45$ мг/сутки), нитраты (кардикет в дозе 40 мг/сутки), антиагреганты: (Кардиомагнил 75 мг/сутки), ингибиторы АПФ (Престариум А в средней суточной дозе -5- 10 мг/сутки). Группа пациентов ХОБЛ получала терапию: Спирива — (1 раз в день).

Результаты: По данным анамнеза, жалоб и функционального обследования в группе ХОБЛ 19 больных (47,3%) имели сопутствующую патологию ИБС, в группе больных ИБС в 11 случаях (36,8%) имела место ХОБЛ. В подгруппе больных ИБС + ХОБЛ — III ФК стенокардии и средняя степень тяжести дыхательной недостаточности (ДН) регистрировались в 63,7% случаев; в подгруппе больных ХОБЛ и ИБС средняя степень тяжести ДН и III ФК стенокардии регистрируются соответственно в 68,4% (13 из 19 пациентов). Указанные параметры значительно превышают аналогичные показатели в подгруппах больных с изолированной патологией и косвенно свидетельствуют о взаимовлиянии сопутствующих патологий на клиническое течение основного заболевания.

При проведении ингаляционной тест-пробы со Спиривой у 19 больных ИБС II–III ФК и клиническими признаками СН I–II ст. были получены данные, свидетельствующие о наличии скрытой (латентной) формы бронхообструкции, носящей обратимый характер. При увеличении ОФВ1 в среднем на 21,2% имело место увеличение ЖЕЛ в среднем по подгруппе на 13,2% и пробы Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) на 32,7%, что указывает на наличие клинически не манифестируемой бронхообструкции кардиогенного генеза в результате СН и ретроградного застоя в легком.

Выводы: Результаты исследования указывают на статистически достоверное снижение толерантности к физической нагрузке у пациентов с сочетанной патологией — ХОБЛ+ИБС. Использование Конкора при сочетанной патологии оказывает эффективный антиишемический эффект с фармакологической нейтральностью на проходимость бронхиального дерева.

0780

ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В КАРДИО-РЕНОПРОТЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ Ig-A НЕФРОПАТИЕЙ

Чеботарева Е. Н.

Донецкое областное территориальное медицинское объединение, Украина

Одним из недостаточно изученных вариантов хронических гломерулонефритов является Ig-A нефропатия, лечебная тактика и прогноз при которой остается окончательно неопределенной из-за отсутствия результатов контролируемых исследований. Авторитетные нефрологи в целом склоняются к неагрессивной лечебной тактике и необходимости проведения продолжительной многолетней кардио-ренопротекции, одним из направлений которой является применения мембраностабилизирующих средств.

Цель работы заключалась в оценке влияния омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ОПНЖК) на некоторые лабораторные маркеры (протеинурию, эритроцитурию, уровень общего холестерина крови и оксидантно-антиоксидантный баланс) у больных Ig-A нефропатией.

Материалы и методы: В исследование включено 25 пациентов Ig-A нефропатией, которые были распределены в две группы наблюдения, однотипные по полу ($\chi^2=0,6$, $p=0,49$), возрасту ($\chi^2=1,1$, $p=0,57$), клинико-лабораторно-морфологическим вариантам течения заболевания ($\chi^2=0,8$, $p=0,37$). В 1-ю груп-

пу включены 13 пациентов, которые получали только ингибитор АПФ. Вторая группа (12 человек) также получала ингибитор АПФ и омакор («Солвей Фарма», Германия) в дозах от 1 до 3 граммов в сутки.

Всем больным выполнена нефробиопсия. Почечные биоптаты изучали посредством светооптической и иммуногистохимической микроскопии. В исследование включали пациентов с сохранной функцией почек с умеренной протеинурией при наличии в почечных биоптатах не менее 8-10 нефронов.

До начала лечения и через 6 месяцев исследовали уровни альфа-токоферола (α -ТФ), диеновых конъюгат (ДК), малонового диальдегида (МД), общего холестерина (ОХ) крови, протеинурию и эритроцитурию.

Результаты: В 1-ой группе на фоне лечения эритроцитурия имела тенденцию к снижению с $7,0 \pm 0,4$ до $5,8 \pm 0,3$ тыс/мл ($t=3,9$, $p=0,05$). Уровень ОХ не изменился ($6,0 \pm 0,2$ и $5,9 \pm 0,1$ ммоль/л, $t=0,8$, $p=0,31$). Наблюдалась тенденция снижения протеинурии с $1,3 \pm 0,2$ до $1,2 \pm 0,1$ ($t=2,2$, $p=0,09$). Уровень α -ТФ составил $23,1 \pm 1,8$ – до и $24,6 \pm 1,5$ пкмоль/л – после лечения ($t=1,8$, $p=0,13$), ДК $2,1 \pm 0,1$ – до и $2,0 \pm 0,1$ Ед – после лечения ($t=0,2$, $p=0,10$), МД – $3,6 \pm 0,2$ – до и $3,5 \pm 0,1$ нм/мг – после лечения ($t=0,5$, $p=0,16$). Во 2-ой группе установлено статистически значимое снижение эритроцитурии с $7,2 \pm 0,2$ до $3,8 \pm 0,3$ тыс/мл ($t=7,6$, $p=0,02$), протеинурии с $1,4 \pm 0,1$ до $1,0 \pm 0,2$ ($t=4,1$, $p=0,04$) и ОХ с $6,1 \pm 0,1$ до $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л ($t=4,2$, $p=0,04$). Динамика остальных изучаемых показателей была следующей: α -ТФ ($22,3 \pm 1,1$ – до и $26,7 \pm 1,6$ пкмоль/л – после лечения, $t=2,3$, $p=0,04$), ДК ($2,2 \pm 0,4$ – до и $1,8 \pm 0,2$ Ед – после лечения, $t=3,2$, $p=0,03$), МД ($3,7 \pm 0,4$ – до и $3,1 \pm 0,1$ – после лечения нм/мг, $t=1,4$, $p=0,08$).

Выводы: ОПНЖК как компонент длительной кардио-ренопротективной терапии позволяет позитивно влиять на базисные патофизиологические механизмы формирования ренокардиального синдрома, что проявляется в виде значимого снижения уровня протеинурии, эритроцитурии, ОХ и тенденции к частичному восстановлению оксидантно-антиоксидантного баланса за счет активации синтеза α -ТФ и снижения продукции ДК.

0781

РАННИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА И ПОЧЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОПЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Чевплянская О. Н. Дударев М. В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Россия, Ижевск

Цель: представить характеристику состояния сердца и почек (в их взаимосвязи) у молодых пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД).

Материалы и методы: В обследование включено 38 молодых мужчин (средний возраст – $24,2 \pm 3,8$ года). Пациенты в зависимости от уровня АД были разделены на 2 группы. В I группу ($n=27$) вошли лица с ВНАД, II группу (группа контроля, $n=11$) составили нормотоники. В ходе исследования определяли соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи и скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕPI. Всем пациентам проводилась трансторакальная ЭхоКГ. Оценивали интеграл скорости (FVI), максимальную (V_{max}) и среднюю (V_{mean}) скорость кровотока в период диастолы в передней нисходящей ветви и перфорантных артериях (ПА). Для анализа структурных изменений миокарда ЛЖ использовался метод «speckle tracking» ЭхоКГ и оценивался глобальный продольный стрейн (GLPS).

Результаты: По результатам обследования уровень систолического АД (САД) в 1-ой группе составил $137,7$ (132 ; 140) мм. рт. ст., диастолического АД (ДАД) – $83,9$ (80 ; 90) мм. рт. ст.; значения САД и ДАД во 2-ой группе – 119 (112 ; 122) мм. рт. ст. и 74 (72 ; 76) мм. рт. ст. соответственно.

По нашим данным, у пациентов с предгипертонией СКФ остается сохранной; лишь в 14,8% случаев отмечено небольшое снижение СКФ в пределах 90 - 60 мл/мин/ $1,73$ м². Вместе с тем, зафиксирована корреляция СКФ с САД ($r = -0,43$; $p < 0,05$), а также более высокая альбуминурия у пациентов с ВНАД (в 1 и 2 группах в 25,9% и 18,2% случаев соответственно, $p = 0,48$).

По результатам «speckle tracking» ЭхоКГ среди пациентов с ВНАД снижение GLPS выявлено в 59,3% случаев, в группе контроля снижения GLPS зарегистрировано не было ($p = 0,018$). Корреляционный анализ выявил обратную зависимость значений GLPS и САД ($r = -0,72$; $p < 0,05$), ДАД ($r = -0,5$;

$p < 0,05$), длительностью повышения АД ($r = -0,75$; $p < 0,05$), ИМТ ($r = -0,66$; $p < 0,05$) и уровнем ОХС ($r = -0,46$; $p < 0,05$). Кроме того, зафиксирована обратная зависимость GLPS и КДО ЛЖ ($r = -0,54$; $p < 0,05$), КДР ЛЖ ($r = -0,48$; $p < 0,05$) и ММЛЖ ($r = -0,47$; $p < 0,05$). У пациентов с ВНАД V_{max} в ПА в диастолу была достоверно ниже, а площадь сечения ПНА – выше. Уровни САД и ДАД достоверно коррелировали с FVI ПНА ($r = 0,45$ и $0,55$ соответственно; $p < 0,05$). Выявлена достоверная связь V_{mean} в ПА с отношением альбумин/креатинин ($r = -0,43$; $p < 0,05$).

Выводы: Корреляция СКФ с САД, а также более высокая альбуминурия у пациентов с ВНАД иллюстрируют кардиоренальные взаимоотношения на начальных этапах формирования АГ.

Наиболее ранним признаком изменения миокарда у лиц с ВНАД является снижение глобального продольного стрейна.

Начальным признаком сосудистых изменений у пациентов с ВНАД является снижение диастолической скорости кровотока в ПА.

0782

НЕДОСТАТКИ АСПИРИНОПРОФИЛАКТИКИ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Чевычелов С. С.

Частный кардиологический кабинет, Тирасполь, Молдова

Цель: Анализ недостатков аспиринопрофилактики в условиях амбулаторного приема терапевта

Материалы и методы: Обследовано 647 больных с артериальной гипертензией, ИБС, в том числе перенесенный инфаркт миокарда, периферическим атеросклерозом. У 53 больных был сахарный диабет (СД) 2 типа, как сопутствующее заболевание. Женщины - 401, мужчины - 246. Возраст: от 50 до 65 лет (средний возраст $54 \pm 8,5$). Все пациенты принимали аспирин в дозе 75-150 мг/сутки не менее полугода. 63 пациента предъявляли какие-либо диспепсические жалобы (тошнота, горечь во рту, отрыжка, изжога, тяжесть в эпигастрии, боли в животе, метеоризм, нарушения стула). У 31 больного была язвенная болезнь желудка или луковицы 12-перстной кишки в анамнезе. Все пациенты опрашивались по «Вопроснику Лондонской школы гигиены сердечно-сосудистых заболеваний» (на стенокардию и перемежающую хромоту). Всем пациентам, помимо стандартного осмотра, проводилась ЭКГ, эхокардиография и цветное доплеровское картирование сонных артерий, артерий нижних конечностей и брюшной аорты (Vscan, США). Из исследования исключались пациенты с фибрилляцией предсердий.

Результаты: Из 647 больных, принимающих аспирин и обследованных на амбулаторном приеме у терапевта, только 220 пациентам (34,0%) аспирин был назначен правильно. Еще 208 больных (32,1%) возобновили прием аспирина после адекватной антигипертензивной терапии. 52 пациента (8,0%) возобновили прием аспирина после курса лечения желудочно-кишечного тракта. У 10 пациентов с СД 2 типа риск по SCORE был менее 5%, а значит аспирин им показан не был. Следовательно, 177 пациентов (27,4% от всех пациентов) не имели и не имеют показаний для назначения аспирина. В то время как, 11 человек из них (6,6%) имели поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Выводы: 1. Для правильного назначения аспирина пациент должен быть достаточно обследован. Помимо рутинного сбора анамнеза и осмотра необходима ЭКГ, УЗИ скрининг-обследование сердца, сонных артерий и брюшной аорты. Наш опыт показывает, что с помощью портативного УЗИ прибора Vscan эти исследования можно сделать во время приема в течение нескольких минут.

2. Пациентам с гастроинтестинальными жалобами и/или язвенной болезнью в анамнезе, которым показано назначение аспирина, необходимо провести обследование и соответствующее лечение патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта до назначения аспирина.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Черненко Л. Н., Шипко А. Ф., Тельнова Л. Г., Муратов Г. Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Благодаря тесной морфофункциональной взаимосвязи изменения при бронхолегочной дисплазии приводят к ранним нарушениям легочно-сердечных отношений, результатом которого является гипоксическая легочная вазоконстрикция, механическое сужение сосудов и обструкция сосудистого легочного ложа, что, в свою очередь, приводит к легочной гипертензии и формированию хронической сердечной недостаточности.

Цель: определить маркеры формирования кардиоваскулярных осложнений у детей с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы: Обследовано 83 ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет с бронхолегочной дисплазией. Анализировались анамнестические и клинические данные. Компьютерная томография органов грудной полости осуществлялась на аппарате «HiSpeed Dual» фирмы General Electric в условиях физиологического или медикаментозного сна. Рентгенологические изменения оценивали с помощью 10-балльной шкалы тяжести БЛД, предложенной D.K.Edwards. Эхокардиография сердца с доплеровским эффектом проводилась на ультразвуковом аппарате «AU 3 Partner» фирмы «Esaote Biomedica» (Италия). В ходе исследования оценивали показатели, отражающие линейные размеры полостей сердца и магистральных сосудов с последующим расчетом центральной гемодинамики, диастолический трансмитральный кровоток определялся по методике L.K.Hattle, B.Angelsen, среднее давление в стволе легочной артерии оценивали по методу Citabataky. С целью определения прогноза формирования патологической геометрии правых камер и диастолической дисфункции левого желудочка выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа.

Результаты: У подавляющего большинства больных бронхолегочной дисплазией ($75,9 \pm 4,7\%$; $F=49,2$, $p<0,001$) зарегистрировано вторичную легочную гипертензию преимущественно 1-й степени и наличие диастолической дисфункции левого желудочка ($F=40,0$, $p<0,001$). С целью определения прогноза формирования патологической геометрии правых камер и диастолической дисфункции выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа. За независимые переменные избраны как количественные, так и качественные признаки, которые являются наиболее доступными для врача при наблюдении за ребенком. Количественными предикторами избрано среднее давление в легочной артерии, срок гестации, массу тела при рождении, длительность проведения искусственной вентиляции легких, частота сердечных сокращений. Было выяснено, что к факторам, значение которых следует учитывать при прогнозировании формирования дилатации или гипертрофии правых камер, относятся срок гестации ($p=0,009$) и масса тела при рождении ($p=0,044$). Маркерами прогнозирования диастолической дисфункции является наличие значительного фиброза легких по данным компьютерной томографии ($p=0,045$), среднее давление в легочной артерии ($p=0,020$), частота сердечных сокращений ($p=0,048$).

Выводы: Маркерами прогнозирования кардиоваскулярных осложнений у детей с бронхолегочной дисплазией следует считать малый срок гестации, низкую массу тела при рождении, значительный фиброз легочной ткани, среднее давление в легочной артерии, частоту сердечных сокращений. Возрастание среднего давления в легочной артерии свидетельствует о прогрессировании вторичной легочной гипертензии, что можно считать предиктором формирования кардиоваскулярных событий.

0784

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ИНДАПАМИД-РЕТАРД, НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОК С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Черных В. Е., Скибицкий В. В., Фендрикова А. В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Россия

Цель: Оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии, включающей индапамид-ретард, на структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка (ЛЖ) у женщин с неконтролируемой артериальной гипертонией (НКАГ) в ранний и поздний периоды постменопаузы.

Материалы и методы: В исследование включены 60 женщин в постменопаузе с НКАГ на фоне предшествующей комбинированной антигипертензивной терапии, включавшей ингибитор ангиотензинпревращающего фермента периндоприл 10 мг/сутки, антагонист кальция амлодипин 5мг/сутки; средний возраст 56,1±5,4 лет. Пациентки распределены в две группы: 1 группа (n=30) – с длительностью постменопаузы до 5 лет (ранняя); 2 группа (n=30) – более 5 лет (поздняя). В обеих группах исследования к проводимой терапии был добавлен индапамид-ретард 1,5мг/сутки. Всем больным исходно и через 6 месяцев наблюдения проводилось эхокардиографическое исследование с определением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ, межжелудочковой перегородки (ТМЖП), конечно-диастолического размера (КДР) и конечно-систолического размера (КСР) ЛЖ, фракции выброса (ФВ) ЛЖ.

Результаты: До начала исследования показатели ЭХО-КГ в обеих группах достоверно не различались. Через 6 месяцев терапии в 1-ой группе отмечалось достоверное снижение ММЛЖ на 9,2%, ИММЛЖ -на 11,2%, ТЗСЛЖ-на 13,2%, ТМЖП- на 10,1% (p<0,05). Во 2-ой группе также статистически значимо уменьшились ММЛЖ, ИММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП соответственно на 10,4%, 12,6%, 14,7% и 12,7% (p<0,05). При этом в обеих группах пациенток не отмечалось значимого изменения показателей ФВ ЛЖ, КДР и КСР. Достоверной разницы между группами по выраженности положительных изменений основных параметров ремоделирования ЛЖ на фоне терапии, включавшей индапамид-ретард, не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, у пациенток с НКАГ как в раннем, так и позднем периодах постменопаузы применение комбинированной антигипертензивной терапии, включавшей индапамид-ретард, сопровождалось достоверным и сопоставимым снижением показателей, характеризующих выраженность гипертрофии миокарда ЛЖ.

0785

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ ЦЕНТРА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА НА БАЗЕ НУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. МУРОМ ОАО «РЖД»

Чернышева О. Г.

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД», г. Муром, Россия

Современная аритмология является одной из самых перспективных направлений кардиологии и развивается молниеносными темпами. Связано это, прежде всего с актуальностью проблемы нарушений ритма сердца.

Кардиологическое отделение НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром» - специализированное отделение, являющееся структурным подразделением многопрофильной больницы. За год в отделе-

нии проходят лечение свыше 1500 пациентов. По экстренным показаниям госпитализируются около 30% пациентов, летальность за 2014 год – 0,1%. В структуре госпитализируемых ежегодно увеличивается число пациентов с нарушениями ритма сердца.

В настоящее время кардиологическое отделение является современным технически оснащенным структурным подразделением.

Материальная база кардиологического отделения позволяет провести на высоком уровне всестороннее неинвазивное обследование пациента практически с любой патологией сердца. Для этого в отделении имеется кабинет ЭХО КГ, аппаратура для проведения ЧПЭФИ, программным обеспечением для автоматической расшифровки ЭКГ и данных ВЭМ пробы. С 2009 года внедрена компьютерная регистрация и архивирование ЭКГ.

В развитии мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний за 5 лет создана система преемственности работы амбулаторно-поликлинического звена и стационара и, что особенно важно внедрена система дистанционного мониторинга больных этой патологией на дому в режиме on line.

В отделении проводятся телемедицинские консультации с ведущими клиниками страны (с ЦКБ №2 им. Семашко ОАО «РЖД» и институтом им. Бакулева).

В кардиологии внедрена информационная система «КМИС» по ведению электронной истории болезни, которая включает в себя не только ведение первичной медицинской документации, но и создание базы диагностического блока (лабораторное обследование, функциональная диагностика, УЗИ обследование).

Таким образом, на базе НУЗ «Отделенческая больница на станции Муром ОАО «РЖД» создан законченный цикл оказания помощи больным с нарушениями ритма сердца от выявления заболевания, оказание высококвалифицированной медицинской помощи (в т.ч. направление пациентов на кардиохирургическое лечение) до восстановительного лечения, реабилитации и последующего многолетнего наблюдения.

0786

ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА НА ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Черняева М. С.¹, Каскаева Д. С.¹, Петрова М. М.¹, Шимохина Н. Ю.¹, Савченко А. А.^{1,2}

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

²ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера», г. Красноярск, Россия

Введение: Аффективные нарушения являются одними из наиболее распространенных патологических изменений психической сферы человека, которые наиболее распространены среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Е.И. Чазов (2004) подчеркивает увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за период с 1990 по 2003 г. и связывает это, в частности, с высокой распространенностью у таких больных депрессивных расстройств. Следует учитывать тот факт, что в течение первого года после инфаркта миокарда умирает около 10% больных, и более половины из них внезапно в результате устойчивой желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков. Определяющим условием для возникновения прогностически опасных аритмий признаётся наличие структурной патологии сердца, которое под воздействием триггерных и модулирующих факторов становится электрически нестабильным. Однако, описания данных о вариабельности сердечного ритма у больных острым инфарктом миокарда в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) в литературных источниках пока нет. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение вариабельности ритма сердца у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) в сочетании с ТДР.

Материалы и методы: Обследовано 90 пациентов ОИМпСТ обоего пола (средний возраст $64,2 \pm 0,8$ лет), из них пациенты ОИМпСТ без ТДР ($n=36$), пациенты ОИМпСТ с ТДР ($n=54$). Всем больным был выполнен холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ХМЭКГ) на аппарате «Икар ИН-22» (ДМС, Россия) на 5-е сутки после поступления в стационар. В группе контроля проведено тестирование для выявления тревожно-депрессивных расстройств и однократное ХМЭКГ. Статистический анализ осуществляли в пакете программ Statistica 7.0 (StatSoftInc. 2004).

Результаты: У пациентов ОИМпСТ с ТДР значимо чаще были выявлены проявления суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, а также фибрилляций предсердий, в сравнении с группой без аффективных расстройств. Кроме того, у больных ОИМпСТ с ТДР выявлено значимое снижение циркадного индекса в сравнении с группой без ТДР, что говорит о ригидности циркадного ритма сердца, а соответственно снижению вариабельности ритма сердца, и является значимым предиктором смертности и аритмических осложнений (например, симптоматической устойчивой желудочковой тахикардии) у пациентов, перенесших ОИМ.

Заключение Проведенное нами исследование показало, что пациенты ОИМпСТ в сочетании с ТДР имеют более нестабильные электрические показатели сердца в сравнении с группой без аффективных расстройств, что может быть одной из причин неблагоприятного прогноза у данной категории больных.

0787

ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ

Чесникова А. И., Хрипун А. В., Годунко Е. С.

ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», областной сосудистый центр, Ростов-на-Дону

Целью исследования явилось изучение влияния способов ревазуляризации в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) на частоту коронарных событий у больных в течение года после перенесенного ИМ.

Материалы и методы: в исследование включены 301 пациент в остром периоде ИМ с подъемом сегмента ST. Через год после перенесенного ИМ проводилось анкетирование, отвечая на вопросы анкеты, пациенты сообщали о сердечно-сосудистых осложнениях (ССО), коронарных событиях, госпитализациях в течение всего периода наблюдения. Возраст больных - $56 \pm 9,99$ лет, 81,9% были мужчины. Все пациенты в зависимости от наличия и способа ревазуляризации в остром периоде ИМ были распределены в 3 группы: 1-ю ($n=34$; 11,4%) составили больные, которым была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), пациентам 2-й группы ($n=217$; 72,1%) было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в 3-ю группу включали больных, которым не проводилась ревазуляризация миокарда ($n=50$; 16,5%).

Результаты: У пациентов 2-й группы реже развивались ранняя постинфарктная стенокардия (РПС) в период стационарного лечения, нестабильная стенокардия (НС), нарушения ритма сердца (НРС) и проводимости в течение года по сравнению с частотой у пациентов 1-й группы ($p=0,019$, $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,005$). Сравнительный анализ данных у больных 2-й и 3-й групп выявил меньший процент летальных исходов как в стационаре (0,5%), так и в течение года наблюдения (1,8%), меньшую частоту РПС, повторного ИМ, НС и стабильной стенокардии, в том числе III ФК, нарушений проводимости в течение года наблюдения у пациентов 2-й группы ($p=0,003$, $p=0,021$, $p=0,022$, $p=0,031$, $p=0,006$; $p=0,000$; $p=0,040$, $p=0,025$). В 1-й группе в течение года наблюдался достоверно больший процент пациентов (31,3%) с НРС, что, вероятно, обусловлено сохранявшейся электрической нестабильностью миокарда. Число госпитализаций по поводу ИБС и ХСН во 2-й группе больных было достоверно меньшим по сравнению с таковым у пациентов 1-й ($p=0,000$) и 3-й ($p=0,000$) групп, результаты у которых были сопоставимы.

Выводы: ЧКВ - наиболее предпочтительный метод реперфузии в остром периоде ИМ, так как в отличие от 2-х других тактик ведения способствует наименьшей частоте ССО, госпитализаций и смертельных исходов в течение первого года после перенесенного ИМ.

0788

ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ЧЕРЕЗ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ

Чесникова А. И., Хрипун А. В., Годунко Е. С.

ГБОУ ВПО РостГМУ, ГБУ РО «РОКБ», Ростов-на-Дону

Цель: Изучить влияние тактики ведения в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) на частоту встречаемости нарушений ритма сердца (НРС) через год наблюдения.

Материалы и методы: в исследование были включены пациенты (n=301), находившиеся на лечении в областном сосудистом центре ГБУ РО «РОКБ» по поводу острого ИМ с подъемом ST. Возраст больных, из которых 81,9% были мужчины, составил $56 \pm 9,99$ лет. Все пациенты с учетом способа реваскуляризации были разделены на 3 группы: 1-ю составили больные, которым была проведена ТЛТ (n=34; 11,4%), пациентам 2-й группы выполнена ЧКВ (n=217; 72,1%). В 3-ю группу вошли больные, которым не проводилась реваскуляризация миокарда (n=50; 16,5%). Время от развития боли в груди до ТЛТ составило в среднем $2,93 \pm 1,24$ часа, среднее время от момента первого контакта с врачом до выполнения ЧКВ - $5,24 \pm 2,23$ часа. После выписки из стационара всем пациентам было рекомендовано продолжить прием оптимальной медикаментозной терапии. Через год наблюдения всем пациентам было повторно проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 8.0». Описание изучаемых параметров производили путем расчета средних выборочных значений и стандартного отклонения $M \pm SD$. При сравнении долей (%) применяли критерий χ^2 Пирсона. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: Анализ частоты НРС через год после перенесенного ИМ показал, что у пациентов 2-й группы отмечалось уменьшение среднего числа наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭС) на 78,3% ($p=0,044$), эпизодов наджелудочковой тахикардии (НЖТ) на 54,5% ($p=0,000$) и фибрилляции предсердий (ФП) на 80% ($p=0,000$), продолжительности ФП на 99,75% ($p=0,000$). Кроме того, во 2-й группе достоверно реже встречались пациенты с желудочковой экстрасистолией (ЖЭС) V класса по Lowen, регистрировалось наименьшее среднее количество ЖЭС у одного больного как в острый период ($111,05 \pm 10,84$), так и через год после перенесенного ИМ ($87,59 \pm 17,65$) по сравнению с показателями у пациентов 1-й ($2158,15 \pm 38,49$, $p=0,000$ и $666,07 \pm 55,72$, $p=0,000$) и 3-й ($372,6 \pm 50,13$, $p=0,030$ и $332,85 \pm 39,29$, $p=0,025$) групп.

Необходимо подчеркнуть, что у больных 1-й группы в динамике наблюдалось существенное увеличение количества НЖЭС - в 2,6 раза ($p=0,047$), что оказалось достоверным в сравнении с динамикой у пациентов 2-й и 3-й групп. Вместе с тем у больных 1-й группы в динамике сократилось количество эпизодов НЖТ на 44,4% ($p=0,003$), ФП на 50% ($p=0,000$), ЖЭС. Однако достоверно наибольшее число ЖЭС регистрировалось именно у пациентов 1-й группы как в период стационарного лечения, так и через год наблюдения в сравнении с показателями у больных и 2-й, и 3-й групп.

Выводы: проведение ЧКВ в остром периоде ИМ способствует в дальнейшем достоверному снижению частоты встречаемости различных НРС. При выполнении только ТЛТ сохранялась достоверно более высокая частота НРС даже через год наблюдения.

0789

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ

Чиныбаева А. А., Каражанова Л. К., Касымова А. А., Болысбаева З. М.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан.

На функциональное состояние миокарда у больных ИБС, существенное влияние оказывает уровень активности вегетативной нервной системы (ВНС). Основным методом, характеризующим состояние ВНС, большинство исследователей считают вариабельность сердечного ритма (ВСР), показатели которого имеют как диагностическое, так и прогностическое значение.

Цель: Оценить характер вариабельности сердечного ритма по данным Холтеровского мониторинга у больных с феноменом ишемического прекондиционирования (ИП).

Материалы и методы исследования: исследования. В исследование было включено 93 больных (мужчин) ИБС со стабильной стенокардией напряжения ФК III в возрасте от 42 до 67 лет (средний возраст $56,1 \pm 5,8$ лет). Контрольную группу составили 52 здоровых лица, адекватных по полу и возрасту.

Методы: Общеклинические методы, клинико-функциональные методы: электрокардиография в покое, трансторакальная эхокардиография, многосуточное бифункциональное Холтеровское мониторирование (SDNN-стандартное отклонение нормальных RR-интервалов за 24 часа, PNN50% - процент пар, RR-интервалов, отмечающихся более на 50 мс; гMSSD-квадратный корень из суммы квадратов разностей величин последовательных пар интервалов RR)

Результаты: У больных выявлено существенное снижение ($P < 0,001$) ночных и дневных значений SDNN, повышение ночных значений гMSSD и резкое снижение ($P < 0,001$) показателя PNN50% (ночь). Указанные сдвиги параметров ВСР свидетельствуют о нарушении адаптивной реакции со стороны вегетативной нервной системы у больных стабильной стенокардией IIIФК на фоне исходного преобладания симпатического тонуса над парасимпатическим.

В соответствии с задачами исследования представлялось актуальным оценка основных параметров ВСР в зависимости от наличия феномена ИП. Из числа 95 обследованных больных со стабильной стенокардией ФКIII у 29 (31,2%) пациентов выявлен феномен ИП у 64 (68,8%) данной феномен адаптивной защиты отсутствовал.

У больных с наличием феномена ИП была выявлена достоверная разница значений по дневному SDNN по сравнению с пациентами без феномена ИП. По остальным среднесуточным ВСР показателям нам не удалось установить статистически значимых различий. В этой связи следует подчеркнуть наличие доминирования симпатических механизмов у большинства пациентов с ИИБС без феномена ИП.

0790

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТОВ И ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Чипигина Н. С., Карпова Н. Ю., Казакова Т. В.

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Цель: оценить частоту применения антиагрегантов (ААГ) и оральных антикоагулянтов (ОАК) у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ) и влияние этой терапии на исход ИЭ и частоту тромбоэмболических (ТЭ) и геморрагических осложнений. Агрегация тромбоцитов, в том числе индуцированная бактериями, и локальное тромбообразование имеют ключевое значение в патогенезе ИЭ, как обязательный компонент формирования и роста вегетаций. В ряде экспериментальных исследований ИЭ получены обнадеживающие результаты применения ААГ, однако клиническая эффективность и безопасность применения ААГ и ОАК при ИЭ оценивается противоречиво.

Материалы и методы: В наблюдательное исследование были проспективно включены 298 случаев достоверного ИЭ последовательно диагностированных с 1993 по 2014 годы в городской клинической больнице №55 г. Москвы (средний возраст 50 ± 13 лет, мужчин 60,7%).

Результаты: ААГ/ОАК принимали 60 из 298 больных ИЭ (20,1%): с 1993 по 2003 годы аспирин/ОАК принимали до госпитализации и во время лечения в стационаре 33 из 181 больных (18,2%), в том числе 25 (13,8%) больных принимали аспирин по поводу сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС) и 8 (4,4%) больных с протезированными клапанами сердца получали фенилин; с 2004 по 2014 гг.

ААГ терапия (аспирин, клопидогрел) или терапия ОАК (варфарин) проводилась чаще ($p > 0,05$) - у 27 из 117 больных ИЭ (23,1%), в том числе у 12 больных ИЭ (10,3%) с сопутствующей ИБС или фибрилляцией предсердий, у 7 больных (6%) с протезированными клапанами сердца, и 8 больным (6,8%) аспирин был назначен при диагностике ИЭ в стационаре по предпочтению врача. ТЭ были выявлены у 82 из 298 больных ИЭ (27,5%), в том числе у 17 из 60 больных (28,3%), получавших ААГ/ОАК и у 65 из 238 больных (27,3%) не получавших такой терапии. Геморрагии наблюдались у 98 из 298 больных ИЭ (32,9%), внутричерепные кровоизлияния с летальным исходом возникли у 7 больных (2,4%); лечение ААГ/ОАК на частоту геморрагических осложнений статистически значимо не влияло. Внутрибольничная летальность составила 18,5% (20% у больных получавших ААГ/ОАК и 18,5% у больных, которые не получали ААГ/ОАК, $p > 0,05$).

Выводы: В последнее десятилетие отмечена тенденция к росту числа больных ИЭ, получающих ААГ/ОАК. В наблюдательном исследовании не выявлено благоприятного влияния терапии ААГ/ОАК на частоту ТЭ и летальность при ИЭ. Лечение ААГ/ОАК не было связано с повышением риска геморрагических осложнений у больных ИЭ и может быть продолжено при наличии сопутствующих заболеваний, требующих такой терапии.

0791

ПСИХОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Чугунова Ю. В.^{1,2}, Чумакова Г. А.^{1,3}, Бобровская Л. А.¹, Деменко Т. Н.⁴

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул

²КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул

³ФГБУ «НИИ Комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово

⁴КГБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Барнаул

Цель: изучить влияние висцерального ожирения (ВО) на когнитивные функции (КФ), психологический статус и качество жизни (КЖ) пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы: В исследование включено 90 пациентов мужского пола (средний возраст составил $56,3 \pm 6,7$ лет). ВО оценивалось по показателю «объем талии/объем бедер» (ОТ/ОБ). В группу 1 вошли 46 мужчин с $ОТ/ОБ > 0,9$ и в группу 2 – 44 пациента с $ОТ/ОБ \leq 0,9$. Использовалась шкала реактивной и личностной (ЛТ) тревожности Спилбергера-Ханина и КЖ SF-36. КФ пациентов оценивались с помощью программно-аппаратного комплекса “Status PF”

Результаты: Группа 1 имела показатели КФ хуже, чем группа 2 перед АКШ: пациенты запоминали меньшее количество двухзначных чисел ($p = 0,03$), имели меньшие объем ($p < 0,01$) и поле ($p = 0,04$) внимания, хуже мышление по тесту «индукция» ($p < 0,01$), совершали больше ошибок в тесте на сложную зрительно-моторную реакцию (СЗМР) ($p < 0,01$). Через 2 недели после АКШ пациенты группы 1 также демонстрировали худшие результаты по запоминанию двухзначных чисел ($p < 0,01$), имели меньший объем внимания ($p < 0,001$), хуже мышление в тесте «индукция» ($p < 0,001$) и совершали больше ошибок в СЗМР ($p = 0,02$) в сравнении с группой 2. Через 6 месяцев после АКШ в группе 1 наблюдались более низкие показатели внимания, чем в группе 2: объем ($p < 0,00001$) и поле ($p = 0,03$) внимания. Наблюдалось, что чем выше показатель ОТ/ОБ, тем пациенты больше совершали ошибок в СЗМР перед АКШ ($r = 0,3$, $p < 0,01$), запоминали меньше двухзначных чисел ($r = -0,2$, $p = 0,03$) и имели хуже результаты в тесте «индукция» ($r = -0,2$, $p = 0,04$) через 2 недели после него. В группе 1 уровень ЛТ оказался значимо выше, чем в группе 2 перед АКШ ($48,9 \pm 6,9$ баллов против $44,7 \pm 4,4$, $p < 0,0001$), через 2 недели ($48,5 \pm 8,2$ баллов против $41,3 \pm 6,8$, $p < 0,0001$) и через 6 месяцев ($49,4 \pm 7,9$ баллов против $43,0 \pm 6,4$, $p = 0,0001$) после него. При корреляционном анализе выявлено, что чем выше показатель ОТ/ОБ, тем выше уровень ЛТ перед АКШ ($r = 0,3$, $p = 0,02$), через 2 недели ($r = 0,3$, $p = 0,02$) и через 6 месяцев ($r = 0,4$, $p < 0,001$) после АКШ. Отмечалось, что чем выше уровень ЛТ, тем хуже объем внимания ($r = -0,4$, $p < 0,001$) перед АКШ, через 2 недели ($r = -0,4$, $p < 0,0001$) и через 6 месяцев ($r = -0,3$, $p < 0,01$) после АКШ. У группы 1 был выявлен более низкий уровень психического здоровья (MCH) в сравнении с группой 2 перед АКШ ($43,0 \pm 10,7$ бал-

ла против $49,7 \pm 9,1$, $p < 0,01$) и через 6 месяцев после него ($43,7 \pm 10,7$ балла против $51,9 \pm 7,7$, $p < 0,001$). При этом наблюдалось, чем выше показатель ОТ/ОБ, тем ниже МСН после АКШ ($r = -0,4$, $p < 0,001$).

Выводы: ВО негативно отражается на КФ, психологический статус и КЖ у пациентов как перед АКШ, так и после него. Высокий уровень ЛТ отрицательно влияет на внимание пациентов перед и после АКШ.

0792

ВЛИЯНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И ОБЪЕМА ТАЛИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Чудаева О. В., Агеенкова О. А.

ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава РФ, Россия, Смоленск

Цель: изучить влияние индекса массы тела (ИМТ) и объема талии (ОТ) на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у пациентов с нормальными и высокими нормальными цифрами артериального давления (АД).

Материалы и методы: Обследовано 160 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет. Средние цифры «офисного» САД - $132,21 \pm 0,97$ мм рт. ст., ДАД - $75,49 \pm 0,69$ мм рт. ст. Среднее значение индекса Кетле (ИК) - $25,39$ кг/м². ИК у 80 пациентов < 25 кг/м², у 50 от 25 до 29 кг/м² и у 30 обследуемых - ≥ 30 кг/м². На каждого респондента заполнялась специальная анкета, проводилась антропометрия, анализировались факторы риска ССЗ, степень повышения АД. Для анализа уровня АД использовались Российские рекомендации «Диагностика и лечение АГ» (четвертый пересмотр). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью статистической программы Statistica 6.0.

Результаты: Средние цифры дневного САД и ДАД, полученные при суточном мониторинге, были достоверно ниже «офисных» САД и ДАД, на $5,01$ ($p < 0,0000$) и $6,6$ ($p < 0,01$) мм.рт.ст. – соответственно. Регрессионный анализ показал, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м² САДс возрастает на $1,28$ мм.рт.ст. ($\text{САДс} = 100,5 + 1,28 * \text{ИМТ}$, $p = 0,0$), за день ($\text{САДд} = 107,5 + 1,24 * \text{ИМТ}$, $p = 0,0$), за ночь ($\text{САДн} = 87,06 + 1,33 * \text{ИМТ}$, $p = 0,0$) и ДАД за сутки – при увеличении ИМТ на 1 кг/м² ДАДс возрастает на $0,54$ мм.рт.ст. ($\text{ДАДс} = 62,02 + 0,54 * \text{ИМТ}$, $p = 0,0004$), за день ($\text{ДАДд} = 68,53 + 0,5 * \text{ИМТ}$, $p = 0,002$), за ночь ($\text{ДАДн} = 48,22 + 0,64 * \text{ИМТ}$, $p = 0,0001$). При изучении зависимости показателей суточного профиля АД от объема талии (ОТ) выявлена достоверная прямая корреляционная связь между средним значением САД, ДАД, ПАД, ИВ САД и ДАД, ИП САД, вариабельностью САД за сутки, за дневное и ночное время, вариабельностью ДАД за ночь, ИП ДАД за сутки, ночной период. При увеличении ОТ на 1 см САД за сутки повышается на $0,47$ мм. рт. ст. ($\text{САДс} = 90,71 + 0,47 * \text{ОТ}$, $p = 0,0$), САД за день также повышается на $0,47$ мм. рт. ст. ($\text{САДд} = 97,16 + 0,47 * \text{ОТ}$, $p = 0,0$), а САД за ночь на $0,48$ мм. рт. ст. ($\text{САДн} = 77,82 + 0,48 * \text{ОТ}$, $p = 0,0$). Однако, влияние ОТ на уровень ДАД выражено в меньшей степени. Так при увеличении ОТ на 1 см ДАД за сутки повышается только на $0,18$ мм. рт. ст. ($\text{ДАДс} = 60,04 + 0,18 * \text{ОТ}$, $p = 0,0002$), за дневной период на $0,16$ мм. рт. ст. ($\text{ДАДд} = 66,9 + 0,16 * \text{ОТ}$, $p = 0,0015$), а за ночной период на $0,23$ мм. рт. ст. ($\text{ДАДн} = 44,36 + 0,23 * \text{ОТ}$, $p = 0,0$). Необходимо отметить, что показатели СМАД больше зависели от ОТ, чем от ИМТ.

Заключение увеличение ИМТ и ОТ приводит к повышению уровня САД, ДАД, а также показателей нагрузки давлением у пациентов с нормальными и высокими нормальными цифрами артериального давления.

0793

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Чуйко Е. С., Орлова Г. М., Черкашина А. Л., Кузнецова Э. Э.

ГБОУ ВПО Иркутский Государственный медицинский университет, Иркутск

ГБУЗ Иркутская областная ордена Знак Почета клиническая больница, Иркутск

Одной из актуальных проблем современной кардиологии является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Исследования последних десятилетий доказали существование тесной связи между изменением кровеносной системы, состава крови и коронарным атеросклерозом.

Цель: изучить показатель кислородтранспортной функции (КТФК) крови у больных ИБС различной степени тяжести.

Материалы и методы: В исследование включено 70 мужчин, страдающих ИБС. Средний возраст $56,07 \pm 0,97$ л. Диагноз ИБС устанавливался с учетом клинической картины стенокардии, анамнестических данных о перенесенном инфаркте миокарда, данных ЭКГ, эхокардиографии. У 50 (71,4%) пациентов диагноз ИБС был верифицирован путем проведения коронарографии. Функциональный класс (ФК) стенокардии определялся в соответствии с канадской классификацией 1976 г. По функциональному классу стенокардии пациенты были распределены на 3 группы: 2ФК - 26, 3ФК - 26 и 4ФК - 18 пациентов. Различий между группами по возрастной структуре не выявлено. У 44 (62,8%) пациентов зарегистрирована артериальная гипертензия (АГ). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II А ст. обнаружена у 47 чел (67,2%) пациентов. Пациенты подвергнуты комплексному лабораторному обследованию. В эритроцитах с помощью спектрофотометрического метода исследовались мембраносвязанный гемоглобин (МСГ) и метгемоглобин (МГ). Также всем пациентам был рассчитан КТФК как отношение величины гематокрита к показателю вязкости крови в мелких сосудах. Кислородтранспортную функцию крови считали нормальной при показателях выше 5,3.

Результаты: Нормальный КТФК обнаружен у 27 (38,6%) пациентов – 1 группа, сниженный КТФК – у 43 (61,4%) пациентов – 2 группа. Группа пациентов со сниженным КТФК клинически характеризовалась более тяжелыми клиническими проявлениями ИБС. Так, у больных со стенокардией 4ФК КТФК оказался значимо ниже по сравнению с пациентами со стенокардией 2ФК: $4,37 \pm 0,68$ против $4,97 \pm 0,97$, $p=0,04$. Показатели систолического и диастолического АД значимо выше в группе с повышенным уровнем КТФК $180[130;190]$ и $100[80;110]$, $p<0,05$.

Выявлена обратная корреляционная связь между повышением уровня МСГ и КТФК ($R = - 0,24$, $p=0,04$). Помимо этого, выявлены значимые корреляционные связи между тяжестью ХСН и показателем КТФК. Пациенты с ХСН имеют существенно более низкие значения КТФК по сравнению с пациентами без ХСН: $4,98 \pm 0,88$ против $4,49 \pm 0,85$, $p = 0,03$. Корреляция между КТФК и МГ не выявлена.

Заключение Снижение показателя кислородтранспортной функции крови у пациентов со стабильной стенокардией можно считать показателем тяжести течения ИБС, а также маркером напряжения адаптивных систем при ИБС.

0794

ВЫЯВЛЕНИЕ КОРОНАРНОГО КАЛЬЦИНОЗА МЕТОДОМ МСКТ-КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ МЕТОДИКИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ.

Чуйко О. Е., Демко А. П., Лунегов Д. Г.

НУЗ «ОБ на ст. Кемерово», г. Кемерово, Россия

Выявление групп пациентов с факторами риска внезапного ухудшения состояния здоровья, одна из важнейших задач транспортной медицины.

ИБС – часто является предиктором пароксизмальных, зачастую угрожаемых жизни, состояний. В настоящее время признано, что атеросклероз венечных артерий и ИБС маловероятны, если отсутствует коронарный кальциноз. Наличие же коронарного кальциноза коррелирует с возрастающим риском развития коронарных событий у пациентов с ИБС и риск возрастает прямо пропорционально увеличению индекса Агатстона.

Целью нашего исследования было, выявление наличия коронарного кальциноза у пациентов высокого и очень высокого риска по шкале Skore, для верификации диагноза ИБС и определения профпригодности. В группу исследования вошло 24 пациента в возрасте 43-61 года. Из них - 16 мужчин (средний возраст 50,8±4,5г.) и 8 женщин (средний возраст 54,3±4,0 г.). Все пациенты имели риск более 5% по шкале Skore, сомнительную клинику ИБС или ЖЭС. МСКТ проводилось на 64-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе Somatom Sensation 64 (Siemens, Германия), на базе Кемеровского кардиологического диспансера.

Кальциноза коронарных артерий по результатам МСКТ не выявлено у 9 (37,5%) пациентов, минимальный кальциноз выявлен у 7(29,2%). Значительный кальциноз выявлен у 1(4,2%) пациента.

Все пациенты со значительным и умеренным кальцинозом (20,8%) - направлены на КАГ. Одному пациенту по результатам КАГ проведено АКШ, у одного выявлено 60% однососудистое поражение – пациент продолжает консервативную терапию, выведен из профессии машиниста, у двоих – при КАГ не выявлено окклюзионно-стенотических поражений и 1 пациент готовится к КАГ.

Пациенты без выявленного кальциноза и с минимальным кальцинозом коронарных артерий наблюдаются нами в среднем 18 месяцев – у одной пациентки в течение периода наблюдения развилось ОНМК, у остальных – сердечно-сосудистых событий не наблюдалось.

Таким образом МСКТ – кальциевый индекс, быстрое и неинвазивное исследование, которое может быть использовано как дополнительный метод, для определения профпригодности лиц с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, связанных с движением поездов.

Контактное лицо: Чуйко Ольга Евгеньевна, НУЗ «ОБ на ст. Кемерово», г. Кемерово, Россия. Адрес: г.Кемерово., ул. В. Волошиной 47-25. Эл. почта: chuiko111@rambler.ru

0795

«ИЗУЧЕНИЕ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОНОТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ»

Чукаева И. И., Глибко К. В., Орлова Н. В., Клепикова М. В.,
РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Москва, РФ

Цель: оценить гипотензивный и нефропротективный эффекты эналаприла у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом.

Материалы и методы: в исследование были включены 80 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Продолжительность исследования 5 лет. У всех пациентов на момент включения в исследование был установлен диагноз: ожирение 1-2 степени (абдоминальный тип). Дислипидемия. АГ 1 степени, 1 стадии, средний риск сердечно-сосудистых осложнений. Всем пациентам была рекомендована гипотензивная терапия эналаприлом 10 мг. Через пять лет наблюдения на монотерапии эналаприлом остались 29 пациентки. Лабораторные методы исследования включали оценку уровней мочевины, креатинина и липидного профиля крови. Расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) осуществлялся по формуле (СКД -Epi). Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Office Excel, разработчик Microsoft (США) и пакета программ Statistica версии 7.0, разработчик StatSoft, Inc (США).

Результаты: включенные в исследования пациенты были обследованы до лечения и через 5 лет после проводимой гипотензивной терапии. Результаты эффективности терапии оценивались у 29 пациента, оставшихся в исследовании. На фоне гипотензивной терапии в группе после лечения отмечено достоверное снижение артериального давления (АД) : АД систолическое – 127 ± 6,69 мм.рт.ст, АД

диастолическое – $82 \pm 4,14$ мм.рт.ст. ($p < 0,005$). При оценке азотовыделительной функции почек в группе после лечения выявлены достоверные различия. Уровень креатинина после лечения был достоверно ниже на фоне гипотензивной терапии и составил $69,31 \pm 12,22$ мкмоль/л. ($p = 0,027$). Выявлено достоверное увеличение уровня липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) через 5 лет наблюдения у пациентов без медикаментозного и немедикаментозной коррекции липидов. Уровень ЛПНП составил $4,00 \pm 1,16$ ммоль/л, ($p = 0,038$). Средняя скорость клубочковой фильтрации (формула СКД-ЕРІ) был достоверно выше в группе после лечения эналаприлом, СКФ = $89,86 \pm 16,86$ мл/мин/1.73 м². ($p < 0,026$)

Выводы: 1. У 29 пациентов с АГ 1 степени за 5 лет наблюдения было стойкое снижение АД на фоне монотерапии эналаприлом 10 мг.

2. На фоне стабильного снижения АД в группе после лечения выявлено достоверное снижение уровня креатинина и увеличение СКФ, что свидетельствует о нефропротекции эналаприла.

3. Сохраняющееся повышение уровня ЛПНП указывает на необходимость дополнительной медикаментозной и немедикаментозной коррекции дислипидемии у больных с метаболическим синдромом.

0796

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ЖИРОВОЙ ТКАНИ И ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Чулков В. С., Сумеркина В. А., Верейна Н. К., Чулков В. С., Телешева Л. Ф., Сеницын С. П.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель: Провести сравнительную оценку инсулинорезистентности, показателей активности жировой ткани и дисфункции эндотелия (ДЭ) у пациентов в возрасте 18–44 лет с артериальной гипертензией (АГ) на фоне абдоминального ожирения (АО) и изолированной артериальной гипертензией.

Материалы и методы: Тип исследования: «поперечный срез». В сыворотке крови определяли концентрацию глюкозы, инсулина, рассчитывали индекс НОМА-IR. Для оценки паракринной функции жировой ткани определяли концентрацию лептина и адипонектина; исследовали маркеры ДЭ: ингибитор активатора плазминогена 1 типа (РАІ-1), ангиотензин II и эндотелин в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа согласно рекомендациям фирм-производителей тест-систем. Статистический анализ данных проводился при помощи пакета статистических программ STATISTICA 10,0 (StatSoftInc., 2011, США). Применялись критерии Стьюдента, Манна-Уитни, хи-квадрат (χ^2). Данные в тексте представлены в виде $M \pm \sigma$ и Me; 25–75%. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты: В исследование включено 132 пациента (70 мужчин и 62 женщины), которые были разделены на 3 группы: 1 группа – с АГ на фоне АО (n 35), 2 группа – с изолированной АГ (n 25), 3 группа – практически здоровые (контрольная группа) (n 72). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Гликемия натощак ($6,17 \pm 1,77$; $5,16 \pm 0,47$ и $5,03 \pm 0,44$ ммоль/л, $p_{1-2,3} < 0,05$), базальная инсулинемия ($16,1$; $10,0$ – $25,3$; $10,2$; $8,2$ – $17,9$ и $10,3$; $7,1$ – $20,3$ мкМЕ/л, $p_{1-2,3} < 0,05$) и индекс НОМА-IR ($5,76 \pm 1,45$, $4,75 \pm 1,75$ и $2,11 \pm 0,49$, $p_{1-2,3} < 0,05$) были значимо выше в группе 1 по сравнению с группами 2 и 3. Уровень лептина также оказался достоверно выше в группе 1 ($35,9 \pm 25,5$ нг/мл) по сравнению группой 3 ($11,8 \pm 9,4$ нг/мл, $p_{1-3} < 0,05$) и с группой 2 ($16,3 \pm 10,6$ нг/мл, $p_{1-2} < 0,05$). Уровень адипонектина оказался ниже в группе 1 по сравнению с группой 2 и 3 ($7,8 \pm 4,8$, $12,2 \pm 7,4$ и $11,8 \pm 4,9$ нг/мл, $p_{1-2,3} < 0,05$). Наиболее высокие уровни РАІ-1 обнаружены у пациентов группы 1 ($456,0 \pm 186,9$ нг/мл) и 2 ($418,4 \pm 189,1$ нг/мл) в сравнении с группой 3 ($316,2 \pm 145,5$ нг/мл, $p_{1,2-3} < 0,05$). Повышение уровня ангиотензина II выявлено среди пациентов группы 2 ($86,4$; $44,6$ – $89,6$ пг/мл) в сравнении с группой 1 ($25,7$; $7,4$ – $46,5$ пг/мл, $p_{2-1} < 0,05$) и группой 3 ($7,7$; $5,7$ – $9,7$ пг/мл, $p_{2-3} < 0,05$). В этой же группе обнаружено повышение концентрации эндотелина ($3,2$; $0,39$ – $11,1$ фмоль/мл) в сравнении с группой 1 ($0,55$; $0,34$ – $2,3$ фмоль/л, $p_{2-1} < 0,05$) и группой 3 ($0,47$; $0,29$ – $1,68$ фмоль/мл, $p_{2-3} < 0,05$).

Выводы: У молодых пациентов с АГ на фоне АО в сравнении с изолированной АГ оказались выше показатели инсулинорезистентности, выявлены признаки паракринной дисфункции жировой ткани

(повышение лептина и снижение адипонектина) и повышение концентрации PAI-1. При изолированной АГ выявлены более значимые изменения синтетической функции эндотелия (повышение концентрации эндотелина и ангиотензина II).

0797

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ РИСКИ ПРИ РАЗНЫХ ФЕНОТИПАХ ОЖИРЕНИЯ

Чумакова Г.А.^{1,2}, Отт А.В.^{1,3}, Веселовская Н.Г.^{2,3}, Гриценко О.В.^{2,3}

¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», МЗ России, Барнаул1

²ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово2

³КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул3

Цель: Оценить значимость общего ожирения в формировании метаболического синдрома МС и сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы: В исследование было включено 150 мужчин, 50,5±3,2. Пациенты были разделены на 2 группы. 1 группу – 82 человека составили пациенты с проявлениями МС с окружностью талии (ОТ) >94см и общим ожирением (ИМТ>30) (метаболически тучное ожирение - МТО), во 2 группу вошло 68 пациентов с общим ожирением, но с нормальной величиной ОТ (метаболически здоровое ожирение - МЗО). Все исследуемые не имели клиники ишемической болезни сердца. Для оценки поражения коронарных артерий всем пациентам была проведена МСКТ. По результатам МСКТ пациенты были разделены на 3 группы: Группа 1 - отсутствие стенозов коронарных артерий (КА), Группа 2 – стенозы КА от 20 - 50%, Группа 3 - гемодинамически значимые стенозы КА более 50%. У всех пациентов проводилась оценка основного и дополнительных критериев МС.

Результаты: Стенозы КА от 20 -50% в группе 1 встречались у 43%, в группе 2 – у 27%, $p < 0,05$. Стенозы КА более 50% встречались у 26% 1 группы, 18% - 2 группы, $p < 0,01$. Отсутствие стенозов КА в группе 1 выявлено у 31%, во 2 – 45%, $p < 0,01$. При статистической обработке было выявлено, что в группе 1 имелись более высокие показатели ХСЛПН ($3,75 \pm 0,9$, в сравнении со 2 группой $3,05 \pm 0,87$, $p < 0,01$); триглицеридов ($2,05 \pm 0,97$, против $1,7 \pm 0,62$, $p < 0,01$); глюкозы ($6,1 \pm 0,32$, против $5,5 \pm 0,74$, $p < 0,05$). Также в группе 1 отмечались более высокие показатели провоспалительных цитокинов: интерлейкина 6 - $5,54 \pm 1,20$ и интерлейкина 1 - $4,23 \pm 1,53$, в сравнении с группой 2, где они составили $2,30 \pm 0,75$ ($p = 0,021$) и $2,82 \pm 0,58$ ($p = 0,020$) соответственно. В группе 1 были выше значения лептина - $25,45 \pm 2,54$ и резистина - $18,62 \pm 3,86$, чем в группе 2 - $14,18 \pm 2,54$ ($p = 0,012$) и $12,34 \pm 1,89$ ($p = 0,018$) соответственно. Уровень ХСЛПВП в 1 группе был ниже, чем во второй – $0,97 \pm 1,2$, против $1,4 \pm 0,92$ соответственно, $p < 0,01$. При проведении корреляционного анализа между ИМТ, ОТ и степенью выраженности коронарного атеросклероза (по данным МСКТ) была выявлена положительная взаимосвязь между ОТ и выраженностью коронарного атеросклероза ($r = 0,55$, $p < 0,001$), тогда как с ИМТ такой взаимосвязи не было.

Выводы: Полученные данные могут свидетельствовать о том, что общее ожирение не оказывает существенного влияния на формирование компонентов МС и не определяет сердечно-сосудистый риск.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МОТИВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ С ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫМ ПОДХОДОМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Шабанова М. В., Кужелева Е. А., Юнусова Е. Ю., Гарганеева А. А.

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

Цель: Изучение эффективности обучающей информационно-мотивационной технологии с персонализированным подходом при реабилитации пациентов с ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 50 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II - III (44 мужчины, 6 женщин) с многососудистым атеросклерозом коронарных артерий (средний возраст – $56,8 \pm 1,6$ г.), отобранных на операцию хирургической реваскуляризации миокарда. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие. Пациенты были рандомизированы независимым последовательным методом на 2 сопоставимые по исходным клинико-функциональным показателям группы. Пациенты 1 группы готовились к хирургическому вмешательству традиционно. Пациентам 2 группы в период ожидания операции КШ и в ближайший послеоперационный период были проведены занятия по обучающей информационно-мотивационной технологии с персонализированным подходом. Для оценки качества жизни (КЖ) исходно, на 14 сутки и через 6 месяцев наблюдения применялась русская версия вопросника «Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form health survey» - SF 36.

Результаты: На 14 сутки послеоперационного периода в обеих группах существенно ухудшился физический компонент здоровья ($p=0,001$). Значительнее всего усилилась физическая боль: в 1 группе - на 52,5% (с $39,1 \pm 3,9$ до $18,6 \pm 2,1$ балла), во 2 группе - на 53,2% (с $38,2 \pm 4,9$ до $17,9 \pm 2,5$ балла). Психологический компонент здоровья значительно ухудшился в 1 группе ($p=0,002$), особенно выражено снизилось ролевое эмоциональное функционирование – на 56,9% (с $56,3 \pm 7,8$ до $24,3 \pm 2,9$ балла). Во 2 группе психологический компонент по большинству параметров не изменился ($p=0,05$), кроме показателя ролевого эмоционального функционирования – оно улучшилось на 18% (с $55,5 \pm 8,8$ до $65,8 \pm 2,4$; $p=0,04$). К 6 месяцу наблюдения физический и психологический компоненты здоровья существенно улучшились в обеих группах. Однако во 2 группе по всем критериям КЖ было достоверно выше, чем в 1 группе пациентов ($p < 0,05$). Физическое функционирование в 1 группе составило $61,5 \pm 2,8$ балла, во 2 группе было на 25,8% выше – $82,9 \pm 3,2$ балла. Ролевое физическое функционирование в 1 группе составило $24,6 \pm 2,3$ балла, во 2 группе оказалось на 69,1% выше и составило $79,7 \pm 4,1$ балла. При этом физическая боль оказалась меньше на 54,5% во 2 группе ($82,2 \pm 4,5$) по сравнению с 1 группой ($37,4 \pm 1,8$).

Выводы: Таким образом, информационно-мотивационная методика с персонализированным подходом обучения эффективно улучшает КЖ в процессе реабилитации больных, подвергшихся КШ. На 14 сутки значительно улучшается психологический компонент КЖ, к 6 месяцу – психологический и физический компоненты здоровья.

0799

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ МЕЛЬДОНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СТАТУС И СТРУКТУНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ

Шалаева С. С., Туркина С. В.

ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава РФ, Волгоград

Цель: оценить влияние мельдония на клинический статус и структурно-функциональные параметры сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом (СД) 2 типа с автономной кардиальной нейропатией (АКН).

Материалы и методы: в исследование включено 60 пациентов 45-70 лет с ХСН II- III функционального класса (ФК), сопутствующим СД 2 типа имеющих признаки АКН по Ewing. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности течения СД, ХСН, а также по характеру проводимой базисной и гипогликемизирующей терапии. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по 30 человек: I группа в дополнение к базисной терапии ХСН получала мельдоний в дозе 1 г/сутки. Период наблюдения – 12 недель. Для оценки клинического статуса определяли ФК ХСН, проводили тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), для оценки структурно-функциональных параметров сердца выполняли эхокардиографическое исследование.

Результаты: через 12 недель терапии отмечено увеличение дистанции ТШХ на 32,6% и 11,0% в I и II группах соответственно, различия между группами достоверны ($p < 0,05$),

Также выявлено уменьшение ФК ХСН на 10% в I и на 1,3% во II группе, ($p > 0,05$). По окончании курса терапии произошло достоверное увеличение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) в группе дополнительно получавшей мельдоний на 4,2% ($46 \pm 0,5\%$ vs $48 \pm 0,6\%$), против 2,2% во II группе ($45 \pm 1,2\%$ vs $46 \pm 0,8\%$), а также уменьшение индекса массы миокарда ЛЖ на 4,8% (против 1,9% группы контроля), при $p < 0,05$. Через 12 недель лечения отмечено снижение количества больных с эксцентрическим (на 42,8%) и концентрическим типом ремоделирования ЛЖ (на 37%) в I группе, во II группе уменьшение количества больных с КГЛЖ и ЭГЛЖ не произошло, ($p > 0,05$). В I группе выявлено увеличение количества больных с 1 стадией ДД на 13,3% за счет уменьшения числа лиц со 2 стадией ДД на 7,1% и отсутствии пациентов с 3 стадией ДД. Во II группе число больных с 3 стадией ДД увеличилось до 10%, различия между группами были статистически значимы.

Выводы: включение мельдония в состав комплексной терапии ХСН достоверно повышает толерантность к физической нагрузке и улучшает структурно-функциональные параметры сердца у больных ХСН и СД 2 типа с АКН.

Раздел: 1

0800

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПРИ ЕГО САМОКОНТРОЛЕ

Шапошник И. И., Осипенко Т. С.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель: установление диагностической значимости предложенных показателей variability артериального давления (ВАД), определяемых методом самоконтроля (СКАД). Обследовано 128 больных гипертонической болезнью (ГБ), мужчин – 52, женщин – 76, средний возраст которых составил $54,5 \pm 1,50$ лет. Пациенты измеряли АД утром и вечером автоматическими тонометрами после обучения в школе для больных с ГБ. У большинства пациентов (89,1%) диагностирована II стадия ГБ. Обследование больных включало регистрацию ЭКГ, эхокардиографию, клиническое измерение АД, суточное мониторирование АД (СМАД), СКАД, ультразвуковое исследование сонных артерий, велоэргометрию (ВЭМ).

Определяли следующие показатели АД, установленные при СКАД: среднее АД – среднее АД за 10-дневный период наблюдения; среднеутреннее АД за тот же период, средневечернее АД – аналогичный показатель за 10 дней; максимальное АД – максимальные цифры АД из измеренных; максимальное утреннее и максимальное вечернее АД, утренний подъём АД – разница между среднеутренним и средневечерним АД. ВАД за 10-дневный период наблюдения – стандартное отклонение распределения АД, рассчитанное по всем показателям за указанный период; утренняя ВАД – стандартное отклонение распределения АД в утренние часы; вечерняя ВАД – аналогичный показатель в вечерние часы; внутрисуточная ВАД – усреднённая variability показателей АД в течение суток; межсуточная ВАД – variability средних за сутки показателей АД; индекс variability АД – отношение внутрисуточной ВАД и межсуточной ВАД.

При сравнении показателей клинического измерения АД, СМАД и СКАД установлено, что чем выше был уровень измеряемого показателя, тем большей была разница в его оценке тремя методами. ВАД по СМАД оказалась в 2 раза выше, чем по СКАД. После лечения в течение 12 месяцев суточная ВАД по результатам обоих методов сблизились. Вечернее среднесуточное АД, определяемое по СКАД, у лиц в группе «dipper» по СМАД (62 больных) было достоверно ниже по сравнению с пациентами в группе «non-dipper» (60 больных). В группе с гипертензивной реакцией АД по данным ВЭМ (107 больных) разница между утренним и вечерним систолическим АД (САД), а также межсуточная и внутрисуточная ВАД оказались достоверно выше, чем у лиц с нормотензивной реакцией на дозированную физическую нагрузку (21 больной). У лиц с гипертрофией левого желудочка установлено среднее, максимальное, утреннее и вечернее САД достоверно выше по сравнению с пациентами, имеющими нормальную массу миокарда левого желудочка. Variability утреннего САД и межсуточная variability САД оказались достоверно выше у пациентов с гипертрофией левого желудочка.

Таким образом, показатели ВАД, определяемые по данным СКАД, несут важную дополнительную диагностическую информацию.

0801

РОЛЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ ГОСПИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Шафранская К. С., Кузьмина О. К., Кашталап В. В., Барбараш О. Л.

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

Цель: оценить частоту выявления гемодинамически незначимого мультифокального атеросклероза (МФА) (от 30% и более), почечной дисфункции (ПД) и их влияния на исходы госпитального периода у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ).

Материалы и методы: проанализировано течение периоперационного периода 720 пациентов, подвергшихся КШ в период 2011-2012гг. Всем пациентам перед проведением КШ выполнялось цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей для выявления признаков мультифокального атеросклероза (МФА), определяли концентрацию креатинина в сыворотке крови за сутки до операции и на 7-е сутки после КШ, рассчитывали СКФ по формуле MDRD. Оцени-

валась частота развития неблагоприятных исходов оперативного вмешательства (инфаркта миокарда, инсульта, острой почечной недостаточности, ремедиастинотомии, смерти) в госпитальном периоде.

Результаты: частота распространенности гемодинамически незначимого МФА (от 30% и более) у пациентов с ИБС, подвергшихся КШ, составила 48%. Почечная дисфункция, определяемая по снижению СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², развилась у 16% пациентов, подвергшихся КШ. Сочетание МФА и ПД составило 21,3%. Установлено, что у четверти пациентов, подвергшихся КШ, развился неблагоприятный госпитальный исход, который достоверно чаще развивался среди пациентов только с почечной дисфункцией: в 37,9% случаев против 22,3% (p=0,03). Не выявлено достоверных различий по частоте развития неблагоприятного исхода среди пациентов только с МФА. Сочетание МФА и ПД ассоциировалось с большей частотой развития неблагоприятного исхода КШ у пациентов с ИБС: в 39,7% случаев против 23,8% (p=0,006).

Заключение выявлена высокая распространенность МФА и ПД (21,3%) у пациентов с ИБС, подвергшихся КШ. Сочетание МФА и ПД ассоциируется с развитием неблагоприятного исхода КШ. Установлено, что именно эта группа пациентов характеризуется наибольшим числом ранних осложнений КШ. При этом больший эффект в формирование неблагоприятного раннего исхода КШ оказывает ПД, однако четко разделить степень прогностического влияния МФА и ПД не представляется возможным из-за наличия общих патофизиологических механизмов формирования этих состояний и достаточно сложных механизмов взаимного отягощения.

0802

СТРУКТУРНЫЕ МАРКЕРЫ ГЕНОВ APOB, LDLR, PCSK9 В РАЗВИТИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Шахтшнейдер Е. В., Иванощук Д. Е., Орлов П. С., Макаренкова К. В., Астракова К. С., Рагино Ю. И., Воевода М. И.

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

Цель: проект направлен на изучение структурных изменений генов LDLR, APOB, PCSK9 в российской популяции и у лиц с семейной гиперхолестеринемией (СГ). Генетические дефекты в изучаемых генах приводят к снижению скорости удаления липопротеинов низкой плотности из кровотока и выраженному повышению концентрации холестерина сыворотки.

Материалы и методы: в исследование включены пациенты клинко-диагностического отделения «НИИТПМ» с диагнозом определенная СГ на основании клинических критериев. Пациентам с СГ выполнено клиническое, ультразвуковое и биохимическое исследование, включая развернутый липидный профиль. Было выполнено таргетное секвенирование интронов и экзонов генов APOB, LDLR, PCSK9 методом высокотехнологичного секвенирования (GS Junior, Roche). Популяционная выборка сформирована из жителей г. Новосибирска (международный проект «Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе» HAPIEE, рук. академик РАМН Никитин Ю.П., проф., д.м.н. Малютин С.К.). Из основной выборки (9360 чел., средний возраст 53,8±7, мужчин и женщин 1:1), методом случайных чисел отобраны группы, контрастные по среднему уровню общего холестерина сыворотки (ОХС). Группа 1 – 300 человек с наиболее высоким уровнем ОХС (402,6±67,8 мг/дл), группа 2 – 300 человек с нормальными и низкими значениями уровня ОХС (142,3±16,3 мг/дл), (p<0,05). ДНК выделена из крови методом фенол-хлороформной экстракции. Для изучения генов APOB, LDLR, PCSK9 в группах, контрастных по ОХС, использовано прямое автоматическое секвенирование и ПДРФ-анализ. Исследование одобрено этическим комитетом «НИИТПМ».

Результаты: у пациентов с диагнозом СГ выявлены структурные изменения в генах LDLR (rs121908038, rs11669576, rs121908038) и APOB (rs72653087, rs1801701, rs1801703, rs1367117, rs72653087). В гене PCSK9 у одного из пациентов определена миссенс мутация rs11591147 в гетерозиготном варианте. Мутация rs11591147 (R46L) относится к мутациям потери функции и, по данным исследований, ассоциирована с низкими уровнями ХС-ЛНП и низким риском ИБС. В среднем, у носителей минорного аллеля мутации R46L уровень ХС-ЛНП определяется ниже на 10-16%. В нашем исследовании мутация

R46L была выявлена у пациента с СГ, у которого также были определены минорные аллели rs1801701, rs1801703 и rs1367117 в гене APOB, ассоциированные с повышенным уровнем ХС-ЛНП и развитием СГ, что, по-видимому, привело к снижению эффекта данной мутации, как протективной, в отношении уровня ХС-ЛНП и ИБС.

Выводы: у всех пациентов с клиническим диагнозом определенная СГ была подтверждена гетерозиготная форма СГ методом молекулярно-генетического анализа. Получены данные о структурных изменениях в генах LDLR, APOB, PCSK9 в группах, контрастных по среднему уровню ОХС.

Работа частично поддержана грантом РФФИ №14-04-01594а.

0803

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шевелёк А. Н., Гриценко Ю. П.

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

Цель работы - оценка эффективности полного йоговского дыхания в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: 65 больных (36 мужчин и 29 женщин 64,2±4,8 лет), госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН III-IV функционального класса (ФК) (NYHA) со сниженной фракцией выброса левого желудочка (<45%) были разделены на две группы. Пациенты 1-й (n=33) получали только стандартную терапию ХСН, 2-й (n=32) - дополнительно были обучены полному йоговскому дыханию и выполняли его в положении лежа на спине ежедневно 4 раза по 8-10 дыхательных циклов, а по мере освоения упражнения - сидя, стоя, и во время ходьбы.

При поступлении и выписке больным проводился тест с 6-минутной ходьбой (Т6Х) (с оценкой выраженности одышки по шкале Борга), выполнялась трансторакальная эхокардиография, спирометрия и пульсоксиметрия. Кроме того, у пациентов оценивалась, «офисная» частота сердечных сокращений (ЧСС), дыхательных движений (ЧДД) в покое и определялось количество баллов по шкале оценки клинического состояния (ШОКС).

Результаты: Исходно существенных различий по клинической характеристике и изучаемым параметрам между группами не было ($p > 0,05$). К концу периода наблюдения в обеих группах больных значимо (все $p < 0,05$) снизились ЧСС, ЧДД, выраженность одышки, количество баллов по ШОКС, увеличилась толерантность к физической нагрузке по результатам Т6Х, возросла форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) и сатурация артериальной крови кислородом (SpO₂), при этом все перечисленные изменения были более выражены во 2-й группе по сравнению с 1-й (все $p < 0,05$). ФК ХСН снизился у 84,7% пациентов 2-й группы и лишь у 65,8% - 1-й ($\chi^2=8,91$, $p=0,012$). Средние сроки госпитализации были меньше во 2-й группе (16,3±2,4 дн), чем в 1-й (19,9±2,8 дн), $p < 0,001$. Эхокардиографические показатели не изменились.

Выводы: Применение полного йоговского дыхания в дополнение к стандартной терапии больных с декомпенсированной ХСН способствует более быстрому достижению её компенсации.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ - ТЕХНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Шевченко Г. В.

АО «Открытые Технологии 98», Москва, Россия

Рекомендации ВНОК по лечению острой сердечной недостаточности - документ, представляющий в интегрированной форме основные знания по обследованию, диагностики и лечению ОСН. Объем знаний, их структура, тесная связь с другими, кроме сердца, вегетативными органами и патологическими процессами делает целесообразным использовать в ходе лечения новейшие интеллектуальные методы анализа в диалоге с врачом. Кроме рекомендаций ВНОК целесообразно также использовать профильную научную литературу и учитывать мировой опыт.

Цель: Совместить возможности современных информационных и интеллектуальных средств и методов с рекомендациями ВНОК и их дополнениями, применяя для этого современные средства виртуального представления информации посредством системы управления базами данных и знаний, web технологий и сети Интернет.

Материалы и методы: В сети Интернет создан web сайт, объединенный с системой управления базой данных и знаний «ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОСН (GUIDELINES FOR ACUTE HEART FAILURE, ESC)» (далее «ИР»), предназначенный для поиска, объединения и представления рекомендаций ВНОК, которые непосредственно относятся к сейчас проходящему лечению или обследованию больному. ИР позволяют найти, отобразить, в соответствии с опытом и интуицией объединить и представить сумму рекомендаций, относящихся к состоянию больного. Интеллектуальные рекомендации поддерживают работу врача непосредственно в процессе выполнения обследования и лечения больного в соответствии с изменениями вследствие регресса или прогрессирования заболевания, а также успешности или недостаточности терапии.

Интеллектуальные рекомендации позволяют:

1. Задать показатели, характеризующие состояние больного, в виде аббревиатур, слов или текста и получить соответствующий набор рекомендаций по лечению.
2. Найти разделы и страницы Рекомендаций ВНОК или других загруженных документов, которые содержат заданные врачом аббревиатуры, слова или текст, удовлетворяющие логическим критериям отбора, таким как: И, ИЛИ, КРОМЕ.
3. Выбрать рекомендации, соответствующие состоянию больного, для назначения лечения.
4. Получить частичные или полные варианты расшифровки аббревиатур и текста, а также логически связанные с ними понятия из тезауруса.

Перспективы: ИР позволяет оперативно обновлять загруженную в него информацию по мере обновления Рекомендаций ВНОК. Помимо рекомендаций ВНОК, ИР позволит в дальнейшем производить ввод и учет в результатах поиска научных статей, монографий и другой медицинской и научной информации, относящейся к диагностике и лечению ОСН.

Выводы: Предложен макет ИР, который демонстрирует возможности быстрого поиска и выбора необходимой врачу информации при обследовании больного в процессе диагностики, выбора тактики лечения или реабилитации.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шевченко И. И., Сафонов А. М., Басова Е. А., Будяк В. А., Елистратова О. С., Исламов Р. Р., Китаева М. В., Костюкова О. В., Кривошеева Е. В., Лавринова А. М., Пономарева Е. Ю., Прокопенко О. П., Фетисова Е. В.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Обострение хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из частых причин госпитализации пациентов в отделения неотложной кардиологии. Представляется актуальным анализ клинико-лабораторных характеристик пациентов, госпитализированных по скорой помощи.

Материалы и методы: Исследованы данные 24 пациентов с обострением ХСН, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии за период сентябрь 2014-апрель 2015 г. Проанализированы анамнестические данные, исследованы клинические и биохимические лабораторные показатели. Статистический анализ осуществлен с помощью пакета Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики.

Результаты: Госпитализированы 20 пациентов (83,3%) и 4 пациентки (16,7%). Средний возраст всей группы $64,2 \pm 2,3$ года, медиана – 63 года, нижняя квартиль (25%) – 57 лет, верхняя квартиль (75%) – 74 года. ХСН I функционального класса (ФК) (NYHA) выявлена у 4 пациентов (16,7%), II ФК – у 12 (50%) и III ФК – у 8 пациентов (33,3%). Острый инфаркт миокарда в анамнезе подтвердили 15 пациентов (62,5%), при этом у 6 пациентов это был единственный ОИМ, у 9 – два инфаркта миокарда. В то же время наличие ИБС в виде стенокардии отметили 22 пациента (91,7%), при этом среднее время длительности стенокардии – 9,8 года. Синусовый ритм на ЭКГ выявлен у 14 пациентов (58,3%), у 9 пациентов (37,5%) – мерцательная аритмия и у одного – ритм из АВ-соединения. Средняя частота сердечных сокращений 91,9 ударов в минуту, медиана – 87,5. У 7 пациентов (29,2%) выявлена блокада левой ножки пучка Гиса. Артериальную гипертензию в анамнезе отметили 23 пациента (95,8%), среднее время длительности АГ – 12,5 лет. При госпитализации среднее значение систолического АД – 135,2 мм рт. ст., медиана – 130, нижняя квартиль (25%) – 120 мм рт. ст., верхняя квартиль – 160 мм рт. ст. Сахарный диабет отметили 9 пациентов (37,5%), при этом среднее значение глюкозы крови – 7,4 ммоль/л, медиана – 5,9 ммоль/л, 25% – 5 ммоль/л, 75% – 7,5 ммоль/л. Средний уровень холестерина при госпитализации оказался – 3,79 ммоль/л, медиана – 3,8 ммоль/л, 25% – 3,1 ммоль/л, 75% – 4,7 ммоль/л. Менее 4,0 ммоль/л значение холестерина выявлено у 15 пациентов (62,5%), от 4 до 5 ммоль/л у 5 пациентов, от 5,1 до 6,1 ммоль/л у 4 пациентов. При этом среднее значение липопротеидов низкой плотности оказалось 2,39 ммоль/л, медиана – 2,46 ммоль/л, 25% – 1,9 ммоль/л, 75% – 2,72 ммоль/л. Среднее значение липопротеидов высокой плотности $1,17 \pm 0,48$ ммоль/л. С целью оценки возможной анемии исследован уровень гемоглобина, при этом среднее значение оказалось 126,5 г/л, медиана – 128 г/л, 25% квартиль – 112 г/л, 75% квартиль – 138 г/л. Функция почек оценивалась по уровню креатинина плазмы, при этом среднее значение – 131,16 мкмоль/л, медиана – 120 г/л, 25% квартиль – 99 мкмоль/л, 75% квартиль – 133,5 мкмоль/л.

Выводы: 1. Ишемическая болезнь сердца является основной этиологической причиной хронической сердечной недостаточности.

2. У 50% пациентов выявлен II ФК ХСН, у каждого третьего – III ФК.

3. Неблагоприятным фоном является артериальная гипертензия у 95,8% пациентов, сахарный диабет у 37,5% пациентов, повышенный уровень креатинина.

ДИНАМИКА НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПАРАМЕТРЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шевченко И. И., Сафонов А. М., Басова Е. А., Будяк В. А., Елистратова О. С., Исламов Р. Р., Китаева М. В., Костюкова О. В., Кривошеева Е. В., Лавринова А. М., Пономарева Е. Ю., Прокопенко О. П., Фетисова Е. В.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) приводит к патологическому ремоделированию миокарда левого желудочка, изменению параметров центральной гемодинамики, а также повышению уровня предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Представляется актуальным анализ параметров пациентов, госпитализированных по скорой помощи.

Материалы и методы: Исследованы данные 24 пациентов с обострением ХСН, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии за период сентябрь 2014-апрель 2015 г. Эхокардиографически (M-turbo SonoSite, США и HI Vision-AVIUS, Япония) исследованы в стандартных позициях параметры центральной гемодинамики: конечный диастолический (КДО), конечный систолический (КСО) и ударный (УО), объемы (см³), фракция выброса (ФВ, %). NT-proBNP определялся количественно методом иммунохроматографии с использованием реактивов фирмы "RAMP", Канада, диапазон нормальных значений составлял 125 пг/мл для пациентов до 75 лет (75%) и 450 пг/мл для старших пациентов (25%). Статистический анализ осуществлен с помощью пакета Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики, непараметрический Н критерий Краскела-Уоллиса.

Результаты: Среднее значение NT-proBNP для всей группы 5458,4 пг/мл, при этом медиана – 1922,5 пг/мл, нижняя квартиль (25%) – 675,5 пг/мл, верхняя квартиль (75%) – 7768,5 пг/мл. Для пациентов с ХСН I ФК (NYHA) среднее значение – 459 пг/мл (медиана – 431), II ФК – 3958 пг/мл (медиана – 2536) и III ФК – 7507 пг/мл (медиана – 7971). Различия в группах оказались достоверны (H=7,5, p=0,02). Среднее значение для всей группы пациентов при выписке оказалось 2467,4 пг/мл, медиана – 977,5. Динамика NT-proBNP на фоне проводимой терапии оказалась неоднозначной: снижение у 50%, рост у 16,7% пациентов, у каждого третьего пациента отсутствие значимой динамики. У пациентов с ХСН III ФК были значительно повышены не только средние значения, но и медиана NT-proBNP, при этом верхняя квартиль составила 12696 нг/л. Данная подгруппа оказалась наиболее клинически тяжелой и прогностически неблагоприятной: летальность составила 8,3% для всей группы пациентов и 25% для пациентов с ХСН III ФК. Среднее значение ФВ у пациентов I ФК 44±8,3%, II ФК – 33,8±3,9%, III ФК – 27,8±2,9. КДО и КСО значительно повышены в результате ремоделирования у всех пациентов: среднее значение 211,6±12,4 см³ и 142,9±11,5 см³ соответственно. При этом различия в группах ФК I-III недостоверны (H=0,54, p=0,76; H=1,2, p=0,55). Среднее значение УО 68,4±4,9 см³, различия между группами также недостоверны (H=2,26, p=0,32). Незначительное снижение УО не отражает эффективность пропульсивной функции миокарда, так как митральная регургитация II степени выявлена у 58,3% пациентов, III степени у 33,3% пациентов и только у 8,4% I степени. Выводы:

1. Значения NT-proBNP у пациентов с ХСН коррелируют с ФК, максимальные значения у пациентов с III ФК.
2. Максимальные значения являются предиктором неблагоприятного исхода.
3. С ФК сердечной недостаточности в большей степени коррелирует ФВ, различия КДО и КСО недостоверны в подгруппах.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-3)

Шевченко И. И., Сафонов А. М., Будяк В. А., Елистратова О. С., Исламов Р. Р., Козьмина М. Е., Костюкова О. В., Федотова О. Е., Фетисова Е. В., Филиппских Д. А.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Острый коронарный синдром (ОКС) включает пациентов как с обострением ишемической болезни сердца, так и впервые возникшие случаи коронарной патологии. Традиционно ОКС делится на ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСПСТ) и ОКС без подъема ST. Представляется актуальной оценка анамнестических, клинических данных пациентов, полученных в результате проведения регистра.

Материалы и методы: Регистр РЕКОРД-3 организован Лабораторией клинической кардиологии (руководитель – проф. Грацианский Н.А., координатор проекта – д.м.н. Эрлих А.Д., Москва) Включено 159 последовательно госпитализированных пациентов с подозрением на ОКС с 11 марта по 11 апреля 2015 года. Статистический анализ осуществлен пакетом Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики, t-критерий Стьюдента.

Результаты: В регистр включено 159 пациентов, из них 81 женщина (50,9%). Средний возраст всей группы ($M \pm m$) – $67,9 \pm 0,96$ лет, медиана – 68 лет, нижняя квартиль (25%) – 59 лет, верхняя квартиль (75%) – 77 лет. Средний возраст 78 пациентов – $64,2 \pm 1,4$ года, медиана – 63 года, 25% – 56 лет, 75% – 76 лет. Пациентки в группе оказались старше: средний возраст – $71,5 \pm 1,2$ года, медиана – 74, 25% – 64 года, 75% – 78 лет. Различия в возрасте мужчин и женщин высоко достоверны (t-кр. Стьюдента – 3,98, $p=0,0001$). Пациенты всей группы поздно госпитализировались после начала клиники ОКС: среднее время всей группы – $61,6 \pm 6,5$ часа, медиана – 26 часов, 25% – 7,7, 75% – 74 часа. Подгруппа пациентов с ОКСПСТ также поздно госпитализирована: среднее время – $30,9 \pm 11,2$ часа, медиана – 8,1 часа, 25% – 2,9, 75% – 36,3 часа, при этом в первые 6 часов госпитализированы 7 пациентов (35%), в первые 12 часов – 11 пациентов (55%). Сто один пациент (63,5%) госпитализирован в порядке скорой помощи, 29 (18,2%) – направлены поликлиникой, 25 пациентов (15,7%) – в порядке самообращения и 4 (2,5%) переведены из других отделений стационара. Анамнестически наличие ИБС подтвердили 138 пациентов (86,8%), при этом средняя длительность стенокардии составила 9,3 года. На момент госпитализации коронароангиографию в анамнезе отметили 16 пациентов (10,1%). Артериальную гипертензию (АГ) подтвердил 151 пациент (94,9%), 77 – отметили наличие клиники сердечной недостаточности (48,4%), ОНМК в анамнезе у 17 пациентов (10,7%). Сахарный диабет в анамнезе у 33 пациентов (20,8%), при этом 5 (15,1%) соблюдают диету, 20 (60,6%) – принимают таблетированные препараты и 8 (24,3%) – получают инсулин. Курение на момент госпитализации подтвердили 22 пациента (13,8%), не знают свой уровень холестерина 49 (30,8%), отрицали повышенный уровень 57 пациентов (35,8%), 53 (33,3%) подтвердили повышение уровня холестерина. Наличие ИБС в анамнезе у ближайших родственников отметили 60 пациентов (37,7%), отрицали – 69 (43,4%) и 30 (18,9%) – затруднились ответить. Выводы:

1. Соотношение мужчин и женщин в регистре близко к 1:1, женщины значимо старше.
2. Главным каналом госпитализации является скорая помощь, при этом пациенты поздно госпитализируются.
3. ОКС возник у большинства пациентов на фоне АГ, предшествующей ИБС, у каждого пятого пациента на фоне сахарного диабета.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА РЕКОРД-3)

Шевченко И. И., Сафонов А. М., Будяк В. А., Елистратова О. С., Исламов Р. Р., Козьмина М. Е., Костюкова О. В., Федотова О. Е., Фетисова Е. В., Филиппских Д. А.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Лабораторное и инструментальное обследование пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) позволяет улучшить диагностику, оценить динамику параметров в ходе проводимой терапии. Представляется актуальным анализ клинических и лабораторных показателей пациентов, включенных в регистр ОКС.

Материалы и методы: Регистр РЕКОРД-3 организован Лабораторией клинической кардиологии (руководитель – проф. Грацианский Н.А., координатор проекта – д.м.н. Эрлих А.Д., Москва). Включено 159 последовательно госпитализированных пациентов с подозрением на ОКС с 11 марта по 11 апреля 2015 года. Статистический анализ осуществлен пакетом Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики.

Результаты исследования: Частота сердечных сокращений (ЧСС) составила в среднем в группе $85,2 \pm 1,9$ ударов/мин., при этом медиана 80, нижняя квартиль – 70, верхняя квартиль – 96 ударов/мин. Брадикардия (ЧСС < 60) отмечена у 7 пациентов (4,4%), нормокардия (ЧСС 60-90 ударов/мин.) у 101 (63,5%), тахикардия (ЧСС > 90 ударов /мин.) у 51 пациента (32,1%). Синусовый ритм при записи ЭКГ выявлен у 110 пациентов (69,1%), мерцательная аритмия у 48 (30,2%) и у одной пациентки ритм ЭКС. У 140 пациентов (88,1%) длительность комплекса QRS не превышала 110 мс, у 13 (8,2%) выявлена блокада левой ножки пучка Гиса, у 6 (3,7%) – блокада правой ножки пучка Гиса. Элевация сегмента ST обнаружена у 20 пациентов (12,6%), депрессия – у 25 (15,7%), отрицательный или двухфазный зубец T у 58 (36,5%), у 56 (35,2%) пациентов отсутствовали явные изменения на ЭКГ. Среднее значение систолического АД (САД) оказалось $141,6 \pm 2,3$ мм рт. ст., медиана – 140, нижняя квартиль – 130, верхняя квартиль – 160 мм рт. ст. Уровень САД меньше 90 мм рт. ст. выявлен у 7 (4,4%), больше 140 мм рт. ст. у 76 пациентов (47,8%). Среднее значение диастолического АД оказалось $85,2 \pm 1,3$ мм рт. ст., при этом медиана – 90, нижняя квартиль – 80, верхняя квартиль – 100 мм рт. ст. Среднее значение общего холестерина $4,89 \pm 0,1$ ммоль/л, медиана – 4,8, нижняя квартиль – 4,1, верхняя квартиль – 5,6 ммоль/л. Средний уровень липопротеидов низкой плотности – $2,75 \pm 0,1$ ммоль/л, медиана – 2,6, нижняя квартиль – 2,01, верхняя квартиль – 3,27 ммоль/л. Средний уровень глюкозы крови – $6,35 \pm 0,3$ ммоль/л, медиана – 5,1, нижняя квартиль – 4,6, верхняя квартиль – 6,5 ммоль/л. Средний уровень гемоглобина – $131,6 \pm 1,6$ г/л, медиана – 134,5, нижняя квартиль – 123, верхняя квартиль – 144 г/л., при этом гемоглобин меньше 100 г/л выявлен у 14 пациентов (8,8%), их них меньше 90 г/л у 7 пациентов, меньше 70 г/л у 2 пациентов. Среднее значение креатинина $107,6 \pm 3,2$ мкмоль/л, медиана – 98, нижняя квартиль – 84, верхняя квартиль – 120 мкмоль/л., при этом значение более 110 мкмоль/л имели 44 пациента (27,7%), из них 17 пациентов до 120, 14 – до 130, еще 9 – до 140 мкмоль/л, у остальных уровень креатинина выше 140 мкмоль/л.

Выводы: 1. Две трети пациентов при госпитализации имеют видимые изменения на ЭКГ, при этом преобладают изменения процессов реполяризации.

2. Около половины пациентов имеют при госпитализации систолическое АД выше 140 мм рт. и диастолическое АД 90 мм рт. ст. и выше.

3. У половины пациентов уровень общего холестерина выше 4,8 ммоль/л, у каждого четвертого 5,6 ммоль/л и выше.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ И ГОСПИТАЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (РЕГИСТР РЕКОРД-3)

Шевченко И. И., Сафонов А. М., Будяк В. А., Елистратова О. С., Исламов Р. Р., Козьмина М. Е., Костюкова О. В., Федотова О. Е., Фетисова Е. В., Филиппских Д. А.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Амбулаторный прием препаратов является важной составляющей для профилактики повторных госпитализаций. Госпитальный прием позволяет оценить соответствие терапии современным рекомендациям. Представляется актуальным анализ терапии пациентов, включенных в регистр острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы: Регистр РЕКОРД-3 организован Лабораторией клинической кардиологии (руководитель – проф. Грацианский Н.А., координатор проекта – д.м.н. Эрлих А.Д., Москва) Включено 159 последовательно госпитализированных пациентов с подозрением на ОКС с 11 марта по 11 апреля 2015 года. Статистический анализ осуществлен пакетом Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики.

Результаты: Острый инфаркт миокарда (ОИМ) в анамнезе отметили 50 пациентов из 159 включенных (31,4%). Регулярно прием аспирина (АС) подтвердили 96 пациентов (60,4%), клопидогреля – 11 пациентов (6,9%), пероральных антикоагулянтов – 6 пациентов (3,8%). Бета-адреноблокаторы (ББ) принимали 65 пациентов (40,9%), ингибиторы АПФ (ИАПФ) – 44 пациента (27,7%), блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА) – 18 пациентов (11,3%), статины (СТ) – 28 пациентов (17,6%), нитраты (НП) – 39 пациентов (24,5%), антагонисты кальция – 11 пациентов (6,9%). Остро догоспитально аспирин получили 55 пациентов (34,6%), средняя доза $275,9 \pm 24,4$ мг, клопидогрель – 18 пациентов (11,3%), нефракционированный гепарин (НФГ 4000 ЕД) – 19 пациентов (11,9%). АС госпитально получили 154 пациента (96,8%), клопидогрель – 153 пациента (96,2%), при этом средняя доза АС – $102,4 \pm 1,6$ мг, клопидогреля – $85,2 \pm 3,8$ мг. НФГ госпитально получали 114 пациентов (71,7%), клексан – 34 пациента (21,4%), фондапаринукс – 5 пациентов (3,1%). Таким образом, антикоагулянты получили 153 пациента (96,2%). ББ госпитально получали 127 пациентов (79,9%), ИАПФ – 94 пациента (59,1%), БРА – 31 пациент (19,5%), диуретики – 69 пациентов (43,4%), НП – 136 пациентов (85,5%), СТ – 158 пациентов (99,4%), антагонисты кальция – 22 пациента (13,8%), блокаторы альдостероновых рецепторов – 20 пациентов (12,6%), инотропную поддержку дофамином получили 11 пациентов (6,9%). Тромболитическая терапия проведена на 6 пациентам с ОКСПСТ из 11 (54,5%), поступивших в первые 12 часов: в двух случаях альтеплазой, в одном случае догоспитально тенектеплазой и в трех случаях новым отечественным тромболитиком фортелизином. Среднее время «боль-игла» – $3,4 \pm 0,9$ часа, медиана – 2,9 часа, нижняя квартиль – 1,5 часа, верхняя квартиль – 5,1 часа. Пять пациентов имели абсолютные и относительные противопоказания: геморрагический инсульт в анамнезе, ОНМК неясного генеза, язвенное кровотечение. Девять пациентов поступили позже 12 часов, из них 3 до 24 часов, еще 4 до 72 часов, 2 пациента поступили в подострой стадии ОИМ (позже 168 часов).

Выводы: 1. Амбулаторно двухкомпонентную антитромбоцитарную терапию получает незначительное число пациентов.

2. Менее половины от госпитализированных пациентов регулярно получают ББ и ИАПФ.

3. Только каждый шестой пациент амбулаторно получает статины.

4. Тромболитическую терапию догоспитально и госпитально получили чуть более половины пациентов с ОКСПСТ.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД-1 И РЕКОРД-3)

Шевченко И. И., Будяк В. А., Исламов Р. Р.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Регистры острого коронарного синдрома (ОКС) позволяют изучить параметры пациентов, оценить качество диагностики и лечения. Представляется актуальным сравнение результатов двух регистров, проведенных в одной клинике с интервалом в несколько лет.

Материалы и методы: Регистры РЕКОРД-1(ноябрь 2007 года) и РЕКОРД-3 (март 2015 года) организованы Лабораторией клинической кардиологии (руководитель – проф. Грацианский Н.А., координатор проекта – д.м.н. Эрлих А.Д., Москва). Соответственно включено 188 и 159 пациентов с подозрением на ОКС, при этом критерии включения не имеют значимых различий. Статистический анализ осуществлен пакетом Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики, параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-тест Манна-Уитни) критерии.

Результаты: В обоих регистрах число включенных женщин несколько больше: 97 и 81 соответственно, но различия недостоверны ($p=0,48$). Пациенты РЕКОРД-3 году достоверно старше ($M \pm m$ 65,1 \pm 0,9 и 67,9 \pm 0,96 года, t-кр. Стьюдента – 2,17, $p=0,03$). Значимо уменьшилось время от начала клиники до госпитализации с 175,9 \pm 18,7 (медиана – 72) до 61,6 \pm 6,5 часов (медиана – 26), U-кр. Манна-Уитни 9427,0; $p=0,015$. Также значимо уменьшилась длительность госпитального лечения с 11,2 до 9,9 дней (t-кр. Стьюдента 2,89, $p=0,004$). Достоверно чаще наличие ИБС у пациентов РЕКОРД-3 (86,8% против 77,6%, $p=0,01$), сахарного диабета (20,8% против 14,4%, $p=0,04$). Недостоверно чаще отмечают артериальную гипертензию (94,9% против 91%, $p=0,16$), перенесенное ОНМК (10,7% против 9,6%, $p=0,74$). Недостоверно реже отмечают курение (13,8% против 14,9%, $p=0,39$). Недостоверно чаще амбулаторный прием аспирина (60,4% против 54,3%, $p=0,13$), антагонистов кальция (6,9% против 6,4%, $p=0,43$). Недостоверно снизился прием ББ (40,9% против 47,3%, $p=0,12$). В то же время достоверно реже стал прием ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов к ангиотензину (39% против 53,7%, $p=0,003$), нитропрепаратов (24,5% против 52,1%, $p=0,000...$). Достоверно чаще, хотя недостаточно, прием статинов (17,6% против 6,4%, $p=0,0006$). Недостоверно реже средняя частота сердечных сокращений (85,2 против 89,9, $p=0,06$). Достоверно меньше среднее значение систолического (141,6 против 147,6, $p=0,04$) и диастолического (85,2 против 88,7, $p=0,02$) артериального давления (мм рт. ст.). Недостоверны различия уровней общего холестерина (4,89 ммоль/л, $p=0,99$), креатинина (107,6 против 108,9 мкмоль/л, $p=0,82$). В то же время значимо выше уровень глюкозы (6,3 против 5,5 ммоль/л, $p=0,004$), значимо ниже уровень гемоглобина (131,6 против 136,2 г/л, $p=0,03$). Недостоверно чаще при госпитализации регистрировался синусовый ритм (69,1% против 62,8%, $p=0,12$), недостоверно реже – мерцательная аритмия (30,2% против 35,1%, $p=0,17$). При электрокардиографическом обследовании значимо чаще выявлялась элевация сегмента ST (20% против 5,9%, $p=0,000...$), депрессия сегмента ST (15,7% против 7,4%, $p=0,007$), недостоверны различия в изменении зубца T (36,5% против 34,6%, $p=0,35$).

Выводы: 1. Соотношение мужчин и женщин в регистрах близко к 1:1 и значимо не изменилось.

2. Значимо уменьшилось время от начала клиники до госпитализации, значимо уменьшилась длительность госпитального лечения.

3. Динамика догоспитального приема препаратов разнонаправлена.

4. Достоверно чаще госпитализируются пациенты с элевацией и депрессией сегмента ST на ЭКГ.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ И ИСХОДЫ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРОВ РЕКОРД-1 И РЕКОРД-3)

Шевченко И. И., Будяк В. А., Исламов Р. Р.

БУЗ ВО «ВГКБСМП №10», Воронеж, Россия

Актуальность: Госпитальные характеристики пациентов, качество диагностики и лечения, а также исходы позволяют оценить регистры острого коронарного синдрома (ОКС). Представляется актуальным сравнение результатов двух регистров ОКС, проведенных в одной клинике с интервалом в несколько лет.

Материалы и методы: Регистры РЕКОРД-1(ноябрь 2007 года) и РЕКОРД-3 (март 2015 года) организованы Лабораторией клинической кардиологии ФГУ «Научно-исследовательский институт» Росздрава (руководитель – проф. Грацианский Н.А., координатор проекта – д.м.н. Эрлих А.Д., Москва). Соответственно включено 188 и 159 пациентов с подозрением на ОКС, при этом критерии включения не имеют значимых различий. Статистический анализ осуществлен пакетом Statistica 6 для Windows, использованы описательные статистики, анализ выживаемости методом Каплана-Мейера.

Результаты: Маркеры повреждения миокарда (тропонин I и МВ КФК) использовались у 100% пациентов регистра РЕКОРД-3, в то время как в регистре РЕКОРД-1 только у 7,9%. Госпитально пациенты регистра РЕКОРД-3 получили аспирин достоверно чаще (96,8% против 92,6%, $p=0,04$). Клопидогрель в составе двухкомпонентной антитромбоцитарной терапии 96,%. В регистре РЕКОРД-1 пациенты совсем не получали клопидогрель. Нефракционированный гепарин (НФГ) пациенты регистра РЕКОРД-3 получали достоверно чаще (71,7% против 39,4%, $p=0,000...$), при этом прием НФГ остро догоспитально достоверно не отличался (11,9% против 10,6%, $p=0,35$). Кроме того, 21,4% пациентов получали клексан, 3,1% пациентов фондапаринукс. Оба препарата не использовались в регистре РЕКОРД-1. Бета-блокаторы (ББ) стационарно пациенты РЕКОРД-3 получили недостоверно реже (79,9% против 84,6%, $p=0,09$). Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину также недостоверно реже (78,6% против 81,4%, $p=0,25$). Диуретики недостоверно чаще (43,4% против 38,8%, $p=0,19$). По-прежнему часто назначаются нитропрепараты (85,5% против 78,2%, $p=0,04$). Значимо улучшилась ситуация с гиполипидемической терапией. Достоверно чаще пациенты РЕКОРД-3 получали статины (99,4% против 5,9%). Блокаторы альдостероновых рецепторов получили 12,6% пациентов РЕКОРД-3, в предыдущем регистре данная группа не использовалась. Пациенты регистра РЕКОРД-1 совсем не получали тромболитическую терапию, в то же время 54,5% пациентов регистра РЕКОРД-3 с элевацией сегмента ST, поступившие в первые 12 часов, получили тромболитическую терапию. В регистре РЕКОРД-1 умерли 7 пациентов, летальность – 3,7%, РЕКОРД-3 – 6 пациентов, летальность – 3,8%. Различия недостоверны ($p=0,48$). Предикторами летального исхода оказались возраст, смещение сегмента ST на ЭКГ, класс Killip, повышение маркеров повреждения, глюкозы, креатинина. Анализ выживаемости методом Каплана-Мейера также показал недостоверное различие кривых выживаемости, тест Гехана-Вилкоксона 0,43, $p=0,66$. Выводы:

1. Пациенты регистра РЕКОРД-3 в подавляющем большинстве получали двойную антитромбоцитарную терапию. 2. Значимо чаще назначалась антикоагулянтная терапия с применением не только нефракционированного, но и низкомолекулярного гепарина, а также фондапаринукса. 3. Более половины пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST получили тромболитическую терапию. 4. Госпитальная летальность регистров РЕКОРД-1 и РЕКОРД-3 достоверно не отличалась.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФАКТОРНОЙ МОДЕЛИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ

Шерашов В. С., Шерашова Н. В., Деев А. Д., Шерашова М. В.

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

Предпосылки: Систематическая недооценка особенностей факторов риска развития ССЗ (ФР) в отдаленном периоде среди граждан, подвергшихся воздействию радиации (ГПВР) происходила из-за учета ограниченного набора традиционных факторов риска ССЗ (курение, ожирение, дислипидемия и др.) по экономическим или иным соображениям, но без учета всей совокупности предпосылок и результатов мировых исследований, накопленных и представленных в открытом доступе с 1971г.

Цель: Проверить достоверность результатов сравнительного проспективного когортного двухэтапного клинико-эпидемиологического исследования (КлЭпидИсл), включавшего оценку мощности 267 известных и новых факторов и проведенного с промежуточным интервалом в 5 лет (в 1997-1999гг и в 2003-2005гг.) с помощью оценки конечных точек в течение последующих 10 лет и 2.создать адекватную модель ФР ССЗ

Материалы и методы: Конечные точки в когорте ЛПА и группе контроля выявлялись ежегодно с помощью официальных запросов в ЗАГСы и другие компетентные органы в течение 10 лет с момента завершения первого этапа клинико-инструментального исследования. По завершению этапа наблюдения за смертностью полученные данные прошли дополнительную независимую статистическую экспертизу.

Результаты: Первый этап КлЭпидИсл (1997-1999гг) выявил два фактора, значимых для развития ССЗ: показатели ночной гиперсимпатикотонии и признаки обструкции по мелким ветвям бронхиального дерева. Второй этап КлЭпидИсл (2003-2005гг) выявил только характеристики ночной гиперсимпатикотонии. Последующее наблюдение за смертностью и ее причинами позволили получить высоко достоверную финальную модель мощности факторов, определяющих негативное развитие ССЗ. Наибольший шанс сердечно-сосудистой смертности имели ГПВР в отдаленном периоде, имевшие признаки выраженной сердечной недостаточности $ФК \geq III$ (NYHA), $(M \pm m) \beta = 1,68 \pm 0,5$, $RR = 1:5,4$ и, сопоставимого по мощности с сердечной недостаточностью, фактора устойчивой выраженной ночной гиперсимпатикотонии $\beta = 1,14 \pm 0,5$, $RR = 1:3,1$. В модель вошли дополнительно семь факторов, достоверно влияющих на негативный прогноз от ССЗ. Полученные результаты:

Признаны медицинским изобретением.

Выводы: 1.Получено соответствие по первому и второму этапу проспективного когортного исследования факторов развития ССЗ с результатами наблюдения за смертностью. На протяжении всех изучаемых периодов (суммарно 13лет) сохранялась мощность нового ФР – ночной гиперсимпатикотонии и её характеристик, как для развития ССЗ, так и для негативного прогноза ССЗ у ГПВР.

2.Не получено соответствие по первому этапу проспективного исследования, а именно: характеристики бронхообструкции по мелким ветвям бронхиального дерева, значимые для развития ССЗ, не имели значения для негативного прогноза ССЗ.

0813

**ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНДРОМА НОЧНОЙ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ,
НАБЛЮДАЕМЫЕ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН,
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ**

Шерашов В. С., Шерашова Н. В., Деев А. Д., Шерашова М. В.

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

Предпосылки. Снижение вариабельности сердечного ритма в ночной период времени известно из научной литературы, однако независимые исследования в этом направлении среди граждан, подвергшихся воздействию радиации (ГПВР) указывают на наличие некоторых особенностей возникновения и проявления этого недуга (Кательницкая Л.И. с соавт., 2000г и др.). Четкие характеристики отсутствуют.

Цель: Изучить особенности проявления синдрома ночной гиперсимпатикотонии (2001г) в когорте ликвидаторов и в контрольной группе (КГ).

Материалы и методы: В рамках проводившегося сравнительного проспективного когортного двух-этапного клинко-эпидемиологического исследования проведено несколько различных по типу и методологии клинко-инструментальных сравнительных исследований вариабельности сердечного ритма в когорте ликвидаторов и в контрольной группе.

Результаты: Установлено, что проявления сниженной вариабельности у ГПВР имеют ряд специфических особенностей, что и определяется термином синдром ночной гиперсимпатикотонии. В когорте ГПВР vs. КГ признаки синдрома были распространены в 75% против 25%, соответственно. Участки резко сниженной ночной вариабельности анализировались также по отношению к средненочным вариациям вариабельности (n-средненочные, ANDS-показатели участков с резким снижением ночью). Установлено, что участки со сниженной вариабельностью ночью в КГ полностью коррелируют с вариациями средненочных изменений, тогда как среди ГПВР такой корреляции не выявлено (пример $RMSSDn:RMSSDnANDS$ коэфф.корреляции ГПВР vs. КГ = 0,27vs.0,98; $p<0,001$; $VLFn:VLFnANDS = 0,27vs.0,88$; $p<0,001$ и т.д.). Сравнительный анализ характеристик ночной гиперсимпатикотонии среди умерших в процессе 10-ти летнего наблюдения показал отсутствие корреляционной взаимосвязи между характеристиками синдрома и возрастом умерших ГПВР. Наблюдаемый уровень $SDNNnANDS$ среди л/и в когорте ГПВР составил $30,8 \pm 7,3$ мсек, отличаясь от КГ, $p<0,001$, что указывало на крайне выраженную и устойчивую гиперсимпатикотонию среди умерших ГПВР.

Выводы: Полученные данные позволяют рассматривать обнаруженные изменения вариабельности как самостоятельный синдром ночной гиперсимпатикотонии, чаще наблюдаемый среди людей с органическим повреждением регуляторной области центральной нервной системы.

0814

**ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СЧИТАЮЩЕЙ ФУНКЦИИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ГРАЖДАН,
ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ**

Шерашов В. С., Шерашова Н. В., Деев А. Д., Шерашова М. В.

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

Предпосылки. Всегда представляется сложным оценить экономическую составляющую результатов крупных клинко-инструментальных исследований, итогом которых является, как правило, сложные математические модели, мало применяемые в практическом здравоохранении.

Цель: Разработка считающей функции в виде нового индекса SHERT, позволяющего в практическом применении легко оценивать риск смерти (РС) посредством получения суммы баллов негативной мощности значимых факторов для эффективного проведения скрининга и обоснованного отбора граждан, подвергшихся воздействию радиации (ГПВР), с целью проведения им вторичной профилактики, базирующейся на методах доказательной медицины.

Методы моделирования данных мощности новых и других значимых факторов риска негативного прогноза, полученных в течение 10 лет мониторинга смертности, начиная с момента завершения первого этапа клинико-инструментального исследования в когорте ЛПА и в контрольной группе. Общая длительность наблюдения составила более 13 лет.

Результаты: Шкала риска смерти (индекс SHERT) от сердечно-сосудистых заболеваний для ГПВР в отдаленном периоде, является результатом математического моделирования итогов сравнительного проспективного когортного двухэтапного клинико-эпидемиологического исследования, включавшего оценку мощности 267 известных и новых факторов и проведенного с промежуточным интервалом в 5 лет (в 1997-1999 гг и в 2003-2005 гг.), а также дальнейшего исследования конечных точек в течение последующих 10 лет. Индекс является прогрессивно возрастающей величиной и вычисляется по соответствию сумме баллов, получаемых простым арифметическим методом сложения в результате клинической оценки практически врачом строго определенных показателей состояния пациента. По мере увеличения суммы баллов до 3,5, РС возрастает в 2 раза, до 4,5 баллов – в 8 раз, более 4,5 баллов – в 24 раза. Полученные результаты:

Признаны медицинским изобретением.

Выводы: Впервые создан простой и надежный механизм оценки риска развития негативного прогноза ССЗ среди ГПВР, использование которого не требует специальных математических навыков и может проводиться практически врачом. Получаемые данные позволяют быстро и эффективно выделять диспансерные группы, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий в соответствующих учреждениях (медсанчасти при АЭС и другие медицинские учреждения, оказывающие медпомощь гражданам, подвергшимся воздействию радиации).

0815

ПРЕИМУЩЕСТВА ХРОНОТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ АПФ (ЛИЗИНОПРИЛ) У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ВАХТОВОГО ТРУДА В ЗАПОЛЯРЬЕ

Шипицына Н. В., Шуркевич Н. П., Ветошкин А. С., Гапон Л. И., Губин Д. Г., Пошинов Ф. А.

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

Цель: изучить особенности хронотипов артериального давления (АД) и метод хронотерапии (ХТ) лизиноприлом у больных с артериальной гипертонией 2 степени (АГ2 ст.) в условиях заполярной вахты.

Материалы и методы: Обследованы 157 мужчин в возрасте от 20 до 59 лет с АГ, из них группу наблюдения составили 93 больных работников заполярной вахты, группу сравнения – 64 пациента, постоянно проживающих в условиях умеренного климата (г. Тюмень). Группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, значениям офисного САД, ДАД. Диагноз АГ верифицирован на основании рекомендаций ВНОК (2008 – 2010 гг). Проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипов (ХТП) АД по классификации P. Gugini (1992 г.). Всем обследованным выполнено СМАД на «чистом» фоне (или на 3-4 день отмены гипотензивных препаратов) и на фоне хронотерапии или обычного лечения (ОЛ) лизиноприлом в дозе 5 - 10 мг/сутки в течение года.

Результаты: В тюменской группе значимо чаще регистрировались «МЕЗОР АГ», соответственно, 53,1% против 36,6% по САД ($p=0,0420$) и 41,9% и 60,9% по ДАД ($p=0,0206$), «амплитудная АГ» по САД 23,4% против 2,2% ($p=0,0001$) и незначимо по ДАД 15,6% против 6,5% ($p=0,0661$). В северной группе определялись значимо чаще «апериодическая АГ» (23,7% против 6,3%, $p=0,0046$ по САД, 25,8% против 7,8%, $p=0,0049$ по ДАД), явная тенденция к большей частоте фазовых нарушений ритмов САД («фазо-

вая АГ» - 8,6% против 0%, $p=0,0172$, «МЕЗОР-фазовая АГ» - 6,5% против 0%, $p=0,0392$) и «изонормотонии» - 12,9% против 4,69% ($p=0,0875$). Хронотерапевтическая коррекция лечения в условиях заполярной вахты способствовала значимому повышению истинной нормотонии по САД/ДАД до 75,4/63,2% ($p=0,0001/0,0001$), на фоне уменьшения атипичных ХТП АД. ХТП САД/ДАД «апериодическая АГ» значительно снизились с 16,3%/16,8% до нуля ($p=0,0019/0,0016$), а частоты ХТП «изонормотония» с 12,3%/12,3% до 1,8%/3,5% ($p=0,0306/0,0843$). Обычный прием лизиноприла привел к росту фазовых нарушений МЕЗОР нормотензивных суточных ритмов - «аллонормотония» с 0% до 13,9%, $p = 0,0233$ для САД и с 0% до 5,6%, $p = 0,1543$ для ДАД. Выводы:

В условиях заполярной вахты чаще имели место низкоамплитудные и фазовые нарушения ритма как при нормальном значении МЕЗОРа суточного ритма, так и при его повышении, что свидетельствует о неустойчивости и малой мощности суточной ритмики АД. Хронотерапия АГ в условиях заполярной вахты, по сравнению с традиционным лечением, позволила быстрее нормализовать уровень АД, нормализовать показатели суточного ритма АД, уменьшить дозы препаратов, улучшить переносимость лечения, повысить приверженность лечению.

0816

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОФЛУМИЛАСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Провоторов В. М., Шишкина Е. С.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»
Минздрава России, Воронеж

В современной литературе сочетание ХОБЛ и ИБС рассматривается как с позиции простого сочетания болезней вследствие влияния общих факторов риска (курения, урбанизации, низкой физической активности, старения популяции, генетической предрасположенности), так и с точки зрения формирования ИБС при ХОБЛ как результата системного воспаления. Предполагается, что усиление локального воспаления в бронхах, легочной паренхиме и сосудах оказывает системное воздействие и способствует прогрессированию ХОБЛ, развитию атеросклероза и сердечной патологии у данных пациентов [1].

Интерес представляет препарат Рофлумиласт, который обладает новым механизмом действия, направленным на основные звенья воспалительного процесса при ХОБЛ.

Цель: изучить особенности течения ИБС при применении Рофлумиласта у больных ХОБЛ в стадии обострения.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП №1». Группу исследования составило 27 человек, контрольную группу – 25 человек с ХОБЛ 2 стадии и стабильной стенокардией напряжения 2 ФК. Исследовались провоспалительные цитокины (ИЛ-6, С-РБ, ФНО- α) при поступлении в стационар, через 10 дней лечения и через 3 месяца после выписки больных из стационара. Контрольная группа пациентов получала базовую противовоспалительную терапию. В группе исследования пациенты дополнительно к базовой противовоспалительной терапии получали Рофлумиласт в дозе 500 мкг 1 раз в день и продолжали его применять в течение 3 месяцев после выписки из стационара.

Результаты: В контрольной группе и группе исследования в начале лечения был повышен уровень провоспалительных цитокинов. Через 10 дней лечения в контрольной группе у 21% пациентов произошло снижение уровня провоспалительных цитокинов на $11\% \pm 1,1\%$ ($P < 0,01$), в группе исследования у 27% - на $17\% \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$).

Через 3 месяца в контрольной группе произошло снижение уровня провоспалительных цитокинов у 22% пациентов на $15\% \pm 1,1\%$ ($P < 0,01$), в группе исследования у 37% пациентов – на $23\% \pm 1,2\%$ ($P < 0,01$). Увеличение количества приступов стенокардии в контрольной группе наблюдалось у $18\% \pm 1,1\%$

($P < 0,005$), в группе исследования – у $12\% \pm 1,2\%$ ($P < 0,005$). При этом в контрольной группе потребовалась госпитализация 3 пациентам, в группе исследования – 1 пациенту.

Выводы: Использование Рофлумиласта при обострении ХОБЛ снижает уровень провоспалительных цитокинов в крови, а также снижает количество приступов стенокардии и случаев госпитализации по поводу ИБС.

Список литературы: Чичерина Е. Н., Милютин О. В. Системное воспаление и атеросклероз общих сонных артерий у больных хронической обструктивной болезнью легких// Клиническая медицина №2 – 2009.

0817

КЛИНИКО – ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ВРАЧЕБНОМ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ УЧАСТКЕ

Шишминцева Е. П.

МУЗ ЦГБ №1, г. Коркино, Россия

Цель: состояла в изучении клиничко – демографической характеристики артериальной гипертензии (АГ) у больных на врачебном территориальном участке. Нами был выбран участок №2, расположенный на территории г. Коркино Челябинской области. Численность населения данного участка составляет 1812 человек. По паспорту участка на диспансерном учете больных АГ состояло 97 человек.

В исследовании принимали участие 170 человек, из них у 156 (100 женщин и 56 мужчин, средний возраст $59,3 \pm 0,99$) человек наблюдали АГ. Всем больным проводили измерение АД по методу Н.С. Короткова, оценивали антропометрические и демографические данные. В ходе опроса пациентов выясняли наличие у их родственников первой линии заболеваний таких, как АГ, инфаркт миокарда, сахарный диабет, инсульт. Определяли альбуминурию с помощью тест-полоски, скорость клубочковой фильтрации по формуле MDRD, проводили суточный мониторинг АД, электрокардиографию, эхокардиографию, ультразвуковую доплерографию дуги аорты.

В ходе нашего исследования АГ мы наблюдали у 100 (64,1%) женщин и у 56 (35,9%) мужчин. Неблагоприятный семейный анамнез АГ имели 98 (62,8%) больных. При обследовании АГ впервые выявили у 21 (13,4%) пациента (18 женщин, 3 мужчин). Знали о повышенном АД и не принимали гипотензивные препараты до начала исследования 36 (20,1%) пациентов, 99 (63,5%) знали о наличии у себя АГ и принимали гипотензивные препараты до начала исследования. Из 26 семей в 23 семьях АГ страдали по 2 человека, в 2 семьях - по 3 человека, в 1 семье – по 1 человеку. Среди больных АГ была выявлена неродственная АГ (муж-жена) – у 19 семей, родственная АГ (мать-сын) – у 7 семей. С I стадией гипертонической болезни (ГБ) выявили 2 (1,28%) больных, со II стадией – 60 (38,4%), с III стадией – 95 (60,9%). 1 степень повышения АД была выявлена у 4 (2,56%) пациентов, 2 степень – у 95 (60,9%), 3 степень – у 57 (36,5%). По таблице SCORE высокий риск смерти в течение ближайших 10 лет выявлен у 70 (44,9%) больных АГ (27 мужчин, 43 женщин). У 2 больных АГ впервые был выявлен сахарный диабет.

Таким образом, на врачебном территориальном участке № 2 г. Коркино количество больных АГ на 62,2% превышало количество больных, состоящих на диспансерном учете. В ходе исследования отмечалось преобладание АГ среди женского населения врачебного территориального участка. При этом 62,8% больных АГ имели неблагоприятный семейный анамнез. 44,9% больных АГ имели высокий риск смерти в течение ближайших 10 лет. Среди населения обследованного врачебного территориального участка преобладала АГ 2-3 степени, ГБ III стадии.

0818

ДОПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕХНОЛОГИЯМИ ON-LINE СИНТЕЗА ТЕРАПИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шляхто Е. В.¹, Лищук В. А.²

ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» МЗРФ, Санкт-Петербург¹

ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», Москва²

Рекомендации кардиологического общества (российского и зарубежных), методические указания МЗ и департаментов, требования страховой медицины, традиции ЛПУ, личный опыт врача, его профессионализм, духовная сила, сочувствие больному и врачебное искусство – только грани современной кардиологии. К ним нужно добавить комбинаторное сочетание заболеваний сердца и сосудов, методов диагностики и терапии; терапии медикаментозной, хирургической, психосоматической, и др. Каждая составляющая из этого перечня (например, пропись, технология, хирургия и т.п.) содержит многие гигабайты информации и опирается на навыки, умения, техники, вплоть до искусства и т.п. Поэтому дальнейший прогресс кардиологии не может обойтись без тесного взаимодействия с информационными системами, интеллектуальными технологиями и, в целом, современными аналитическими и цифровыми средствами, повышающими доступность информации и усиливающими возможности умственной деятельности администратора, управленца, лечащего врача. Цель:

Обсудить возможности передачи информационным и интеллектуальным технологиям алгоритмической части врачебной нагрузки.

Материалы и методы: это объединённый опыт кардиологии, информатизации и разработки интеллектуальных технологий, накопленный за последние десятилетия Северо-Западным федеральным медицинским исследовательским центром» и «Проблемной комиссией по медицинской и биологической кибернетике и информатике» РАМН.

Результаты: Опыт разработки математической кардиологии выявил необходимость обсуждения профессиональным сообществом кардиологов целесообразности преобразования рекомендаций по лечению сердечной недостаточности в форму гипертекста с включением в него системы поиска рекомендаций, соответствующих текущему состоянию больного. Возможности включения в рекомендации типовых моделей и технологий, уже используемых для терапии. Включения в рекомендации стандартных систем кардиологических показателей, согласующих функциональные и морфологические оценки сердца и сосудов. Обсуждения полезности объединения видео и функционального контроля. Обсуждение технологий синтеза терапии сложных кардиологических больных в режиме реального времени с использованием индивидуализированных моделей и опережающей имитации. Актуальность:

Организации исследования по оценке значимости нарушений регуляции в генезе неинфекционных сердечно-сосудистых (и других) расстройств. Обсуждение своевременности включения в программы медвузов и курсов повышения квалификации математических моделей и интеллектуальных технологий.

Выводы: Для проведения этих работ и исследований организовать в Российском кардиологическом обществе секцию математической кардиологии и временный научно-исследовательский коллектив по использованию интеллектуальных технологий для рекомендаций РКО.

0819

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ – СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Шляхто Е. В.¹, Лищук В. А.²

¹ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр» МЗРФ, Санкт-Петербург

²ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева», Москва

Современные возможности трансляционной медицины очень велики. Они превосходят психофизиологические способности среднего человека по скорости и объему воспринимаемой, обрабатываемой и используемой информации. Объем и виды поступления последней растут по всем направлениям: от молекулярной биологии до организма в целом, от перспективных направлений науки до практических диагностических, терапевтических и управленческих технологий.

Цель: Отобрать эффективные для клинической практики знания, умения и технологии, обобщить и использовать их с наибольшим лечебным эффектом и с наименьшими затратами.

Материалы и методы: Ещё Иммануил Кант, возможно, несколько преувеличивая, написал: «В каждой естественной науке заключено столько истины, сколько в ней математики». Математическую кардиологию в прошлом веке успешно развивали Кирклин, Шеппард, Амосов, Лищук, Гайтон, Шумаков, DeBaKey, Бураковский, Бокерия, Friedman, Беллман и сейчас развивают и применяют на практике Шляхто, Белов, Газизова, Кулагина, Флёров, Сазыкина, Курапеев, Гаврилов и ещё многие кардиологи, математики и инженеры разных клинических и научных центров (например, Centre for Mathematical Medicine and Biology University of Nottingham; Battelle Center for Mathematical Medicine). Настало время объединить эти разработки и достижения, что позволит преодолеть почти необозримое комбинаторное расширение кардиологической Вселенной.

Результаты исследования: Уже сегодня математическая (цифровая, трансляционная, виртуальная) кардиология преобразовала в интеллектуальные технологии значимые направления диагностики и лечения, ещё и наделив их неожиданной новизной. Вот только некоторые из них. Системы законов сердца и кровообращения, непротиворечивые и полные в рамках современных возможностей клиники. Структуры, распознаваемые видеодиагностикой, и соответствующие им компартменты, которые определяются законами из выше представленной их непротиворечивой и полной системы. Клинические показатели, соответствующие структуре и законам, приведенные к относительным сравнимым величинам. Все три составляющие - клиническая физиология, патологическая морфология и статистические оценки (доказательная медицина) обобщены клинически ориентированными моделями, адекватность которых обуславливается индивидуализацией в режиме реального времени. Всё вместе позволило находить и оценивать в ходе лечения основной и сопутствующие патологические процессы, реакции регуляции на патологию и лечение, и, в результате, оперативно корректировать терапию, оценивая качество выполняемых процедур и лечения в целом. Есть ещё много достижений математической кардиологии. Тренд её развития, и это важно, быстро перемещается от контроля, диагностики и лечения ОСН в направлении выявления, профилактики и купирования причин ХСН.

Выводы: Мы уверены, что полезным начинанием в этом году, объявленным Президентом РФ годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, будет объединение с помощью и в структуре Российского кардиологического общества разрозненного опыта и результатов нескольких десятков кардио-математических центров, работающих как у нас, так и за рубежом, объединение их в прорывное научно-практическое направление - математическую кардиологию.

0820

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВУХ ВНУТРИГРУДНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Шнейдер Ю. А., Цой М. Д., Черкес А. Н., Шиленко П. А., Худеньких Е. Е.

ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград)

Цель: Анализ непосредственных и промежуточных результатов использования двух внутригрудных артерий при выполнении изолированного коронарного шунтирования.

Материалы и методы: С сентября 2012 на базе нашей клиники выполнено 746 операций изолированного коронарного шунтирования с использованием двух внутригрудных артерий. Нами был про-

изведен анализ результатов таких операций по следующим критериям: возраст пациента, вид перфузии, время операции, количество используемых кондуитов, объем кровопотери (мл), госпитальная летальность, частота периоперационного ИМ, частота рестернотомии по поводу кровотечения, частота инфекционных осложнений со стороны грудины (малая инфекция, медиастинит), частота неврологических осложнений (ОНМК).

Результаты: Изолированное КШ с использованием 2-х ВГА выполнено 544 (73%) мужчинам и 202 женщинам. Средний возраст пациентов составил 65,5 лет. 333 (44,6%) пациентам выполнили изолированное КШ с использованием 2-х ВГА ОРСАВ, 225 (30,1%) пациентам было выполнено КШ с использованием параллельного ИК и 188 (25,3%) пациентам - КШ с ИК и кардиоплегией. Среднее время операции изолированное КШ с использованием 2-х ВГА ОРСАВ- 150 минут, с параллельным ИК- 220 минут, с ИК и КП - 214 минут. Среднее количество шунтов -3,1. Во всех трех группах ИМ в раннем послеоперационном периоде возник у 6 (0,8%) пациентов. У 50 (6,7%) пациентов было отмечено развитие ОСН. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 470 мл. Инфекционные осложнения со стороны грудины были отмечены у 5 (0,7%) пациентов. Была выполнена 21 (2,8%) рестернотомия по поводу кровотечения. ОНМК в раннем послеоперационном периоде было отмечено у 3 (0,4%) пациентов. Один (0,13%) случай летального исхода. В течение двух лет под наблюдением находилось 100 пациентов, которым была выполнена коронарошунтография. У двух пациентов (2%) был диагностирован тромбоз шунта (ВГА) к ветви огибающей артерии. У всех пациентов шунт (ВГА) проходим к передней нисходящей артерии. У трех пациентов (3%) диагностирован тромбоз шунта (большая подкожная вена) к ветвям правой коронарной артерии.

Заключение Операции изолированного КШ с использованием 2-х ВГА сопровождаются низкой частотой развития сердечной недостаточности, периоперационного ИМ, рестернотомии по поводу кровотечения, инфекционных осложнений со стороны грудины (малая инфекция, медиастинит), интраоперационной кровопотерей, потребностью в трансфузии компонентов крови, неврологических осложнений.

0821

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ В СОЧЕТАНИИ С КРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ

Шнейдер Ю. А., Цой М. Д., Черкес А. Н., Шиленко П. А., Худеньких Е. Е.

ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград)

Цель: Изучение эффективности и целесообразность проведения этапных операций на брахиоцефальных артериях с коронарным шунтированием

Материалы и методы: с сентября 2012 года 192 пациентам (168 мужчин и 24 женщины, средний возраст составил 64+/- 4 года) была выполнена каротидная эндартерэктомия и аорто-коронарное шунтирование. Всем пациентам первым этапом была выполнена каротидная эндартерэктомия. Интервал между операциями составил примерно 31 день. У большинства пациентов (90%) имелась неврологическая симптоматика. В 34 (17,7%) случаях имело место двухстороннее поражение внутренних сонных артерий, в 16 (8,3%) случаях наблюдалось сочетание стеноза внутренней сонной артерии с контралатеральной окклюзией и у 7 (3,6%) пациентов - сочетание стеноза внутренней сонной артерии с ипсилатеральной патологической извитостью. Показанием для выполнения каротидной эндартерэктомии является стеноз более 70%. В подавляющем большинстве случаев (70,8%) у пациентов имело место трехсосудистое поражение коронарного русла и у 10,4% пациентов имело место гемодинамически значимое поражение ствола левой коронарной артерии. 115 (59,9%) пациентов имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. У 94 (49%) пациентов фракция выброса левого желудочка была менее 50%. В 70% случаев индекс реваскуляризации составил 3 и более. В 128 (66,7%) случаях мы использовали обе внутригрудные артерии.

Результаты: в периоперационном периоде не было отмечено случаев ОНМК, было два случая (1%) инфаркта миокарда. Госпитальная летальность составила 0,5%. Всем пациентам была выполнена полная реваскуляризация. Положительный эффект от реваскуляризации был отмечен у большинства пациентов, что проявлялось повышением сократительной функции миокарда, клинически значимым снижением функционального класса стенокардии или полным ее отсутствием. В течение двух лет под наблюдением находилось 30 пациентов. В течение этого времени не было случаев ОНМК, ИМ, летальных исходов.

Заключение при использовании современных методов хирургического лечения, новейших средств анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных, этапные операции на каротидном бассейне и сосудах сердца могут успешно выполняться с результатами, сопоставимыми с результатами операции изолированного коронарного шунтирования.

0822

КОРОНАРОНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ЛЕВОСТОРОННЮЮ ПЕРЕДНЕ-БОКОВУЮ ТОРАКОТОМИЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Шнейдер Ю. А., Худеньких Е. Е., Цой В. Г., Шиленко П. А., Слепенко Е. В.

ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград)

Цель: Целью нашей работы было представить собственный опыт операций коронарного шунтирования из левосторонней торакотомии за период сентябрь 2012 года – май 2015 года.

Материалы и методы: С сентября 2012 года по май 2015 года в нашем центре было пролечено 150 пациентов с ИБС, которым выполнено коронарное шунтирование из левосторонней торакотомии: 82 мужчин (54,7%) и 68 женщин (45,3%). Возраст пациентов $68,6 \pm 17,4$ лет; число пораженных коронарных артерий - 2,2. У 19 пациентов в анамнезе были операции коронарного шунтирования: у 7 с использованием левой внутренней грудной артерии, у 12 выполнялось аутовенозное шунтирование. Syntax score $20 \pm 9,1$; Euroscore II $4,5 \pm 3,6$. Всем больным выполнялось шунтирование передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) Off pump из левосторонней торакотомии: у 58 пациентов по поводу изолированного поражения ПМЖА, у остальных как этап гибридного вмешательства. В 143 случаях в качестве трансплантата для шунтирования использовалась внутренняя грудная артерия, у 7-х выполнено аутовенозное подключично-коронарное шунтирование ввиду предшествующих операций с использованием ЛВГА. Доступ по IV - V межреберью, длина кожного разреза варьировала от 6,5 до 12 см. ЛВГА выделялась скелетировано до подключичной артерии. Время выделения ЛВГА от 35 до 55 минут.

Результаты: 150 пациентов были выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день 5,9. Летальность - 0%. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 150,0 мл. Кровотечение, потребовавшее хирургической ревизии у 2 пациентов (источник - внутренняя грудная артерия). В трех случаях возникла потребность в срочном стентировании артерий бассейна ОА. Оценку субъективных болевых ощущений в послеоперационном периоде оценивали с помощью 5-балльной вербальной шкалы оценки боли, и в среднем проявления оценивались пациентами на 1-2 балла против 2-5 баллов после стернотомного доступа. Всем пациентам с последующим стентированием выполнялась шунтография – в 1 случае выявлен тромбоз шунта, в 1 случае – конкурирующий кровоток по ПМЖА при адекватном функционировании ЛВГА.

Выводы: МКШ из левосторонней торакотомии может выполняться как при изолированной комприментации ПМЖА, так и при многососудистом поражении – как этап гибридного вмешательства. КШ через левостороннюю торакотомию несет меньший операционный риск при повторных операциях в сравнении со срединной стернотомией. Применение данного метода имеет ряд преимуществ, таких как: снижение величины интраоперационной кровопотери, меньшая вероятность развития инфекционных осложнений, косметичность.

0823

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шульман В. А., Никулина С. Ю., Аксютин Н. В., Поплавская Е. Е., Дудкина К. В., Назаров Б. В.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее распространенных нарушений сердечного ритма. Ее частота в общей популяции составляет 1-2%. ФП существенно увеличивает смертность и инвалидизацию населения. За последние годы появляется все больше работ, подтверждающих гипотезу генетической детерминированности ФП.

Цель: определить роль полиморфизма rs2200733 на хромосоме 4q25 в развитии ФП в Российской популяции, в частности популяции г. Красноярск.

Материалы и методы: обследовано 76 пациентов с ФП и 73 человека без сердечно-сосудистой патологии. Всем обследуемым проводились клинико-инструментальные и лабораторные исследования: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское ЭКГ-мониторирование, тест с физической нагрузкой, чреспищеводная стимуляция левого предсердия при пароксизмальной форме ФП, анализ крови на гормоны щитовидной железы, молекулярно-генетическое исследование.

Результаты: гомозиготный генотип по редкому аллелю T локуса rs2200733 хромосомы 4q25 статистически значимо преобладал в группе больных ФП при сравнении с контрольной группой (15,79% относительно 4,11%, $p=0,036$). Редкий аллель T статистически значимо преобладал в группе больных ФП при сравнении с лицами контрольной группы (31,58% относительно 19,86%, $p=0,029$). Отношение шансов показывает, что наличие аллеля T увеличивает риск развития ФП в 1,86 раз.

Выводы: наличие аллеля T и генотипа TT по редкому аллелю имеет связь с развитием ФП независимо от этиологии ее возникновения.

0824

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ РИГИДНОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Щербакова Е. С., Загидуллин Н. Ш., Дунаева А. Р., Сафина Ю. Ф., Загидуллин Ш. З.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Уфа

Ишемическое прекондиционирование (ИП) является методом органопротекции у пациентов различными с сердечно-сосудистыми заболеваниями и прежде всего, при ишемической болезни сердца (ИБС). Мы предположили, что положительный эффект ИП основывается на его влиянии на артериальную ригидность и вариабельность ритма сердца (ВРС). Цель:

Изучение влияния ИП на амплитуду пульсовой волны (АПВ), скорость пульсовой волны (СПВ), сатурацию кислорода и ВРС у пациентов с ИБС.

Материалы и методы: В рандомизированном контролируемом перекрестном исследовании с имитацией было обследовано 30 стабильных пациентов с ИБС и 11 пациентов в контрольной группе. Амплитуда пульсовой волны, скорость пульсовой волны и вариабельность ритма сердца измерялись на аппарате Сфигмокор (AtCor, Australia). Данные параметры оценивались до и после ИП (+50 мм рт ст от систолического артериального давления, АД) в сравнении с имитацией ИП (+10 от диастолического АД) в соответствии с рандомизацией. На следующий день пациенты были обследованы повторно уже в другом рукаве.

Результаты: ИП не влияло на частоту сердечных сокращений в обеих группах; снизилось периферическое и центральное систолическое и диастолическое АД ($p<0,01$) в сравнении с контрольной

группой ($p=0,89$); ИП в сравнении с имитацией значительно улучшает параметры ВРС (триангулярный индекс, SDNN), такую же тенденцию имеют остальные показатели в сравнении с группой контроля. Выводы:

ИП оказывает положительное влияние на сердечно-сосудистую системы, снижая систолическое и пульсовое давление в аорте, увеличивает триангуляционный индекс и некоторые показатели ВРС, что может частично объяснить положительное влияние ишемического прекондиционирования.

Научное исследование было выполнено при поддержке гранта Президента РФ для докторов наук (Загидуллин Н.Ш.) МД-2459.2014.7.

0825

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕВЯЗКИ УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ OFF-PUMP

Энгиноев С. Т., Кондратьева О. В., Стомпель Д. Р., Калмыкова О. В., Уртаев Р. А., Панова Т. Н., Чернов И. И., Кадыкова А. В., Тарасов Д. Г.

ФГБУ ФЦССХ МЗ РФ (г.Астрахань), ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет МЗ РФ (г.Астрахань), Россия

Цель: оценка влияния перевязки УЛП у пациентов ИБС с ФП при операции КШ off-pump на частоту развития инсульта и летальность от инсульта и общую летальность .

Материалы и методы: Проведен анализ результатов 116 больных ИБС с ФП, которым за период с мая 2009 по ноябрь 2013г. в ФЦССХ г.Астрахань выполнено КШ off pump . Возраст больных 62,2± 5,8 лет. Мужчин было 101 (87%), женщин 15 (13%). Период наблюдения в среднем - 29± 1,3 мес. Критерии исключения: больные с острым коронарным синдром, с конверсиями, с реКШ, с тромбозом левых отделов сердца, с ФВ <35%, с гемодинамически значимым поражением брахиоцефальных сосудов.

Больных разделили на 2 группы: I группа- 53 больных, которым во время операции КШ off pump выполнена эпикардальная перевязка УЛП, II группа- 63 больных , у которых УЛП оставалось интактным (контрольная). Первичными конечными точками являлись инсульт, летальность от инсульта и общая летальность. Инсульт подтверждался клиникой, КТ и /или МРТ головного мозга. Для статистического анализа использовали метод распределения признаков в группах по критерию Х².

Результаты: Частота инсультов в раннем послеоперационном периоде во II группе составила 6,3%, в I группе -0%; в отдаленном послеоперационном периоде -9,5% и 0% соответственно. Летальности от инсульта в раннем послеоперационном периоде в обеих группах не было, в отдаленном- летальность от инсульта составила 4,8% во II группе, 0% в группе. Общая летальность составила 3,2% и 0% соответственно в раннем послеоперационном периоде, в отдаленном - общая летальность составила 9,5% во II группе, 5,7% - в I группе ($p>0,05$).

Выводы: У больных ИБС с ФП перевязка УЛП во время КШ off-pump является безопасной процедурой.

Выполнение перевязки УЛП во время КШ off-pump достоверно уменьшает риск развития инсульта, как в раннем , так и в отдаленном послеоперационном периоде и летальность от инсульта в отдаленном послеоперационном периоде. Общая летальность в отдаленном периоде достоверно ниже в группе с перевязкой УЛП.

0826

РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Эфрос Л. А., Гончаров М. В.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Челябинск

Одним из основных методов восстановления коронарного кровотока при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе является тромболитическая терапия.

Цель: оценка эффективности реперфузионной терапии у больных с ОКС после проведения тромболитической терапии на основе использования неинвазивных и инвазивных критериев.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование включен 51 человек, поступивший в ЧОКБ во 2-е кардиологическое отделение в 2014 году. Критериями включения в исследование было наличие у пациента инфаркта миокарда, проведение догоспитальной тромболитической терапии, коронароангиографии.

Результаты: В исследование включен 51 пациент, из них 12 женщин и 39 мужчин. Средний возраст пациентов составил $59 \text{ лет} \pm 11,9$ (средний возраст среди женщин составил $62,3 \pm 13,2$ лет, у мужчин $58,4 \pm 12,3$ лет). На догоспитальном этапе диагноз ИМ подтверждался характерной клинической картиной, специфическими изменениями на ЭКГ в виде элевации сегмента ST в среднем до 3,6 мм, положительным тропониновым тестом. После установки диагноза ИМ медицинским персоналом бригады скорой помощи выполнялась тромболитическая терапия (ТЛТ): в 75% случаев - метализе, в 13,7% - пулолаза, в 5,9% - стрептокиназа, в 7,8% случаев данных о вводимом препарате нет. В 45% случаев локализация некроза была на передней и латеральной стенках. У 55% больных верифицирована локализация некроза на задней стенке. В 12% случаев имел место повторный ИМ, в 88% случаев ИМ являлся дебютом. ТЛТ была проведена через 145,90 минут с момента возникновения симптомов, то есть медицинская бригада СМП при наличии симптомов ИМ сразу же проводила ТЛТ. Исследование эффективности ТЛТ выявило, что 55% больных наблюдалось прекращение болевого синдрома (56% мужчин, 50% у женщин), снижение сегмента ST на 50% и более зафиксировано в 35% случаев (30% мужчин, 50% женщин). Реперфузионная аритмия в виде желудочковой экстрасистолии, фибрилляции предсердий или желудочков отмечена в 25% случаев. В процессе госпитального наблюдения и оценки уровней КФК и ее МВ-фракции у 53% пациентов было значительное повышение. По данным КАГ у 63% пациентов выявлено многососудистое поражение (3 и более сосудов). Анализ данных КАГ показал отсутствие снижения сегмента ST у 76% пациентов. Чрескожному коронарному вмешательству (стентирование) были подвергнуты 63% пациента, 7% пациентам после стентирования было произведено рестентирование в связи с тромбозом стента.

Выводы: В соответствии с неинвазивными критериями догоспитальная ТЛТ была эффективна в виде купирования болевого синдрома 55% случаев, в 35% случаев отмечается снижение сегмента ST, реперфузионная аритмия регистрировалась в 21% случаев. По инвазивным критериям у 94,1% пациентов ТЛТ была неэффективной, так как отсутствует реперфузия инфарктзависимой артерии.

0827

РОЛЬ АДИПОКИНОВ В ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Юдина Ю. С., Махматова Т. Л., Авдонина Н. Г., Звартау Н. Э., Емельянов И. В., Конради А. О.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова

Актуальность: Известно о наличии тесной связи между избыточной массой тела и артериальной гипертензией (АГ), однако механизмы влияния ожирения на сердечно-сосудистую систему изучены

не достаточно. Предполагается, что адипокины жировой ткани могут оказывать влияние на поражение сосудов, регулировать функцию эндотелия и гладкомышечных клеток, тем самым принимая участие в регуляции уровня артериального давления (АД).

Цель: Целью настоящего пилотного исследования было изучить ассоциацию уровня циркулирующих адипокинов с артериальным давлением (АД), эндотелиальной функцией и жесткостью сосудов у пациентов с артериальной гипертензией в зависимости от наличия или отсутствия ожирения.

Материалы и методы: В исследование было включено 48 пациентов с артериальной гипертензией, из них 30 (62,5%) с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м²) и 18 (37,5%) с нормальной массой тела (20-25 кг/м²). Контрольную группу составили 15 человек без АД и с нормальным ИМТ. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам определялись уровни циркулирующих адипокинов - адипонектина, лептина, резистина, адипсина и висфатина (панель - Bio Plex Pro Human assays); выполнялось суточное мониторирование артериального давления (SpaceLabs 90207); апплационная тонометрия (SphygmoCor, Artcor) с расчетом центрального аортального давления (ЦАД), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) и индекса аугментации (ИА); проводилась оценка эндотелиальной функции (EndoPAT, Itamar Medicals) с расчетом индекса реактивной гиперемии (ИРГ).

Результаты: Уровень адипонектина был значительно выше в контрольной группе и у пациентов с АД и нормальным ИМТ по сравнению с пациентами с ожирением (4,3 +/- 1,7, 4,0 +/- 2,3 и 3,3 +/- 1,9 пг/мл соответственно; F=3,212, p=0,049), в то время как значимых различий в уровне других адипокинов в исследуемых группах выявлено не было. Однако, в группе пациентов с АД и ожирением выявлена связь уровня некоторых адипокинов с диастолическим АД: адипсина с «офисным» диастолическим АД (r=0,427; p=0,048), резистина с «офисным» (r=0,488; p=0,025) и центральным (r=0,456; p=0,038) диастолическим АД. СРПВ и ИА были выше, а ИРГ был ниже в обеих группах пациентов с АД в сравнении с контрольной группой (p=0,02), хотя и оставались в пределах нормальных значений. Только в группе пациентов с ожирением ИРГ коррелировал с уровнем лептина (r=-0,5, p=0,001), СРПВ с уровнем лептина (r=0,5, p=0,001) и резистина (r=0,5, p=0,001).

Выводы: Поражение сосудов у больных ожирением и артериальной гипертензией ассоциировано с уровнями некоторых адипокинов - резистина и лептина.

0828

ПЕРВЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Юневич Д. С.¹, Аксентьев С. Б.¹, Новикова С. А.², Федулаев Р. Б.¹, Салтыкова И. И.¹, Савельев И. В.¹, Смирнов А. А.¹, Юневич Е. А.³, Варенова Ж. А.³

¹ – ГБУ РО «Областная клиническая больница», Рязань,

² – ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова», Рязань,

³ – ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Рязань

Цель: Сегодня отмечается тенденция к оптимизации затрат на лечение пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) в виде тренда на импортзамещающие технологии, что определяет рост интереса к отечественному тромболитику «Фортелизин». В связи с чем мы приводим сравнительный анализ эффективности и безопасности догоспитальной тромболитической терапии (ТЛТ) фортелизином и тенектеплазой («Метализе», Boehringer Ing., Германия), основанный на нашем собственном опыте.

Материалы и методы: Методом сплошной выборки в анализ включены 10 пациентов, госпитализированных в ГБУ РО «ОКБ» в течение 2015 г. по поводу ИМспST, которым проводилась ТЛТ на этапе СМП. Пациенты разделены на 2 группы: 1) 5 мужчин, средний возраст 56,2±4,9 лет, получали в составе стандартизированной терапии ТЛТ тенектеплазой 40-50мг; 2) 5 мужчин, возраст 59,8±6,1 лет (p>0,05), получали ТЛТ фортелизином 15мг. Анализ проведен путем выделения ряда факторов риска (ФР): кли-

нических, инструментальных и лабораторных, которые потенциально могли влиять на результат ТЛТ. Критериями эффективности считались 28-дневная летальность, проценты купирования боли, снижения ST>50% к 180мин ТЛТ, открытия инфаркт-связанной коронарной артерии (ИСКА) по данным КАГ и реперфузионных нарушений ритма. Критериями безопасности выбраны частота развития осложнений ТЛТ - острой аневризмы миокарда, кровотечений, геморрагического и ишемического инсультов, разрыва миокарда и гемотампонады, рецидива ИМ.

Результаты: Сравнимые группы были однородны по наличию и комбинациям ФР: передний ИМ встречался у 3 пациентов из каждой группы (по 60%), повторный ИМ – у 1 (по 20%), повышение тропонина Т – у 5 (по 100%), повышение КФК – у 4 (по 80%), гипергликемия – у 5 (по 100%). Различия наблюдались по следующим ФР: сахарный диабет – 1чел. (20%) в группе 1 и 0чел в группе 2, ожирение – 5 (100%) и 4 (80%), гипертония при поступлении – 4 (80%) и 3 (60%), отек легких – 0 и 1 (20%), аритмия – 3 (60%) и 1 (20%) соответственно ($p>0,05$). Все пациенты имели сочетание 3 и более ФР. При оценке эффективности выявлено: 28-суточная летальность – 0% в каждой группе; купирование боли – 100% в группе 1 и 60% в группе 2; открытие ИСКА – 75% и 66%; снижение ST>50% - 60% и 100% соответственно; реперфузионная аритмия наблюдалась только у 1чел. в группе 2: частая желудочковая экстрасистолия ($p>0,05$). Осложнений ТЛТ ни в одной группе зафиксировано не было.

Выводы: Полученные результаты говорят о соотносимом профиле эффективности и безопасности фортелизина и тенектеплазы при их применении по СМП у больных ИМсрСТ. Наш ограниченный опыт не предполагает доказанных выводов. Однако, первый современный отечественный тромболистик оставил позитивное впечатление. Дальнейшее накопление наблюдений позволит определить место этого препарата в повседневной практике.

0829

РЕАКТИВНОСТЬ ГЕМОДИНАМИКИ В ОТВЕТ НА ГИПЕРКАПНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Юрлов А. А., Акулов В. А., Антропова О. Н.

ГБОУ ВПО АГМУ Министерства здравоохранения России. г. Барнаул, Россия

Цель: Изучить реактивность гемодинамики больных артериальной гипертензией (АГ) в ответ на гиперкапнию.

Материалы и методы: В исследование были включены 14 больных с АГ. Из них 11 мужчин (средний возраст $57,2\pm 11,2$ лет) и 3 женщины (средний возраст — $64\pm 2,8$ лет). Среди обследованных АГ1 стадии имели 6 человек (43%), АГ 2 стадии - 6 человек (43%) и АГ 3 стадии — 2 человека (14%). АГ 1 степени имели 12 больных (86%), АГ 2 степени — 2 больных (14%).

При помощи ЛДК «Карбоник» была определена реактивность гемодинамики больных на гиперкапнию. Перед исследованием проводилось измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Во время исследования больной в течении 1 минуты дышал через маску ЛДК«Карбоник», создающего гипоксическую гиперкапнию по методу возвратного дыхания. Содержание CO₂ в выдыхаемом воздухе мониторируется ЛДК. По окончании исследования были измерены АД и ЧСС. Интерпретация результатов производилась по показателю реактивности АД на 1 мм.рт.ст. CO₂ (в норме 0,4-1,0). В зависимости от реактивности больные были поделены на две группы — в первой больные с нормальной и повышенной реактивностью, во второй группе — с пониженной реактивностью.

Результаты:

Количество больных имеющих по результатам обследования на ЛДК «Карбоник» нормальную или повышенную реактивность — 7 человек (50%), они были включены в первую группу. Среднее АД до пробы у пациентов первой группы было $90,5\pm 2,29$ мм.рт.ст., после пробы $107,33\pm 3,32$ мм.рт.ст. ЧСС в 1 группе до пробы была $71,66\pm 3,80$ уд/мин., а после пробы $79,5\pm 3,70$ уд/мин. Показатели реактивности АД в этой группе составили $2,58\pm 1,16$ мм рт.ст.

Количество больных имеющих сниженную реактивность — 7 человек (50%), включены во вторую группу. У больных второй группы среднее АД до пробы составило $94,5\pm 4,16$ мм.рт.ст., а после пробы

92,33±4,70 мм.рт.ст. ЧСС у пациентов этой группы до пробы была 65,66±4,52 уд/мин., а после пробы 65,16±3,60 уд/мин. Во второй группе динамика АД составила «-»0,63±0,31 мм рт.ст..

Выводы: Исследование показало различную динамику АД и ЧСС в ответ на гиперкапнию. Следует отметить, что каждый второй обследованный с АГ имел реакцию снижения АД. Полученные данные требуют изучения и клинической оценки.

0830

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ RUSSIAN HOSPITAL HEART FAILURE REGISTRY

Юрченко А. В.¹, Ситникова М. Ю.¹, Лясникова Е. А.¹, Трукшина М. А.¹, Шляхто Е. В.¹, Дупляков Д. В.², Либис Р. А.³

¹Северо-Западный Федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург

²Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара

³Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: Анализ современного состояния лечения госпитализированных больных ХСН в реальной клинической практике в РФ по результатам 1.5-летнего наблюдения в регистре RUS-HFR.

Материалы и методы: и результаты: Российский госпитальный регистр сердечной недостаточности (RUS-HFR) – проспективное, многоцентровое, наблюдательное исследование, выполняемое в 3 центрах. Критериями включения являлись: ХСН I-IV ФК, ФВлж ≤40% (по результатам измерений – 28.5±7.2%), возраст 18-75 лет. NT-proBNP рутинно не определялся. С октября 2012 по январь 2014 включено 524 пациента возрастом 60±9.6 лет, 80.5% – мужчины. ИБС имели 63.3-74.8% больных, гипертонию – 69.5-88.9%, ДКМП – 4.6-5.2%. При поступлении в стационар фибрилляция предсердий была у 43.2-47.4%, ХОБЛ – у 11.5-26.6%, сахарный диабет – у 20.0-22.8% больных. Терапия иАПФ/АРА, В-АБ, АМКР назначалась в 82.3-87.3%, 76.3-95.8%, 65.9-81.1% случаев, соответственно. Частота применения препаратов данных групп догоспитально была существенно меньшей: иАПФ/АРА 12.6-58.7%, В-АБ 11.1-70.7%, АМКР 4.4-53.3%. Диуретики амбулаторно не получали 55% больных с II ФК, 23% – с III ФК и 24% с IV ФК ХСН. При выписке из стационара – 80.7-94.6% получали диуретики. Средняя продолжительность госпитализации по поводу декомпенсированной ХСН составила 18 дней. В 4.6-21.2% случаев определены показания к имплантации ИКД или СРТ. У многих больных к выписке достигнуто снижение ФК ХСН, с лучшими результатами по компенсации в центре №1 (имеет специализированное отделение для лечения пациентов данной группы). В течение полуторалетного периода наблюдения за пациентами после выписки из стационара оценены доля больных, получающих рекомендованную терапию и степень снижения доз назначенных ранее препаратов. Амбулаторное наблюдение проводилось кардиологом (43-72%) и терапевтом (15-42%), не посещали врача 7-17.7% больных. Смертность от всех причин за этот период составила 11.6-26.2%, а частота регоспитализаций в связи с декомпенсацией ХСН 16.1-47.3%, с наименьшей частотой в центре №1.

Закключение: По данным регистра RUS-HFR показано, что доля больных получающих с стационаре иАПФ/АРА, В-АБ и АМКР сравнима с таковой в европейских регистрах. Амбулаторно препараты данных групп назначаются недостаточно, при этом чаще всего терапия не соответствует международным рекомендациям у пациентов с II ФК ХСН. В 23-55% случаев не назначаются диуретики при имеющих явных симптомах ХСН. При наличии показаний к высокотехнологичным методам лечения ХСН, рекомендуются они недостаточно часто. Смертность и частота регоспитализаций остаются высокими. Лечение ХСН в РФ остается проблемной областью по множеству причин, одним из способов решения которых является создание сети консультирующих кардиологов – специалистов по ХСН и отделений для лечения больных с данной патологией.

0831

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ С ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИИ ДУГИ АОРТЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Юрьева Н. А., Шагинян Т. М., Чумак А. А., Семенюта О. А., Медведева Л. А., Кутина И. В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Ростов-Главный», Ростов-на-Дону

Цель: Представить опыт анестезиолога и перфузионных техник, используемых нами, в процессе обеспечения оперативных вмешательств по протезированию восходящего отдела и дуги аорты, тромбэктомии из ветвей легочной артерии

Материалы и методы: За период 2012 – 2014 гг выполнено 4 операции в условиях гипотермической перфузии с циркуляторным арестом: 2 – протезирования восходящего отдела и дуги аорты; 2 – тромбэктомии из ветвей легочной артерии. Операции выполнены под общей комбинированной многокомпонентной анестезией (севоран, пропофол, фентанил, дормикум, ардуан), оценка глубины наркоза и регистрации ЭЭГ аппаратом BIS-мониторинга Asprect, исследование газового состава крови по протоколу перфузии каждые 20-30 мин, во всех случаях использовалась система реинфузии аутологичной крови Cell Saver. Для профилактики неврологических, легочных осложнений и ограничения системной воспалительной реакции вводился на доперфузионном этапе метилпреднизолон 1000 мг, профилактика гипегликемии на охлаждение инсулином 0,1 ЕД/кг. Кардиоплегия антероградная кристаллоидная. Защита головного мозга: фармакологическая (тиопентал Na, MgSO₄); создание резервного алкалоза; наружное охлаждение головы; при операциях на дуге аорты – ретроградная перфузия головного мозга через канюлю в верхней полой вене с температурой оксигенированной крови 12 0С, скоростью перфузии 200-250 мл/мин, давлением в верхней полой вене 16-20 мм ртутного столба. Профилактика сладж-синдрома на гипотермию дополнительно гепарин 0,5 мг/кг. Охлаждение и согревание с градиентом между температурой тела пациента и носителем 7 0С. При операции на дуге аорты охлаждение проводилось до 16 0С в носоглотке и 20 0С в прямой кишке, при тромбэктомии – до 24 0С и 28 0С соответственно. Согревание до 37 0С в носоглотке. У 3-х пациентов восстановление сердечной деятельности произошло через фибрилляцию, в одном случае спонтанно восстановился синусовый ритм. Время циркуляторного ареста в группе пациентов с патологией дуги аорты – 55 и 68 мин, у пациентов с хронической ТЭЛА – 12 и 19 мин.

Результаты: Течение послеоперационного периода благоприятное. Двум пациентам потребовалась продленная ИВЛ до 5 суток. Неврологических и когнитивных расстройств не отмечалось.

Выводы: Внедрение освоенной методики позволяет расширить контингент больных, требующих сложного, высокотехнологичного хирургического вмешательства.

0832

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТРИМЕТАЗИДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРКУТАННУЮ ТРАНСЛЮМИНАРНУЮ КОРОНАРОАНГИОПЛАСТИКУ

Якименко Е. А., Бондарь В. Н., Чумаченко Н. В., Сидоренко И. А.

Многопрофильный медицинский центр (Университетская клиника №1) Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина

Актуальность: Пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) имеют повышенный уровень рестенозов и повторных реваскуляризаций после интервенционных вмешательств. Интересен поиск более целенаправленных и специфических подходов в ведении.

Цель: Изучить целесообразность длительной терапии препаратом триметазидин у пациентов с ИБС и сопутствующим СД, перенесших плановую перкутанную транслюминарную коронароангиопластику (ПТКА).

Материалы и методы: Под нашим ретроспективным наблюдением находилось 57 пациентов с ИБС и СД, однако не имеющих данных в анамнезе о перенесенном остром Q-инфаркте миокарда (Q-ИМ) и остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК). Среди обследованных – 63.1% мужчин, средний возраст составил 63.5 ± 9.2 года., перенесшие плановую ПТКА по поводу стабильной стенокардии напряжения функционального класса (ФК) 2-4 в период 2010-2013гг. Средний период наблюдения составил 33.3 ± 12.9 мес. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой (основной) группе (26 чел), в добавление к стандартной терапии после ПТКА больные получали триметазидин (предуктал МР) 35 мг 2 раза в сутки (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) составляла более 60 мл/мин/м², что не требовало коррекции дозы препарата) не менее 15 мес (в среднем $26.3 \text{ мес} \pm 9.1 \text{ мес}$). Пациенты второй (контрольной) группы (31чел) принимали стандартную медикаментозную терапию после ПТКА. Пациенты были активно приглашены в клинику в период март-май 2015г. Проведен анализ смертности от сердечно-сосудистых причин, числа госпитализаций в связи с развитием острого коронарного синдрома (ОКС), Q-ИМ и декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ХСН); расчет частоты приема короткодействующих нитратов и суммарной длительности эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда при суточном мониторинге ЭКГ; субъективная оценка качества жизни (заполнение опросников EQ-5D-3L).

Результаты: Во 2 группе смертность составила 2 случая (6.4%) (пациенты умерли через 28 мес и 25 мес после проведение ПТКА в связи с развитием острой сердечной недостаточности). Удельный вес госпитализаций по поводу ОКС за время наблюдения составил 16.4% и 26.9% ($p=0.042$), из них по поводу Q-ИМ 4.5% и 7.0%, соответственно ($p=0.036$). Удельный вес госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН в группах достоверно не отличался (10.4% и 11.9%, соответственно) ($p=0.063$). Среднее количество баллов оценки субъективного состояния по шкале опросника EQ-5D-3L на момент визита составило 83.82 ± 6.81 в 1 группе и 57.79 ± 10.69 во 2 группе ($p=0.026$). Средняя частота приема короткодействующих нитратов составила 2.1 ± 0.34 доз/нед. и 4.5 ± 0.51 доз/нед. ($p=0.001$), соответственно. По данным суточного мониторинга ЭКГ в 1 группе была зарегистрирована достоверно меньшая суммарная длительность эпизодов болевой (164.2 ± 21.1 мин и 236.9 ± 23.2 мин, соответственно) ($p=0.031$) и безболевой (44.1 ± 5.09 мин и 63.3 ± 7.6 мин, соответственно) ($p=0.042$) ишемии миокарда.

Выводы: У пациентов, страдающих ИБС с сопутствующим СД и СКФ более 60 мл/мин/м² длительная (не менее 15 мес) терапия препаратом триметазидин в дозе 35 мг 2 р/сутки после перенесенной ПТКА имеет преимущества по риску кардиальной смертности, количества госпитализаций по поводу ОКС, Q-ИМ; улучшает качество жизни, снижает продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, частоту использования короткодействующих нитратов.

0833

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Янбаева С. М., Валеев И. Г., Гареева Н. Х., Ижбулдин Р. И., Агзамова Л. Ф., Гизатуллина А. А.

ГБУЗ «Республиканский кардиологический центр», ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» г.Уфа, Россия

Цель: оценить течение постгеморрагической анемии у больных ишемической болезнью сердца после проведения аортокоронарного шунтирования.

Материалы и методы: Методом случайной выборки были отобраны 56 больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования. Средний возраст больных 60,29 ±2,26 лет. Средний срок пребывания в стационаре 9,64 койка дня. Проведен анализ изменения гематологических параметров: содержание эритроцитов, гемоглобина, гематокрита. Для анализа были взяты результаты обследования крови: 1- до операции, 2- сразу после операции, 3- перед выпиской. В связи со снижением гемоглобина и эритроцитов, ряд больных после операций получали препараты железа и витаминотерапию; при значительном снижении проводилось переливание крови (36,0%).

Результаты: После операции аортокоронарного шунтирования наблюдалось снижение гемоглобина с 134,5 г/л ±4,31 до 103,36 г/л ±2,08 (p<0,001), эритроцитов с 4,5*10¹²/л ±0,14 до 3,45*10¹²/л ±0,11 (p<0,001), гематокрита с 34,96% ±1,47 до 27,9% ±0,6 (p<0,001). За время пребывания в стационаре после операции не выявлено значительного изменения показателей красной крови: сразу после операции и перед выпиской, соответственно: гемоглобин 103,36 г/л ±2,08 (н.д) и 103,64 г/л ±1,68 (н.д), эритроциты 3,45*10¹²/л ±0,11 и 3,46*10¹²/л ±0,08 (н.д), гематокрит 27,9% ±0,6 и 27,95% ±0,48 (н.д). Не выявлено существенного различия в динамике параметров у пациентов, получавших и не получавших антиагgregационное лечение.

Выводы: У всех больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования наблюдалось снижение показателей красной крови.

За время пребывания в стационаре после операции не выявлено полной коррекции сниженных показателей красной крови.

Больным после операция аортокоронарного шунтирования на амбулаторном этапе необходимо продолжить лечение с целью восстановления красной крови: контроль анализов крови и прием препаратов стимулирующих восстановление.

0834

ДИАГНОСТИКА ЗНАЧИМЫХ КОРОНАРНЫХ СТЕНОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕМАТИЧЕСКОГО АППАРАТА ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ

Ярославская Е. И., Кузнецов В. А., Криночкин Д. В., Теффенберг Д. В., Кутрунов В. Н.¹, Дьячков С. М.¹

Филиал НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр», Тюмень;
ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет», Тюмень

Цель: Разработать способ неинвазивной диагностики гемодинамически значимых коронарных стенозов (ГЗКС) у больных ИБС с положительным результатом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии миокарда (ОФЭКТ) с применением математического аппарата искусственных нейронных сетей.

Материалы и методы: Из 10713 лиц, включенных в «Регистр проведенных операций коронарной ангиографии» ©, были отобраны 84 пациента, прошедшие в Тюменском кардиологическом центре комплексное клинично-инструментальное обследование, включавшее эхокардиографию, коронарную ангиографию (КАГ) и ОФЭКТ с интервалом не более 3-х месяцев. Средний возраст обследуемых составил 49,1±8,8 года, 71% были мужчинами. Гемодинамически значимыми считали коронарные стенозы 50% просвета артерии и больше. По результатам КАГ и ОФЭКТ пациенты были разделены на группы: 16 пациентов с истинноположительным результатом ОФЭКТ; 9 пациентов с ложноотрицательным результатом ОФЭКТ; 31 пациент с ложноположительным результатом ОФЭКТ; 28 пациентов с истинноотрицательным результатом ОФЭКТ. Сравнивали клинично-функциональные параметры пациентов с положительным результатом ОФЭКТ в зависимости от наличия или отсутствия значимых коронарных стенозов. Для оценки роли клинично-функциональных параметров в формировании ГЗКС был

применен математический аппарат искусственных нейронных сетей. Для определения диагностической ценности способа исходное количество пациентов было разбито на 3 выборки: обучающую, тестовую и контрольную.

Результаты: По результатам дискриминантного анализа наиболее значимый вклад в межгрупповые различия внесли две переменные: индекс асинергии левого желудочка и степень митральной регургитации (отсутствует, 1 степени, 2 степени), которые подавались на вход математической модели (многослойный перцептрон с одним скрытым слоем). На выходе модели получали два показателя, определяющих наличие ($\|cor.art(1)\|$) или отсутствие ($\|cor.art(0)\|$) поражения коронарных артерий. Разработанная модель на всех трех выборках - обучающей, тестовой и контрольной показала высокую диагностическую ценность. Чувствительность способа составила 68,8%; специфичность - 93,5%; предсказывающая точность - 85,1%. Применение математического аппарата искусственных нейронных сетей позволило упростить использование метода до заполнения двух полей четырехпольной таблицы в программе «диагностического калькулятора». Применение способа позволит повысить точность и информативность неинвазивной диагностики ИБС.

Заключение Предложенный способ неинвазивной диагностики ГЗКС у пациентов с нарушениями миокардиальной перфузии по данным ОФЭКТ миокарда, заключающийся в использовании эхокардиографических параметров - индекса асинергии левого желудочка и наличия митральной регургитации, позволяет говорить о наличии ГЗКС со специфичностью 93,6%, чувствительностью 68,8%.

0835

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Яхонтов Д. А., Коростелева Е. В.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России.
Новосибирск

Цель, материалы и методы: С целью изучения распространенности кардиоваскулярных факторов риска (КВФР) и приверженности к лечению обследован 151 мужчина 54,8±0,7 лет со стабильной стенокардией напряжения (ССН) 1-3 ФК давностью 3,1±0,4 лет в сочетании с АГ 2-3 степени. 1-ю группу составили лица с неосложненным течением ССН (n=43), 2-ю - подвергшиеся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ; n=47) и 3-ю - с перенесенным инфарктом миокарда, либо мозговым инсультом 1-2 года назад (n=61).

Результаты: Курящих в 1-й группе было достоверно меньше, чем во 2-й и 3-й. Больные 3-й группы употребляли до развития события достоверно большие количества алкоголя. Около 50% пациентов имели низкий уровень физической активности. В 1-й группе чаще имелась наследственная отягощенность по ИБС, во 2-й и 3-й - по кардиоваскулярным событиям. 75-84% лиц имели избыточную массу тела и ожирение. У большинства пациентов имелась гипер- и дислипидемия. Всем больным на догоспитальном этапе назначались ИАПФ, бета-блокаторы, дезагреганты, статины. Среднее количество препаратов на одного пациента составило 3,0±0,2 в 1-й группе, 3,9±0,2 - во 2-й и 3,3±0,2 - в 3-й (p1-2 =0,02). Приверженность к многокомпонентной терапии составила 22, 68 и 31% по группам соответственно (p1-2 =0,006, p1-3 >0,05, p2-3 =0,006). Наибольшей была приверженность к бета-блокаторам - 91, 95 и 86% и дезагрегантам - 73, 98 и 76% (p1-2 =0,001, p2-3 =0,002), наименьшая - к статинам (40-60%). Повышению комплайенса способствовали наличие семьи, образование и понимание выгоды лечения; снижению - улучшение самочувствия, недостаточная эффективность и высокая цена лекарств (14%).

Заключение Курение ассоциируется с осложненным течением ССН и большим поражением коронарных артерий, избыточное употребление алкоголя - с последующими ИМ и МИ. Частота других КВФР при осложненном и неосложненном течением ССН и АГ достоверно не различалась. Среди антиишемических препаратов наиболее высокая приверженность отмечена в отношении бета-адреноблока-

торов и дезагрегантов; наиболее низкая – в отношении статинов. В большей степени привержены к антиишемической терапии больные, подвергшиеся ЧКВ.

0836

КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Яхонтов Д. А., Деришева Д. А.

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России.
Новосибирск

Материалы и методы: Обследовано 225 мужчин со стабильной стенокардией I-III ФК в сочетании с АГ в возрасте 40-65 лет. 1-ю группу составили 108 пациентов с признаками ГЛЖ (ИММЛЖ=165±3,5 г/м²); 117 пациентов с нормальным ИММЛЖ. Средние значения ИММЛЖ у больных 1-й и 2-й групп различались достоверно (p < 0,005). В 1-й группе достоверно чаще диагностирована стенокардия III ФК.

Результаты: Частота гемодинамически значимых поражений коронарных сосудов в целом составила 91,6% в 1-й группе и 70,1% во 2-й. В 1-й группе преобладали лица с многососудистым поражением коронарных артерий. У лиц с нормальной ММЛЖ чаще встречалось 1-сосудистое поражение. У больных с ГЛЖ чаще (p < 0,001) встречалось гемодинамически значимое стенозирование ствола левой коронарной артерии и передней нисходящей артерии (p < 0,001). У больных с концентрической ГЛЖ по сравнению с больными с эксцентрическим типом ремоделирования ЛЖ достоверно чаще (p = 0,032) имелось поражение 3-х коронарных сосудов. В то же время, однососудистое поражение выявлено у 7 (10,8%) больных с концентрической ГЛЖ и у 7 (16,3%) с эксцентрической ГЛЖ, без достоверных различий (p = 0,05). Также не обнаружено статистически достоверных различий при сравнении поражения более 3-х сосудов и частоты неизмененного коронарного русла при различных типах ремоделирования

Заключение У больных ИБС в сочетании с АГ и гипертрофией левого желудочка достоверно чаще, чем у больных без ГЛЖ, выявляются гемодинамически значимые многососудистые поражения коронарного русла и с большей частотой поражаются магистральные сосуды. Для больных ИБС с АГ с концентрической гипертрофией левого желудочка по сравнению с больными с эксцентрической гипертрофией характерно достоверно более частое трехсосудистое поражение коронарного русла.

0837

COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF COMBINED ANTIHYPERTENSIVE THERAPY WITH RAMIPRIL AND MOXONIDINE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Alyavi A. L., Uzokov J. K., Uzoqova M. K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Background: Metabolic syndrome (MS) is a condition that is characterized by a constellation of metabolic disorders including abdominal obesity, dyslipidemia, hypertension, and hyperglycemia. The renin-angiotensin system (RAS) is a common link between hypertension and comorbidities of obesity and MS. Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors are considered one of the groups of drugs that inhibit the RAS and lower blood pressure. Moxonidine, a centrally acting antihypertensive agent, is a selective ligand for I1 imidazoline sites.

Aim: To assess efficacy of monotherapy with ACE inhibitor ramipril or I1-imidazoline receptor agonist moxonidine and their combination in patients with MS.

Material and methods: The study enrolled 45 patients (25 females, 20 males) with MS. All patients were divided into 3 groups with 15 patients per group. The first group 2.5 mg ramipril, the second group 0.2 mg moxonidine and the third group 2.5 mg ramipril and 0.2 mg moxonidine were provided. The examination at baseline and after 12 weeks of treatment included office blood pressure (BP) measurement, 24-hour BP monitoring, heart rate variability (HRV), parameters of lipid profile and fasting blood glucose estimation.

Results: In moderate hypertension BP normalized in 40% and 44% on monotherapy with ramipril or moxonidine, respectively, and in 88% patients given ramipril+moxonidine. No changes of lipid profile occurred in the first group of patients while significant elevation of high density lipoprotein cholesterol and tendency to lowering of triglyceride level were observed in second and third groups.

Conclusion: Combined treatment with ramipril and moxonidine is more effective than monotherapy with each of the above drugs in patients with metabolic syndrome.

0838

PREDICTORS OF SUPER-RESPONSE TO CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY AND ASSOCIATED IMPROVEMENT IN CLINICAL OUTCOME THE MADIT-CRT STUDY

Bourgoun M., MD Scott D. Solomon, MD PhD Jonathan C. Hsu, MD Helmut Klein, MD, Arthur J. Moss, MD Elise Foster, MD for the (MADIT-CRT) Investigators

From the Cardiovascular Division Brigham and Women's Hospital Harvard University, Boston. University of California, San Francisco, University of Rochester, USA

Address correspondence to Mikhail K. Bourgoun, MD:

Cardiovascular Division, Brigham and Women's Hospital, 75 Francis street Boston MA, 02115, USA

Email: mbourgoun@rics.bwh.harvard.edu

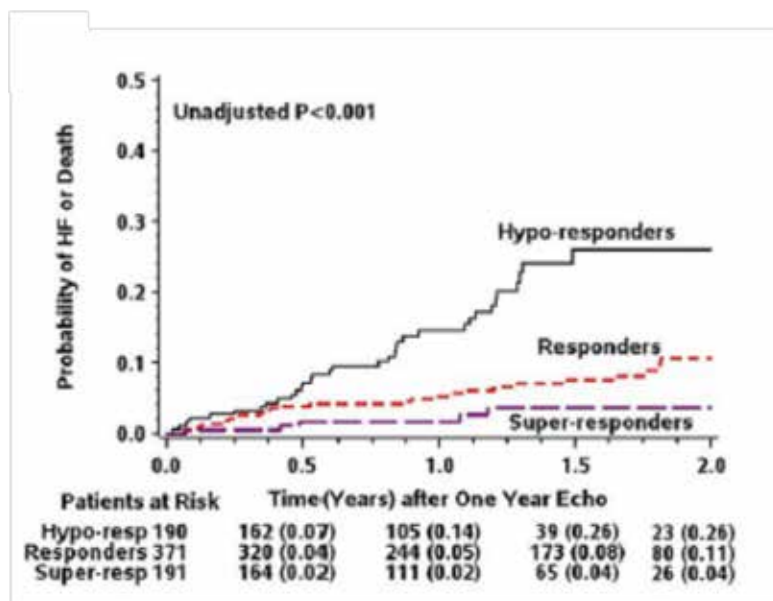
Objectives: The authors investigated predictors of left ventricular ejection fraction (LVEF) super-response to cardiac resynchronization therapy with defibrillator (CRT-D) and whether super-response translated into improved event-free survival in patients with mildly symptomatic heart failure (HF).

Background: Few data exist on predictors of super-response to CRT-D and associated morbidity and mortality in mildly symptomatic HF populations.

Methods: Patients were assigned to CRT-D with paired echocardiograms at baseline and at 12 months (n = 752). Superresponse was defined by the top quartile of LVEF change. Best-subset regression analysis identified predictors of LVEF super-response. Kaplan-Meier survival analysis and Cox proportional hazards regression were performed to investigate associations of response category with development of nonfatal HF event or all-cause death.

Results: All 191 super-responders experienced an LVEF increase of $\geq 14.5\%$ (mean LVEF increase $17.5 \pm 2.7\%$). Six predictors were associated with LVEF super-response to CRT-D therapy: female sex (odds ratio [OR]: 1.96; p = 0.001), no prior myocardial infarction (OR: 1.80; p = 0.005), QRS duration ≥ 150 ms (OR: 1.79; p = 0.007), left bundle branch block (OR: 2.05; p = 0.006), body mass index < 30 kg/m² (OR: 1.51; p = 0.035), and smaller baseline left atrial volume index (OR: 1.47; p < 0.001). Cumulative probability of HF or all-cause death at 2 years was 4% in super-responders, 11% in responders, and 26% in hypo-responders (log-rank p < 0.001 overall) (Figure). In multivariate analysis, hyporesponse was associated with increased risk of HF or all-cause death, compared with super-response (hazard ratio: 5.25; 95% confidence interval: 2.01 to 13.74; p = 0.001).

Conclusions: Six baseline factors predicted LVEF super-response in CRT-D-treated patients with mild HF. Super-response was associated with reduced risk of subsequent cardiac events. (Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial With Cardiac Resynchronization Therapy [MADIT-CRT]; NCT00180271)



0839

WEB BASED SIMULATORS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM FOR MEDICAL EDUCATION

Kofránek J., Kulhánek T., Mateják M.

Charles University in Prague, Prague, Czech Republic

Objective Our goal was to design a web based interactive teaching tools, which helps to explain the function of cardiovascular system using interactive multimedia connected with simulation models.

Methods When creating a web simulator, two types of problems must be taken into consideration. The first problem is the creation and identification of the mathematical model. For the creation of simulation models, special software development tools are used. For a long time we have mostly been using Matlab/Simulink models for the development process. Simulink belongs to block-oriented simulation languages, which enables the user to assemble computer models from each block with defined inputs and outputs, interconnect these blocks into computer networks and group computer networks into blocks with higher hierarchy. From the description of the block-oriented structure it is clear, how the value of each variable parameter is calculated in the model, that is, what is the algorithm for the relevant calculation process. Recently, we have been using a simulation environment based on the Modelica language. The most important innovation in Modelica is the option to describe each part of the model as a set of equations and not as an algorithm used to solve these quotations. Models created in Modelica are well-arranged and better reflect the structure of the modeled reality. The other problem apparent during the creation of tutorial and educational simulators is the creation of the tutorial software itself. It is a very demanding development work, which requires the combination of ideas and experiences of teachers who create the script of the tutorial application, the creativity of art designers who create the multimedia components interconnected with the simulation model in the background, as well as the efforts of programmers who finally "sew up" the final masterpiece into its final shape. We have been creating tutorial simulators of cardiovascular system in Microsoft.NET and the Microsoft Silverlight platform, which enables distribution of simulators over the internet and may be executed directly into the internet browser environment with Silverlight plugins.

Results The result of our effort is the set of educational models of cardiovascular system (with different complexity). These tutorial models are a parts of our internet Atlas of physiology and pathophysiology, created as a multimedia tutorial aid combining explanation with simulation games - see <http://physiome.cz/atlas>. We have used tutorial models of cardiovascular system in medical education of Prague Charles

University. It was proved that simulation games with a model can contribute to better understanding of cardiovascular system functioning in normal and pathological conditions, as well as better understanding of mechanisms of subsequent therapeutic interventions.

Conclusions Educational applications using simulation games, available through the web, represent a very efficient teaching aid in explaining complex pathophysiological processes. However, their process of creation is not very easy – it requires multidisciplinary team cooperation and use of suitable development tools.

0840

EFFECTIVENESS OF PERINDOPRIL/AMLODIPINE FIXED DOSE COMBINATION IN HIGH CARDIOVASCULAR RISK PATIENTS

Mamatkulov Kh. A., Uzokov J. K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Background: High blood pressure is often assumed to be a natural consequence of aging, the fact that so many people in their 20s, 30s, and 40s suffer from high blood pressure clearly indicates it is not an age-dependent disease. Arterial hypertension represents a major modifiable risk factor for cardiovascular disease and mortality. Early detection and treatment are crucial. Despite of the availability of effective therapies, hypertension remains poorly controlled. Drug regimen used, as well as compliance and adherence to treatment represent probably the main reasons.

Aim: To assess the effectiveness of Perindopril/Amlodipine fixed dose combination on blood pressure control during a 6-month treatment of hypertensive patients. To record patient's compliance, and to identify comorbidities, co-existing risk factors. To record the total cardiovascular risk of patients and the effectiveness of this fixed combination on blood pressure control in High/Very high risk patients.

Methods: In this study, 85 patients were prospectively studied. The data were recorded at baseline, 3 and 6 months. In all patients comorbidities, coexisting risk factors, and total cardiovascular risk were recorded. Compliance to treatment was evaluated using a 5 score scale, at the 2nd and 3rd visit.

Results: From 85 hypertensive patients participated in the study, 2 patients (2.3% of the sample) discontinued treatment. 73.1% of patients were of "Moderate" or "High/Very high added risk". Mean SBP values decreased from 157.0 mmHg (1st visit), to 129.0 mmHg (3rd visit) ($p < 0.001$). Mean DBP values decreased from 91.5 mmHg (1st visit), to 78.8 mmHg (3rd visit) ($p < 0.001$). Patients with higher SBP and DBP values on the 1st Visit showed greater SBP and DBP decrease respectively ($p < 0.001$). Patients with higher cardiovascular risk showed greater SBP and DBP decrease ($p < 0.001$). In patients with High/Very high cardiovascular risk (62 patients), mean SBP values decreased from 159 mmHg (1st visit) to 130 mmHg (3rd visit) ($p < 0.001$), while mean DBP values decreased from 92 mmHg (1st visit) to 79 mmHg (3rd visit) ($p < 0.001$). Compliance to treatment was high. 97.1% of the sample was taking their treatment "every day" or "quite often" during the study. In 72 patients (84.7% of the sample) was administered constant dosage of Perindopril/Amlodipine fixed dose combination during the whole study, while in 51.3% of those the patients was administrated the lower dose (5/5 mg).

Conclusions: Perindopril/Amlodipine fixed dose combination significantly and promptly reduces blood pressure levels, with high compliance to treatment. The degree of blood pressure reduction depends from baseline blood pressure levels and total cardiovascular risk.

0841

MINITHORACOTOMY AND MINISTERNOTOMY VERSUS STANDARD FULL STERNOTOMY FOR CARDIAC SURGERY: FIVE YEARS EXPERIENCE

Mauro Del Giglio MD, PhD.

Department of Cardiothoracic and Vascular Surgery, Maria Cecilia Hospital, GVM for Care & Research, Cotignola (RA)

Objectives: Nowadays minimally invasive cardiac surgery is a routine approach in many hospitals. The aim of this approach is to reduce surgical trauma and avoid postoperative respiratory dysfunction, chest instability, chronic pain and the incidence of deep sternal wound infection associated with median sternotomy. We have compared outcomes between traditional sternotomy and minimally invasive approach in several surgical fields.

Methods: We retrospectively reviewed 3740 patients who underwent cardiac surgery at our Institution between January 2010 and December 2014. The choice of the surgical approach was based on the surgeon's preference. We included patients with valve pathologies, aortic root disease and coronary artery stenosis

Results: Minimally invasive aortic valve surgery is now most commonly performed surgical approach; 1269 patients received isolated aortic valve replacement; 405 of them underwent standard full sternotomy (F-AVR, 31.8%, 46.7 male; mean age of 74.6±8.6), the remaining 864 patients were treated with a minimally invasive approach by an upper J hemisternotomy (J-AVR) (n= 578, 53.4% male; mean age of 71.9±10.9) or right anterior mini-thoracotomy (RAT) (n=286, 54.6% male; mean age of 72.2±11.5).

Seven hundred twentyfive patients underwent mitral valve replacement (n°208) or repair (n°517) using a right minithoracotomy (R-MVR, n°305) or standard full sternotomy (F-MVR, n°420). Regarding aortic root surgery, 75 patients (32%) were treated with upper J hemisternotomy (J-AAR) (82.9% male; mean age of 57.0±14.5). Hybrid myocardial revascularization that consists in an off-pump bypass (left internal thoracic artery to the anterior descending coronary artery) though a left anterior small thoracotomy (LAST) and eventually percutaneous coronary angioplasty was adopted in 89 patients with a survival rate of 100%. In the remaining 3 groups, mortality rate was higher in the standard approach, but not statistically significant. The incidence of all postoperative complications, the post-procedural intensive care unit and hospitalization stay were analyzed for each group.

Conclusions: This study demonstrates the safety and feasibility of minimally invasive surgery. The data shown here illustrate a relative efficacy of minimally invasive over traditional sternotomy approach. Minimally invasive surgery seems to lead to better psychological acceptance of the surgery and better results also in high risk patients and complex surgery.

0842

CHRONOBIOLOGICAL FACTORS INFLUENCING THE DEVELOPMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Muhammedov M.B , Muhammetberdiyev B.R

Mary Regional Multi-field Hospital, MARY, TURKMENISTAN

Purpose: To identify the peculiarities of MI, the severity of its course and outcome, as well as, the hemostasis system under conditions of sharp continental climate.

Materials and methods: 420 patients with AMI, aged 35-70 years were studied by standard techniques based on uniform diagnostic criteria. All the patients were divided into 2 Groups: the Group 1, consisted of patients without ST elevation and the Group 2, consisted of patients with ST elevation.

Results: Primary MI was registered in 73,8% of the cases and recurrent MI was registered in 26,2% of the cases; complicated myocardial infarction was occurred in 30,4% of the cases. Primary MI with

complicated course comprised 28,1%, where recurrent MI complicated course comprised 37,2%. In Group 1, complication comprised 27,3%, where in Group 2, it was 36,7%. The total number of deaths was registered in 65 cases (15,5%). In primary AMI 63,1% of patients died, where it was 36,9% in recurrent AMI. The number of deaths in patients of Group 1 and Group 2 was not differed: 42,9% and 57,1%, respectively. In complicated MI, deathswere 73,8% in summer, and 26,2% in winter. In the summer, MI frequency generally increased as compared with winter time ($p<0,01$). Such tendency continued with the primary and recurrent MI, as well as, in 1st and 2nd groups. In women younger than 55 years, MI was rarely developed during winter time ($p<0,05$). In the summer MI complications were observed in 37,3% of cases, where in the winter it was 23,6% ($p<0,01$). In the winter, despite the peak incidence (65%), the number of complicated MI was almost at the level of the summer period (46,3% and 53,7% respectively), mortality was 30,2% lesser than that of summer period. Indicators of fibrinolysis system and blood rheology in summer period were lowest expressed in elongation clot lysis time as compared with the indicators of cold period ($p<0,01$), and whole blood viscosity was highest in the summer months with their subsequent reduction by the winter period ($p<0,002$).

Conclusion: Thus, in the summer there is the highest number of deaths among patients with complicated MI, which was accompanied by the lowest values of intravascular platelet aggregation.

0843

ANGIOGRAPHIC PROFILE OF PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM AND CORONARY ARTERY DISEASES.

Muneer A.R.¹, Suman O.S.¹, Mujeeb A.M.¹, Vijayaraghavan G.¹, Kalyagin A.N.²,

¹Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India.

²Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia.

Aim and Objectives Coronary artery disease occurs frequently and may progress more rapidly in patients with hypothyroidism. Less evident is the study on the angiographic profile of these patients. The aim of this study was to find the clinical profile, angiographic distribution and severity of coronary artery stenosis in patients with hypothyroidism and coronary artery disease.

Subjects and Methods A total of 100 patients with hypothyroidism and coronary artery disease who were admitted in a tertiary care centre over a period of three years from 1st August 2012 were subjected for the study. Patients were analyzed for various risk factors, angiographic pattern and severity of coronary artery disease.

Results Mean age of the study population was 58.28 ± 17.3 years. Majority were females 55(55%). The study population was divided into four age group interval ranging from 31 to 70 years. In both sex majority of patients were in the age group between 61-70 years and females were dominating in last three age group interval. Among the study population ie with both hypothyroidism and coronary artery disease, 76(76%) patients were previously diagnosed case of hypothyroidism and 24(24%) were newly diagnosed. Females were dominating in previously diagnosed case of hypothyroidism 46(46%) while males were dominating among the newly diagnosed case of hypothyroidism 16(16%). Patients with acute coronary syndrome(ACS) were 67(67%) and the rest of the 33(33%) patients were with previous history of coronary artery disease. Among the patients with acute coronary syndrome(ACS), majority had non-ST elevation myocardial infarction(NSTEMI) 26(26%) followed by unstable angina(UA)25(25%) and ST elevation myocardial infarction 16(16%). Predominant risk factors were systemic hypertension 63(63%) followed by dyslipidemia 62(62%), Type II diabetes 58(58%); obesity 42(42%) and smoking 36(37%). Angiography was done in 91 (91%) patients. Left anterior descending artery(LAD) was most commonly involved, followed by right coronary artery(RCA), left circumflex (LCx) and least involved was left main (LM) coronary artery. Single-vessel disease was present in 20(20%) unstable angina (UA) patients, 19(19%) in previously diagnosed coronary artery disease patients, 9(9%) in STEMI and 6(6%) in NSTEMI patients. Double-vessel disease was present in 11(11%) NSTEMI, 9(9%) in previously diagnosed coronary artery disease patients, 3(3%) each in STEMI and unstable angina(UA)patients. Triple-vessel disease was present in 8(8%) in previously diagnosed coronary artery disease patients, 6(6%) in NSTEMI, 2(2%) each in STEMI and unstable angina(UA) patients. Left main(LM) disease was present 1(1%) each in unstable angina(UA) and previously diagnosed coronary artery disease patients.

Conclusion Females were dominating in all age group interval with hypothyroidism and coronary artery disease. Males were dominating in newly diagnosed case of hypothyroidism and females were dominating in previously diagnosed cases. Among acute coronary syndrome (ACS) patients, non-ST elevation myocardial infarction(NSTEMI) was dominating followed by unstable angina(UA) and ST elevation myocardial infarction(STEMI). The predominating risk factors were systemic hypertension and Type II diabetes in our study. Single vessel disease(SVD) was most prevalent among the study population followed by double and triple vessel disease.

0844

LIMITATIONS IN USING BETA BLOCKERS IN THE MANAGEMENT OF HEART FAILURE DUE TO COMORBIDITIES- AN INDIAN SCENARIO.

Suman O.S.¹, Muneer A.R.¹, Mujeeb A.M.¹, Vijayaraghavan G.¹, Kalyagin A.N.², Shaskova O.N.².

¹Kerala Institute of Medical Sciences, Trivandrum, Kerala, India; ²Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia.

Aim and Objectives: Beta blockers and ACE inhibitors forms the mainstay in the management of all patients with chronic heart failure. With increasing longevity of Indian population, heart failure incidence is increasing with its attendant high mortality and morbidity. Moreover it affects relatively younger age group. Present study aims at identifying the limitations in giving beta blockers in chronic heart failure patients in our population.

Subjects and methods: This is a prospective descriptive study conducted in a tertiary care centre over a 2 years period from 1st June 2012. 300 consecutive patients with NYHA class 3 or 4 with various etiology of heart failure were identified. The patients belonged to coronary artery disease, valvular heart diseases, cardiomyopathies, congenital heart diseases, Cor pulmonale and hypervolemia due to renal failure. Patients with new onset myocardial infarctions, acute inflammatory conditions and septicemia were excluded.

Results: Of the 300 patients, 69% (n=208) were males and 31%(n=92) were females. The study population was divided into seven age intervals ranging from 21 to 90 years. In both sex, majority of patients were in the age group between 60-69. Up to the age of 69 there was a male predominance. But after the age of 70 there was a female predominance of heart failure.

In our study 94.6% (n=284) of patients received loop diuretics, mainly frusemide 55.6% (n=167) and torsemide 39%(n=117). Thiazide diuretics were used infrequently. Metolazone was used in 8% (n=24) of patients as an add on drug who were on loop diuretics, especially in renal failure patients. Potassium sparing diuretics, spironolactone were used in 45.6% (n=137) patients and eplerinone were used in 9.3% (n=28) of patients.

Beta blockers could be used only in 43% (n=130) of patients. Carvedilol was received by the majority of patients, ie 28% (n=84) followed by metoprolol succinate 8.6% (n=26), bisoprolol 5% (n=15), and nebivolol 1.6% (n=5). ACE or ARBs were received by 34% (n=104) of patients, in which 23.6% (n=71) were in ACE inhibitors. ARBs were used by 11% (n=33) of patients, who were intolerant to ACE inhibitors, mainly due to dry cough.

Conclusion: The mainstay in the management in heart failure today is ACE inhibitors and beta blockers. We have limits in using beta blockers due to co morbidities. Beta blockers couldn't be used due to hypotension which was found in 34% of patients, bradycardia in 20% and chronic obstructive pulmonary disease in 3% of patients. Even though there are definite indications, contraindications were overwhelmed. Due to severity of the disease the decompensation is very common, so diuretics were the most commonly used drugs.

СПИСОК АВТОРОВ

Cyrillic

A

Абакулов А. В.	156
Абдулганиева Д. И.	474, 475
Абдуллаев А. А.	40, 280, 281, 334, 409
Абдуллаева Г. Ж.	40
Абдуллаев А. К.	41, 42
Абдуллаев А. Х.	43, 44, 480
Абдуллаева Ч. А.	305
Абдуллаев Т. А. ...	82, 205, 379, 380, 381, 382, 637
Абдуллаев Ф. Х.	47
Абдулпатахов Д. Д.	334
Абдюкова Э. Р.	260, 261
Абесадзе И. Т.	345, 493, 494
Абзалова Г. Ф.	44
Абирова Э. С.	584
Абраменко А. С.	500
Абраменкова Е. М.	46
Абрамова Т. Г.	364
Абылхаирова А. К.	311
Авдонина Н. Г.	295, 694
Аверьянова А. В.	570
Аветисов И. В.	54, 461
Авксентьева М. В.	559
Авраамова Т. В.	196
Автандилов А. Г.	272, 388
Агафонова В. С.	638
Агеенкова О. А.	46, 665
Агзамова Л. Ф.	699
Агыбаева А. Б.	61
Адашева Т. В.	400
Адилова М. С.	47
Азизова О. А.	134, 135
Азимова М. С.	164
Азимова Н. А.	620
Азнабаева Ю. Г.	563
Акашева Д. У.	502, 525
Акимова Е. В.	48, 166, 324, 586
Акимов А. М.	49
Аксенова А. А.	49
Аксенова К. В.	50
Аксентьев С. Б.	593, 695
Аксютин Н. В.	51, 692
Акулова О. А.	52
Акулов В. А.	53, 696
Акчурина И. М.	53, 54, 55
Александров А. В.	340
Александров М. В.	130, 627
Александров М. Ю.	391
Алексеева Г. В.	294, 345, 570
Алексеева Е. М.	129
Алексеева М. А.	447
Алексеева О. А.	555
Алексеев А. В.	608
Алексеев О. В.	56
Алексенцева А. В.	448
Алиева А. С.	57, 489
Алиева И. Н.	57
Алиева Т. А.	58
Аликулов И. Т.	306
Алисултанова С. А.	59
Алпендидзе В. А.	131, 282
Алтаев В. Д.	471
Алтарев С. С.	60
Алтынбекова А.	246
Алугишвили М. З.	345, 493, 494
Альмухамбетова Р. К.	61, 245, 246
Аляви Б. А.	43, 44
Амбатьелло С. Г.	131, 282
Аметов А. С.	241
Аминова Л. Х.	69
Амирянц В. Ю.	62
Ананич Т. С.	63, 64
Андина Л. А.	192
Андреева А. В.	638
Андреева Е. С.	65
Андреев Д. А.	446, 556, 557, 558, 605
Андреев Е. Ю.	544
Андреичев Н. А.	66, 67, 68
Андрианова О. Л.	69, 450
Андреевская К. С.	493
Аникин В. В.	70, 71
Анисимова Е. А.	533
Анкудинов А. С.	71, 72
Антипова И. И.	362, 587
Антонов А. Б.	447
Антонова Н. В.	125, 126
Антончик К. С.	461
Антропова О. Н. ...	53, 73, 342, 448, 449, 523, 524, 576, 696
Апарина О. П.	74

Апаркина А. В.	164
Арамисова Р. М.	75, 140, 321, 376, 642, 654
Арамисова Р. М.	80
Аргаманян К. С.	50
Арзиева Ю. Б.	76
Аркадьева Г. В.	77
Арнольд Ф.	639, 640
Арсеньева Л. С.	125, 126
Артамонова Г. В.	210, 368, 528, 606
Артюхов И. П.	177
Архипова Н. С.	514, 515
Асейчева О. Ю.	445
Аскарова Н. А.	78
Аскарров А. Р.	79
Астахова З. Т.	618
Астракова К. С.	673
Асымбекова Э. У.	114, 115
Атабаева В. Д.	378
Атаева М. А.	88
Атаев И. А.	148, 199, 251, 543, 546
Аттаева М. Ж.	140, 201, 642
Аттаева М. Ж.	80
Атьков О. Ю.	184, 371, 562
Афанасьева Н. С.	81
Ахадова А. Ш.	544
Ахматов Я. Р.	82
Ахмеджанов Н. М.	650
Ахмедова З. Б.	82
Ахмедова Ш. С.	620
Ахмедов Т. А.	473
Ахмедярова Н. К.	115

Б

Бабаев К.	305
Бабанская Е. Б.	416, 417
Бабушкина Г. В.	298, 641
Багманова З. А.	83
Багрий А. Э.	84, 85
Багрий В. А.	85
Баев А. Е.	630
Баев С. Е.	631
Баженова Е. А.	85, 128
Байкулова М. Х.	109
Баймурзина А. З.	389
Бакаева Л. М.	95
Бакиров Г. М.	602
Бакшеев М. Г.	86
Балакишев Р.	307
Баланова Ю. А.	501
Балассо А.	639, 640

Барабаш Л. В.	87, 362, 587
Баранова Е. И.	85, 128, 292, 293, 489, 570
Баратова М. С.	88
Барбараш Л. С.	348
Барбараш О. Л.	60, 96, 104, 236, 243, 292, 301, 315, 316, 349, 490, 608, 621, 632, 672
Барбук О. А.	436
Барбухатти К. О.	97
Баркан В. С.	88, 89, 197, 501
Барсуков А. В.	90, 91, 92, 413, 414
Барыкина И. Н.	469
Барышева О. Ю.	582
Басова Е. А.	676, 677
Басырова И. Р.	93
Баталина М. В.	94
Баталин В. А.	94
Баталова Т. Д.	468
Баталов Р. Е.	108, 210, 328
Батищева Г. А.	94
Бауэр Я.	639, 640
Бегалина А. М.	95
Беганская Н. С.	71
Безденежных А. В.	96, 349
Безденежных Н. А.	96
Бейбалаева А. М.	369
Бекбулатова Р. Ш.	637
Белан И. А.	97
Белан Л. Н.	255, 256
Белая Н. В.	345
Белая О. Л.	77
Беленков Ю. Н.	98, 308
Белова Г. В.	130
Белов А. И.	303
Белова О. А.	518
Белоконева К. П.	99
Белокрылова Л. В.	100
Белоусова М. С.	389
Белоусова Т. И.	276
Бельская М. И.	436
Беляева О. Д.	85, 128
Беляев Д. В.	284
Белякова И. В.	100
Берг А. Г.	138, 615
Бердовская А. Н.	101
Березикова Е. Н.	188, 512, 513
Березина А. В.	128, 579
Березин А. Е.	102, 103
Березина Е. В.	558
Беркович О. А.	85, 128, 294, 570
Бернс С. А.	104
Берштейн Л. Л.	178

Бесклубова Е. В.	342	Бубенов А. С.	433
Бессонова И. Н.	529	Бубёнов А. С.	283
Бичан Н. А.	99	Бубнова М. Г.	436
Благова О. В.	57, 489	Буглова А. Е.	428
Бледнова А. Ю.	239	Бугрова О. В.	146
Блинова Е. В.	105	Буданова В. А.	129
Блинов Д. С.	105	Будневский А. В.	635
Бобиева Н. Х.	161	Будникова Н. В.	130, 627
Бобкова Л. П.	438	Будяк В. А.	676, 677, 678, 679, 680, 681, 682
Боброва Е. А.	214	Бузаев И. В.	83, 262
Бобровская Л. А.	664	Бузиашвили В. Ю.	130
Бобронникова Л. Р.	290, 291	Бузиашвили Ю. И.	115, 130, 131, 282
Богданова А. А.	106	Булаева Ю. В.	132, 468, 568
Богданова И. А.	364	Булатова О. И.	298, 641
Богданов А. Р.	106, 270	Булашова О. В.	467
Богданов Д. В.	107	Булгакова Е. С.	611
Богданов Ю. И.	108	Булгакова С. В.	86
Богомолова И. И.	533	Бунин Ю. А.	133
Богущ З. Ф.	384	Бунова С. С.	271, 470, 626
Боева О. И.	109, 334, 361	Бурлова Е. С.	77
Бойко С. В.	405	Бурова Е. А.	133
Бойцов С. А.	157, 184, 243, 313, 502, 525, 544	Бучина Е. В.	133
Бойченко А. Д.	110	Быкова А. А.	134, 135, 254, 605
Болдуева С. А.	273, 634	Быкова А. Ю.	320, 532
Болотова Е. В.	110, 111	Быков А. Т.	139
Болысбаева З. М.	662	Быкова Ю. Ю.	232
Бондарева Е. В.	178	Быстрова М. М.	632
Бондарь В. Н.	112, 113, 114, 698	Бычкова Е. В.	495
Борбодоева Б. М.	114, 115, 130	Бышов А. А.	49
Бордюгова Е. В.	116, 228, 230, 522	Бэкман Э. М.	134
Бордюкова Л. Н.	593		
Борель К. Н.	117, 169, 481, 621	В	
Борисова Е. В.	210	Вавилова Т. В.	289, 634
Борисова Н. А.	238	Вайханская Т. Г.	136, 384
Борисова Т. И.	551	Валеев И. Г.	137, 138, 162, 615, 699
Борисов О. Ю.	377	Валихов М. П.	138
Бородашкина С. Ю.	118, 119	Ван Е. Ю.	558
Бородин Н. В.	119, 120	Ванханен Н. В.	336
Бородкин А. В.	121	Варакин Ю. Я.	326
Бородулина Е. О.	122, 123	Варенова Ж. А.	695
Ботова С. Н.	518	Варенцов С. И.	213
Бочкарева Е. В.	326	Вартазарян М. А.	139
Бояринова М. А.	57, 123, 489	Василенко В. М.	75, 140, 201, 321, 376, 642, 654
Брагина А. Е.	124	Василенко В. М.	80
Бражникова М. А.	125, 126	Василец В. В.	114
Браилова Н. В.	525	Василец Л. М.	351, 352
Бритов А. Н.	127	Васильев А. А.	389
Бровин Д. Л.	85, 128	Васильева Е. В.	57
Бровкин А. Н.	279	Васильева Е. Ю.	123
Брыткова Я. В.	179	Васильев А. П.	141

Васильцева О. Я.	141
Ватутин Н. Т.	142, 143, 144
Ваулина Д. А.	145, 472
Вахмистрова А. В.	146
Вахмистрова Т. К.	146
Вахромеева М. Н.	147, 567
Введенская Т. С.	529
Вдовенко В. В.	406
Вдовенко Д. В.	148
Вдовенко Л. Г.	148
Вдовин Е. В.	327
Вебер В. Р.	148, 199, 251, 375, 543, 546
Везикова Н. Н.	582
Вельшер Л. З.	643, 644
Вербовой А. Ф.	391
Верейна Н. К.	668
Верещагина С. В.	587
Верлов Н. А.	240
Вертёлкин А. В.	653
Верткина Н. В.	388
Вершинина А. М.	149
Вершинина Е. О.	150, 151
Веселовская Н. Г.	152, 193, 492, 669
Ветошкин А. С.	685
Вечерский Ю. Ю.	108
Винокурова А. С.	50
Вихарева Ю. В.	153, 402
Вишневская И. Р.	345
Вишнякова М. В.	500
Власенко Э. С.	100
Власова О. Л.	154, 155
Власов В. Ю.	544
Власов Т. Д.	214
Воевода М. И.	173, 673
Вознюк О. А.	168
Волкова А. Л.	605
Волков А. И.	461
Волков А. М.	508
Волкова С. Ю.	156, 461
Волкова Э. Г.	610
Волчкова Е. А.	279
Воробьев И. В.	72
Ворожко И. В.	270
Ворожцова И. Н.	141
Воронова А. Д.	138
Воронова И. Л.	375
Воронова О. В.	643, 644
Воронова О. К.	544
Выгодин В. А.	314, 584

Г

Габинский Я. Л.	156, 174, 302, 303
Гаврилова Н. Е.	157, 184, 611
Гаврилов Д. В.	158
Гаврилюк Н. Д.	159
Гавришева Н. А.	345
Гагарина А. А.	160, 324, 628, 629
Гагарина Н. В.	57
Гагулин И. В.	172, 173
Гаджиева Т. А.	304, 305
Гадоев С. Х.	161
Газиева П. А.	304, 305
Газизова Д. Ш.	161, 404
Газизова Л. Ю.	162
Газизов Р. М.	163
Газизянова В. М.	467
Газиумарова М. С.	165
Гайдашев А. Э.	650
Гайдукова И. З.	164
Гайратова И. Б.	164, 318, 319
Гайфулин Р. А.	349
Гайшун Е. И.	165
Гакова Е. И.	48, 49, 166
Галагудза М. М.	214
Галактионова Л. И.	406
Галин П. Ю.	167, 168, 198, 574
Ганиева Н. П.	381
Ганиев Т. З.	259, 268
Гапон Л. И.	149, 462, 685
Гараева Л. А.	168
Гарганеева А. А.	117, 169, 481, 621, 670
Гареева Н. Х.	699
Гаркавенко О. Н.	372
Гаркуша Е. С.	170
Гарькина С. В.	215, 216, 217, 218
Гасташева М. А.	171
Гатаулин Р. Г.	505
Гатаулин Я. А.	516
Гатиятов Ю. Ф.	89
Гафарова А. В.	172, 173
Гафаров В. В.	49, 172, 173, 324, 586
Гафурова Р. М.	281
Гендлин Г. Е.	535
Генерозов Э. В.	184
Генкель В. В.	555
Герасимов А. Ю.	174
Герцен К. А.	175, 176
Гибадуллина Э. А.	298, 641
Гизатуллина А. А.	699
Гимаев Р. Х.	561, 562

Глазачев О. С.	254	Гриценко О. В.	152, 193, 669
Глазкова Е. А.	638	Гриценко Ю. П.	674
Глибко К. В.	667	Громнацкая Н. Н.	193, 194
Глотов А. С.	340	Громнацкий Н. И.	193, 194
Глотов О. С.	340	Громова Е. А.	172, 173
Глумов Е. А.	643, 644	Громова М. А.	195
Глухова Т. С.	176	Грудянов А. И.	196
Глуховской Д. В.	91	Губанова М. В.	88, 89, 197
Гобелкова С. Э.	619	Губанова Т. Г.	198
Говорин А. В.	387, 388, 527	Губарева Е. Ю.	364
Годунко Е. С.	661, 662	Губарева И. В.	364
Голикова А. А.	332	Губачева Т. В.	130
Голиков А. В.	415	Губин Д. Г.	685
Голиков А. П.	332	Губская П. М.	148, 199, 251, 375, 543, 546
Голицын С. П.	74	Гудкова А. Я.	200, 201, 511
Головенкин С. Е.	177	Гуков А. В.	601
Головизнин М. В.	598	Гуков А. Г.	84
Головина А. Е.	178	Гуманова Н. Г.	157
Гомова И. С.	179	Гурижева М. В.	201
Гончаров А. Н.	287	Гурижева М. В.	80
Гончаров М. В.	694	Гурина А. М.	412
Гончарук М. С.	651	Гурмач М. А.	202, 438
Гончарь М. А.	110, 569	Гурфинкель Ю. И.	562
Гопций Е. В.	180	Гусакова А. М.	203
Гопцый Е. В.	604	Гусаковская Л. И.	204
Горбатова Е. В.	447	Гусева В. А.	371
Горбачевская С. Н.	365	Гусева О. А.	49
Горбунова М. Л.	180, 181		
Горбунов В. М.	127, 632	Д	
Гордеева Л. А.	292	Давидович И. М.	583
Гордеева М. С.	182	Давирова Ш. Ш.	82, 205
Гордеев М. Л.	456, 579	Давтян К. В.	436
Гордиенко А. В.	91, 92, 413, 414, 415, 564, 565	Давыденко О. Г.	136
Гореликов А. В.	183	Давыдкин И. Л.	86, 278
Горохова С. Г.	184	Давыдова Э. В.	205, 206
Горшков А. Ю.	184	Дадабаева Н. А.	207, 208
Горшков-Кантакузен В. А.	185, 186	Даниленко Н. Г.	136, 384
Горьков А. И.	278	Данилова Е. Н.	549
Горянская И. Я.	187, 348, 449, 628	Данилова Е. С.	209
Горячева А. А.	644	Данилогорская Ю. А.	98
Гребенкина И. А.	188, 437	Данильченко Я. В.	210, 243
Гребенникова А. А.	189	Дедкова А. А.	210
Гривачева А. Е.	649	Деев А. Д.	313, 343, 501, 506, 632, 683, 684
Гривенко А. А.	190	Деменко Т. Н.	211, 664
Григорьева Н. Ю.	350, 409	Дёмин А. В.	360
Гриднева Р. И.	190	Демина Е.	94
Гриднев В. И.	518	Демкина А. Е.	212
Гринева Е. Н.	145	Демко А. П.	666
Гринштейн И. Ю.	191, 192	Денисенко-Канкия Е. И.	147
Гринштейн Ю. И.	191, 192	Денисенко М. Н.	555

Денисова Д. В.	213
Денисова Т. П.	419, 422
Дербенева С. А.	106
Деревянникова Е. В.	235
Деревянченко М. В.	614
Деришева Д. А.	702
Дехарь В. В.	213
Джазаева М. Б.	549
Джиоева О. Н.	213
Джос Н. П.	566
Димидова Н. А.	89
Дмитриева И. Е.	285, 434, 435
Дмитриев Ю. В.	214
Довгалецкий П. Я.	422, 518
Довгалецкий Я. П.	59
Долгинина С. И.	215, 216, 217, 218
Долгова Е. В.	219
Долина И. В.	366
Долотовская П. В.	59, 220, 420, 421
Доля Е. М.	221, 358, 554
Донецкова А. Д.	598
Донцов А. В.	222
Доренская О. В.	346
Дорофеева Н. П.	269, 488
Дорохов Г. Ю.	415
Дралова О. В.	242
Драненко Н. Ю.	275, 449, 628
Драпкина О. М.	222, 223, 224
Дриль И. С.	225
Дробышева Е. С.	617, 635
Дроздецкий С. И.	226
Дружилова О. Ю.	226, 227
Дружилов М. А.	226, 227
Дружкова Т. А.	159
Дубинко К. Г.	189
Дубовая А. В.	228
Дубовик А. В.	287
Дубовик Т. А.	229
Дударев М. В.	656
Дудинская Е. Н.	502
Дудкина К. В.	51, 692
Дудникова А. В.	110
Дудчак А. П.	230
Думикян А. Ш.	134, 135
Дунаева А. Р.	231, 692
Дупляков Д. В.	215, 218, 697
Душина А. Г.	231
Душина Е. В.	406, 484
Дыдышко В. Т.	92, 414
Дьякова О. Н.	232

Дьякончук Ю. С.	344
Дьячек М. Н.	341
Дьячкова К. И.	518
Дьячков С. М.	700
Дядык А. И.	233

Е

Евсевьева М. Е.	234, 235
Евсеева М. В.	236, 301, 315, 316, 490
Евсиков Е. М.	612
Евстигнеева А. Ю.	236, 237
Евтушенко И. С.	288
Егорова Л. С.	188, 437
Ежов А. В.	551
Елисеева И. В.	238
Елисеева Л. Н.	239
Елисеева Н. А.	127
Елистратова О. С.	676, 677, 678, 679, 680
Елсосли С.	221
Елыкомов В. А.	478, 479
Емельянов И. В.	295, 694
Енина Т. Н.	373, 374
Енисеева Е. С.	240
Ерёмин М. В.	234
Еремин С. А.	425, 473
Еркудов В. О.	240
Ермакова Е. А.	241
Ермакова Т. И.	356, 357
Ермолаева А. С.	242
Ермолаев Е. Н.	262
Ермолов С. Ю.	424
Еров Н. К.	167
Ершова А. И.	127, 243
Ершов В. И.	594
Есимбекова Э. И.	252, 310
Есипенко О. В.	172, 173
Есипович И. Д.	457, 458
Ефанов А. Ю.	243
Ефендиева Е. А.	403
Ефимова И. Ю.	328
Ефимова Л. П.	244
Ефременко В. А.	233
Ефремова Е. В.	244
Ефремушкина А. А.	478, 479
Ефремушкин Г. Г.	506, 635

Ж

Жамалов Л. М.	262, 263
Жангелова Ш. Б.	61, 245, 246

Жапова М.Х.	612
Жарова Е.А.	519, 520
Ждамарова О.И.	239
Жданкина Н.В.	247
Жексембаева С.О.	248
Железных Е.А.	98
Железнякова Н.М.	497
Желтова И.Н.	248, 249
Жигунова Е.П.	444
Жидулева Е.В.	250
Жмайлова С.В.	148, 199, 251, 375, 543, 546
Жукова Е.А.	340
Жукушева Ш.Т.	252
Жуманиязова А.А.	298, 641
Жуперин С.Е.	186
Журавская Э.Я.	253

З

Забашта И.В.	225
Загайная Е.Э.	254
Загидуллин Б.И.	83, 642
Загидуллин Н.Ш.	231, 255, 256, 563, 642, 692
Загидуллин Ш.З.	231, 255, 256, 563, 642, 692
Задюнченко В.С.	400
Задорожная М.П.	257
Зайнуллина В.М.	641
Зайцева Т.А.	371
Закирова А.Н. .	138, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267
Закирова Н.Э.	260, 261, 263, 266, 267
Закиров М.М.	190
Закиров Н.У.	257, 258, 259, 268, 382
Заковряшина И.Н.	269, 488
Залалетдинова А.М.	137
Залетова Т.С.	106, 270
Зальцман А.Г.	448, 449, 523, 524
Замахина О.В.	271, 470, 626
Запесочная И.Л.	272
Зарипов Б.И.	276
Зарубина Т.В.	272
Заславская Е.Л.	292
Заславская М.А.	412
Затейщиков Д.А.	279, 445
Затолокин В.В.	108
Захаревич А.М.	419
Захарова И.И.	213
Захарова О.В.	273, 274
Захарчук Н.В.	468
Заяева А.А.	358
Звартау Н.Э.	295, 694

Зверева С.Б.	364
Зверев Д.А.	457, 458
Землянская Н.А.	275, 449
Земсков И.А.	383
Земцовский Э.В.	276, 533
Зернов В.А.	544
Зимницкая О.В.	277
Зинкович М.И.	144
Зиновьева В.А.	209
Зиновьева Е.Г.	453
Зиновьева С.Ю.	495
Золотенкова О.М.	278
Золотовская И.А.	278
Зотова И.В.	279
Зуева И.Б.	457, 458
Зулкарнеев Р.Х.	563
Зюбанова И.В.	630, 631
Зюляева Н.Н.	133
Зятенкова Е.В.	222, 223, 224

И

Ибрагимова И.Б.	280, 281
Ибрагимова Л.А.	69
Ибрагимова Л.Р.	163
Ибрагимов М.С.	131, 282
Иваненко А.С.	334
Иваненко Л.Р.	283
Иванова Е.А.	105
Иванова Ю.И.	284
Иванов В.А.	558
Иванов С.В.	60, 96
Иванов С.И.	285, 433, 434, 435
Иванощук Д.Е.	673
Иванченко Д.Н.	269, 488
Иванчукова М.Г.	296, 297
Ивахненко В.А.	593
Игнатенко Г.А.	286, 287
Игнатенко К.Г.	528
Игнатенко Т.С.	288
Игуменов И.А.	105
Иевская Е.В.	289
Ижбулдин Р.И.	699
Измайлова О.В.	312
Ильдарова Р.А.	507
Ильченко И.А.	290, 291
Ильясова У.Г.	40
Имаева Э.Б.	613
Индукаева Е.В.	243, 528
Иноземцева А.А.	292
Иоаниди Х.В.	231

Ионин В. А.	292, 293
Ионова Ж. И.	294, 570
Ионов М. В.	295
Ирисов Д. Б.	259, 268
Иртюга О. Б.	159, 250
Искендеров Б. Г.	296, 297
Исламова С. В.	298, 641
Исламова У. А.	40, 280, 281, 334, 409
Исламов Р. Р.	676, 677, 678, 679, 680, 681, 682
Исмагилова Э. Ф.	265
Исмаилова А. А.	379
Исмаилова А. А2.	378
Исхаков Ш. А.	44
Ицкова Е. А.	366, 367, 407, 622
Ишманова А. Р.	137

К

Кабилова А. В.	317
Кавешников В. С.	299
Кадыкова А. В.	129, 693
Казакова Е. Е.	250
Казакова Т. В.	320, 663
Казаков Р. Е.	446
Казаков С. В.	340
Казаликашвили Н. Ш.	567
Казанцева Е. Э.	495
Казаченко А. А.	386
Казначеев М. В.	565
Каладзе Н. Н.	300
Калаева В. В.	236, 301, 315, 316, 490
Калева Н. Г.	301
Калев О. Ф.	301
Калинина А. М.	312, 314
Калинина Л. П.	593
Калинина С. Г.	302, 303
Каллаева А. Н.	304, 305
Калмыкова О. В.	693
Калягин А. Н.	71, 416, 417
Каменская О. В.	595
Камилова У. К.	58, 305, 306, 307, 530, 531
Каминская Е. В.	201
Каныбекова Ж.	307
Капакова М. А.	252, 309
Каплунова В. Ю.	308
Капустина А. В.	501
Караваев А. А.	53, 54, 55
Каражанова Л. К.	252, 309, 310, 311, 662
Карамнова Н. С.	312, 313, 314
Каранадзе Е. Н.	110
Карапыш В. А.	143

Карасева Н. В.	89
Карасёва Н. В.	88
Кардаш Г. Ю.	314
Кардашевская Л. И.	452
Кардаш О. Ф.	314
Карев В. Е.	148, 199, 251, 543, 546
Каретникова В. Н.	236, 301, 315, 316, 490
Каримова Г. Ф.	317
Каримов А. М.	382, 637
Каримов О. О.	318, 319
Кароли Н. А.	121
Каронова Т. Л.	85
Карпелев Г. М.	183
Карпенко В. Я.	321
Карпенко М. А.	579
Карпов А. А.	214
Карпова Н. Ю.	49, 320, 532, 663
Карпов Н. В.	432, 433
Карпов Н. В.	491
Карпов Р. С.	141, 533
Карпунин С. А.	122, 123
Карякина Т. Н.	355
Касимова Г. М.	43
Каскаева Д. С.	660
Каскулова А. Ф.	321, 654
Касьмова А. А.	662
Касьянова Т. Р.	395
Катаева К. Б.	114, 115
Катамадзе Н. О.	178
Каулина Е. М.	321
Качковская Т. А.	322
Качковский М. А.	322, 323
Кашталап В. В.	292, 632, 672
Каштанова Е. В.	508, 595
Каюмова М. М.	324, 586
Каюмов Р. Х.	48
Квасникова Ю. В.	391, 392
Кебашвили С. В.	597
Кеворкова Ю. Г.	257, 258
Кельмамбетова З. Р.	324, 351
Кизьявка М. И.	565
Килесса В. В.	325
Киличев А. А.	460
Кильмаматова В. В.	264
Ким И. В.	326
Киреев К. А.	327
Киселева Г. И.	365, 366
Киселёва Г. И.	327
Киселева Е. В.	478
Киселев А. Р.	518

Кистенева И. В.	328	Коновалова Н. В.	569
Китаева Е. Е.	329	Коновалова Н. М.	234
Китаева М. В.	676, 677	Конради А. О.	124, 145, 295, 472, 489, 694
Клейменова Е. Б.	466	Константинов В. В.	501
Клепикова М. В.	667	Константинов Д. Ю.	167
Клепикова П. В.	100	Концевая А. В.	523, 524, 537
Климова Т. В.	440	Конюх Е. А.	344
Клишевич Ф. Н.	183	Копица Н. П.	345
Кобринский Б. А.	330	Копнин И. Г.	465
Ковалев А. В.	191, 192	Копылова Л. Н.	149
Ковалёв С. А.	643, 644	Копылов Ф. Ю.	254
Ковалевская Е. А.	212	Коржевский Д.	201
Ковалкин А. Е.	183	Корженевская К. В.	345, 493, 494
Ковальчук Е. Ю.	331	Коричкина Л. Н.	346
Ковешникова Н. А.	190	Корнева В. А.	347
Ковыршина Е. Е.	85	Корниенко Н. В.	187, 348, 534
Коган Е. А.	57, 489	Коробов А. А.	639
Кожанова А. А.	61	Корок Е. В.	348, 349
Кожанова Т. А.	187	Королева А. Е.	401
Кожевникова М. В.	308	Королёва М. Е.	350
Козленок А. В.	458, 472, 536	Королева О. С.	445
Козлова Н. С.	86	Королёва Т. В.	409
Козлов Е. В.	146	Коростелева Е. В.	701
Козьмина М. Е.	678, 679, 680	Коростовцева Л. С.	145, 472
Кокурина Е. В.	326	Коростышевская И. М.	545
Колбасников С. В.	476	Корытько И. Н.	324, 351
Колесникова Д. С.	333	Корягина Н. А.	351, 352
Колесникова Е. В.	290, 291	Косивцова М. А.	353
Колесников В. Н.	334	Косинова А. А.	191
Колесников В. С.	144	Космачев В. В.	46
Колибаева Т. Ф.	225	Косоухов А. П.	600, 601
Колледина А. С.	298	Костарева А. А.	159, 294, 616
Колмакова К. А.	40, 334	Костенко В. А.	354
Колмакова Т. А.	99	Костенко И. И.	119, 120
Кологривова И. В.	210	Костенко Т. А.	529
Коломацкая О. Е.	335	Костина М. В.	355
Коломиец В. В.	336	Костомарова Т. С.	210
Коломоец М. Ю.	337	Костюкова Е. А.	366
Колосова Т. Н.	279	Костюкова О. В.	676, 677, 678, 679, 680
Комаров И. И.	346	Котельникова Е. В.	408
Комилова Ф. Х.	338	Котельникова Т. Е.	94
Комиссарова И. М.	111	Кох Н. В.	403
Комиссарова С. М.	339, 340	Кочеулова А. В.	72
Комков А. А.	341	Кочкина М. С.	445
Комков Д. С.	341, 401	Кошелева Н. А.	356, 357
Компаниец О. Г.	401	Кошель В. И.	234
Кондаков В. Д.	73, 342	Кошкин Д. А.	156
Кондратьева О. В.	129, 693	Кошукова Г. Н.	358
Кондратьев Д. А.	129	Кравченко А. Н.	337
Коннов М. В.	343	Кравченко А. Я.	359, 617, 635

Кравченко И. Н.	142	Кулаков В. В.	375
Кравчук В. Н.	386	Кулик Н. А.	199, 251, 375, 543
Крадинова Е. А.	300	Куликова И. Е.	269, 488
Крайнова И. Н.	360	Куликов А. Н.	386, 423
Красеха-Денисова В. В.	336	Куликова Т. Г.	138
Краснов А. Ю.	361	Куликов В. П.	448
Краснопеев А. В.	327	Кулова З. Р.	376
Красько О. В.	314	Кулюцин А. В.	485
Кремено С. В.	362	Купаев В. И.	377
Кремзер А. А.	102, 103	Купцов С. М.	378
Кривонос Н. Ю.	336	Куралбаева А.	245
Кривошеева Е. В.	676, 677	Курапеев Д. И.	295, 516
Кривцова Н. В.	77	Курапов К. А.	233
Криночкин Д. В.	373, 374, 700	Курбанов Н. А.	205, 379, 381
Кругликова А. С.	502, 525	Курбанов Н. А. 1.	378, 380
Круглов В. Н.	363	Курбанов Р. Д.	268, 378, 381, 382, 460
Крутиков А. Н.	201	Курбатова И. И.	449
Крутиков Е. С.	364	Курганович С. А.	506
Крылова В. Б.	512, 513	Кургузов А. В.	595
Крылова Н. С.	212	Куриленко Т. А.	182, 383
Крюков Н. Н.	364, 365, 366	Курпита А. Ю.	327
Крюкова О. Н.	366, 367, 407, 622	Курумлиду Е. Г.	612
Крючков Д. В.	368	Курушко Т. В.	136, 384
Крячкова Т. В.	506	Кутдусов Р. Ф.	264
Ксенофонотова М. А.	405	Кутенкова И. В.	171
Кубаткина Г. А.	406	Кутина И. В.	698
Кубикова Б. Т.	164	Кутрунов В. Н.	700
Кугрышев В. В.	433, 434, 435	Кухарчик Г. А.	652
Кудаев М. Т.	369	Куцевол И. Б.	385, 591, 592, 619
Куделькина Н. А.	370	Кучеренко Т. В.	367
Кудряшов Е. А.	371	Кучин К. В.	226
Кудряшов Ю. Ю.	371	Кучмин А. Н.	386, 589
Кужелева Е. А.	169, 481, 621, 670	Кушнарченко Н. Н.	197, 387, 388
Кузаева Н. Г.	323	Кушнир С. П.	619
Кузакбирдиева О. Х.	100	Кушхова Р. Р.	388
Кузина Е. В.	89	Кылбанова Е. С.	585
Кузнецова Г. В.	519, 520		
Кузнецова Л. М.	283, 285, 432, 433, 434, 435, 491	Л	
Кузнецов А. Н.	409	Лавринова А. М.	676, 677
Кузнецова Т. Ю.	65, 158, 226, 227, 347, 372, 571	Лавров А. Г.	141
Кузнецова Э. Э.	666	Лагкути О. Т.	351
Кузнецов В. А.	49, 166, 324, 373, 374, 521, 586, 700	Ладор Т. В.	240
Кузьменко В. С.	653	Лазарева Е. В.	420
Кузьмина А. А.	96	Лазарева Е. Н.	419
Кузьмина О. К.	243, 672	Лазарева Э. Н.	296, 297
Куклина М. Д.	605	Лазарев К. В.	389
Кукшева Д. С.	601	Лайпанова А. И.	109
Кулабухова И. С.	239	Лапшина Н. В.	215, 216, 217, 218
Кулагина И. В.	573	Лапшина С. А.	425, 473
Кулагина Т. Ю.	558	Ларионова Н. В.	441

Лажин Д. И.	390	Лукьянова М. В.	406, 484
Лажонина Н. С.	598	Лунегов Д. Г.	666
Лебедева Е. В.	572	Лутай Ю. А.	366, 367, 407, 622
Лебедев П. А.	377, 391	Луфт В. М.	56
Леванин П. П.	156	Лысоченко А. Б.	600
Леванова Т. В.	391, 392	Лышова О. В.	119, 120
Левашова А. И.	596	Люберцева Е. И.	587
Левашова О. А.	393	Лямина Н. П.	408
Левашов С. Ю.	394	Лясникова Е. А.	697
Левитан Б. Н.	395		
Левицкий Е. Ф.	87	М	
Левченко Е. В.	278	Мавзютова Г. А.	450
Легконогов А. А.	398	Мавлетова А. А.	50
Легконогов А. В.	395, 396, 397, 398, 399, 590	Мавлянов И. Р.	41, 42
Легконогова Л. Г.	396, 399	Мавлянов С. И.	207, 208
Лексина К. С.	213	Магнитский А. В.	547, 548
Лексина Ю. Н.	443, 444	Магомедова А. Д.	409
Лемеш О. Л.	573	Магомедов А. З.	304, 305
Леонова Е. И.	400	Мазаев В. П.	341
Леонова Е. Э.	562	Мазур Н. А.	83
Леонова И. А.	273, 634	Мазурова О. В.	561, 562
Леонова Н. В.	521	Майорова М. В.	409
Леонтьева О. И.	642	Майорова С. В.	410
Леусенко И. А.	63, 64	Майоров О. Ю.	411
Леушина Е. А.	400	Макаренкова К. В.	476, 673
Либис Р. А.	93, 148, 231, 405, 406, 483, 697	Макаренко В. Н.	130
Линчак Р. М.	341, 401	Макарова Л. Ф.	213
Липатова Т. Е.	410, 412	Макарчук О. В.	288
Липнина Е. О.	153, 402	Макеева А. В.	498
Липская И. П.	344	Макеева А. С.	412
Липчанская Т. П.	408	Макеева Е. Р.	441
Липш Д.	639, 640	Макеева О. А.	104
Лисина Н. В.	409	Макеева Т. Г.	412
Лискова Ю. В.	402	Маковеева О. В.	413, 414, 415
Листопад О. В.	293	Маковеев С. Н.	415
Литвишкова А. Ю.	244	Максикова Т. М.	416, 417
Лифшиц Г. И.	403	Максимкова В. И.	372
Лишманов Ю. Б.	328	Максимова Ж. В.	418
Лищук В. А.	404, 579, 688	Максимова Н. Р.	585
Лобасов Р. В.	139	Максимов В. Н.	173
Лобачёва Г. В.	404	Максимов В. Ф.	545
Логачева И. В.	551	Максимов М. Л.	242
Логинова Ю. В.	88, 89	Максимов Н. И.	175, 176
Ложникова Л. Е.	97	Малашичева А. Б.	159
Лопатин Ю. М.	189	Малева О. В.	621
Лопина Е. А.	405, 406	Малев Э. Г.	533
Лория И. Ж.	503, 504	Маликов К. Д.	472
Лосев И. И.	86	Малинова Л. И.	419, 420, 421, 422
Лоховинина Н. Л.	345	Малкова М. И.	467
Лукша Е. Б.	188, 437	Малкова О. О.	391

Маловичко С. И.	85	Мешков А. Н.	243
Малов Ю. С.	422, 423	Мизиев И. А.	643, 644
Малыгин А. Н.	582	Мизинцова М. А.	442
Малютина С. К.	476	Микулич А. В.	63, 64
Мамлеева Н. А.	265	Микуляк Н. И.	46
Маммаев С. Н.	205, 206	Мильман Б. Л.	201
Манасян А. Г.	424	Милягин В. А.	443, 444
Мангилева Т. А.	425	Минасян С. М.	214
Мангушева М. М.	425, 473, 474, 475	Мингазетдинова Л. Н.	317, 463
Мараховская И. Л.	638	Миненко Т. В.	573
Мареева М. Ю.	426, 500	Минин С. М.	328
Маркова Е. Ю.	235	Минушкина Л. О.	445
Марочков А. А.	183	Мирзаев К. Б.	446
Марсальская О. А.	427	Миролюбова О. А.	442, 447
Мартынюк А. Д.	567	Миронова А. А.	419
Мартынюк Т. В.	219	Миронова Н. А.	74
Мартышева Н. Г.	440	Миронов В. А.	329
Марусенко И. М.	582	Мирохина М. А.	90, 92
Марусий А. А.	442	Мирошниченко А. А.	451
Марутина Е. Ю.	377	Мирошниченко А. И.	448, 449
Марченко Е. Н.	230	Мирошниченко Е. П.	187, 275, 449
Масенко В. П.	138, 519, 520	Мирсаева Г. Х.	69, 450, 613
Маслинская Л. Н.	428	Митрофанова Л. Б.	456
Матвеева С. А.	429, 430, 431	Митрушкин Д. И.	449, 451, 628
Матвеев В. В. ...	283, 285, 432, 433, 434, 435, 491	Мифтахова Л. Я.	163
Матееску К. А.	391	Михайличенко Е. С.	452
Матюшин Г. В.	177, 471	Михайлова А. Г.	378
Махарадзе Н. З.	468	Михайлова Е. В.	321
Махинова М. М.	436	Михайлова Е. В.	201
Махматова Т. Л.	694	Михайлова З. Д.	452
Махнева Е. А.	462	Михайлова Л. В.	456, 626
Мацкевич С. А.	436	Михайлов В. М.	201
Мацкеплишвили С. Т.	114, 115, 130, 131, 282	Михайлов Е. В.	327
Машталова О. Г.	269, 488	Михалев К. А.	337
Машукова М. Р.	517	Михно М. М.	63, 64
Маянская С. Д.	168, 188, 437, 607	Мишакова Т. М.	173
Медведева А. С.	115	Мкртчян В. Р.	171
Медведева И. В.	243	Могучая Е. В.	489
Медведева Л. А.	698	Моисеева О. М.	159, 250, 457, 458
Медведева Т. А.	387, 388	Мокиевская А. Н.	453
Медведева Т. В.	202, 438	Моллаева Н. Р.	205, 206
Медведев И. Н.	439, 440	Момот А. П.	479
Мелдешов Ж.	602	Момот О. М.	114
Мельникова Е. А.	204	Моргунов Л. Ю.	454, 455, 456
Мельникова О. П.	339	Мордовин В. Ф.	533, 630, 631
Мельниченко В. Я.	333, 567	Морозова В. Ю.	456
Мензоров М. В.	244, 440, 441	Морозова И. В.	440, 441
Меркулов Е. В.	519, 520	Морозов И. А.	356, 357
Метелёв И. С.	402	Морозов М. А.	105
Метельская В. А.	157	Морозов С. Л.	589

Мороз Т. П.	360	Наумов В. А.	184
Морошкина Н. В.	457, 458	Находнова Е. С.	594
Морошкин В. С.	289, 458, 536	Невзорова В. А.	468
Мосеева А. С.	447	Недбайкин А. М.	401
Мостовников А. В.	63, 64	Недогода С. В.	469
Мощенко Ю. П.	459	Недоступ А. В.	57, 489
Мравян С. Р.	426, 500	Неженцева Е. Л.	552
Мрочек А. Г. 1.	384	Нелидова А. В.	271, 470, 626
Мубаракшина Н. И.	365	Немик Д. Б.	471
Муллабаева Г. У.	460	Немкова Д. А.	570
Мурадова А. Е.	461	Ненарочнов С. В.	370
Мурасеева Е. В.	184	Непран В. И.	145, 472
Муратов Г. Р.	225, 569, 658	Нестерова В. Е.	106
Мурашко Л. М.	584	Нестерова Н. Н.	473
Мурашко Н. А.	124	Нефедов Г. А.	440
Мурашов И. С.	508	Нечаева А. О.	149
Мурзаканова Е. М.	140	Нигматьянова А. А.	425, 473, 474, 475
Мурзаханова Н. Ш.	642	Низамутдинова Э. И.	138
Мурлычѳв А. С.	643, 644	Никитин А. Г.	445
Мурлычев С. Н.	461	Никитина Ж. В.	592
Мусина Ф. С.	317	Никитин А. Н.	279
Мусихина Н. А.	462	Никитин Е. С.	404
Муслимова Э. Ф.	572	Никитин Ю. П.	476
Мустафина И. А.	137	Никифоров В. С.	427
Мустафина О. Е.	613	Никишин А. Г.	620
Муталова Э. Г.	317, 463	Николаева И. Е. .	260, 261, 262, 263, 264, 265, 613
Мухамадеева Н. Р.	563	Николаева Т. О.	70
Мухамедова М. Г.	44	Николаев Г. В.	579
Мухамедрахимова А. Р.	264, 265	Никонова М. Ф.	598
Мухамметгульѳева О. С.	464	Никулина С. Ю.	51, 692
Мухетдинова Г. А.	450	Нилова М. Б.	477
Мухин И. В.	286	Нилова О. В.	476
Мязин В. Е.	88	Нилова С. А.	477
Мясоедова Е. И.	465	Ниязова С. С.	339, 340
Мясоедова С. Е.	195	Новикова С. А.	695
Н			
Навджуанов Н. М.	318	Новиков В. Е.	584
Нагирняк О. А.	104, 348	Новиков В. И.	427
Назаренко Г. И.	466	Новожилова Н. В.	571
Назаров Б. В.	51, 692	Ноева Е. А.	519, 520
Налибаева С. А.	338	Номоконова Е. А.	478, 479
Наливаева А. В.	408	Нонка Т. Г.	572
Нанѳшвили Т. Э.	85	Нурмухамедов А. И.	480
Насибуллин Т. Р.	613	Нуртдинова Э. Г.	138, 260, 262, 615
Насонов С. А.	601	О	
Насрашвили Г. Г.	203	Овсянников Е. С.	480, 617
Насыбуллина А. А.	467	Одуд А. М.	348
Наумова Е. А.	132, 468, 568	Озерова И. Н.	157
Наумов А. О.	587	Округин С. А.	117, 169, 481, 621
		Олейник А. И.	482

Олейник Д. А.	113, 482
Олейник Е. А.	483
Олейникова А. В.	100
Олейников В. Э.	204, 406, 484, 485, 539
Олейников С. В.	465
Онучина Е. Л.	153, 402, 485, 486
Онучина Ю. С.	485
Онучин С. Г.	485, 486
Опольская С. В.	487
Оразклычев О. А.	645
Орехова Ю. Н.	269, 488
Орлов А. В.	57, 123, 489
Орлова Г. М.	666
Орлова Н. В.	667
Орлов П. С.	673
Оруджева С. Р.	82
Осипенко Т. С.	671
Осипова А. Ю.	371
Осипов А. Г.	213
Осипова Е. С.	152
Осипова И. В.	73, 213, 342, 448, 449, 523, 524
Осипова Ю. В.	489
Османова А. В.	304, 305, 369
Осокина А. В.	236, 301, 315, 316, 490
Осокин Я. А.	285, 432, 433, 491
Островский Ю. П.	183, 506
Остроушко Н. И.	650
Отделёнов В. А.	466
Отмахов В. В.	226, 227
Отт А. В.	152, 492, 669

П

Павлова Т. В.	375
Павлов С. В.	400
Пайкова А. С.	627
Паневская Г. Н.	493
Панкова И. А.	533
Панов А. В.	345, 456, 493, 494
Панова Т. Н.	693
Панов Д. О.	172, 173
Панфилова Н. В.	106
Панченкова Л. А.	495
Панчишко А. С.	336
Пармон Е. В.	182, 383
Парфенова А. Н.	133
Парфёнова И. В.	453
Пасиешвили Л. М.	496
Пасиешвили Т. М.	497
Пастухова О. Р.	614
Патлай И. И.	653

Пахоменко Е. А.	72
Паущик С. А.	466
Пекарский С. Е.	630, 631
Пелихов Д. Ю.	394
Пенина Е. О.	497
Пенская Т. В.	608
Первунина Т. М.	579
Перминов М. Г.	81, 156
Перфильева М. В.	498
Петелина Т. И.	373, 462
Петренко Е. К.	225
Петрищева А. В.	351, 352
Петрова К. О.	89
Петрова М. М.	277, 660
Петрова М. Н.	499
Петрова Т. А.	378, 380
Петрова Ю. Н.	558
Петрухин В. А.	426, 500
Петюнина О. В.	345
Печенова О. В.	100
Пешкова Л. В.	322, 366
Пешкова С. В.	88, 501
Пиманкина М. С.	518
Пименов Л. Т.	551
Пинес А. Л.	146
Пирязев А. П.	135
Платкова Т. Н.	105
Платонова Е. В.	501, 632
Платонова Е. М.	127
Плечев В. В.	83, 231
Плотников А. Б.	588
Плохова Е. В.	502, 525
Повереннова И. Е.	323
Погонченкова И. В.	320, 532
Поданева Ю. Е.	60
Подболотов Р. А.	420, 421, 422
Подзолков В. И.	124, 283, 285, 432, 433, 434, 435, 491, 503, 504, 505
Подкаменный В. А.	118, 119
Подпалов В. В.	506
Подсонная И. В.	506
Подшивалова О. Ю.	507
Покшубина И. А.	502
Полонская Я. В.	253, 508, 595
Полтавцева О. В.	509, 510
Поляева Е. И.	550
Поляева Л. В.	510
Полякова А. А.	511
Полякова О. М.	94
Полятыкина Т. С.	130
Помыткина Т. Е.	512

Пономарева Е. Ю.	676, 677
Поплавская Е. Е.	51, 692
Попова А. А.	188, 437, 512, 513
Попова Е. К.	514, 515
Попова Н. А.	180, 181
Попов И. О.	514, 515
Попович М. В.	209, 627
Попов М. А.	516
Попов С. В.	108, 210, 328
Породенко Н. В.	517
Портнов С. А.	419
Посненкова О. М.	518
Потемкина Р. А.	209
Потехина А. В.	519, 520
Потехин Н. П.	412
Потешкина Н. Г.	212
Починка И. Г.	518
Пошинов Ф. А.	685
Правоторов М. Е.	643, 644
Привалова Е. В.	98, 308
Пригоровская Т. С.	184
Приколота А. В.	84
Приколота О. А.	84
Пристром А. М.	165
Приходько А. Н.	372
Проваторов С. И.	519, 520
Проваторов В. М.	686
Прокопенко О. П.	676, 677
Прокопова Л. В.	616
Пронина В. П.	426, 500
Протасов К. В.	118, 119
Протопопов А. В.	471
Прошина Л. Г.	546
Прудько Е. Л.	265
Пугач Л. В.	110
Пуговкин А. П.	240
Пурыгина М. А.	443
Пучиньян Н. Ф.	420
Пушкарева С. В.	521
Пушкарева С. Ю.	638
Пушкарев Г. С.	521
Пушкарь Е. М.	225
Пушкин А. С.	473
Пушников А. А.	100
Пчелина С. Н.	570
Пшеничная Е. В.	228, 522
Пшеничникова Т. В.	627
Пылаева Е. А.	519, 520
Пырикова Н. В.	448, 449, 523, 524
Пыхтина В. С.	502, 525

Пьянков В. А.	525
--------------------	-----

Р

Рагино Ю. И.	253, 508, 526, 595, 673
Радаева Е. В.	527
Разин В. А.	236, 237, 561, 562
Разумов В. В.	257
Райх О. И.	349, 528
Ракитов Б. Л.	528
Рак Л. И.	529
Ральникова У. А.	485
Раскина Е. А.	498
Рассудова Н. В.	495
Расулова З. Д.	306, 530, 531
Рахимов А. З.	130
Рахматуллоев Х. Ф.	318, 319
Рачкова С. А.	518
Рачок Л. В.	229
Рашид М. А.	49, 320, 532
Реброва Н. В.	533
Ребров А. П.	121, 164, 356, 357
Рева В. А.	565
Ревенко Н. А.	300
Реева С. В.	533
Резанова Н. В.	348, 397, 534
Резник Е. В.	535
Репин А. Н.	151, 572
Реуков А. С.	536
Реут Ю. С.	149
Решетько О. В.	220
Ризванова Р. Т.	175
Рипп Т. М.	533, 630, 631
Рогачев А. Н.	133
Рогоза А. Н.	219
Родина Н. С.	649
Родионов Б. А.	77
Розиходжаева Д. А.	338
Романенко И. А.	130
Романенко Т. С.	537
Романова З. Д.	175
Романова К. В.	302
Романова Н. А.	538
Романова Н. П.	346
Романовская Е. М.	539
Романчук С. В.	518
Ромашов Б. Б.	540
Ротарь О. П.	57, 123, 489
Рубаненко А. О.	86, 215, 218, 541
Рубаненко О. А.	541, 542
Рубанова М. П.	148, 199, 251, 375, 543, 546

Рубинчик В. Е.	579
Рудакова Д. М.	478
Руденко Б. А.	544, 611
Руденко В. Г.	83
Руденко М. Ю.	544
Руденко Н. С.	545
Руднева Л. Ф.	79
Румянцев Е. Е.	148, 199, 251, 543, 546
Румянцев О. Н.	547, 548
Рункова О. М.	548
Русских Н. А.	461
Русу М. И.	294
Рыбас А. В.1.	549
Рыбина Т. М.	314
Рыбка Е. С.	654
Рыжков А. И.	413
Рычков А. Ю.	373
Рябова Т. Р.	151
Рязанова Е. И.	510, 550
Рязанова С. В.	341
Рязанова Т. А.	551

С

Сабербеков С. О.	252
Савельева Т. В.	551
Савельев В. П.	453
Савельев И. В.	695
Савинова А. Ю.	591
Савинова Е. Б.	552
Савченко А. А.	660
Савченко Т. И.	253
Савчук Н. О.	553
Савчук О. М.	451, 553
Садикова Р. И.	463
Садовой В. И.	554
Садовой С. В.	554
Сазонова Ю. В.	472, 579
Сазыкина Л. В.	404, 554
Сайганов С. А.	178
Салаев О. С.	382
Саласюк А. С.	469
Салашенко А. О.	555
Саликова С. П.	402
Салпагарова З. К.	556, 557, 558, 605
Салтыкова И. И.	695
Самко А. Н.	138, 519, 520
Самойлова О. В.	84
Самолова Р. Г.	615
Самышкина Н. Е.	107
Сандриков В. А.	558

Санько Н. Ю.	54
Сапожникова И. Е.	559, 560
Сапожников А. Н.	561, 562
Сапотницкий А. В.	459
Саржевский В. О.	333, 567
Саркисова О. Л.	533
Сасонко М. Л.	562
Саушкина Ю. В.	328
Сафаралиева Г. И.	164
Сафина Э. Г.	176
Сафина Ю. Ф.	231, 563, 692
Сафонов А. М.	676, 677, 678, 679, 680
Сахин В. Т.	564, 565
Свиридова М. И.	566
Свиричев Ю. В.	145, 472
Севрукевич В. И.	506
Седов В. П.	605
Сейтаблаева А. Е.	493
Сейтмамутова Э. Э.	385
Сеитов А. А.	278
Селезнева Н. Д.	445
Селезнев С. В.	593
Селиверстова В. В.	566
Семенова О. Н.	132, 468, 568
Семенов А. П.	145
Семенцова Е. В.	341
Семенюта О. А.	698
Семернин Е. Н.	200, 201, 511
Семке Г. В.	630, 631
Сенаторова А. В.	110
Сенаторова А. С.	569
Сенцова Т. Б.	270
Сенчихин В. Н.	408
Сергеева В. А.	570
Сергеева Е. Г.	294, 570
Сергеева О. В.	234, 235
Сергеева С. С.	571
Сергеев В. А.	623, 624
Сергеев М. Н.	289
Сергиенко В. И.	134, 135
Сергиенко И. В.	332
Сергиенко Т. Н.	572
Сердюков Д. Ю.	90, 92
Сереброва С. Ю.	242
Серебрякова В. Н.	299, 573
Сермягин Д. В.	574
Серова Д. В.	575
Серов В. А.	575
Серченя Т. С.	436
Сеславинская Т. В.	605

Сехович Д. М.	278	Соловьева А. В.	593
Сивицкая Л. Н.	136, 384	Соловьева М. В.	456
Сидоренко И. А.	698	Соловьев Д. А.	209
Силкина С. Б.	576	Соловьёв О. В.	153, 402, 485, 486
Симаков А. А.	510, 550, 577, 578	Солодун М. В.	593
Симаков К. В.	536	Соломахина Н. И.	594
Симоненко М. А.	579	Сорока В. В.	331
Синдеев С. В.	579, 639, 640	Сорокина А. Г.	279
Синицын С. П.	668	Сотников А. В.	564, 565
Синьков М. А.	348	Сощенко Д. Г.	327
Сиротенко Д. В.	580	Спирочкин Д. Ю.	547, 548
Сироткина О. В.	634	Срождинова Н. З.	40
Сисина О. Н.	296	Старикова Е. Г.	441
Ситдикова Р. Н.	163	Старикова Н. Н.	461
Ситникова М. Ю.	200, 579, 616, 697	Стариков В. Н.	653
Скибицкий А. В.	581	Стахнёва Е. М.	508, 595
Скибицкий В. В.	170, 371, 487, 517, 580, 581, 659	Стаценко М. Е.	353, 609, 610, 614
Скляр Д. А.	371	Степанова Е. В.	596, 597
Скляр И. В.	391, 392	Степанова О. В.	138
Скопец И. С.	582	Степанов М. М.	131, 282
Скопецкая С. А.	583	Степин А. В.	81
Скородумова Е. А.	354	Стилиди М. И.	629
Скорятина И. А.	440	Столбов А. П.	597
Скрипникова И. А.	584	Столярова В. В.	355
Скуратова Н. А.	584	Столяров А. Ю.	189
Слепенок Е. В.	691	Стомпель Д. Р.	693
Слепухина А. А.	403	Сторожак М. А.	243
Слепцов А. Н.	585	Сторожаков Г. И.	535
Смазнов В. Ю.	49, 586	Стоцкая Т. В.	426, 500
Смирнов А. А.	695	Стражеско И. Д.	502, 525
Смирнова В. О.	469	Страшок А. И.	569
Смирнова И. Н.	87, 362, 587	Стрельцова Н. Н.	141
Смирнова М. И.	127	Стручков П. В.	272
Смирнова М. П.	588	Стрюк Р. И.	179, 332, 566, 598
Смирнов В. В.	446	Стукалова О. В.	74
Смирнов С. В.	589	Субботина Е. А.	528
Собина Т. Н.	365	Суворов А. В.	518
Соболева А. В.	292, 293	Суджаева О. А.	599
Собченко К. Е.	584	Сукманова И. А.	248, 249, 600, 601
Соколова Л. А.	289, 552	Сулейманов А. П.	602
Соколова Н. В.	461	Сулимов В. А.	57, 489
Соколов В. Н.	230	Сумеркина В. А.	555, 668
Соколовская Е. А.	398, 590	Сумин А. Н.	96, 348, 349, 528
Сокольская Н. О.	404	Сундукова Е. А.	603
Солдатова А. М.	373, 374	Сурнина О. В.	551
Солдатова О. А.	439	Сулова Т. Е.	210
Солдатова О. В.	385, 591, 592	Суходей В. В.	604
Солдатов Е. С.	638	Суховольский В. Г.	191, 192
Солнцев В. Н.	57, 123, 489	Сучкова С. А.	556, 557, 558, 605
Солобоева М. Ю.	156	Сушинская Т. М.	314

Сушинский В. Э.	605
Сыркин А. Л.	134, 135, 254, 556, 557, 558
Сычев Д. А.	446, 466, 556, 557, 558
Сыч М. Ю.	385

Т

Табакбаев М. В.	606
Тавкаева Д. Р.	607
Тавлуева Е. В.	608
Тагаева Д. Р.	530, 531
Талагаев С. В.	609, 610
Талипова Ю. Ш.	78
Танана О. С.	600
Танцырева И. В.	610
Тараканчикова Я. В.	419
Таранова З. В.	594
Тарасов Д. Г.	693
Тарзиманова А. И.	503, 504, 505
Тарловская Е. И.	559, 560
Тарловский А. К.	560
Ташкенбаева Н. Ф.	620
Творогова Т. В.	611
Теблов К. И.	77
Телешева Л. Ф.	668
Тельнова Л. Г.	658
Теплова Н. В.	612
Терешина О. В.	541
Терещенко С. Н.	138
Терновой С. К.	57, 74
Тэффенберг Д. В.	700
Тимашева Я. Р.	613
Тимофеев Е. В.	276, 533
Тимошенко Н. А.	614
Титаренко М. Н.	614
Титаренко Н. В.	345
Титаренко Ю. Б.	395
Титенков И. В.	493, 494
Тихонова О. И.	615
Тишкова В. М.	616
Тишман А. Н.	308
Тишман М. И.	98
Ткачева О. Н.	196, 502, 525
Токбулатова М. О.	617
Токмачев Е. В.	617
Токмачев Р. Е.	617
Токтарова Ж. Ж.	310
Толпаров Г. В.	618
Томашевич К. А.	156
Томашевская Ю. А.	539
Тонких Н. А.	522

Топоркова В. В.	341
Торкунов Д. В.	156
Тотуом Г. Б. Т.	580
Травина Э. В.	619
Травникова Е. О.	255, 256
Третьякова Н. В.	149
Тригулова Р. Х.	620
Троицкая Р. Д.	386
Трофимова А. В.	53, 54, 55
Трошенкина О. В.	575
Трубникова О. А.	621
Трукшина М. А.	697
Туев А. В.	351, 352
Тукиш О. В.	481, 621
Тулабаева Г. М.	78
Тулинцева Т. Э.	182
Туляганова Д. К.	43, 480
Туля Е. О.	183
Туркина С. В.	353, 614, 671
Турна Э. Ю.	366, 367, 622
Турсунбаев А. К.	43, 480
Турсунова Н. Б.	40
Турсунов Р. Р.	44
Тухфатуллина С. М.	406
Тучин В. В.	419
Тхабисимова З. М.	140
Тымченко С. Л.	221
Тюпаева С. А.	127
Тюрин В. П.	147
Тютюева С. П.	271
Тябут Т. Д.	428

У

Углов А. И.	623, 624
Угнич К. А.	624
Узиков Ж. К.	76
Узун Д. Ю.	286
Умаров В. М.	133
Уменова Г. Ж.	625
Умярова Л. И.	502
Ундерович Ю. В.	366
Урванцева И. А.	278
Уртаев Р. А.	693
Усачева Е. В.	271, 470, 626
Усманов Х. Х.	47
Усова Е. В.	209, 627
Успенский В. Е.	159
Устинова М. Р.	495
Уткина С. В.	327
Ушаков А. В.	160, 324, 449, 553, 628, 629

Ушакова С. Е. 130, 627
Ушерзон М. Б. 130

Ф

Фазилбекова З. Н. 257, 258
Фальковская А. Ю. 630, 631
Фаткулина З. С. 265
Фаттахова Э. Н. 279
Фатхи Н. Ф. 548
Фахретдинова Е. Р. 260, 262, 264, 265
Фаянс И. В. 361
Федорова Е. Ю. 632
Федоров А. Н. 354
Федорова Н. В. 632
Федорова Н. Н. 633
Федорова С. И. 426
Федорович А. А. 219
Федотова О. Е. 678, 679, 680
Федотов П. А. 579
Федулаев Р. Б. 695
Фендрикова А. В. 170, 487, 580, 581, 659
Фенченко В. Н. 411
Феоктистова В. С. 634
Феофанова Т. Б. 106
Феськова А. А. 635
Фетисова Е. В. 676, 677, 678, 679, 680
Филатова Ю. И. 498
Филиппова Т. В. 635
Филиппов Е. В. 636
Филиппских Д. А. 678, 679, 680
Филичкин Д. Е. 443
Фитилев С. Б. 537
Фищенко В. И. 389
Фозилов Х. Г. 382, 637
Фокин А. А. 327
Фокичева Н. Х. 140, 201
Фокичева Н. Х. 80
Фомина В. А. 638
Фомина Н. А. 638
Фрейдлин М. С. 156
Фролова Ю. В. 489
Фролов С. В. 579, 639, 640
Фурман Н. В. 59, 220, 420, 421
Фурсова В. А. 358
Фурсов А. Н. 412

Х

Хабарова Н. В. 308
Хабибулина М. М. 633

Хазова Е. В. 467
Хайдаров Х. А. 394
Хайрутдинова Г. И. 298, 641
Хайт Г. Я. 109
Хаишева Л. А. 647, 648
Халимбаева М. А. 47
Халмухамедов Б. Т. 207, 208
Хамидова Х. А. 495
Хамидуллаева Г. А. 40
Хамидуллина Р. М. 260, 262, 265
Хамизова М. М. 642
Хатагов А. Т. 196
Хафизова Л. Ш. 40
Хафизова М. М. 163
Хафизов Р. Р. 642
Хафизов Т. Н. 231
Хашиева Ф. М. 212
Хватова Н. Т. 196
Хитарьян А. Г. 643, 644
Хованская М. Н. 644
Ходжакулиев Б. Г. 645
Ходжиева Г. Б. 161
Хозяинова Н. Ю. 646
Хомидов И. Р. 46
Хоролец Е. В. 647, 648
Хохлова Ю. А. 649
Хохлов Р. А. 650, 651
Хохлунов С. М. 215, 216, 217, 218, 363, 375
Хрипун А. В. 661, 662
Христиченко М. А. 651
Хромова А. А. 204
Хрячкова О. Н. 632
Хубулава Г. Г. 386
Худеньких Е. Е. 689, 690, 691
Худяков М. Б. 501
Хусаинова Л. Н. 463
Хушвактова З. О. 652

Ц

Цалко С. Э. 643, 644
Царева В. М. 646
Царёва Е. Е. 651
Царёв А. П. 327
Цидиленко Д. В. 554
Цой В. Г. 691
Цой И. А. 379, 382, 637
Цой И. А1. 380
Цой М. Д. 689, 690
Цой У. А. 145
Цоколов А. В. 653

Цыба И. Н.	233
Цыганков В. Н.	186

Ч

Чадин А. В.	138
Чазова И. Е.	219
Чайченко Т. В.	654
Чакова Н. Н.	339, 340
Чанахчян Ф. Н.	147
Чанкина О. В.	253
Чаудхари П.	75, 376, 654
Чаудхари П. К.	75, 321, 642
Чеботарева Е. Н.	655
Чевпмянская О. Н.	656
Чевычелов С. С.	657
Чегерова Т. И.	183
Чекнева И. С.	308
Чекнёва И. С.	98
Чепурных А. Я.	525
Черепенин С. М.	329
Черкашина А. Л.	666
Черкес А. Н.	689, 690
Черненко Л. Н.	658
Черникова В. В.	323
Черникова Н. А.	241
Чернов И. И.	693
Чернов Ю. Н.	94
Черных А. А.	359
Черных В. Е.	659
Чернышёв А. В.	139
Чернышева О. Г.	659
Чернышова Е. С.	112, 113, 114, 497
Чернявский А. М.	253, 595
Черняева М. С.	660
Чесникова А. И.	335, 661, 662
Чибинева С. А.	269, 488
Чижов П. А.	202, 284, 438, 588
Чиныбаева А. А.	662
Чипигина Н. С.	320, 663
Чистякова М. В.	527
Чистякова С. И.	364
Чичкова Т. Ю.	348
Чотчаева З. Х.	109
Чувашаева Ф. Р.	425, 473
Чугунова Ю. В.	211, 664
Чудаева О. В.	46, 665
Чуйко Е. С.	666
Чуйко О. Е.	666
Чукаева И. И.	667
Чулков В. С.	668

Чулков В. С.	668
Чумак А. А.	698
Чумакова Г. А.	152, 193, 211, 492, 521, 664, 669
Чумаченко Н. В.	113, 698
Чурсина Т. Я.	337

Ш

Шабанова М. В.	169, 670
Шавловский М. М.	200, 201
Шаврин И. В.	279
Шагинян Т. М.	698
Шакарьянц Г. А.	308
Шакирова Н. Ш.	40
Шалаева С. С.	671
Шалаев С. В.	79
Шаленкова М. А.	452
Шальнова С. А.	243, 313, 501
Шамилова С. Г.	369
Шамурова Ю. Ю.	610
Шаноян А. С.	544, 611
Шапарева Н. С.	213
Шапошник И. И.	671
Шапошникова Ю. Н.	290, 291
Шарашкина Н. В.	525
Шафранская К. С.	672
Шахнович П. Г.	564
Шахтштейндер Е. В.	673
Швабская О. Б.	341
Шварц Р. Н.	232
Шевелева О. Е.	50
Шевелёк А. Н.	142, 143, 674
Шевченко Г. В.	675
Шевченко И. И.	676, 677, 678, 679, 680, 681, 682
Шек А. Б.	620
Шелковникова М. О.	495
Шенкова Н. Н.	152, 492
Шерашова М. В.	683, 684
Шерашова Н. В.	683, 684
Шерашов В. С.	683, 684
Шерстянникова О. М.	130
Шехян Г. Г.	400
Шиготарова Е. А.	485
Шиленко П. А.	689, 690, 691
Шимохина Н. Ю.	660
Шиндяпина К. А.	238
Шипицына Н. В.	685
Шипко А. Ф.	658
Шишкина Е. С.	686
Шишко Е. Ю.	275
Шишминцева Е. П.	687

Шкарин Вл. В.	180, 181
Шкет А. П.	506
Школьникова М. А.	507
Шлык С. В.	647, 648
Шляхто Е. В. ...	200, 201, 292, 293, 404, 472, 511, 688, 697
Шмидт Е. А.	104
Шнейдер Ю. А.	689, 690, 691
Шорохов К. Н.	473
Шостак Н. А.	532
Шпынева З. М.	443
Штрих А. Ю.	192
Шукуров Ф. Б.	611
Шукуров Э. М.	480
Шуленин С. Н.	589
Шульман В. А.	51, 177, 692
Шульмин А. В.	471
Шумовец В. В.	384
Шуркевич Н. П.	685
Шутов А. М.	122, 123, 244, 440, 441, 575

Щ

Щеглова Е. В.	109
Щекотов В. В.	351, 352
Щелькалина С. П.	272
Щендрыгина А. А.	98, 308
Щепоткина О. А.	442
Щербакова Е. С.	231, 692
Щербакова Н. Ф.	391
Щербаков Д. В.	470
Щукина Е. В.	84, 233
Щукин Ю. В.	541

Э

Энгиноев С. Т.	693
Эфрос Л. А.	694

Ю

Юденкова И. В.	94
Юдина В. А.	123
Юдина Ю. С.	295, 694
Юдин Н. С.	173
Юневич Д. С.	695
Юневич Е. А.	695
Юнусова Е. Ю.	670
Юркова Т. Е.	495
Юрлов А. А.	53, 696
Юрченко А. В.	697

Юрьева Н. А.	623, 624, 698
Юсова И. А.	401
Юхнев А. Д.	516
Юхновский А. Ю.	345
Южно Е. С.	104

Я

Ягода А. В.	109, 334
Ядров М. Е.	320, 532
Якименко Е. А.	112, 698
Якимова О. В.	498
Яковлева И. В.	512, 513
Яковлев А. Н.	457, 458
Яковлева Н. Ф.	512, 513
Яковлев В. В.	92
Якушина М. С.	593
Яманаева И. Е.	263
Янбаева С. М.	137, 699
Янина Т. Ю.	300
Ярковская А. П.	608
Ярмак В. Л.	529
Ярославская Е. И.	521, 700
Яхонтов Д. А.	701, 702
Яхья М. Х. С.	105
Яшин Д. А.	301
Яценко С. Г.	275

Roman

A

Alyavi A. L.	702
Arthur J. Moss	703

B

Bourgoun M.	703
------------------	-----

C

Семенова Е. В.	567
---------------------	-----

E

Elise Foster	703
-------------------	-----

H

Helmut Klein	703
-------------------	-----

J

Jonathan C.Hsu.....703

K

Kalyagin A.N.....707, 708

Kofránek J.704

Kulhánek T.704

M

Mamatkulov Kh.A.705

Mateják M.....704

Mauro Del Giglio706

Mujeeb A.M.....707, 708

Muneer A.R.....707, 708

S

Scott D. Solomon703

Shaskova O.N.....708

Suman O.S.707, 708

U

Uzokov J. K.702, 705

Uzoqova M. K.702

V

Vijayaraghavan G.....707, 708

Тезисы представлены в авторской редакции



ПОЧУВСТВУЙ БУДУЩЕЕ. НАЧНИ СЕЙЧАС

Новый взгляд на антиагреганты

 **БРИЛИНТА**[®]
тикагрелор таблетки

Информация для работников здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед назначением препарата ознакомьтесь, пожалуйста, с полной инструкцией по медицинскому применению

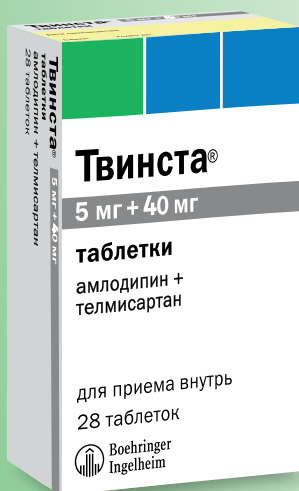
000 АстраЗенека Фармасьютикалз 125284, г. Москва, ул. Беговая 3, стр. 1. Тел. +7 (495) 799 56 99. Факс +7 (495) 799 56 98 www.astrazeneca.ru
BRI-285.601.011-11/08/2014

AstraZeneca 



ДВОЙНАЯ СИЛА

БЫСТРЫЙ КОНТРОЛЬ АД¹ ЗАЩИТА ПАЦИЕНТОВ²



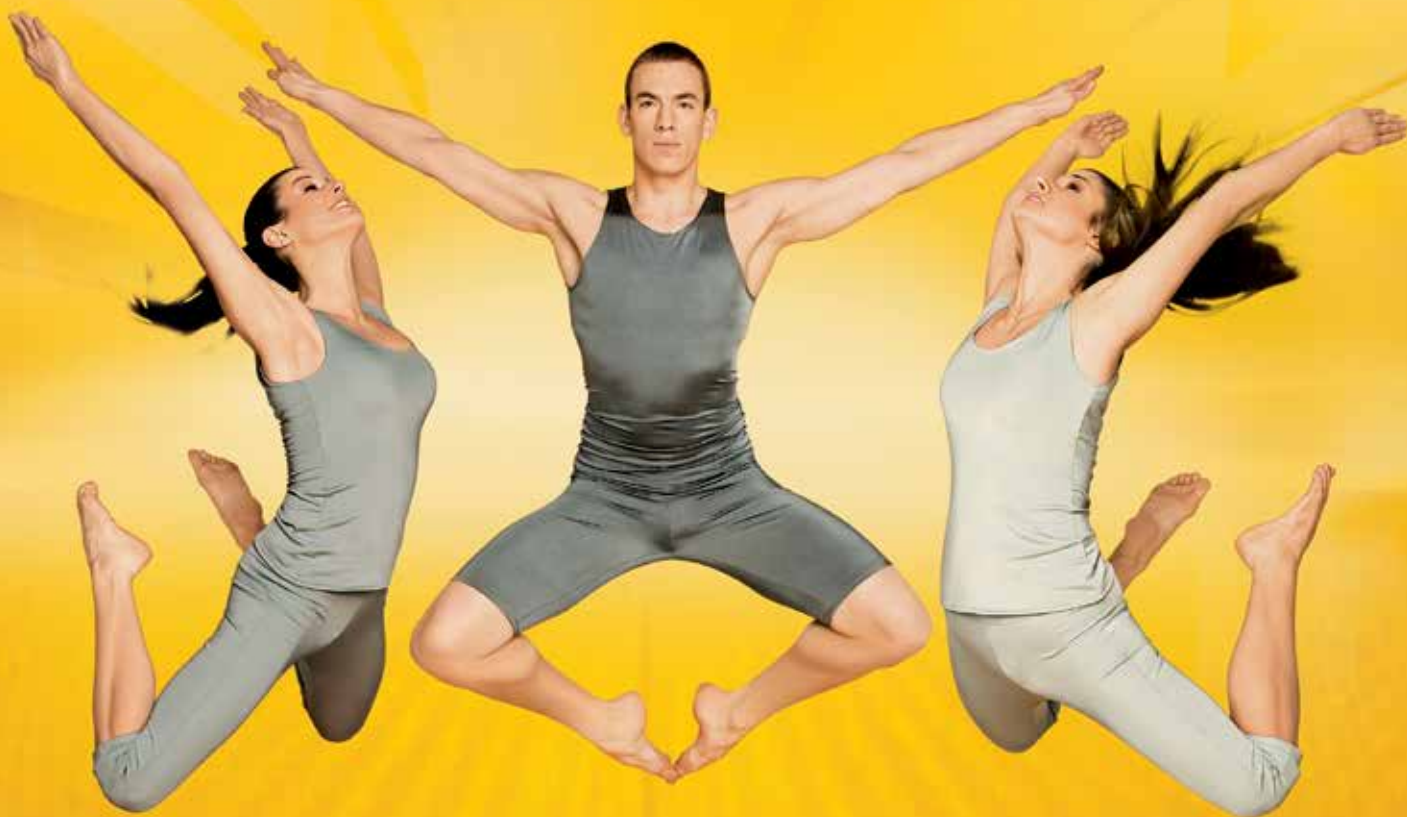
1. Neutel JM et al. J Clin Hypertens (Greenwich) 2012;14:206-215.
2. The ONTARGET Investigators. N Engl J Med. 2008;358:1547-1559.

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата ТВИНСТА®

Регистрационный номер: ЛП-002012. **Группировочное название:** амлодипин + телмисартан. **Фармакотерапевтическая группа:** гипотензивное средство комбинированное (блокатор «медленных» кальциевых каналов + ангиотензина II рецепторов антагонист). **Код АТХ:** C09DB04. **Форма выпуска:** таблетки 5 мг + 40 мг, 10 мг + 40 мг, 5 мг + 80 мг, 10 мг + 80 мг. По 7 таблеток в блистер из Ал/Ал фольги. По 2 или 4 блистера вместе с инструкцией по применению в картонную пачку. **Показания к применению:** артериальная гипертензия для пациентов, АД которых недостаточно контролируется телмисартаном или амлодипином в монотерапии; для пациентов, которым показана комбинированная терапия; для пациентов, получающих телмисартан и амлодипин в виде отдельных таблеток в качестве замены данной терапии. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активным компонентам или вспомогательным веществам; повышенная чувствительность к другим производным дигидропиридина; беременность; период кормления грудью; обструктивные заболевания желчевыводящих путей; тяжелая артериальная гипотензия; обструкция выходящего тракта левого желудочка (в том числе высокая степень аортального стеноза); гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после перенесенного острого инфаркта миокарда; тяжелая печеночная недостаточность; шок; одновременное применение с алискиреном у пациентов с сахарным диабетом или нарушением функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73м²); непереносимость фруктозы и синдром нарушения всасывания глюкозы/галактозы или дефицит сахаразы/изомальтазы; возраст до 18 лет. **Способ применения и дозы:** препарат принимают 1 раз в день. Внутрь, вне зависимости от приема пищи. Обычная начальная доза препарата ТВИНСТА® – 40/5 мг 1 раз в день. Пациенты, у которых необходимо более значительное снижение артериального давления, могут начинать прием препарата ТВИНСТА® в дозе 80/5 мг 1 раз в день. Через 2 недели лечения доза препарата может быть постепенно увеличена до максимальной дозы 80/10 мг 1 раз в день. **Побочные действия:** ожидающиеся при одновременном применении телмисартана и амлодипина: головокружение, периферические отеки, сонливость, мигрень, головная боль, парестезии, вертиго, брадикардия, ощущение сердцебиения, выраженное снижение артериального давления, ортостатическая гипотензия, кашель, боль в животе, диарея, тошнота, повышение активности «печеночных» ферментов, кожный зуд, артралгии, судороги, миалгии, эректильная дисфункция, астения (слабость), боль в грудной клетке, повышенная утомляемость, отеки, чувство прилива крови к лицу, гипертрофия десен, сухость слизистой оболочки полости рта, цистит, депрессия, беспокойство, бессонница, понижение чувствительности или резистентность к внешним факторам, нарушение вкуса, обморок, тремор, периферическая нейропатия, рвота, диспепсия, экзема, эритема, сыпь, боль в нижних конечностях, боль в спине, никтурия, недомогание, гипертрофия десен, сухость слизистой оболочки полости рта, повышение концентрации мочевой кислоты в крови. **С другими возможными побочными явлениями вы можете ознакомиться в инструкции по применению препарата.** **Условия хранения:** хранить при температуре не выше 25 °С в оригинальной упаковке. **Срок годности:** 3 года. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.**



Доверие препаратам KRKA – это доверие передовым технологиям и высокому Европейскому качеству (1)



КО-ДАЛЬНЕВА®

Таблетки
амлодипин, индапамид, периндоприл

5 мг/0,625 мг/2 мг 5 мг/1,25 мг/4 мг
5 мг/2,5 мг/8 мг 10 мг/2,5 мг/8 мг



Синергия тройной силы

Показания к применению: Артериальная гипертензия (при необходимости одновременной терапии амлодипином, индапамидом и периндоприлом в дозах, применяемых в монотерапии отдельных компонентов). **Способ применения и дозы:** Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в сутки, предпочтительно утром, перед приемом пищи. Доза препарата Ко-Дальнева® подбирается после ранее проведенного титрования доз отдельных активных компонентов препарата. Максимальная суточная доза препарата Ко-Дальнева® составляет 10 мг амлодипина + 2,5 мг индапамида + 8 мг периндоприла. **Форма выпуска:** Таблетки, 5 мг + 0,625 мг + 2 мг, 5 мг + 1,25 мг + 4 мг, 5 мг + 2,5 мг + 8 мг, 10 мг + 2,5 мг + 8 мг. По 10 или 14 таблеток в контурной ячейко-

вой упаковке из комбинированного материала ОПА/Ал/ПВХ и фольги алюминиевой. По 1, 2, 3, 6 или 9 контурных ячейковых упаковок (по 10 таблеток) или по 1, 2, 4 или 6 контурных ячейковых упаковок (по 14 таблеток) вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

Источники информации: 1. Собственные данные компании KRKA Д.Д. Ново Место, Словения, 2015 г. 2. Ко-Дальнева® – первая в МИРЕ тройная фиксированная комбинация амлодипина, индапамида и периндоприла. Co-Dalnessa (perindopril/indapamide/amlodipine, 2/0.625/5 mg) Marketing Authorisation No: OGYI-T-22577/01-09, Co-Dalnessa (perindopril/indapamide/amlodipine, 4/1.25/5 mg) Marketing Authorisation No: OGYI-T-22577/10-18, Co-Dalnessa (perindopril/indapamide/amlodipine, 8/2.5/10 mg) Marketing Authorisation No: OGYI-T-22577/19-27, Co-Dalnessa (perindopril/indapamide/amlodipine, 8/2.5/5 mg) Marketing Authorisation No: OGYI-T-22577/28-36, Co-Dalnessa (perindopril/indapamide/amlodipine, 8/2.5/10 mg) Marketing Authorisation No: OGYI-T-22577/37-45, Hungary.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников.

Заказчик размещения рекламы ООО «KRKA ФАРМА»

РФ, 125212, г. Москва, Головинское шоссе, д. 5, корп. 1.Тел.: (495) 981-10-95, факс (495) 981-10-91, e-mail: info@krka.ru, www.krka.ru



Наши инновации и опыт посвящены заботе о здоровье. Стремления, последовательность и накопленные знания компании подчинены единой цели – созданию эффективных и безопасных препаратов высочайшего качества.

НОРВАСК®

АМЛОДИПИНА БЕЗИЛАТ



Золотая медаль в лечении артериальной гипертензии¹



Оптimalен для стартовой и комбинированной терапии артериальной гипертензии²⁻⁴

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата НОРВАСК®

Норваск® (амлодипин) – производное дигидропиридина – блокатор «медленных» кальциевых каналов (БМКК), оказывает гипотензивное и антиангинальное действие. Блокирует «медленные» кальциевые каналы, снижает трансмембранный переход ионов кальция в клетку (в большей степени в гладкомышечные клетки сосудов, чем в кардиомиоциты). **Показания к применению:** артериальная гипертензия. Стабильная стенокардия и вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала). Применяется как в монотерапии, так и в сочетании с другими антиангинальными и гипотензивными средствами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к амлодипину и другим производным дигидропиридина, а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Тяжелая артериальная гипотензия (систолическое АД менее 90 мм рт.ст.). Обструкция выносящего тракта левого желудочка (включая, тяжелый аортальный стеноз). Гемодинамически нестабильная сердечная недостаточность после инфаркта миокарда. Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). **С осторожностью** применяют у пациентов с печеночной недостаточностью, ХСН неишемической этиологии III–IV функционального класса по классификации NYHA, нестабильной стенокардией, аортальным стенозом, митральным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, острым инфарктом миокарда (и в течение 1 мес после), синдромом слабости синусового узла (выраженная тахикардия, брадикардия), артериальной гипотензией, при одновременном

применении с ингибиторами или индукторами изофермента CYP3A4. Безопасность применения препарата Норваск® во время беременности не установлена, поэтому применение во время беременности возможно только в случае, когда польза для матери превышает риск для плода и новорожденного. При необходимости применения препарата Норваск® в период лактации следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки. Начальная доза 5 мг, максимальная – 10 мг. Коррекции дозы пожилым пациентам и пациентам с почечной недостаточностью и нарушенной функцией печени обычно не требуется. **Побочное действие:** при приеме препарата Норваск® наиболее часто встречаются следующие нежелательные явления: периферические отеки (лодыжки и стопы), сердцебиение, «приливы» крови к коже лица, головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, сонливость, тошнота, боли в животе. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** отпускают по рецепту. **Форма выпуска:** Таблетки по 5 и 10 мг. По 10 или 14 таблеток в блистеры из ПВХ/Al-фольги. 3 блистера по 10 таблеток или 1 блистер по 14 таблеток с инструкцией по применению в пачку картонную, на лицевой стороне которой с целью контроля первого вскрытия наносится перфорированная строчка. **Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Регистрационный номер: П N015567/01**



ООО «Пфайзер»
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00

Список литературы:

1. Самый назначаемый антигипертензивный препарат в мире (данные по выписке IMS Midas за 2009-2013).
2. Инструкция по медицинскому применению препарата Норваск®. Регистрационный номер: П N015567/01-12.05.14.
3. Neaton J.D., Grimm R.H., Prineas R.J. et al. Treatment of Mild Hypertension Study: final results – JAMA, 1993; 270: 713–724.
4. 2013 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal (2013) 34, 2159–2219. doi:10.1093/eurheartj/ehi151

ЛИПРИМАР®

МИРОВОЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Зарегистрирован в 118 странах.
Изучен более чем у 80 000 пациентов
в рамках 400 клинических исследований¹



ТОЛЬКО ЛИПРИМАР® ПРЕДЛАГАЕТ ПАЦИЕНТАМ ТРИ ПРЕИМУЩЕСТВА, ВАЖНЫЕ У СТАТИНОВ

СИЛА

ЗАМЕДЛЯЕТ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ПРИВОДИТ
К ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА²⁻⁴

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ И ДОКАЗАНО ПРЕДОТВРАЩАЕТ
ИНФАРКТЫ И ИНСУЛЬТЫ у широкого спектра пациентов⁵⁻⁹

УВЕРЕННОСТЬ

ЗАРЕГИСТРИРОВАН ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ сердечно-сосудистых осложнений¹⁰

Торговое название: Липримар®. **Международное непатентованное название:** аторвастатин. **Регистрационный номер:** П N014014/01. **Фармакологические свойства:** аторвастатин – селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Синтетическое гилолипидемическое средство. **Показания к применению:** первичная гиперхолестеринемия (гетерозиготная семейная и несемейная гиперхолестеринемия (IIa тип по Фредериксону); комбинированная (смешанная) гиперлипидемия (IIa и IIb типы по Фредериксону); дисбеталипопротеинемия (III тип по Фредериксону) (в качестве дополнения к диете); семейная эндогенная гипертриглицеридемия (IV тип по Фредериксону), резистентная к диете; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия при недостаточной эффективности диеты и других нефармакологических методов лечения. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов без клинических признаков ИБС, но имеющих несколько факторов риска ее развития – возраст старше 55 лет, никотиновая зависимость, артериальная гипертензия, сахарный диабет, низкие концентрации ХС ЛПВП в плазме крови, генетическая предрасположенность, в т.ч. на фоне дислипидемии; вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения суммарного показателя смертности, инфаркта миокарда, инсульта, повторной госпитализации по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; активное заболевание печени или повышение активности «печеночных» трансаминаз в плазме крови неясного генеза более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы; возраст до 18 лет. С осторожностью применяют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем; у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания печени. При беременности и в период лактации Липримар® противопоказан. **Способ применения и дозы:** внутрь, в любое время суток независимо от приема пищи. Доза препарата варьируется от 10 до 80 мг 1 раз в сутки и титруется с учетом исходного содержания ХС ЛПНП, целей терапии и индивидуального эффекта от проводимой терапии. Максимальная суточная доза – 80 мг. Первичная гиперхолестеринемия и комбинированная (смешанная) гиперлипидемия: стартовая доза – 10 мг 1 раз в сутки; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: стартовая доза – 80 мг 1 раз в сутки. У пациентов с недостаточностью функции печени дозу необходимо снижать и постоянно контролировать АСТ и АЛТ; у пациентов с недостаточностью функции почек и у пожилых пациентов коррекция дозы не требуется. **Побочные действия:** Липримар® обычно хорошо переносится; побочные реакции, как правило, легкие и преходящие: бессонница, головная боль, астенический синдром, тошнота, боль в животе, диспепсия, запор, метеоризм; крапивница, кожный зуд; миалгия; миопатия; пациенты необходимо предупредить о том, что им следует немедленно обратиться к врачу при появлении необъяснимых болей или мышечной слабости, особенно если они сопровождаются недомоганием или лихорадкой. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг и 80 мг. По 14, 30 и 100 таблеток в картонной пачке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** по рецепту. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

1. Внутренние данные компании «Пфайзер». 2. Law M.R. et al. BMJ 2003; 326: 1423-1429. 3. Jones P.H., et al. Am J Cardiol 2003;92(2):152-60. 4. Okazaki S. et al. Circulation, 2004;110:1061-68. 5. Sever P. et al. Lancet 2003; 361: 1149-58. 6. Colhoun H.M. et al. Lancet 2004; 364: 685-96. 7. Athyros V. G. et al. Current Medical Research and Opinion 2002; 18: 220-228. 8. Schwartz G. G. et al. JAMA 2001; 285: 1711-1718. 9. Amarenco P. et al. N Eng J Med, 2006; 355: 549-559. 10. Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар®. Регистрационный номер: П N014014/01.




Пфайзер, Россия, 123317, Москва, Пресненская набережная, д. 10.
Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00. www.pfizer.com



ЛИПРИМАР®
аторвастатин

Сила. Доказательство. Уверенность.



АПРОВАСК[®]
(ирбесартан/амлодипин)

ДВОЙНАЯ МОЩЬ¹
ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ
ДАВЛЕНИЯ²

Реклама

1. Кобалава Ж.Д. // Кардиология. – 2014. – № 6. – С. 15–20. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Апроваск[®].

Представительство АО «Санofi-авентис груп» (Франция)
125009, Москва, ул. Тверская, д. 22. Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11, www.sanofi.ru

ZENTIVA
КОМПАНИЯ ГРУППЫ САНОФИ

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению лекарственного препарата Апроваск®

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛП 002695-061114. **ГРУППИРОВОЧНОЕ НАЗВАНИЕ:** амлодипин + ирбесартан. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** комбинированное гипотензивное средство (блокатор «медленных» кальциевых каналов + ангиотензина II рецепторов антагонист). **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** артериальная гипертензия (при неэффективности монотерапии ирбесартаном или амлодипином). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** повышенная чувствительность к ирбесартану, амлодипину и другим производным дигидропиридина и к вспомогательным веществам препарата. Кардиогенный шок. Клинически значимый аортальный стеноз. Нестабильная стенокардия (за исключением стенокардии Принцметала). Беременность. Период грудного вскармливания. Возраст до 18 лет. Одновременное применение с лекарственными препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или с умеренно выраженной и тяжелой почечной недостаточностью (СКФ < 60 мл/мин). Одновременное применение с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) у пациентов с диабетической нефропатией. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** у пациентов с гиповолемией и гипонатриемией; у пациентов, у которых функция почек зависит от активности РААС, у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса по классификации NYHA неишемической этиологии; у пациентов с печеночной недостаточностью; у пациентов с почечной недостаточностью и после трансплантации почки; у пациентов со стенозом аортального и митрального клапана или гипертрофической обструктивной кардиомиопатией; у пациентов с ишемической болезнью сердца и/или клинически значимым атеросклерозом сосудов головного мозга; у пациентов с синдромом слабости синусового узла. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** внутрь, запивая водой, независимо от приема пищи. Начальная и поддерживающая доза – 1 таблетка в сутки. Максимальная рекомендованная доза – 150 мг/10 мг или 300 мг/10 мг в сутки. **ПАЦИЕНТЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ПАЦИЕНТЫ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК:** нет необходимости в снижении доз. **ПАЦИЕНТЫ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ:** препарат Апроваск® должен применяться с осторожностью, в связи с наличием в составе препарата амлодипина. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** (см. полную инструкцию по применению, указаны часто встречающиеся): периферические отеки, отеки, ощущение сердцебиения, головокружение, головная боль, сонливость, ортостатическая гипотензия, отечность десен, протеинурия, вертиго, тошнота/рвота, боли в верхней части живота, нарушения со стороны языка, включая дисгевзию, глоссодинию, глоссит, повышенная утомляемость, «приливы» крови к коже с чувством жара, покраснение кожных покровов, кашель, контактный дерматит. **ПЕРЕДОЗИРОВКА:** требуется тщательный контроль состояния пациента. Лечение симптоматическое. Меры при передозировке включают промывание желудка. Необходимо частое измерение АД, мониторинг сердечной деятельности и дыхания. Следует следить за объемом циркулирующей крови и выделением мочи. Может потребоваться введение сосудосуживающих препаратов для восстановления сосудистого тонуса и АД. Внутривенное введение глюконата кальция может быть полезным в ликвидации последствий блокады кальциевых каналов. Гемодиализ не полезен. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** с лекарственными препаратами, содержащими алискирен, с ингибиторами АПФ, препаратами калия и калийсберегающими диуретиками, НПВП – см. полную инструкцию по применению. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ (СМ. ПОЛНУЮ ИНСТРУКЦИЮ ПО ПРИМЕНЕНИЮ):** перед началом применения необходимо скорректировать гиповолемию и/или гипонатриемию. При печеночной недостаточности препарат Апроваск® должен применяться с осторожностью. **ФОРМА ВЫПУСКА:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг + 150 мг, 10 мг + 150 мг, 5 мг + 300 мг и 10 мг + 300 мг. По 7 таблеток в блистере ПВХ/ПЭ/ПВДХ/алюминий. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ:** хранить при температуре не выше 30 °С. **КОД АТХ:** C09DB05. **СРОК ГОДНОСТИ:** 3 года. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА:** отпускается по рецепту.

SARU.IRA.15.08.0314

Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению



**МОЩНЫЙ
СОЮЗ**
ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АД
В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ^{1, 2}

**АЗИЛСАРТАН
ПРЕВОСХОДИТ
ДРУГИЕ САРТАНЫ*
В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ
ЭФФЕКТЕ^{3, 4}**

**ХЛОРТАЛИДОН
ИМЕЕТ ОБШИРНУЮ
ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ
БАЗУ⁵⁻⁹
ПО СНИЖЕНИЮ
РИСКА ССЗ**
У ПАЦИЕНТОВ С АГ**


Эдарби® Кло
азилсартана медоксомил + хлорталидон

МОЩНЫЙ СОЮЗ

Информация для специалистов здравоохранения.
Сокращённая информация по применению. Торговое название: Эдарби® Кло. Международное непатентованное или группировочное название: азилсартана медоксомил + хлорталидон. **Лекарственная форма:** таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 40 мг + 12,5 мг; 40 мг + 25 мг. **Показания к применению:** эссенциальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия). **Противопоказания:** повышенная чувствительность к активным веществам и другим компонентам препарата; рефрактерная гипоклиемия; ангины; беременность и период грудного вскармливания; одновременный приём алискирена и алискиренсодержащих препаратов у пациентов с сахарным диабетом или умеренным или тяжёлым нарушением функции почек; тяжёлые формы сахарного диабета, возраст до 18 лет, нарушения функции печени тяжёлой степени; почечная недостаточность тяжёлой степени. **Способ применения и дозы:** препарат Эдарби® Кло принимают внутрь один раз в сутки независимо от времени приёма пищи. Рекомендованная начальная доза препарата Эдарби® Кло составляет 40 мг азилсартана медоксомила + 12,5 мг хлорталидона 1 раз в сутки. При необходимости дополнительного снижения АД дозу препарата Эдарби® Кло можно увеличить до максимальной 40 мг азилсартана медоксомила + 25 мг хлорталидона 1 раз в сутки. **Основные побочные эффекты:** очень часто: повышение концентрации креатинина, гиперлипидемия, гипокалиемия; часто: повышенная утомляемость, головокружение, постуральное головокружение, выраженное снижение АД, периферические отёки, крапивница, гипомagneмия, гиперурикемия, повышение концентрации мочевины, повышение активности креатинфосфокиназы, тошнота, потеря аппетита, желудочно-кишечные расстройства, диарея, снижение потенции. **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по медицинскому применению.** **С осторожностью:** тяжёлая хроническая сердечная недостаточность; нарушение функции почек; нарушение функции печени легкой и умеренной степени; двусторонний стеноз почечных артерий и стеноз артерии единственной функционирующей почки; ишемическая кардиомиопатия; ишемические цереброваскулярные заболевания; состояние после трансплантации почки; состояния, сопровождающиеся снижением объема циркулирующей крови, а также у пациентов, соблюдающих диету с ограничением поваренной соли, первичный гиперальдостеронизм; гиперурикемия и подагра; бронхиальная астма; системная красная волчанка; стеноз аортального и митрального клапана; гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия; возраст старше 75 лет; гипокалиемия. Если у вас одно из перечисленных заболеваний, перед приёмом препарата Эдарби® Кло обязательно проконсультируйтесь с врачом. **Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.**

* Валсартан, олесартан.

** ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.

1. Инструкция по применению препарата.

2. Cushman WC, et al. Hypertension. 2012; 60: 310–318.

3. Sica D, et al. J Clin Hypertens. 2011; 13: 487–492.

4. White WB, et al. Hypertension. 2011; 57: 413–420.

5. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA. 1979; 242: 2562–2571.

6. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Circulation. 1990; 82: 1616–1628.

7. Dorsch MP, et al. Hypertension. 2011; 51: 689–694.

8. SHEP Cooperative Research Group. JAMA. 1991; 265: 3255–3264.

9. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. JAMA. 2002; 288: 2981–2997.



000 «Такеда Фармасьютикалс»: 119048, Москва, ул. Усачёва, д.2, стр.1.
Тел. +7 (495) 933 5511; факс +7 (495) 502 1625.

Рег. Уд. ЛП-002941. Дата выпуска рекламы: август 2015.

Экватор®

амлодипин + лизиноприл

Табл., 5+10 мг, 5+20 мг, 10+20 мг № 30



В два раза больше аргументов!

- ✓ Первая комбинация в России амлодипина и лизиноприла
- ✓ Эффективный контроль АД и защита органов-мишеней
- ✓ Более безопасное лечение



ГЕДЕОН РИХТЕР

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ КОНГРЕССА



